

## REVISIONES

# EVALUACIONES ECONÓMICAS EN UN SISTEMA DE SALUD FRAGMENTADO: OPORTUNIDADES Y DESAFÍOS METODOLÓGICOS PARA ARGENTINA

## *Economic Evaluations in a Fragmented Health System: Opportunities and Methodological Challenges for Argentina*

Laura Lamfre<sup>1</sup>, Florencia Hutter<sup>1</sup>, Jorgelina Álvarez<sup>1</sup>, Verónica Sanguine<sup>1</sup>, Juan Altuna<sup>1</sup>, Santiago Hasdeu<sup>1</sup>, Guadalupe Montero<sup>1</sup>, Andrés Freiberg<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Red Argentina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedArETS), Argentina.

**Introducción:** La particularidad del sistema de salud argentino, que se encuentra fragmentado en tres subsistemas y con más de 900 financiadores, lleva a reflexionar sobre cuál es la posibilidad de desarrollar evaluaciones económicas (EE) en forma global y que sirvan de modo eficiente al proceso de toma de decisiones. **Objetivos:** Identificar y discutir los desafíos metodológicos que implican el diseño de EE en un sistema de salud caracterizado por la fragmentación, la no integración en la prestación de servicios y la presencia de múltiples financiadores. Analizar los aspectos claves de la formulación de las EE y su aplicabilidad en nuestro contexto, así como también la generalización y transferibilidad de sus resultados hacia el sistema de salud en su conjunto. **Métodos:** Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en las principales fuentes bibliográficas. Se relevaron indicadores a nivel provincial y sectorial. Asimismo, se citan ejemplos de estudios de EE que demuestran las diferencias intersectoriales en los principales elementos metodológicos que componen una EE. **Conclusiones:** Las características de nuestro sistema de salud fragmentado implican diferencias en términos de estructuras de costos, perspectiva de análisis y umbrales de disponibilidad a pagar según la entidad involucrada. Ello tiene repercusiones metodológicas en la elaboración y en los resultados de las EE y, por tanto, condiciona la aplicabilidad o generalización de los resultados a nivel nacional.

**PALABRAS CLAVE:** Evaluaciones Económicas; Sistemas de Salud; Fragmentación; Transferibilidad  
**KEY WORDS:** *Economic Evaluations; Health Systems; Fragmentation; Transferability*

## INTRODUCCIÓN

Las evaluaciones económicas (EE) en salud son herramientas orientadas a facilitar la toma de decisiones y a mejorar la utilización de los recursos del sistema a través de su asignación eficiente, ya que realizan un análisis comparativo de cursos alternativos de acción en términos de costos y de resultados en términos de efectos sobre la salud<sup>1</sup>.

El sistema de salud argentino se encuentra fragmentado en tres subsistemas, cuenta con más de 900 financiadores<sup>2</sup> y responde a diferentes entidades regulatorias (nacionales, provinciales y municipales). Su particularidad lleva a reflexionar sobre cuál es la posibilidad de desarrollar EE en forma global, que sirvan de modo eficiente al proceso de toma de decisiones en cada sistema. En este contexto, los resultados de las EE deben ser transferibles o generalizables a otros subsectores de salud dentro de las fronteras del país. La

guía de EE del Mercosur<sup>3</sup> indica que debe demostrarse que los datos clínicos, epidemiológicos o económicos pueden ser transferidos con suficiente aplicabilidad entre diferentes contextos, pero no hace otras aclaraciones acerca de la transferibilidad de las EE hacia adentro del propio país.

Dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con autonomía en materia de políticas sanitarias y con la mayor cuota de responsabilidad a la hora de proveer los servicios de salud. Los lineamientos del nivel nacional sólo tienen valor indicativo, por lo que los acuerdos entre Nación y provincias en términos de políticas sanitarias se negocian en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) y en la recientemente creada Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (CONETEC)<sup>4</sup>, mientras en el Senado se discute la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías

Sanitarias (AGNET)<sup>5</sup>.

El presente estudio se propuso identificar y examinar los desafíos metodológicos que implica el diseño de EE en un sistema de salud como el argentino, caracterizado por la fragmentación, la no integración en la prestación de servicios y la presencia de múltiples financiadores. Asimismo, buscó analizar los aspectos clave de la formulación de las EE y debatir su aplicabilidad en este contexto, así como la generalización o transferibilidad de sus resultados hacia el sistema de salud en su conjunto.

## MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión narrativa, que incluyó una revisión no sistemática de la literatura en las principales bases de datos médicas y literatura gris. Se incluyeron artículos sobre metodología, validez interna y externa de estudios de EE y guías metodológicas de EE, publicados en inglés, portugués y español. Se realizó la búsqueda en Medline, Liliacs, la base de datos del *Center for Reviews Dissemination* (CDR) de la Universidad de York, en *Tripdatabase* y en los repositorios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitaria (INAHTA), la Agencia Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (HTAi) y la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados (ISPOR). La estrategia de búsqueda se orientó a partir de las siguientes palabras clave: “*health system*”, “*economic evaluation*”, “*external validity*”, “*economic evaluation and methodology*” y “*generalisability*”.

Para caracterizar el sistema de salud argentino y las diferencias intersectoriales, se relevaron diversos indicadores a nivel provincial en relación con nivel económico y capacidad de pago, tamaño y composición del sistema de salud, e información epidemiológica. Se consultaron fuentes oficiales, como el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias y la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Asimismo, se citan ejemplos de estudios de EE, que demuestran las diferencias intersectoriales que presenta Argentina en los principales elementos metodológicos que componen una EE.

## RESULTADOS

Según los artículos metodológicos relevados, parece existir consenso sobre ciertos elementos que deben formar parte de una EE de calidad o con validez interna<sup>6-8</sup>. Entre ellos se mencionan la descripción del problema en salud, la población objetivo, el tipo de análisis, las intervenciones a ser comparadas, la perspectiva del estudio, el horizonte temporal, la tasa de descuento, los modelos y el análisis de sensibilidad. Sin embargo, el aspecto de la validez externa de las EE es considerado por muchos autores como una cuenta aún pendiente<sup>9</sup>. Boulanger indica que los glosarios de términos de economía de la salud no distinguen los términos “generalizabilidad, transferibilidad, o

transportabilidad” y los agrupan bajo el concepto de “validez externa”<sup>10</sup>. Algunos autores<sup>8</sup> definen la generalización como la medida en que los resultados de un estudio realizado en una población de pacientes particulares y/o contexto específico se mantienen verdaderos para otra población u otro contexto diferente y sin ajustes, mientras la transferibilidad es definida como el potencial del análisis de ser ajustado de manera tal de hacer relevantes sus resultados en un contexto diferente.

En la revisión de la bibliografía no se encontraron artículos que evalúen la transferibilidad de EE entre distintos subsistemas de salud dentro de un mismo país.

Para evaluar la transferibilidad geográfica de los resultados de EE<sup>9,11-15</sup>, hay elementos en los cuales la mayoría de los autores coinciden. Para poder transferir EE entre distintos países, Antoñanzas y Hutter<sup>14</sup> plantean que se deben cumplir los siguientes criterios básicos:

- La tecnología objeto de evaluación es empleada en la práctica médica del nuevo contexto.
- El comparador está disponible o se emplea en el nuevo contexto.
- Los datos de efectividad del tratamiento y del comparador se consideran válidos en el nuevo contexto, así como los parámetros epidemiológicos relevantes para la tecnología en cuestión.
- La perspectiva del estudio es la usada en el nuevo contexto para la adopción de decisiones.

Sólo cuando se cumplen esos criterios, recomiendan avanzar tomando en consideración otros aspectos. Existen distintos puntos sobre los cuales aún no hay acuerdos para la transferibilidad de EE entre países: hay diferentes opiniones publicadas acerca de la conveniencia de utilizar el riesgo relativo o el absoluto en los modelos, así como el uso de utilidades y preferencias por estados de salud obtenidos exclusivamente en el contexto local, o acerca de cuáles son las fuentes ideales de donde obtener los costos locales. Por último, la adopción de umbrales para establecer la costo-efectividad (CE) es un tema controversial desde sus inicios<sup>16</sup>; diversas aproximaciones han sido postuladas sin un acuerdo unánime. Los umbrales pueden ser implícitos o explícitos, y entre estos últimos han surgido diferentes enfoques en otros países para intentar establecerlos. Los umbrales pueden ser calculados en función de la demanda, de la oferta o combinando ambas. Cuando se basan en la demanda, se enfocan en las preferencias de la población afectada, es decir, la disposición a pagar por una unidad de efecto. Los valores basados en la oferta se centran en el costo de oportunidad de la intervención<sup>17</sup>. Para aquellos países que no han explicitado su umbral de disposición a pagar (UDP), la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>18</sup> ha propuesto utilizar como valor aproximado entre uno y tres productos brutos internos (PBI) per cápita. Aunque esta propuesta ha generado muchas controversias por sus limitaciones metodológicas y la falta de fundamentos científicos<sup>19</sup>, se ha tomado como referencia en diversas EE desarrolladas en Argentina y otros países de la región<sup>20-22</sup>.

México, Brasil y Chile no han definido umbrales de CE explícitos para sus sistemas de salud y se plantean si eso es realmente necesario<sup>8,23,24</sup>. En la literatura publicada no se han encontrado discusiones acerca de contar con diferentes umbrales de CE dentro de un mismo país.

El análisis de la información que caracteriza al sistema de salud argentino señala una gran heterogeneidad entre las distintas entidades que lo conforman. En particular, los subsistemas de salud pública a cargo de las distintas provincias difieren ampliamente en términos de las variables analizadas. Por ejemplo, la provincia de Buenos Aires (PBA) es la más poblada, con más de 15,6 millones de habitantes, mientras que Tierra del Fuego tiene apenas 127 205 habitantes. Sólo cuatro provincias contienen el 62% de la población total, mientras que el 38% restante se distribuye en las otras 20. La población que no cuenta con cobertura de obra social, prepaga o plan público asciende al 58% del total en Chaco y sólo al 16,7% en Santa Cruz y 17,6% en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)<sup>25</sup>.

El análisis del valor del producto bruto geográfico per cápita (PBGpc), que mide el valor monetario de los bienes y servicios finales generados en promedio por cada habitante, muestra que los habitantes de CABA producen en promedio 7,4 veces más que los de Formosa<sup>26</sup>.

En cuanto al financiamiento del gasto en salud pública, las asignaciones presupuestarias de las provincias también presentan grandes diferencias (Figura 1): la que destina mayor porcentaje de su gasto total a financiar la salud pública es CABA, con el 21%, mientras que PBA sólo desembolsa un 7,2% en el subsistema público de salud. Asimismo, PBA destina \$1 329 en salud pública por habitante, mientras que Tierra del Fuego tiene un gasto 7 veces mayor<sup>27</sup>.

Finalmente, en cuanto a las diferencias epidemiológicas y de resultados en salud, las brechas continúan siendo

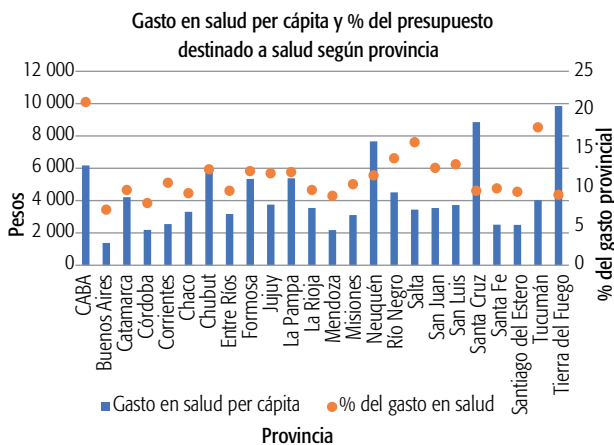
importante (Figura 2). Si una persona nace hoy en Tierra del Fuego, tiene la esperanza de vivir 4 años más que si nace en Chaco<sup>28</sup>. En términos de mortalidad infantil, los peores resultados los presenta Corrientes, con una tasa de 15,9 por cada 1000 nacidos vivos, que es más del doble de la mortalidad infantil en La Pampa (6,8 por 1000). En cuanto a la mortalidad materna, el peor indicador lo presenta La Rioja, con una tasa de 15,9 por cada 10 000 nacidos vivos, mientras que Neuquén, en el otro extremo, presenta una tasa de 1,7 muertes maternas por cada 10 000 nacidos vivos<sup>29</sup>.

El subsistema de salud privado engloba diversas instituciones, que presentan diferencias entre sí y hacia adentro de cada una de las instituciones. Las obras sociales nacionales presentan realidades completamente diferentes en sus estructuras de funcionamiento: las 3 de mayor tamaño en conjunto proporcionan cobertura a más de 4 millones de beneficiarios, mientras que existen más de 30 entidades con menos de 1000 beneficiarios cada una<sup>30</sup>.

En el caso de las obras sociales provinciales, 4 provincias engloban el 53% de afiliados. Mientras Buenos Aires tiene 1,93 millones de beneficiarios, Tierra del Fuego, San Luis y La Pampa cuentan con menos de 100 000 afiliados<sup>31</sup>. Además, el sector de las empresas de medicina prepaga (EMP) concentra en sólo cinco firmas más del 70% de la cobertura<sup>32</sup>.

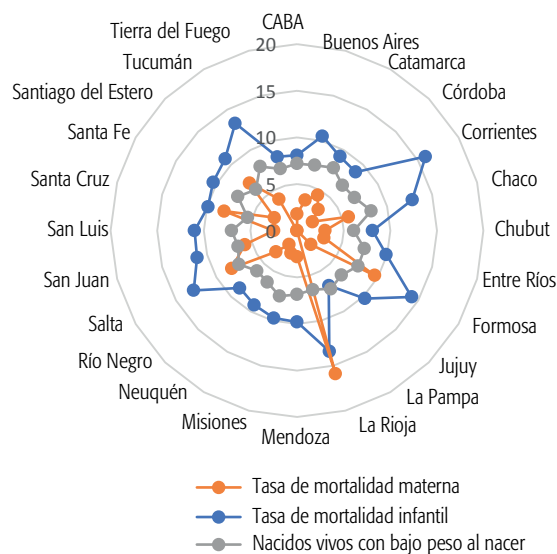
Para estudiar la capacidad de financiamiento que tienen las obras sociales, es importante analizar el salario promedio de los trabajadores que representan, ya que el aporte proviene de un porcentaje del sueldo bruto de los afiliados. En este sentido, las diferencias también son abrumadoras. Mientras los empleados de la actividad

**FIGURA 1.** Gasto en salud pública per cápita y porcentaje de la ejecución presupuestaria del gasto asignado a salud (eje secundario) según provincia, 2015.



CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
 Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias.

**FIGURA 2.** Agrupamiento de provincias según información epidemiológica. Año 2014.



CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
 Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

petrolera financian su obra social con una remuneración promedio anual de \$84.753 para 2016, los trabajadores del comercio al por menor aportan con una remuneración de \$16.137 (menos del 20% de los sueldos del sector petrolero) y los empleados de la construcción lo hacen sobre una base de \$14.475<sup>33</sup>.

Finalmente, en las obras sociales provinciales, las diferencias responden a la caracterización del empleo público en las distintas jurisdicciones, ya que su fuente de financiamiento proviene de los sueldos de los empleados provinciales, con una brecha de hasta 3,5 veces entre la mediana del salario promedio más bajo (\$9067 en la Rioja) y más alto (\$31.281 en Tierra del Fuego)<sup>34</sup> e importantes diferencias en aportes personales y contribuciones patronales, que varían desde el 7% en Entre Ríos hasta el 12% en Salta<sup>18</sup>.

En lo que respecta a la definición de un modelo único de análisis de CE a nivel nacional, los estudios de EE en salud plantean el desarrollo de diversas etapas<sup>5</sup>: determinar el problema de estudio, seleccionar las alternativas a comparar, definir la perspectiva de análisis y el horizonte temporal, medir y valorar los costos y los resultados relevantes en salud, presentar los resultados y realizar el análisis de sensibilidad.

En los sistemas de salud que no están integrados desde el punto de vista asistencial, surgen interrogantes sobre la posibilidad de precisar estas etapas en forma general para los distintos subsectores. Se plantean las siguientes consideraciones:

- Estructuras de costos: Para que una EE pueda ser transferible, se debe asegurar la comparabilidad de las estructuras de costos, tanto en términos de cantidades de bienes y servicios utilizados en la práctica clínica como en relación con los precios relativos de cada ítem incorporado. En Argentina, estas estructuras pueden variar entre los distintos subsectores y financiadores. En este sentido, el trabajo de Hasdeu<sup>35</sup> encontró diferencias de costos originadas en la variabilidad de los protocolos de

atención clínica para rastreo, diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal (ver Tabla 1). Por ejemplo, para un mismo problema de salud, algunos sistemas realizaban el doble de procedimientos endoscópicos por paciente que otros sistemas y algunos utilizaban siempre anticuerpos monoclonales, mientras que otros nunca los usaban. Asimismo, este trabajo halló brechas significativas en el costo unitario de diversas prácticas y medicamentos, tanto entre el subsistema público y la obra social provincial como entre provincias. Dos sistemas de salud podían presentar diferencias de varias veces en el costo unitario de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En otro estudio, Garay<sup>36</sup> encontró marcadas diferencias en los costos de adquisición de dispositivos médicos, así como en los patrones de utilización entre distintas instituciones argentinas de salud (variabilidad clínica).

Se observó una gran heterogeneidad en los mecanismos de compra y en la capacidad de negociación de precios de las distintas entidades que componen el sistema de salud argentino. Desde salud pública, algunas provincias realizan compras centralizadas para todos sus efectores, mientras que otras —aun teniendo un gran número de población a cargo— las descentralizan en los distintos efectores y pierden así capacidad en la negociación de precios con la industria farmacéutica. De modo similar actúa el tamaño de las distintas obras sociales nacionales y provinciales a la hora de conseguir economías de escala y poder monopólico para la discusión de precios.

Según Orellano<sup>37</sup>, uno de los principales determinantes de la CE de una intervención sanitaria era una variable epidemiológica (incidencia), que presenta grandes variaciones dentro de Argentina. Uruña realizó un estudio de CE a nivel subnacional, que reveló que una vacuna contra rotavirus sería más costo-efectiva en el noreste argentino (NEA) y el noroeste argentino (NOA) que en el resto del país<sup>38</sup>.

Perspectiva de análisis: Si bien las principales guías metodológicas plantean la importancia de tomar la perspectiva de la sociedad en el desarrollo de las EE, en muchos casos

**TABLA 1.** Diferencias en estructuras de costos en OSP y SP en cuatro jurisdicciones, 2015.

Ítem	Buenos Aires SP*	Buenos Aires OSP †	CABA‡ SP	Neuquén SP	Neuquén OSP	Santa Fe SP	Santa Fe OSP
Test SOMF §	103	68	85	52	58	103	56
VCC¶	2024	3739	3124	2864	3420	2024	3140
Polipectomía	1642	1537	3629	5880	6703	1642	2545
Anatomía patológica polipectomía	144	164	104	280	335	144	280
Anatomía patológica CCR¶	144	408	104	700	828	144	690
Diagnóstico de CCR en rastreo	2358	3156	1940	3200	3435	2358	3278
Desarrollo síntomas CCR	4832	7355	5528	6636	7535	4832	7014
Tratamiento Duke A	31 623	42 944	41 327	45 055	55 927	31 623	43 937
Tratamiento Duke B	49 698	62 154	56 894	60 857	80 490	43 593	63 877
Tratamiento Duke C	93 411	103 904	73 732	81 735	130 013	60 853	102 326
Tratamiento Duke D	378 494	446 815	34 584	46 875	404 905	34 691	439 635
Perforación intestinal	14 077	13 201	24 078	21 100	30 778	14 077	17 378
Sangrado post VCC	948	948	1920	1800	2981	948	1057

\*Salud pública; †Obra social provincial; ‡Ciudad Autónoma de Buenos Aires; §Sangre oculta en materia fecal; ¶|Videocolonoscopia; ¶|Cáncer colorrectal.

Fuente: Hasdeu S, Lamfre L, Altuna J, Torales S, Caporale J, Sánchez Viamonte J, et al. Costo efectividad del rastreo de cáncer colorrectal en provincias argentinas seleccionadas. Rev Argent Salud Pública, 2017;8(31):13-18

se toma sólo la perspectiva del financiador. Vale resaltar aquí que en el subsector de salud pública la adquisición de la tecnología es financiada completamente por el gobierno provincial o nacional. Sin embargo, cuando se trata de una obra social o prepaga, el pago de coseguros por parte del paciente puede representar una porción importante del financiamiento. En este caso, si se considera sólo la perspectiva del financiador privado (la obra social o la prepaga), los resultados de la EE pueden tener diferencias significativas con respecto a la perspectiva de salud pública, lo que genera inequidades de grupo.

UDP: Existen importantes brechas en la capacidad de financiamiento de las intervenciones sanitarias entre las distintas entidades que componen el sistema de salud argentino. Esto se traduce en diferencias en la valoración social estimada frente a los resultados sanitarios esperados de una nueva tecnología. En este sentido, cuando se analiza cuál es el parámetro con el que se evalúa si vale la pena afrontar el costo incremental de la nueva tecnología, las respuestas son heterogéneas hacia el interior del sistema sanitario.

Si en Argentina se tomara la propuesta de asumir como UDP el valor del PBI per cápita, podría observarse que este valor, como promedio nacional, esconde las diferencias que existen entre los respectivos PBGpc de cada jurisdicción (Figura 3). Lo mismo es válido respecto a la heterogeneidad a nivel de las obras sociales nacionales y provinciales. Si se estima el UDP en el subsector público a partir de la productividad de cada individuo, en términos de valor de la producción por habitante, se puede asimilar el concepto hacia las obras sociales nacionales, tomando como UDP la remuneración promedio de los trabajadores de la rama donde se desempeñan las personas que aportan para el financiamiento de la obra social. En tal sentido, como se mencionó anteriormente, el salario promedio por sector presenta asimetrías muy importantes.

## CONCLUSIONES

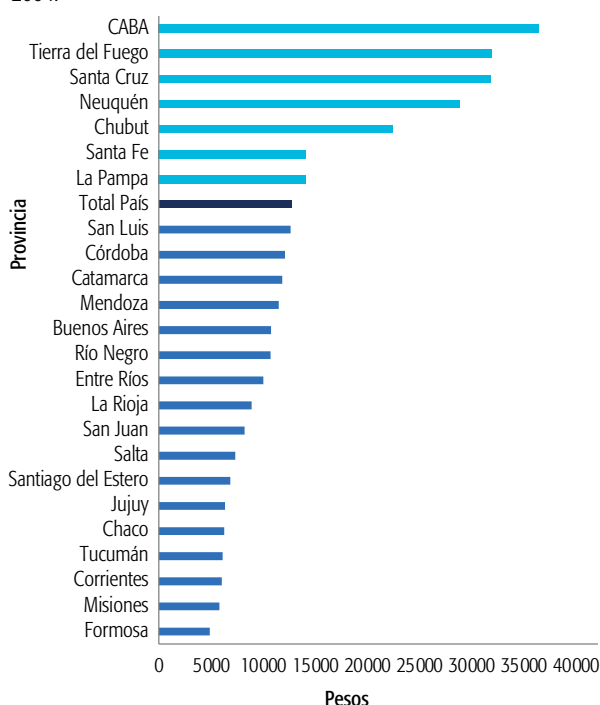
La fragmentación del sistema argentino de salud implica diferencias en términos de estructuras de costos, perspectiva de análisis y UDP, así como variabilidad en la práctica clínica según la entidad involucrada. Esto tiene repercusiones metodológicas en la elaboración y en los resultados de las EE y, por lo tanto, condiciona la aplicabilidad o generalizabilidad de los resultados a nivel nacional.

Hay estudios<sup>6-10</sup> que proponen criterios para valorar de forma objetiva y subjetiva la potencial generalizabilidad de las EE a partir de una mínima calidad (validez interna). Hasta el momento no se han encontrado investigaciones que analicen la posibilidad de extrapolar los resultados de las EE hacia otros subsistemas, en el contexto de un sistema de salud fragmentado como el argentino.

En Argentina, uno de los principales inconvenientes para el desarrollo de EE es la definición explícita de la capacidad de pago, la ausencia de transparencia en la información de costos y la variabilidad en términos de práctica clínica, así como de precios relativos que enfrentan las diferentes entidades que componen el sistema de salud.

El actual sistema fragmentado refleja grandes inequidades. Según el lugar geográfico y el subsistema que se analice, una misma tecnología sanitaria puede resultar o no costo-efectiva, en función del umbral de referencia y la estructura de costos a la que se enfrente. Todos estos desafíos metodológicos tendrá que abordar la futura agencia nacional de evaluación de tecnologías sanitarias. Es posible que en muchos casos deba analizarse la potencial transferibilidad y generalizabilidad de una EE entre regiones de Argentina, siguiendo lineamientos como los que algunos autores recomiendan para ser utilizados entre países. Es importante conocer las limitaciones en la generalizabilidad y transferibilidad de las EE en sistemas de salud fragmentados como el argentino. Ese punto de partida permite alertar a los diseñadores de políticas sanitarias y considerar, para la toma de decisiones, la utilización de EE realizadas desde la perspectiva de una única entidad o subsector del sistema de salud.

FIGURA 3. Producto bruto geográfico per cápita según provincia, 2004.



CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

**Cómo citar este artículo:** Lamfre L, Hutter F, Álvarez J, Sanguine V, Altuna J, Hasdeu S, et al. Evaluaciones económicas en un sistema de salud fragmentado: oportunidades y desafíos metodológicos para Argentina. *Rev Argent Salud Pública*, 2018; 9(37): 37-42

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Drummond MF, O'Brian B, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 2nd Ed. Oxford: Oxford University Press; 1997.
- <sup>2</sup> Cetrángolo O. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Rev de Economía Política de Bs. As*, 2014;8(1).
- <sup>3</sup> Resolución GMC N° 25/15 "Guía para estudios de evaluación económica de tecnologías sanitarias"; 2016. [Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/resoluci%C3%B3n-448-2016-260343>] [Último acceso: 08/10/2018]
- <sup>4</sup> *Boletín Oficial de la República Argentina*. Ministerio de Salud. Resolución 623/2018. Buenos Aires; 2018. [Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/180957/20180403>] [Último acceso: 08/10/2018]
- <sup>5</sup> Pinedo y otros. *Proyecto de ley que crea la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología de Salud - Agnet*. Número de Expediente 1379/18; 2018. [Disponible en: <http://www.senado.gov.ar/parlamentario/comisiones/verExp/1379.18/S/PL>] [Último acceso: 12/10/2018]
- <sup>6</sup> Drummond M, et al. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 3rd Ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- <sup>7</sup> García-Altés A, Navas E, Soriano MJ. Evaluación económica de intervenciones de salud pública. *Gaceta Sanitaria*. 2011;25:25-31.
- <sup>8</sup> MINSAL. *Guía Metodológica para la Evaluación Económica de Intervenciones en Salud en Chile*. Chile; 2013.
- <sup>9</sup> Drummond M, Barbieri M, Cook J, Glick HA, Lis J, Malik F, et al. Transferability of Economic Evaluations across Jurisdictions: ISPOR Good Research Practices Task Force Report. *Value in Health*, 2009;12(4):409-418.
- <sup>10</sup> Boulanger S, Nixon J, Drummond M, Ulmann P, Rice S, Pouvourville G. Can Economic Evaluations Be Made More Transferable? *European Journal of Health Economics*, 2005;6:334-346.
- <sup>11</sup> Augustovski F, Iglesias C, Manca A, Drummond M, Rubinstein A, Martí SG. Barriers to Generalizability of Health Economic Evaluations in Latin America and the Caribbean Region. *PharmacoEconomics*. 2009;27(11):919-29.
- <sup>12</sup> Welte R. A Decision Chart for Assessing and Improving the Transferability of Economic Evaluation Results between Countries. *PharmacoEconomics*. 2004;22(13):857-876.
- <sup>13</sup> MINSAL. *Propuesta de la herramienta de transferabilidad de evaluaciones económicas en salud*. Chile; 2016.
- <sup>14</sup> Antoñanzas F, Rodríguez-Ibeas R, Juárez C, Hutter F, Lorente R, Pinillos M. Transferability Indices for Health Economic Evaluations: Methods and Applications. *Health Economics*, 2009;18(6):629-643.
- <sup>15</sup> Goeree R, He J, O'Reilly D, Tarride JE, Xie F, Lim M, et al. Transferability of Health Technology Assessments and Economic Evaluations: A Systematic Review of Approaches for Assessment and Application. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*: CEOR, 2011;3:89.
- <sup>16</sup> Weinstein M, Zeckhauser R. Critical Ratios and Efficient Allocation. *J Public Econ*, 1973;2:147-57.
- <sup>17</sup> Soares PC, Novaes HMD. Cost-Effectiveness Thresholds and the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(4):e00040717.
- <sup>18</sup> WHO Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
- <sup>19</sup> Marseille E, Larson B, Kazi DS, Kahnd JG, Rosen S. Thresholds for the Cost-Effectiveness of Interventions: Alternative Approaches. *Bull World Health Organ*, 2015;93:118-124.
- <sup>20</sup> Pichon-Riviere A, Garay OU, Augustovski F, Vallejos C, Huayanay L, Bueno MP, et al. Implications of Global Pricing Policies on Access to Innovative Drugs: The Case of Trastuzumab in Seven Latin American Countries. *Int J Technol Assess Health Care*. 2015;31(1-2):2-11. doi: 10.1017/S0266462315000094.
- <sup>21</sup> Giachetto Larraz G, Telechea Ortiz H, Speranza Mourine N, Giglio N, Cané A, Pirez García MC, et al. Costo-efectividad de la vacunación universal antineumocócica en Uruguay. *Rev Panam Salud Pública*, 2010;28(2):92-9.
- <sup>22</sup> Entringer AP, Pinto M, Dias MAB, Gomes MA. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2018;34(5):e00022517.
- <sup>23</sup> Pinto M, Santos M, Trajman A. Limiar de custo-efetividade: uma necessidade para o Brasil? *J Bras Econ Saúde*. 2016;8(1):58-60.
- <sup>24</sup> Antonini Ribeiro R, et al. Diretriz metodológica para estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde no Brasil. *J Bras Econ Saúde*. 2016;8(3):174-184.
- <sup>25</sup> INDEC. *Censo 2010*. Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2010. [Disponible en: [https://www.indec.gov.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=2&id\\_tema\\_2=41&id\\_tema\\_3=135](https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135)] [Último acceso: 10/17/2018]
- <sup>26</sup> INDEC. *Agregados macroeconómicos* (PIB). Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2018. [Disponible en: [https://www.indec.gov.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=3&id\\_tema\\_2=9&id\\_tema\\_3=47](https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=3&id_tema_2=9&id_tema_3=47)] [Último acceso: 10/17/2018]
- <sup>27</sup> Ministerio de Economía. Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias. *Sector Público Provincial*; 2017. [Disponible en: [http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dncfp/provincial/info\\_presupuestaria/gasto\\_FIN\\_FUN/fin\\_fun\\_total\\_serie\\_ACOD.php](http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dncfp/provincial/info_presupuestaria/gasto_FIN_FUN/fin_fun_total_serie_ACOD.php)] [Último acceso: 17/10/2018]
- <sup>28</sup> INDEC. *Proyecciones y estimaciones*. Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2013. [Disponible en: [https://www.indec.gov.ar/nivel3\\_default.asp?id\\_tema\\_1=2&id\\_tema\\_2=24](https://www.indec.gov.ar/nivel3_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=24)] [Último acceso: 17/10/2018]
- <sup>29</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). *Estadísticas Vitales. Información Básica – Año 2014*. [Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro58.pdf>] [Último acceso: 17/10/2017]
- <sup>30</sup> Superintendencia de Seguros de Salud. *Estadísticas*; 2016. [Disponible en: <https://www.sssalud.gov.ar/index.php?cat=consultas&page=estadisticas>] [Último acceso: 22/10/2018]
- <sup>31</sup> Canale S, De Ponti H, Monteferrario M. Obras sociales provinciales: consumo y gasto en atención médica. *Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal* (DAAPGE). Santa Fe, Argentina. 2016;16(26).
- <sup>32</sup> CADIME. *Informe Sectorial CADIME*; 2017. [Disponible en: <http://www.cadime.com.ar/newsletter/revista19/nota6.pdf>] [Último acceso: 22/10/2018]
- <sup>33</sup> Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. *Boletín de remuneraciones de los trabajadores registrados. Serie anual – año 2016*. Observatorio de Empleo y Dinámica Empresarial; 2016.
- <sup>34</sup> SIPA, Ministerio de Trabajo. *Mediana salarial del sector público provincial*; 2016.
- <sup>35</sup> Hasdeu S, Lamfre L, Altuna J, Torales S, Caporale J, Sánchez Viamonte J, et al. Costo efectividad del rastreo de cáncer colorrectal en provincias argentinas seleccionadas. *Rev Argent Salud Pública*, 2017;8(31):13-18.
- <sup>36</sup> Garay OU, Elorrio EG, Rodríguez V, Spira C, Augustovski F, Pichon-Riviere A. Single-Use Devices in Argentina: Cost Comparison Analysis of a "Re-Use" versus a "Single-Use" Policy for Trocars, Endocutters, Linear Cutters, and Harmonic Scalpels. *Value in Health Regional Issues*. 2017;14:89-95. doi:10.1016/j.vhri.2017.04.005.
- <sup>37</sup> Orellano PW, Vázquez N, Salomón OD. Coste-efectividad de estrategias de prevención contra la leishmaniasis tegumentaria americana en Argentina. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(12):2459-2472.
- <sup>38</sup> Uruña A. Cost-Effectiveness Analysis of Rotavirus Vaccination in Argentina. *Vaccine*, 2015;33S:A126-A134.



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional*. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.