

La relación entre el Estado y los seguros privados en el sistema de salud de Argentina: Un caso de transferencia de rentas hacia los seguros que contribuye a descapitalizar al hospital público

Eerica Colotto, Federico Machado Busani, Patricio Narodowski, Silvia Prieri¹

(The relationship between the State and the private insures in Argentinian health system: A case of rent transfer to the insures that contributes to descapitalize the public hospital)

Resumen: Distintos enfoques discuten el rol del Estado en la provisión de la salud y su relación con los varios sub-sistemas que componen el sistema de salud argentino: público, privado, obras sociales nacionales e institutos provinciales. Este trabajo aborda un aspecto específico de esta temática consistente en la transferencia implícita de ingresos del sector público a los seguros privados de salud por motivo de la falta de actualización en los valores de los nomencladores utilizados

Abstract: Different approaches discusses the rol of State in health provision and its relationship with the many sub-systems that compones the argentinian health system: public, private, national "Obras sociales" and provintials institutes. This paper aboards an specific subyctet of this thematic wich is the implicit incomes transfer from the public sector to the private health insures because of the lack of update of the used nomenclators' value.

Introducción y enfoque

En este trabajo se analiza un aspecto específico que contribuye a la descapitalización de los hospitales públicos en la provincia de Buenos Aires: nos referimos a la pérdida de ingresos de autofinanciamiento debido a la falta de actualizaciones del valor de las prestaciones realizadas por las unidades estatales a las Obras Sociales y prepagas. Por un lado el llamado Nomenclador SAMO, documento oficial emanado del Ministerio de salud provincial para las Obras Sociales y prepagas no incluidas en el nomeclador determinado por la Superintendencia de Salud Nacional, por el otro, el Nomenclador para prestaciones a afiliados de IOMA, tanto en su versión para pagos al sector público como en la versión para el privado, elaborado por dicho Instituto provincial para pagar esas prestaciones. Debe aclararse que los hospitales públicos facturan en general una cantidad muy superior de prestaciones con IOMA que con SAMO (total para la provincia, más del doble). Se trabaja desde 2015 a 2019 para el caso de 20 prestaciones de Traumatología, dada la variedad de situaciones existentes.

Se trata de un aspecto puntual de un tema más general: la relación entre los sectores público y privado, las grandes rentas del segundo en nuestro país y el deterioro del primero. De ninguna manera hay desde el punto de vista del abordaje una valoración negativa del privado, sino una preocupación sobre el funcionamiento del sistema estatal, que cubre a los sectores más vulnerables. Este punto se debate a continuación, luego se aborda lo sucedido respecto a este vínculo en la Provincia de Buenos Aires, finalmente se realiza la comparación entre nomencladores y se calcula los diferenciales de ingreso semanales a valores constantes para poder dimensionar la pérdida o ganancia en relación a los precios vigentes, para un quirófano de aproximadamente 60 días/cama, durante 5 días. Finalmente se analiza la evolución de los nomencladores respecto de la inflación.

Las discusiones alrededor de la relación público - privado en la salud parten del eje planteado por los organismos internacionales y otros teóricos alrededor de la separación de las funciones de financiación, rectoría, aseguramiento, y provisión de los servicios, con el objetivo de lograr mayor eficiencia.

En cuanto a la financiación en los años 90s se planteaba la preocupación sobre el nivel del gasto aunque los países centrales, salvo períodos acotados, no fueron a ajuste alguno. En América latina, Banco Mundial (1993) es un buen exponente de la propuesta de un modelo de equilibrio fiscal; en la salud, muchos trabajos proponían la aplicación de programas focalizados en grupos vulnerables (Laurell, 2011). En contraste Sojo (2000) en el marco de Cepal, analiza que ese ajuste ha sido en parte la causa del deterioro del sector público.

Otro de los elementos centrales, vinculado a rectoría y financiación, era la descentralización para muchos autores, como forma de hacer eficiente el gasto (Miranda, 1994). En contraste para Di Gropello y Cominetti (1998) era un modo de enfrentar las restricciones presupuestarias, pero ellas mismas iban a generar más ineficiencia. Pasa a ser central el debate acerca de las condiciones en que debe realizarse la

¹ Agradecemos la disposición del Dr Mardelo Delpiano para responder a nuestras dudas

descentralización, en términos de diseño, de normativa, de financiamiento y de capacidades (Cepal, 1996). Especialmente se plantea cómo debe ser el rol del Estado en cada escala a fin de que se pueda brindar una atención eficaz, gestionar y controlar (Arriagada, Arnada y Miranda, 2005; Lagos, 2005; Cecchini, Filgueira y Robles, 2014)

En lo que hace al aseguramiento, en la bibliografía de Europa, parece haber coincidencia alrededor de la importancia del financiamiento público y de la seguridad social. Al mismo tiempo, tanto en los debates como en la realidad, el seguro privado ocupa un lugar limitado y regulado, se intenta evitar la concentración de las aseguradoras y proveedoras, y sobre todo garantizar una distribución del riesgo aceptable, evitando que el sistema público asuma la responsabilidad total sobre los sectores de más riesgo (Masseria, Irwin, Thomson, Gemmill & Mossialos, 2009). En América Latina este tema fue muy controvertido, el citado Banco Mundial (1993) y Banco Mundial (1996) recomendaban que los seguros sean privados y voluntarios; Giedion, Tristao, Bitrán (2014) y Giedion, Muñoz, Ávila (2015) en cambio dicen que lo público y lo privado está muy condicionado por la presencia de poderosos grupos de interés, que influyen para que los mercados de seguros no sean competitivos y que las aseguradoras puedan elegir sus pacientes.

En cuanto a la provisión, pública o privada, si bien en OMS y OPS no parece hacerse una distinción clara, ni a favor de uno ni de otro sector, se pone el acento en fortalecer la oferta pública de salud pero generar autonomía, estimular la competencia pero con ciertos límites y en mejorar el rol regulatorio y de control del Estado. En caso contrario, como dicen Cashin, Ling Chi, Smith, Borowitz y Thomson (2014) se producen rentabilidades excesivas, cuasirentas. En América Latina, la Cepal (2006) y los autores más críticos referenciados claramente en el sanitarismo, vienen pidiendo el fortalecimiento de la APS y de los hospitales públicos, para que su presencia equilibre el mercado. Atribuyen a las reformas pro-mercado el deterioro del poder de provisión directa y de control del Estado

El sistema de salud y las reformas en Argentina y la Provincia de Buenos Aires

El sistema de salud argentino es amplio en términos de cobertura universal, pero segmentado y altamente fragmentado, lo cual genera problemas de calidad graves (Maceira, 2006; Maceira, 2018; Tobar, Olaviaga y Solano, 2011). La red de provisión de servicios se encuentra mayoritariamente financiada por mecanismos de aseguramiento social (Masería, 2006). Las fuentes de financiamiento son principalmente contribuciones salariales en los seguros y aportes impositivos que financian al sector público, pero estos fondos no alimentan un único sistema.

Tiene –según como se los clasifique- cuatro sub-sectores: público, Obras Sociales nacionales (los seguros laborales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados), institutos provinciales (seguros laborales de empleados públicos) y privado. Esto lo convierte en uno de los más segmentados de América Latina. La cobertura no pública cubre cerca del 60% de la población (Medina, Narodowski, 2015). A eso se suma el hecho de que actualmente, a diferencia de otros países, en Argentina las provincias –con sus asimetrías- cuentan con una importante autonomía.

El resultado es según Rovere (2015) un complejo engranaje de instituciones, actores y reglas de juego, las cuales constituyen un todo más o menos disfuncional. Las profundas desigualdades en la distribución del ingreso se trasladan al cuidado de la salud, siendo los grupos más expuestos quienes recurren a la cobertura pública como proveedor principal de salud, sobre todo en las regiones más pobres. En contraposición, las empresas de medicina prepaga, por su parte, se encuentran altamente concentradas en cuatro firmas con poder de mercado, sobre las que descansa la cobertura de salud de los grupos de mayores ingresos (Maceira, 2018).

En lo que hace al vínculo entre los cuatro subsectores, debe decirse que en los años noventa se lleva adelante una serie de reformas para dar impulso al sistema de seguros y de provisión privados, incluyendo la posibilidad de trasladar los aportes a otra obra social o a una prepaga (descrime), en un contexto de ajuste y pérdida de empleo que además de debilitar el sistema estatal, a su vez debilitaba las Obras Sociales, sobre todo aquellas más pequeñas o de trabajadores de menores ingresos. Además, la norma permitía la tercerización del gerenciamiento, por lo cual las empresas de medicina prepaga lograron contratos con las obras sociales sindicales a través de los planes diferenciales. La situación se completa con la aprobación de un piso obligatorio para las Obras Sociales (el Programa Médico Obligatorio - PMO) que además de ser muy escaso, no se controló nunca (Báscolo, 2008).

En paralelo se produjo una segunda etapa de la transferencia de los hospitales nacionales a las jurisdicciones provinciales, trasladando una vez más el problema fiscal a una escala inferior (Centrángolo y Devoto, 2002). En cuanto al régimen para hospitales públicos, a nivel nacional se estableció en 1993 el modelo de autogestión, que habilitaba a las unidades sanitarias al gerenciamiento propio y daba capacidad de facturar y cobrar a terceros, etc. El esquema tuvo poca aplicación en la práctica por el contexto en que operaba y fue derogado años más tarde.

Pero al mismo tiempo las provincias seguían un camino similar, en la Provincia de Buenos Aires, se sancionaba en 1991 la ley Nuestro Hospital que permitía generar y administrar recursos adicionales, también permitía modelos alternativos de contratos laborales, normas que luego fueron limitadas y posteriormente ampliadas nuevamente.

En este proceso se dio nuevo impulso al Sistema de Atención Médica Organizado (SAMO), creado en 1977, que exigía el cobro obligatorio al tercero pagador, de los servicios brindados por hospitales a afiliados de las obras sociales y disponía del pago de los recaudado al personal y a la utilización para gastos de funcionamiento e inversiones en capital, en proporciones que fueron variando con los años y que actualmente se destina del siguiente modo: 10% para el Fondo Provincial de Salud, el 50% para el personal y el 40% a la inversión, ambos del hospital.

Centrángolo y Bisang (1998) evaluaban este proceso como condicionado por la falta de apoyo del Estado nacional y graves falencias en la gestión, elementos que explican las limitaciones para lograr una mayor captación de ingresos adicionales por la atención de pacientes con capacidad de pago y al mismo tiempo los problemas que tuvieron – y tienen - para gastar autónomamente. Debe tenerse en cuenta que especialmente surgen las dificultades para cobrarle a IOMA, el instituto provincial de Obra Social de los empleados públicos de la provincia y el PAMI, de fuerte influencia en la atención de los hospitales provinciales y cuya situación financiera está íntimamente ligada a la coyuntura fiscal. Tobar (1998) es claro al plantear que el aporte provincial era insuficiente, la autogestión no daba resultados y eso perjudica al sector público, lo descapitaliza. Se favorece al privado. Este es el tema del presente trabajo. Luego de más de 40 años debemos agregar también que el modelo ha sido superado en todo el mundo ya que la mayor parte de los países han ido hacia esquemas mixtos de presupuestos básicos más cápitas corregidas por objetivos o pagos por servicio tanto en la relación entre seguro y unidad de salud como entre unidad de salud y profesional lo que –con sus problemas- genera mejores incentivos a la atención de calidad y a la efectivización de los trámites para cobrar las prestaciones.

La fuga de autofinanciamiento vía precio de las prestaciones de los hospitales públicos

A continuación se realiza una evaluación de la evolución de los nomencladores utilizados para las prestaciones de los hospitales a pacientes cubiertos por Obras Sociales no nacionales (Nomenclador SAMO), para pacientes cubiertos con IOMA (lo llamaremos Nomenclador IOMA público) y éstos serán contrastados con el precio de las prestaciones que paga IOMA a las clínicas privadas por la atención a sus asegurados en ese tipo de unidad sanitaria (lo llamaremos IOMA-Privado o IOMAPri), entre los años 2015 y marzo 2019.

Para llevar a cabo el análisis se seleccionaron 20 prestaciones traumatológicas, las cuales representan un amplio arco de complejidades y precios (ver Anexo). Fueron elegidas ya que reflejan prestaciones accesibles para un conjunto elevado de hospitales. Hay 4 que según el nomenclador de SAMO vigente en mayo 2018, tienen un precio superior a \$20.000: reemplazo de cadera, extirpación de prótesis de cadera, artroplastia de cadera o rodilla y fractura de columna; hay también 4 entre \$10.000 y \$20.000: fractura de pelvis, reemplazo de cadera, fractura sacro-iliaca y osteotomía proximal de fémur. Hay finalmente 12 que están entre \$5.000 y \$10.000, las que detallamos en orden descendente: columna cervical/dorsal/lumbar, artroplastia codo, reducción incruenta de fémur, fractura de clavícula, fractura de rótula, fractura de falanges, fractura de metacarpianos, metatarso falángica de Hallux, fractura de húmero, fracturas de pierna o tobillo y tratamiento incruento de columna. Sólo está por debajo de \$5.000 entre las elegidas la fractura diafisarias de carpiano.

Dentro de las prácticas seleccionadas se encuentran algunas de carácter típicamente urgente, otras que pueden o no ser urgentes y unas pocas claramente poco urgentes, como la curación del Hallux (“juanete”). Cuando la intervención es programada, resultado de un proceso previo de consulta y diagnóstico por imágenes (rayos x) que se cobran aparte, se ha procedido a sumar los valores.

A partir de esto, se construyó un índice basado en los precios de cada una de las prácticas seleccionadas para los nomencladores SAMO, IOMA público y IOMAPri, y se llevó adelante una comparación entre los mismos a lo largo del período. En segundo lugar, se estimó los diferenciales de ingreso semanales acorde al nomenclador que se utilice, para poder dimensionar la pérdida o ganancia en relación a los precios vigentes. Para eso se supuso que el servicio de traumatología realizaba esas 20 prestaciones u otras de precios similares en la semana, lo que permite trabajar con promedios de ingresos potenciales. Se trata de un nivel de actividad para un quirófano de 5 días y aproximadamente 60 días/cama. Las pérdidas que

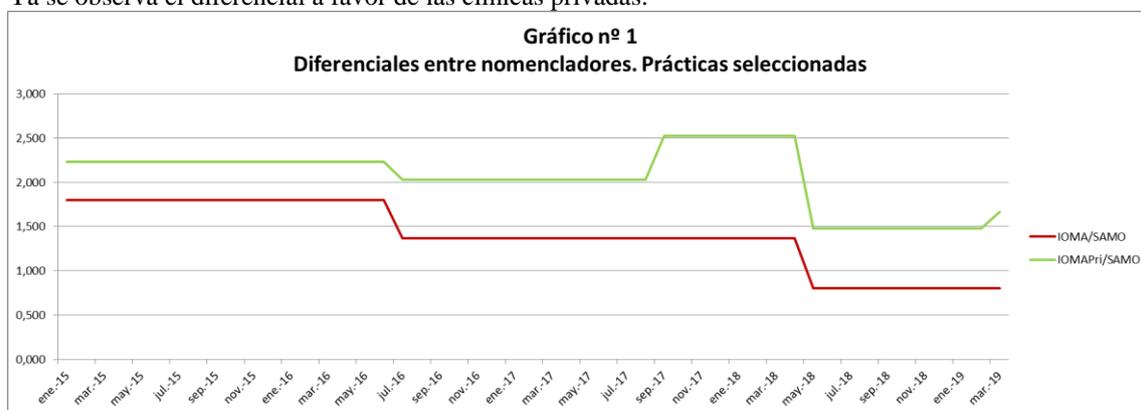
surgirán del procesamiento de datos son sólo las que se producen por el valor del nomenclador, hay otras pérdidas por sub-registración de prestaciones que requieren otro análisis².

En tercer lugar, analizamos la evolución de los nomencladores respecto de la inflación. Para ello, los precios se deflactaron a enero 2015 utilizando el Índice de Precios al Consumidor del Congreso, elaborado por un grupo de Diputados Nacionales, por ser el único que incluye ambos períodos de gobierno. El mismo se basa en un promedio de las mediciones de consultoras privadas. A partir de enero 2018 utilizaremos el IPC nacional del INDEC, dado que el IPC Congreso decidió dejar de publicarse en marzo de ese año.

Es fundamental tener en cuenta para el análisis que el nomenclador de SAMO fue actualizado desde el 2010 hasta julio del 2015, posteriormente en diciembre 2016, luego en mayo 2018. IOMA público mantuvo los precios inalterados desde el año 2014 hasta el presente. IOMAPri se actualizó en junio 2016, septiembre 2017 y marzo 2019.

Naturalmente durante los períodos intermedios, los costos del pagador en las prácticas seleccionadas van perdiendo su valor con el pasar de los meses por efecto de la pérdida de valor de la moneda, y eso resulta un beneficio para dichos pagadores y un perjuicio notable para los hospitales públicos. Se puede observar que con cada actualización, los precios mejoran. Sin embargo, con el transcurso de los meses esa mejora se diluye debido a la inflación y la pérdida sigue aumentando.

En el cuadro n° 1 observamos la comparación entre nomencladores, puede verse que a comienzo de nuestro estudio, en enero 2015, IOMA público se encontraba un 80% y IOMAPri un 123% por encima de SAMO. Ya se observa el diferencial a favor de las clínicas privadas.



Fuente(s): Elaboración propia en base a los nomencladores.

Esta relación se mantuvo durante todo el 2015, incluido el cambio de Gobierno, y se modificó recién con la actualización de SAMO y IOMAPri de julio 2016, quedando IOMA público un 37% por encima, y IOMAPri también había bajado al 103%. Pero la brecha que se amplía ante la nueva actualización de este nomenclador que beneficia a los privados en septiembre 2017, alcanzando el 152%, el mayor diferencial de la serie.

La actualización de SAMO de 2018 representa un aumento considerable, ubicando a IOMA público un 20% por debajo, mientras que IOMAPri sigue muy por encima: 48%. Finalmente, la última actualización de IOMAPri lo ubica un 67% por encima de SAMO. En esta última situación los hospitales públicos pierden muy fuertemente con IOMA público y siguen perdiendo con SAMO que no logró seguir actualizándose en relación a IOMAPri

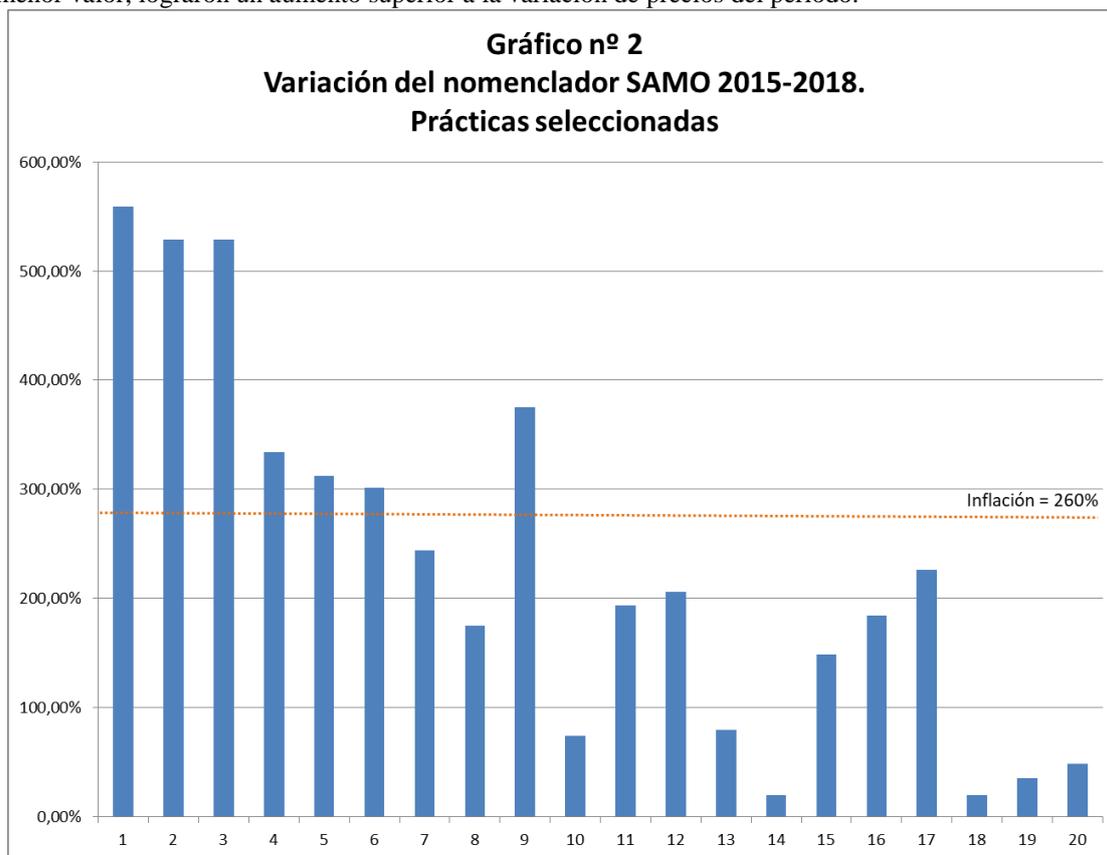
Respecto al ejercicio propuesto anteriormente surge que actualmente facturando con SAMO, el equipo de traumatología pierde en una semana respecto a IOMAPri \$177.320³, y si se factura con IOMA público la cifra se eleva a \$229.701. En un mes esto representa al menos alrededor de \$700.000, lo que en un hospital con 500 trabajadores significa una bonificación de \$700 para cada uno (50% de lo recaudado), sólo como producto del servicio de traumatología. El Hospital, a su vez, también pierde \$280.000 para equiparse o realizar otros gastos (40% de lo recaudado). Y esto es el cálculo para sólo un servicio.

Por otro lado, el gráfico n° 2 muestra las prestaciones seleccionadas, ordenadas del 1 al 20 en función de su valor original (las más baratas a la izquierda y las más caras a la derecha) y su incremento en todo el

² El Ministerio en la actualidad desarrolla diversos mecanismos para mejorar la captación; los sistemas de información y reporteria por ejemplo, el Sistema de Factura Electrónica y Cuenta Corriente.

³ Este valor surge de la diferencia entre la suma de las prácticas valuadas bajo el nomenclador SAMO en marzo 2019 (\$265.264) y bajo el nomenclador de IOMAPri para el mismo momento (\$442.584). Ver anexos.

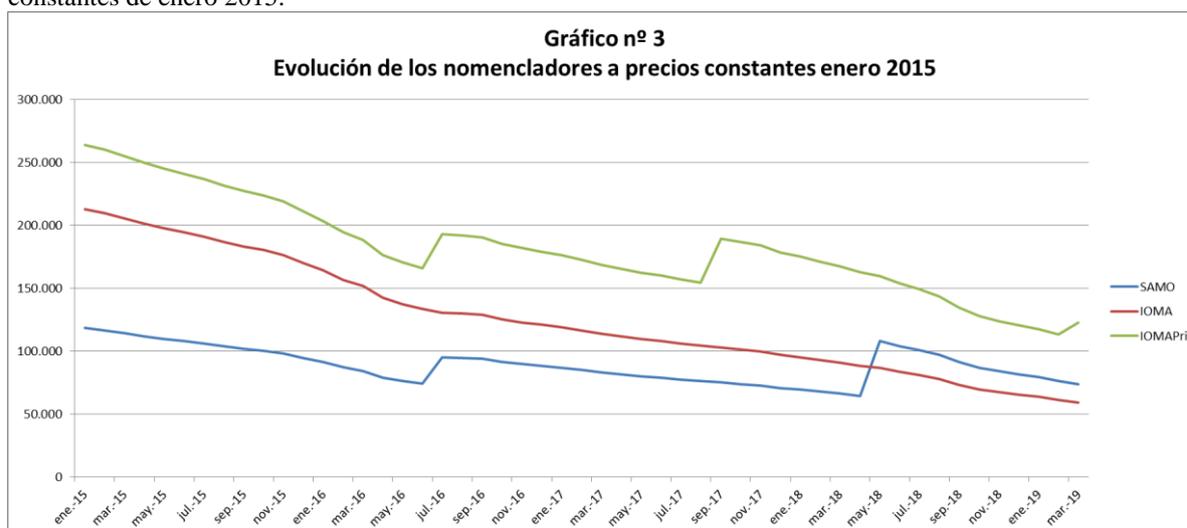
período estudiado en comparación con el 260% de inflación. Puede verse un aumento promedio para SAMO del 124% en términos nominales para las prácticas seleccionadas. Menos de la mitad, y en general las de menor valor, lograron un aumento superior a la variación de precios del período.



Fuente(s): Elaboración propia en base a los nomencladores.

Las prácticas en orden decreciente según su incremento son húmero, falanges y metacarpianos con grandes aumentos (1, 2 y 3 en el gráfico), sacro ilíaca (9), tratamiento incruento, rótula y clavícula (4, 5 y 6). El resto de las prácticas evolucionó por debajo de la inflación, tal vez porque estaban sobredimensionadas antes.

En el gráfico nº 3 vemos la evolución de la suma de los precios de estas prácticas tomadas a valores constantes de enero 2015.

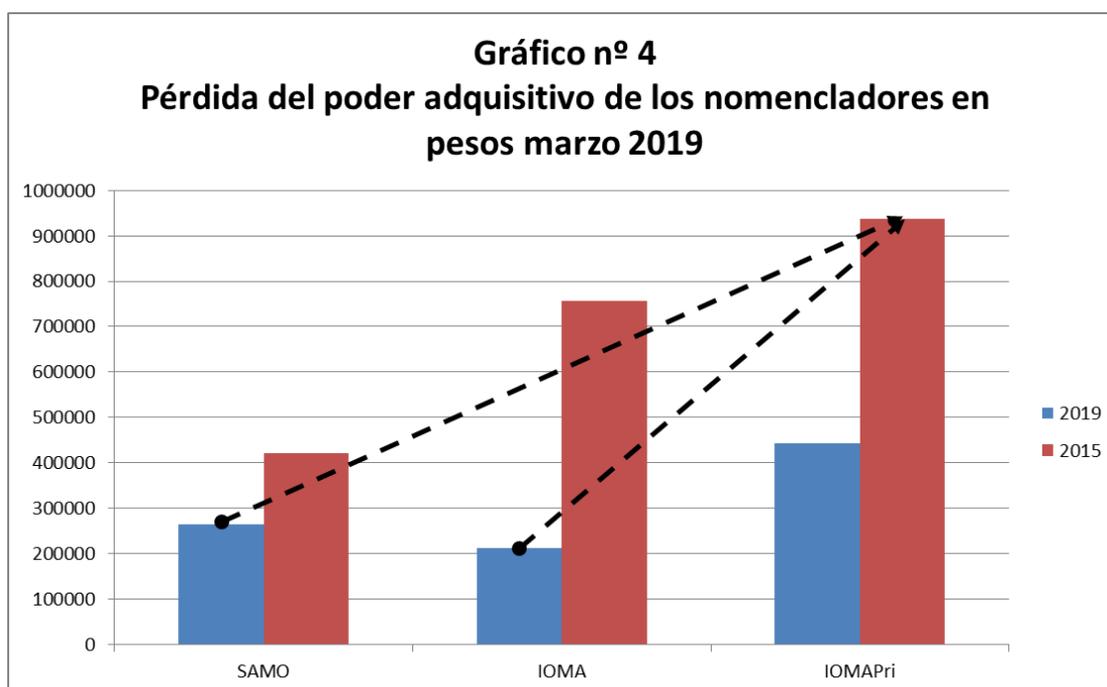


Fuente(s): Elaboración propia en base a los nomencladores.

El nomenclador de SAMO el mismo se encuentra un 38% por debajo de su valor real de 2015 y es el que menos ha perdido, en el caso de IOMAPri, está un 53% por debajo y en el caso de IOMA público la pérdida asciende al 72% de su valor original. Podemos observar que los momentos en los cuales el nomenclador de SAMO fue actualizado, son los puntos donde más se acercó a su poder adquisitivo de 2015: en julio de 2016 pasó de representar el 63% al 81% de su valor original, y en mayo de 2019 pasó del 55% al 91%. Sin embargo, en los períodos intermedios entre actualizaciones se produce una importante transferencia implícita de recursos del Hospital Público a las Obras Sociales alcanzadas por este nomenclador.

Si comparásemos el poder adquisitivo actual del nomenclador de SAMO respecto al nomenclador de IOMAPri de comienzos del período (enero 2015), la pérdida de ingresos potenciales semanales que calculamos en el apartado anterior ascendería a \$672.260 semanales.⁴ Esto equivaldría a \$2.689.000 mensuales, lo que demuestra la pérdida de facturación potencial y de recupero de costos que sufren los Hospitales ante la desactualización y los diferenciales de los nomencladores.

Para el caso del nomenclador de IOMA respecto al nomenclador de IOMAPri de 2015, la brecha es aún mayor. Los ingresos potenciales perdidos ascienden a \$724.941 semanales.⁵ El gráfico n° 4 ilustra esto.



Fuente(s): Elaboración propia en base a nomencladores

Conclusiones

Hemos visto que las reformas han incluido aspectos referidos a rectoría, descentralización, financiamiento, aseguramiento y provisión, en nuestros países en contextos de restricciones fiscales debidas al ciclo económico más general. También que la descentralización ha tenido problemas de diseño y no se ha realizado fortaleciendo debidamente las capacidades ni la provisión de herramientas de normativa administrativa. Por otro lado, ha sido difícil resolver la cuestión de la debilidad de la estructura del mercado de la salud que sigue generando grandes cuasi-rentas fuera del control de los organismos que debieran velar por lograr un nivel adecuado de competencia. Esto ha influido históricamente en la eficiencia del sistema público de salud. En lo que hace al recupero de costos de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires, se suma que el modelo ha sido superado en todo el mundo por otros que, con otros problemas, permiten a los hospitales gastar con mayor autonomía sus recursos y a los profesionales tener un básico pero además cobrar en función de ciertos incentivos. Los problemas existentes descapitalizan al sector público.

⁴ Surge de calcular cuánto debería valer el nomenclador de IOMAPri para recuperar su poder adquisitivo (\$937.524) y restarle el valor actual del nomenclador de SAMO (\$265.264).

⁵ Análogamente, comparamos el valor del nomenclador IOMAPri de 2015 a precios actuales (\$937.524) con el valor actual del nomenclador de IOMA público (\$212.883).

El trabajo intentó mostrar un aspecto particular del recupero en la Provincia de Buenos Aires: la actualización de los precios de las prestaciones que brinda el sistema estatal de salud a personas cubiertas por otros seguros, allí se presentan problemas de gestión históricos de los diversos organismos, de los hospitales y también cuestiones que hacen a la relación público –privado. Se pudo ver que a lo largo de todo el período existió una brecha en detrimento de los Hospitales Públicos, que facturan precios por debajo del valor de mercado y al que cobran las clínicas privadas a IOMA. El nivel de SAMO al final de 2015 es sumamente bajo. Esta diferencia fue disminuida a partir de las actualizaciones del nomenclador SAMO de 2016 y 2018 pero permanece para el nomenclador de IOMA público. A pesar de eso, el nomenclador de IOMA privado hoy se mantiene un 67% por encima del valor del nomenclador de SAMO significando una pérdida significativa y en la práctica, una transferencia implícita a los seguros de salud privados.

En segundo lugar, observamos que la inflación calculada del período mediante el Índice de Precios Congreso y el IPC muestran un desfinanciamiento de la salud que afecta a los establecimientos asistenciales tanto del sector privado como público, pero a éste último en mayor magnitud (al menos para el caso del nomenclador de IOMA público). En este sentido las actualizaciones del nomenclador SAMO en 2016 y 2018 atenuaron este efecto pero no han sido suficientes para recuperar el poder adquisitivo de comienzos del 2015, que ya de por sí era bajo, debido a la alta inflación de 2018 y 2019, sobre todo por la actualización relativamente menor de las prácticas más costosas. Se suman problemas del ciclo económico, de diseño, de gestión, y de la relación entre lo público y privado. Los mismos deben ser afrontados con políticas de largo plazo que permitan frenar la descapitalización de los hospitales públicos.

BIBLIOGRAFÍA

- BANCO MUNDIAL (1993). "Informe sobre el desarrollo mundial", Washington DC.
- BANCO MUNDIAL (1996). "Report and Recommendation of the President of the International Bank for Reconstruction and Development to the Executive Directors on proposed Health Insurance Reform Loans to the Argentine Republic." Washington DC
- BÁSCOLO, E. (2008). "Características institucionales del sistema de salud en Argentina y limitaciones de la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud de la población. En Cheresky, I. (ed.). *Las capacidades del estado y las demandas ciudadanas: condiciones políticas para la igualdad de derechos*". Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.
- BISANG, R., CETRÁNGOLO, O. (2009). "La descentralización la equidad, con especial referencia al caso argentino". CEPAL.
- CASHIN, C.; LING CHI, Y.; SMITH, P.; BOROWITZ, M.; THOMSON P. (2014). "Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability. Open University Press, NY
- CEPAL (2006). "La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad." Cepal, Montevideo
- CETRÁNGOLO, O.; DEVOTO, F. (1998), "Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad", en *Serie de Estudios* N° 27, CECE, Buenos Aires.
- CETRÁNGOLO, O.; DEVOTO, F. (2002). "Organización de la Salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual". Montevideo. CEPAL.
- GIEDION, U.; MUÑOZ, A.; ÁVILA, A. (2015) "Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud" Nota Técnica Nro 837. Introducción. BID, NY
- GIEDION, U.; TRISTAO, I.; BITRÁN, R.; CAÑON, O. (2014). "Explicitar lo implícito: Análisis de siete planes de beneficios en salud de América Latina" en Giedion, U., Tristao, I., Bitrán, R. "Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional." Introducción. BID. NY
- LAURELL, A. C. (2011). "Dos décadas de reformas de Salud: una evaluación crítica". Séptimo Congreso internacional de Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, junio.
- MACEIRA, D. (2006). Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino. Flood, C., " La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina", Editorial La Colmena, Buenos Aires, Argentina.
- MACEIRA, D. (2018). Morfología del Sistema de Salud Argentino Descentralización, Financiamiento y Gobernanza. CEDES, Documentos de trabajo; 141.
- MASSERIA, C.; IRWIN, R.; THOMSON, S. GEMMILL, M.; MOSSIALOS, E. (2009). "Primary care in Europe." Bruselas, European Commission

- MEDINA A., NARODOVSKI P. (2015) “Estado, Integración y Salud. La gestión en red de un hospital público”. Colección Bitácora Argentina.
- TOBAR, F. (1998). “Alternativas para la financiación hospitalaria en Argentina”, en *Revista Medicina y Sociedad*, Vol. 21 N° 1, septiembre, 29-40.
- TOBAR, F., OLAVIAGA, S.; SOLANO, R. (2011). Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino. CIPPEC, Documento de Políticas Públicas, (99)
- ROVERE, M. (2016). El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades. *Rev Debate Público*, 6(12), 23-42.

ANEXO 1

Precios prestaciones seleccionadas

Prestación	SAMO 2015	SAMO 2016	SAMO 2018	IOMA 2014-2018
Cadera (reemplazo total)	13.208	15.849	43.087	9.540
Rodilla (reemplazo total)	13.209	15.851	15.851	9.540
Fractura de columna cervical, dorsal, lumbar	16.462	19.754	22.221	17.334
Columna cervical, dorsal, lumbar (yeso)	3.135	7.524	9.586	8.714
Fracturas de pierna y tobillo	1.935	4.645	5.314	10.845
Fractura de pelvis	6.961	8.353	17.297	15.724
Extirpación de prótesis de cadera	11.758	14.109	33.448	30.302
Osteotomías proximales del fémur	6.114	7.336	10.967	9.969
Sacro-ilíaca (diagnóstica y/terapéutica)	2.320	2.784	11.019	10.017
Fractura de clavícula	1.739	4.174	6.981	7.909
Fractura de rótula	1.693	2.032	6.981	6.346

Fractura de falanges	1.057	1.269	6.643	6.464
Fractura de metacarpianos	1.057	1.269	6.643	6.464
Húmero (yeso correspondiente)	806	1.934	5.314	4.831
Reducción incruenta de fracturas supracondileas de fémur	2.421	5.811	7.111	7.909
Fracturas diafisarias de metacarpianos y falanges	2.351	2.821	4.089	3.197
Artroplastias de codo no protésicas	6.522	7.827	7.827	7.080
Artroplastia total de cadera o rodilla. - Revisión -	22.577	27.092	33.448	30.302
Metatarso falángica del Hallux.	1.834	2.200	6.304	5.731
Columna cervical, dorsal o lumbar. Tratamiento Incruento	1.182	2.837	5.132	4.665
Total	118.341	155.471	265.263	212.883
PROMEDIO	5.917	7.774	13.263	10.644

Fuente(s): Nomencladores

ANEXO 2

Valores totales prestaciones seleccionadas

Actualización	SAMO	IOMA	IOMAPri
Enero 2015	118.341	212.883	263.975
Julio 2016	155.471	212.883	315.066
Septiembre 2017	155.471	212.883	391.704

Mayo 2018	265.264	212.883	391.704
Marzo 2019	265.264	212.883	442.583

Fuente(s): Nomencladores