



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Resolución

Número:

Referencia: EX-2021-87246600- -INSSJP-SGTO#INSSJP - Resolución - Índice de Relevancia Estratégica para la recategorización de los prestadores del II Nivel de Atención.-

VISTO el EX-2021-87246600- -INSSJP-SGTO#INSSJP, la Ley N° 19.032 y sus modificatorias N° 25.615, la Ley N° 27.541, los Decretos de Necesidad de Urgencia N° DECNU-2020-260-APN-PTE y modificatorios, DECNU-2021-167-APN-PTE, las Resoluciones del Instituto N° 395-DE-17; 416-DE-17 modificada por las N° 515/DE/17 y 883/DE/17; 443-DE-17; RESOL-2020-1015-INSSJP-DE#INSSJP; RESOL-2020-2383-INSSJP-DE#INSSJP, la la Disposición Conjunta N° 23-SGTM-SGTO-17 y,

CONSIDERANDO:

Que mediante la Ley N° 19.032, y de conformidad con las modificaciones introducidas por su similar N° 25.615, se creó el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES para JUBILADOS y PENSIONADOS, con el carácter de persona jurídica de derecho público no estatal, con individualidad financiera y administrativa y con el objeto de otorgar - por sí o por terceros - a las personas jubiladas y pensionadas del régimen nacional de previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y a su grupo familiar primario, las prestaciones sanitarias y sociales, integrales, integradas y equitativas, tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Que a fin de cumplir dichos objetivos el artículo 6° de dicha ley asignó al Directorio Ejecutivo Nacional del INSSJP la competencia para dictar las normas necesarias para la adecuada administración y funcionamiento del organismo, mientras que el artículo 3° del Decreto N° 02/04-PEN, el Órgano Ejecutivo posee plenas facultades para dictar las normas necesarias para la adecuada administración y funcionamiento del organismo.

Que, previo a todo cabe destacar que el PODER EJECUTIVO NACIONAL mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia DECNU-2020-260- APN-PTE, modificado por el Decreto DECNU-2020-287-APN-PTE, amplió la emergencia pública en materia sanitaria establecida por Ley N° 27.541, en virtud de la Pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a causa del virus COVID-19, por el plazo de UN (1) año, prorrogado mediante el DECNU-2021-167- APN-PTE hasta el 31 de diciembre de 2021.

Que, asimismo, y en pos del avance de la emergencia sanitaria, este INSTITUTO a través de RESOL-2020-1015-

INSSJP-DE#INSSJP declaró la Emergencia Sanitaria a los efectos de garantizar a los afiliados y afiliadas del INSTITUTO el acceso a los bienes y servicios básicos para la prevención, atención y afección del Coronavirus (COVID-19), teniendo en cuenta que la prioridad del INSTITUTO es atender a las necesidades de los afiliados y afiliadas altamente vulnerables en las condiciones sanitarias expuestas y en el contexto social imperante.

Que durante el tiempo transcurrido desde el inicio de la pandemia, este Instituto se encuentra trabajando de manera activa en la promoción de políticas que promuevan la equidad en el acceso a las prestaciones para el universo de personas afiliadas.

Que la situación epidemiológica, resaltó la importancia de contar con políticas sanitarias que consideren las características sociodemográficas y el entorno social del universo de las personas afiliadas así como también la situación particular a la que se deben enfrentar cada uno de los prestadores del Instituto para poder atender sus necesidades y de esta forma garantizar el derecho del acceso a la salud.

Que por ello, cabe recordar que este Instituto por medio de la Resolución N° 395/DE/17 dispuso el pago capitado de las prestaciones socio-sanitarias a las personas afiliadas del Instituto dejando sin efecto el modelo retributivo de pago por prestación por cartera asignada, aprobado por Resolución N° 687/DE/13, sus complementarias y modificatorias.

Que, asimismo, por la Resolución N° 408/DE/17 se aprobó el componente prestacional del Nomenclador Común del Instituto y los modelos de contrato para el nivel ambulatorio y sanatorial con pago capitado y modulado para las prestaciones de alta complejidad.

Que por su parte, mediante la Resolución Nro. 416/DE/17, modificada por las Resoluciones N° 515/DE/17 y 883/DE/17, se aprobaron los criterios para la categorización de los prestadores de nivel sanatorial, estableciendo que la cantidad total de camas y la relación entre UTI y total de camas arrojaría la respectiva categorización en C, B, A y F siendo la C la mayor categoría y la F la menor.

Que por la Resolución 443/DE/17 se incorporaron dos categorías, a saber “D” y “E” para aquellos prestadores de nivel sanatorial que no posean camas de terapia intensiva (UTI) y que por tal motivo, requieran realizar derivaciones a otras Instituciones, distinguiendo las mismas según puedan realizar prácticas quirúrgicas de baja complejidad o no puedan realizar cirugías.

Que luego a través de la Resolución N° 883/DE/17 se aprobó el nuevo nomenclador Común del Instituto y su componente prestacional, modificado más recientemente, por medio de la RESOL-2021-74-INSSJP-DE#INSSJP, sus modificatorias y complementarias, y su componente prestacional, se aprobó el pago por prestación para los nuevos módulos consulta especialista y sus prácticas asociadas y se aprobaron los nuevos modelos de contrato para el II Nivel de Atención.

Que por su parte la Disposición Conjunta de la ex Secretaría General Técnico Médica y la Secretaría General Técnico Operativa Nro. 23/SGTM-SGTO/17, dispuso que ante la necesidad de contar con información fidedigna y actualizada, los prestadores de Alta Complejidad y de Nivel II debían ratificar o rectificar los datos relativos a su capacidad prestacional en función de los criterios expuestos precedentemente.

Que sin perjuicio de todo lo antes expuesto, las áreas competentes han evaluado la situación actual y han detectado que en términos operativos no existen prestadores en la actualidad bajo las categorías “E” y “F”.

Que no hay dudas que los prestadores del II Nivel Sanatorial son actores fundamentales no solo para combatir la

actual situación epidemiológica sino también para atender las distintas patologías que puede presentar la población afiliada a este Instituto, motivo por el cual resulta conveniente conforme han manifestado las áreas competentes, que cualquiera de ellos pueda solicitar ser incluido en la nueva categorización.

Que por ello, las áreas requieren que este Instituto como órgano con competencia a nivel nacional, modifique el actual sistema de categorización para la retribución a los prestadores del II Nivel, propiciando políticas proactivas que permitan una retribución equitativa y justa y que a su vez incentive a los actuales prestadores y/o a los futuros que quieran adherirse al Instituto a brindar una atención con calidad prestacional.

Que la categorización actual no contempla el carácter federal de nuestro territorio nacional ni tampoco su heterogeneidad en términos sociodemográficos, prestacionales y en cuestiones atinentes al acceso a la salud, siendo primordial promover un nuevo paradigma de atención y optimización de recursos.

Que en este contexto, la nueva Agenda Institucional, persigue implementar herramientas de política pública en materia socio sanitaria, bajo una lógica de implementación progresiva y con un criterio de razonabilidad, con perspectiva federal y que se condiga con las dimensiones y competencias materiales y territoriales de este Instituto.

Que asimismo, se pretende lograr una previsibilidad en el contexto retributivo de cada uno de los prestadores del Instituto y a su vez que dichas medidas sean duraderas en el tiempo a fin de favorecer la calidad de las prestaciones brindadas a nuestros afiliados y afiliadas.

Que por todo lo expuesto, la Secretaría General Técnico Operativa propicia la creación de un Índice de Relevancia Estratégica que permita categorizar a los prestadores sanatoriales de nivel II sanatorial teniendo en cuenta no sólo su disponibilidad de camas sino también su relevancia estratégica a nivel territorial.

Que con este Índice se busca mejorar la categorización de aquellos prestadores ubicados zonas de vulnerabilidad sanitaria o con mayor demanda potencial.

Que la vulnerabilidad sanitaria de cada zona territorial, la demanda potencial de cada jurisdicción y la infraestructura de cada prestador en cada sector del país resultan relevantes al momento de definir que categoría otorgarle a cada prestador y de esta forma identificar su importancia estratégica en cuanto a cuestiones sociodemográficas y territoriales.

Que las dimensiones descriptas, tienen originalmente como unidad de análisis a los radios censales, considerándolos unidades geoestadísticas que generan una mayor desagregación que permiten trabajar y analizar la medida aquí propiciada.

Que dichos radios censales como unidad de análisis tienen en cuenta las dimensiones de Vulnerabilidad Sanitaria y Demanda Potencial.

Que metodológicamente se resalta la previa asignación a cada prestador de un puntaje para cada una de estas dos dimensiones del índice y la implementación de dos mapas a nivel nacional: uno de vulnerabilidad y otro de demanda potencial.

Que así las cosas, cada radio censal tendrá un valor para el subíndice de Vulnerabilidad Sanitaria y para el de Demanda Potencial, para luego imputársele a cada prestador, el valor del subíndice de acuerdo al radio censal en que se encuentre.

Que la Secretaría General de Administración, Secretaría de Políticas Sanitarias, la Secretaría General Técnico Operativa, la Gerencia de Prestaciones Médicas, la Gerencia de Análisis y Procesos Retributivos y la Gerencia Económico Financiera han tomado la intervención correspondiente.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos y la Sindicatura General del Instituto tomaron la intervención de su competencia.

Por ello y en uso de las atribuciones conferidas en el artículo 6° de la Ley N° 19.032 y sus modificatorias, artículos 2° y 3° del Decreto N° 02/04, la RESOL-2021-1290-INSSJP-DE#INSSJP y el Decreto N° DECFO-2019-84-APN-SLYT,

EL SUBDIRECTOR EJECUTIVO

DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Crear el Índice de Relevancia Estratégica para la recategorización de los prestadores del II NIVEL Sanatorial a fin de promover políticas institucionales más justas y equitativas y a efectos de optimizar las instancias de financiamiento y su consecuente calidad prestacional.

ARTÍCULO 2°.- Aprobar el Anexo I - “Ficha Metodológica” que como IF-2021-88013390-INSSJP-SE#INSSJP forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 3°.- Aprobar el Anexo II - “Lógica de Traducción de Gestión Retributiva” que como IF-2021-88014335-INSSJP-SE#INSSJP forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 4°.- Encomendar a la Secretaría General Técnico Operativa y a la Gerencia de Prestaciones Médicas, la reglamentación, operativización e implementación del índice, a los fines de garantizar su correcto funcionamiento.

ARTÍCULO 5°.- Encomendar a la Gerencia de Análisis de Procesos Retributivos adecuar las categorías bajo la lógica de traducción de gestión retributiva aprobada en el Artículo 3° de la presente.

ARTÍCULO 6°.- Establecer que los prestadores actuales del Instituto continuarán bajo la categorización aprobada por las Resoluciones N° 416/DE/17 y modificatorias, y 443/DE/17, pudiendo solicitar una nueva categorización bajo los principios de la presente.

ARTÍCULO 7°.- Registrar, comunicar y publicar en el Boletín del Instituto. Cumplido, proceder a su archivo.

Digitally signed by Martin Rodriguez Alberti
Date: 2021.09.17 18:29:57 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2021.09.17 18:30:08 -03:00

**Propuesta de Implementación de nuevo Índice de Relevancia
Estratégica para la categorización de prestadores del II Nivel
Sanatorial**

Contenido

1. Resumen Ejecutivo	3
2. Introducción	5
3. Planteo del problema	6
a) El actual sistema de categorización de prestadores de II Nivel	6
b) La dificultad con la actual categorización	8
c) La relevancia estratégica	8
d) La vulnerabilidad sanitaria y demanda potencial con enfoque territorial	9
4. Objetivos del proyecto	10
a) Objetivo general	10
b) Objetivos específicos	11
5. Metodología	11
a) Unidad de Análisis	11
b) Fuentes de información	12
c) <u>Operacionalización</u>	14
c.1) Subíndice de Vulnerabilidad Sanitaria	15
c.2) Subíndice de Demanda Potencial	16
c.3) Subíndice de Capacidad	28
c.4) Cálculo del Índice de Relevancia Estratégica	

1. Resumen Ejecutivo

Este texto propone abordar a partir de una visión sociodemográfica y federal la implementación de un índice que permita categorizar los prestadores del II Nivel capitado del INSSJP- PAMI- de una manera integral. La categorización actual de estos prestadores sólo contempla la cantidad de camas de internación y las de la Unidad de Terapia Intensiva. En este nuevo índice de relevancia estratégica que proponemos, consideramos también cuestiones vinculadas con las características sociodemográficas y el entorno social de los/as usuarios/as de estos prestadores en clave de accesibilidad al servicio de salud y ampliamos la noción de capacidad no sólo a la cantidad de camas disponibles sino al recurso humano existente.

Buscamos entonces a través de la elaboración de este índice, generar las condiciones posibles para una recategorización que permita promover políticas institucionales más justas y eficientes al momento de retribuir a los prestadores del II Nivel.

Para ello, en primer lugar, nos centramos en algunos antecedentes y consideraciones teóricas y legales que sustentan este proyecto.

En segundo lugar, describimos brevemente el rol del Instituto a nivel nacional y el marco normativo vigente en relación a las prestaciones del II Nivel (Resoluciones 395/DE/17; 416/DE/17; 443/DE/17).

En tercer lugar, caracterizamos a los actores sociosanitarios involucrados con intereses en el proceso (Prestadores del II Nivel), y presentamos la categorización vigente con las dificultades identificadas, a fin de adecuar la medida que se persigue con la capacidad técnica del Instituto, los intereses circunstanciales y el universo prestacional.

En cuarto lugar, se exponen los fundamentos por los cuales se considera relevante contar con indicadores y variables que permitan la implementación de un índice para una adecuada categorización de los prestadores del II Nivel.

En quinto lugar, se presentan de manera específica los objetivos del índice propuesto junto con la metodología empleada en una muestra a partir de la recolección de datos realizada de los sistemas de información con los que cuenta el Instituto (Sistema Interactivo de Información (SII); Portal de Prestadores y Proveedores (POPP) y el Padrón de Personas Afiliadas), a partir de la cual se identificaron variables y se construyeron dimensiones que dieron origen al nuevo índice.

Por último, se expone una evaluación general que presenta el cálculo propuesto para el nuevo índice, como una construcción conceptual que derivará en una adecuación de

la dinámica asistencial del II Nivel y que permitirá un escenario de categorización de los prestadores bajo un nuevo paradigma de atención y optimización de recursos.

2. Introducción

Misión y abordaje territorial del Instituto

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI), creado por la Ley 19.032 en el año 1971, se constituye como un organismo pionero en América Latina, especializado en la prestación integral de servicios médicos y sociales a personas mayores, tendiente a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, disminuyendo las brechas que generan inequidades. Es por ello, que el Instituto cuenta con presencia en todo el territorio argentino y cuenta actualmente con un padrón de personas afiliadas que asciende a los cinco millones.

Las Unidades de Gestión Local (en adelante UGL) nacen bajo el marco de una política establecida por el INSSJP-PAMI -Nivel Central- y con el objetivo estratégico institucional de brindar a las personas afiliadas una atención personalizada, que les permita realizar las gestiones habituales en localidades cercanas a su domicilio, poniendo fin a las barreras geográficas y de recursos económicos, entre otras, que se encuentran presentes en nuestro heterogéneo país.

Estos organismos descentralizados de PAMI en territorio se constituyen en herramientas de la política pública y fundamentalmente en materia socio sanitaria. Las UGLs permiten abordar la diversidad de situaciones que se presentan a lo largo y a lo ancho de nuestro país en términos de configuraciones previsionales, sanitarias y sociales de las personas mayores afiliadas, siendo su principal objetivo, garantizar el acceso a las prestaciones médicas y sociales. Esta política se encuentra acompañada de la correspondiente transferencia de recursos y responsabilidades.

La recategorización de prestadores de segundo nivel que propondremos en este documento tiene un enfoque territorial que se enmarca en las políticas del Instituto mencionadas anteriormente. Con dicha recategorización esperamos poder retribuir de una manera más justa y eficiente a nuestros prestadores de segundo nivel ya que tendremos en cuenta la heterogeneidad en la distribución geográfica de nuestras personas afiliadas y sus condiciones de vida, además de las características de los propios prestadores.

3. Planteo del problema

a) El actual sistema de categorización de prestadores de II Nivel

El Instituto otorga a su universo de personas afiliadas prestaciones de I, II y III Nivel conforme el Modelo Prestacional aprobado por Resolución Nro. 284/05.

Ahora bien, el actual Sistema capitado que administra las prestaciones del II Nivel Sanatorial particularmente se rige por el conjunto de Resoluciones que a continuación se detallan:

- Resolución Nro. 395-DE-17
- Resolución Nro. 416-DE-17
- Resolución Nro. 443-DE-17

Por la Resolución Nro. 395-DE-17 se dispuso el pago capitado de las prestaciones socio-sanitarias a quienes conforman el padrón de personas afiliadas del Instituto, dejando sin efecto el modelo retributivo de pago por prestación por cartera asignada, aprobado por Resolución N° 687/DE/13, sus complementarias y modificatorias.

Por su parte la Resolución Nro. 416-DE-17, vigente a partir del 1 de mayo de 2017, aprobó los criterios para la categorización de los prestadores de nivel sanatorial, estableciendo que la cantidad total de camas y la relación entre camas de Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y total de camas arrojaría la respectiva categorización en C, B, A y F siendo la C la mayor categoría y la F la menor.

Asimismo, dicha Resolución estableció que los Hospitales Públicos de ámbitos Municipales, Provinciales y Nacionales siempre serían categorizados bajo la letra A, independientemente de la ratio entre UTI y total de Camas que establece la norma en cuestión; mientras que aquellos prestadores que se encuentren en el extremo inferior de la tasa de utilización o de mayor tasa de rechazo se categorizan en la letra F siendo ésta una categoría adicional.

A continuación, exponemos los criterios operativos para la categorización vigente:

Criterios para la categorización de prestadores del nivel sanatorial

(i) Cantidad total de camas:

1. Entre 0 y 49 camas
2. Entre 50 y 90 camas
3. Más de 91 camas

(ii) Complejidad del prestador establecido por ratio entre UTI y Total de camas

1. Entre 0% y 15%
2. Entre más de 15% y 25%
3. Más de 25%

A partir de la combinación de los criterios surge la siguiente matriz:

		Cantidad Total de Camas		
		1	2	3
Complejidad del prestador	0	F (D/E)	F (D/E)	F (D/E)
	1	A	B	B
	2	B	B	C
	3	B	C	C

Los hospitales públicos de Ámbitos Municipales, Provinciales y Nacionales tienen la categoría "A". A su vez, se establece una categoría adicional "F" para aquellos prestadores que se encuentren en el extremo inferior de la Tasa de Utilización o Mayor Tasa de Rechazo.

Categoría “D”: se considera esta categoría de prestadores, con el mismo valor de cápita de internación determinado para la categoría “F2”. Las características de estos prestadores son:

(i) Realizan prácticas quirúrgicas de baja complejidad

(ii) No poseen UTI

(iii) No se les debitaran derivaciones por prácticas de II Nivel de atención que sean autorizadas con orden de prestación, de acuerdo a lo que determine la Gerencia de Prestaciones Médicas.

Categoría “E”: se considera esta categoría de prestadores, con el mismo valor de cápita de internación, determinado para la categoría “F1”. Las características de estos prestadores son:

(i) No poseen UTI

(ii) No pueden realizar cirugías

(iii) No se les debitaran derivaciones por prácticas de II Nivel de atención que sean autorizadas con orden de prestación, de acuerdo a lo que determine la Gerencia de Prestaciones Médicas.

La matriz presentada se constituye en la herramienta actual que permite al Instituto clasificar a los prestadores del II Nivel siendo esto posible a través de la presentación por parte de los prestadores de una “Declaración Jurada de Capacidad Prestacional”. El marco normativo que dio origen a este procedimiento se compuso de la Resolución Nro. 416-DE-17 complementada por la Disposición Nro. 23/SDE/17. Luego, la Resolución 443-DE-17 incorpora las últimas dos categorías: “D” y la “E” para aquellos prestadores de nivel sanatorial que no posean camas de terapia intensiva (UTI) y que por tal motivo requieran realizar derivaciones a otras Instituciones, distinguiendo las mismas según puedan realizar prácticas quirúrgicas de baja complejidad o no puedan realizar cirugías. Cabe destacar que esta declaración jurada es la que actualmente se solicita a los prestadores en caso de requerir el cambio de una categoría a otra.

b) La dificultad con la actual categorización

Del plexo normativo descripto, surge la problemática que ponemos a consideración en este texto.

Si bien existe un marco normativo que regula la categorización de prestadores de nivel sanatorial, consideramos que la metodología utilizada actualmente no se encuentra en consonancia con los objetivos del Instituto en lo que respecta a reconocer la heterogeneidad territorial y actuar en consecuencia, siendo que la categorización actual es completamente indiferente al contexto en el que brinda servicio ese prestador. Dicho contexto varía a lo largo del territorio nacional y es un aspecto que no puede dejar de tenerse en cuenta. A continuación, introduciremos el concepto de vulnerabilidad sanitaria y demanda potencial de servicios médicos, que nos permitirá medir la situación contextual en que están insertos los prestadores.

c) La relevancia estratégica

La existencia de prestadores en zonas vulnerables o con alta demanda potencial implica una mayor relevancia estratégica que aquellos prestadores ubicados en zonas de baja vulnerabilidad. Como vimos anteriormente en el apartado 2.b, esta situación actualmente no está contemplada por la categorización actual de prestadores sanatoriales de Nivel II y de allí la necesidad de generar un índice para una categorización más justa y eficiente. Por ejemplo, existen prestadores en zonas de alta vulnerabilidad que tienen una categoría baja (por tener pocas camas) y por ello existe el riesgo de que dejen de prestar servicios para el Instituto. A través del Índice de Relevancia Estratégica, éstos modificarían su categoría a una más alta y sería factible poder evitar que dejen de prestar servicio a PAMI. La **relevancia estratégica** del prestador sanatorial se puede definir como la importancia del establecimiento para las personas afiliadas de un determinado territorio.

Podemos definirla de acuerdo a tres dimensiones:

- 1) Vulnerabilidad sanitaria
- 2) Demanda potencial
- 3) Capacidad

d) La vulnerabilidad sanitaria y demanda potencial con enfoque territorial

La vulnerabilidad sanitaria y la demanda potencial son dos dimensiones que tendremos en cuenta (junto con la de capacidad) a la hora de calcular el Índice de Relevancia Estratégica de los Prestadores Sanatoriales de Nivel II. Estas dos dimensiones le aportan un factor contextual al Índice, fundamental a la hora de considerar la heterogeneidad territorial de nuestro país.

Denominamos **vulnerabilidad sanitaria** a una situación desfavorable que sufre una persona en un determinado territorio que aumenta sus probabilidades de padecer problemas de salud. De esta manera, la vulnerabilidad sanitaria está asociada de forma directa al riesgo potencial de desarrollar ciertas enfermedades o verse afectado/a por factores de riesgo ambientales. Este concepto de vulnerabilidad será una de las dimensiones del índice y se centra en los determinantes sociales de la salud y su distribución territorial.

Podemos explicar a la vulnerabilidad sanitaria mediante dos subdimensiones:

- ✓ **Condiciones de vida:** las podemos definir a través de los recursos de los que disponemos (tanto objetivados como incorporados) para poder satisfacer las necesidades para subsistir y reproducirnos. Ejemplo de ello son el nivel educativo y las condiciones de la vivienda. Para esta dimensión, usaremos como proxys a una batería de indicadores de Nivel Socioeconómico. Éstos se enumerarán en el apartado metodológico.
- ✓ **Acceso a servicios de salud:** se define como la posibilidad de recibir atención médica de manera inmediata, sin largos viajes ni barreras económicas. Esto contribuye no sólo a resolver problemas de salud sino también a prevenirlos. Aquí tendremos en cuenta la cercanía con efectores públicos de salud.

La vulnerabilidad sanitaria no impacta de igual manera en todo el territorio nacional: hay zonas más vulnerables que otras. Es por ello que la distribución de prestadores de servicios de salud sanatorial con los que cuenta el Instituto debe atender esta heterogeneidad territorial.

Un segundo concepto con enfoque territorial que incluiremos como una dimensión componente del Índice es el de **la demanda potencial de atención médica de personas afiliadas de PAMI**. Aquí nos interesa ver cómo es la distribución territorial de la población que potencialmente puede llegar a necesitar de los servicios de nuestros prestadores. Para ello, consideramos la cantidad de personas afiliadas y de establecimientos públicos de salud a nivel departamental. Esta dimensión tiene un solo indicador que es el cociente de la cantidad de personas afiliadas sobre la cantidad de establecimientos de salud que hay en el departamento (partidos en el caso de la Provincia de Buenos Aires y comunas en el caso de Ciudad de Buenos Aires) en el que se encuentra el prestador a categorizar. Al estar ubicado en un departamento con mayor cantidad de personas afiliadas sobre establecimientos de salud, el prestador a categorizar es más relevante.

4. Objetivos del proyecto

a) Objetivo general

Crear un Índice que permita categorizar a los prestadores sanatoriales de nivel II teniendo en cuenta no sólo su disponibilidad de camas sino también su relevancia estratégica a nivel territorial.

b) Objetivos específicos

- ✓ Poder caracterizar todo el territorio nacional mediante un subíndice de vulnerabilidad sanitaria por radio censal.
- ✓ Poder caracterizar todo el territorio nacional mediante un subíndice de dependencia potencial por departamento.
- ✓ Poder asignar a cada prestador un valor de los subíndices de vulnerabilidad sanitaria y de dependencia potencial de acuerdo al radio censal y departamento en el que estén ubicados.
- ✓ Calcular un subíndice de capacidad para cada prestador.
- ✓ A partir de los 3 subíndices mencionados en los objetivos anteriores, poder calcular el Índice de Relevancia Estratégica para cada uno de los prestadores.

5. Metodología

a) Unidad de Análisis

El Índice de Relevancia Estratégica para la Categorización de Prestadores Sanatoriales de Nivel II tiene como unidad de análisis, lógicamente, a los prestadores que pretende clasificar. Sin embargo, las dimensiones de Vulnerabilidad Sanitaria y Demanda Potencial tienen originalmente como unidad de análisis a los radios censales y a los departamentos respectivamente.

Previo a la asignación a cada prestador de un puntaje para cada una de estas dos dimensiones del índice, se generaron dos mapas a nivel nacional: uno de vulnerabilidad sanitaria- en el cual la unidad geostadística de mayor desagregación es el radio censal- y otro de demanda potencial- en el cual la unidad geostadística de mayor desagregación es el departamento-. El nivel de pormenorización que tiene el primero de los mapas es por radio censal puesto que es la unidad geostadística de mayor desagregación con la que se pueden trabajar datos censales. Así, cada radio censal tendrá un valor para el subíndice de Vulnerabilidad Sanitaria. Luego, se imputará a cada prestador, el valor del subíndice de acuerdo al radio censal en que se encuentre.

El caso de la demanda potencial es similar, cada departamento tendrá un valor del subíndice. Elegimos trabajar con este nivel de desagregación para esta dimensión ya que los radios censales son en las grandes ciudades áreas muy pequeñas (una manzana en aquellas más densamente pobladas). Esto ocasionaría que en la mayor parte del territorio la demanda potencial sea máxima, puesto que no hay establecimientos de

salud en la mayor parte de los radios censales. Además, la delimitación geográfica departamental coincide en gran parte de los casos con los límites municipales.

b) Fuentes de información

En lo que respecta a las fuentes para la construcción del Índice, éstas fueron:

- ✓ Para el Subíndice de Vulnerabilidad Sanitaria: “Mapa de Vulnerabilidad Sanitaria en la Argentina”¹. Este mapa indica el valor del Subíndice de Vulnerabilidad Sanitaria para cada radio censal. Ellos a su vez usaron como fuentes:
 - Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 del INDEC.
 - Base Nacional de Hospitales y Centros de Atención Primaria compilada por el Sistema de Información Sanitaria, obtenido a través del SEDRONAR en el sitio web de IDERA.
 - Listado de efectores de salud del programa SUMAR extraído del sitio web del programa.
 - Listado de hospitales y centros de atención de salud del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud extraído del sitio web del programa.
- ✓ Para el Subíndice de Demanda Potencial: Mapa de Demanda Potencial del PAMI. Para ellos hicimos un procesamiento propio a partir de:
 - El padrón de personas afiliadas del Instituto, usando la variable Departamento de residencia de la persona afiliada.
 - El Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), del cual usamos las variables Departamento y Categoría de Establecimiento para filtrar, pues no consideramos a todos los establecimientos de salud sino a los 28.237 que aparecen en la Tabla 2.

Tabla 2: Frecuencias por tipo de establecimientos de salud del Registro Federal de Establecimientos de Salud considerados para el cálculo del Subíndice de Demanda Potencial

Tipo de establecimiento	Frecuencias absolutas
Con atención médica diaria y con especialidades y/o otras profesiones	11.402

¹ Olego, Tomás; Rosati, Germán; y Vazquez Brust, Antonio (2019): *Vulnerabilidad Sanitaria: Construyendo un mapa de vulnerabilidad sanitaria a partir de datos abiertos*; Fundación Bunge y Born; Ciudad de Buenos Aires; disponible en: https://3b6a36a6-378a-4d09-b2fd-9e3fa9574447.filesusr.com/ugd/2aae47_18cd119620bc4b16aae2d643cf416af8.pdf?index=true

Bajo riesgo con internación simple	4.891
Laboratorio de Análisis Clínicos	3.594
Con atención médica general por lo menos 3 días de la semana	3.014
Sistema de Atención extra hospitalaria	1.102
Mediano riesgo con internación con cuidados especiales	959
Alto riesgo con terapia intensiva	841
Internación Domiciliaria	524
Centro Rehabilitación motora	484
Con guardia permanente	315
Diagnóstico por Imágenes	235
Centro de Diálisis	220
Alto riesgo con terapia intensiva especializada	158
Centro de salud mental	98
Depósitos	59
Laboratorio de Anatomía patológica	52
Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio Análisis clínicos	50
Centro tratamientos oncológicos	37
Análisis clínicos y Laboratorio de Anatomía Patológica	5
Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio	2
No discriminado	109
SIN DATO	86
TOTAL	28.237

- ✓ Para el Subíndice de Capacidad proponemos usar formularios de admisión implementados a los nuevos prestadores o bien aquellos que quieran ser recategorizados.

Para los ensayos de prueba del IRE, la información necesaria para el cálculo de los puntajes de la Subdimensión Capacidad fue obtenida de dos fuentes: el Portal de Prestadores y Proveedores del Sistema Interactivo de Información y cuestionarios en línea autoadministrados a algunos prestadores. A través del portal se puede acceder al legajo de cada prestador y puntualmente en este caso, a los formularios que constituyen los anexos I "Capacidad Prestacional Prestador/Efactor de II Nivel", y II "Capacidad Prestacional Prestador/Efactor de Alta Complejidad" de la Resolución 23/DE/17. En el legajo, algunos prestadores incluyen la "Nómina de Profesionales" con el detalle acerca de la conformación de los equipos médicos.

c) Operacionalización

En la Tabla 1 tenemos la definición operativa completa del Índice con sus dimensiones, subdimensiones e indicadores.

Tabla 3: Dimensiones, Subdimensiones e Indicadores del Índice de Relevancia Estratégica

Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores
Vulnerabilidad sanitaria	Condiciones de vida (datos por radio censal)	Condición de tenencia de la vivienda
		Calidad de materiales de construcción de la vivienda
		Calidad de conexión a servicios de la vivienda
		Calidad constructiva de la vivienda
		Hacinamiento crítico
		Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas
		Promedio de nivel educativo de los hogares (medidos en cantidad de años promedio de escolaridad de las personas de 25 años y más)
		Promedio de cantidad de desocupados por hogar
		Existencia de servicio doméstico en el hogar (con cama adentro)
	Condición de actividad del jefe de hogar	
	Nivel educativo del Jefe de Hogar	
	Acceso a servicios de salud (datos por radio censal)	Distancia mediana entre 5 puntos aleatorios del radio censal con el efector de salud

		más cercano (Hospitales, Centros de Salud y postas sanitarias) en el radio censal donde se ubica el prestador sanatorial
Demanda potencial	Demanda potencial por departamento	Cantidad de personas afiliadas de PAMI residentes dividido cantidad de establecimientos de salud públicos
Capacidad	Infraestructura	Cantidad de camas totales
		Cantidad de camas UTI
		Cantidad de camas en la guardia
		Cantidad de quirófanos
	Recursos Humanos	Cantidad de enfermeros sobre cantidad de camas totales
		Cantidad de médicos sobre cantidad de camas totales
		Cantidad de médicos de Guardia en UTI sobre cantidad de camas UTI

c.1) Subíndice de Vulnerabilidad Sanitaria

El **Subíndice de Vulnerabilidad Sanitaria** ya lo tomamos construido directamente del paper de Vázquez Brust, Olego y Rosati (2019). Los autores aplicaron en primer lugar un proceso de reducción de dimensiones basado en redes neuronales llamado *variational autoencoders* para sintetizar la información de los once indicadores de condiciones de vida por radio censal en una sola dimensión (2019:11). Con esa técnica se sintetizan para cada radio censal los valores de los doce indicadores en un solo número que logra expresar la mayor correlación posible con las 12 variables. Luego, para el cálculo de la vulnerabilidad sanitaria, los autores combinaron ambas subdimensiones (Condiciones de Vida y Acceso a la Salud) mediante la técnica de Análisis de Componentes Principales No Paramétrico (2019:11). Los valores del

Subíndice de Vulnerabilidad Sanitaria para cada radio censal están disponibles en un mapa interactivo que se encuentra subido a internet.² Allí, los valores del Subíndice oscilan entre 0 y 1. Para los cálculos del IRE, hemos multiplicado esos valores por cien para poder obtener una escala de 0 a 100. El valor del Subíndice de Vulnerabilidad Sanitaria para cada prestador estará determinado por el radio censal en el que se encuentre ubicado.

c.2) Subíndice de Demanda Potencial

El **Subíndice de Demanda Potencial** lo hemos calculado nosotros mismos a partir del procedimiento que describiremos a continuación. En primer lugar contamos con la cantidad de personas afiliadas del Instituto³ y de establecimientos públicos de salud por departamento (independientemente de si son o no prestadores nuestros).

Al hacer un cociente entre ambas variables hemos obtenido la cantidad de personas afiliadas por establecimiento de salud a nivel departamental. A esta variable resultante de aquél cociente podemos denominarla Subíndice de Demanda Potencial “en bruto” ya que sus valores aún no están estandarizados. Para tenerlos de esa manera, hemos aplicado la fórmula de Fournier y Garner (1990). Previamente a ello, hemos considerado como valores perdidos- los cuales no hemos tenido en cuenta a la hora de aplicar dicha fórmula- a los casos de departamentos con cero establecimientos públicos de salud y a los valores atípicos. Denominamos valores atípicos superiores a aquellos valores de una variable en un colectivo de unidades de análisis que por ser demasiado altos guardan poca relación con dicho colectivo de unidades. Por ejemplo, si los valores de una variable se encuentran todos entre 0 y 10 y aparece un caso que tiene valor 2000, éste es un valor atípico que distorsionaría el valor de algunas medidas resumen como por ejemplo la media aritmética o el valor máximo. Dicha distorsión provocaría que esas medidas resumen no fuesen representativas del colectivo de unidades que pretenden representar y es por ello que la recomendación es no considerar estos casos atípicos.⁴ La fórmula de Fournier y Garner (1990) nos permitió estandarizar a cada departamento en una escala de 0 a 100 para esta variable.

² Disponible en: <https://mapa.poblaciones.org/map/19501/#/@-34.152862,-63.604001,3z/l=40201!v0!w0> ; consultado el 23/06/2021

³ Para el cálculo se utilizó el padrón de Junio 2021. Debido a que no se suelen registrar variaciones significativas abruptas, en las personas afiliadas por departamento, se considera pertinente mantener estos cálculos para el corto y mediano plazo.

⁴ Hemos utilizado la siguiente fórmula que define al límite superior (a partir del cual se definen los valores como atípicos): $\text{LimSup} = Q3 + 3/2 * \text{RIC}$; siendo LimSup el límite superior, Q3 el valor del Tercer Cuartil, y RIC el rango intercuartílico (definido por la diferencia entre Q3 y Q1). No se detectaron valores atípicos inferiores para esta variable.

Para el cálculo del puntaje estandarizado para cada departamento (XNE) se consideraron:

- ✓ el valor de la variable del Subíndice de Demanda Potencial “en bruto” (XVE)
- ✓ valor máximo de la variable Subíndice de Demanda Potencial “en bruto”- sin contar valores atípicos- (LSVE)
- ✓ valor mínimo de la variable Subíndice de Demanda Potencial “en bruto”- sin contar valores atípicos (LIVE)
- ✓ valor máximo de la nueva escala (100) (LSNE)

La fórmula utilizada fue la siguiente (1990:425): $XNE = (XVE - LIVE) * LSNE / (LSVE - LIVE)$
 A los casos de departamentos que habían quedado como perdidos se les imputó el valor 100, a excepción de los departamentos de Islas del Atlántico Sur y Antártida Argentina, a los cuales se les imputó un valor 0 ya que no cuentan con personas afiliadas. En la **Tabla 4** consignamos los valores del Subíndice de Demanda Potencial para cada departamento.

Tabla 4: Subíndice de Demanda Potencial por Departamento

Provincia	Etiqueta_Depto	Cantidad de personas afiliadas	Cantidad de establecimientos de salud públicos	Subíndice de Demanda Potencial "en bruto"	Valores atípicos	Subíndice de Demanda Potencial con escala de 0 a 100
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 01	24.234	159	152,4	No	39
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 02	18.691	209	89,4	No	23
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 03	25.576	138	185,3	No	48
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 04	27.614	85	324,9	No	84
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 05	21.649	125	173,2	No	45
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 06	22.345	100	223,5	No	58
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 07	31.740	114	278,4	No	72
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 08	18.319	26	704,6	Sí	100
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 09	21.425	70	306,1	No	79

Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 10	21.376	65	328,9	No	85
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 11	24.806	96	258,4	No	67
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 12	22.842	88	259,6	No	67
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 13	30.075	140	214,8	No	55
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 14	27.515	116	237,2	No	61
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Comuna 15	25.278	72	351,1	No	91
Buenos Aires	25 de Mayo	6.540	30	218,0	No	56
Buenos Aires	9 de Julio	8.999	59	152,5	No	39
Buenos Aires	Adolfo Alsina	2.925	19	153,9	No	40
Buenos Aires	Adolfo Gonzales Chaves	2.066	14	147,6	No	38
Buenos Aires	Alberti	2.166	19	114,0	No	29
Buenos Aires	Almirante Brown	59.581	156	381,9	No	99
Buenos Aires	Arrecifes	4.785	17	281,5	No	73
Buenos Aires	Avellaneda	44.954	167	269,2	No	70
Buenos Aires	Ayacucho	3.598	18	199,9	No	52
Buenos Aires	Azul	10.905	59	184,8	No	48
Buenos Aires	Bahía Blanca	48.257	220	219,4	No	57
Buenos Aires	Balcarce	7.825	38	205,9	No	53
Buenos Aires	Baradero	5.425	36	150,7	No	39
Buenos Aires	Benito Juárez	3.338	16	208,6	No	54
Buenos Aires	Berazategui	37.949	117	324,4	No	84
Buenos Aires	Berisso	9.434	44	214,4	No	55
Buenos Aires	Bolívar	7.159	49	146,1	No	38
Buenos Aires	Bragado	7.693	47	163,7	No	42
Buenos Aires	Brandsen	3.721	25	148,8	No	38
Buenos Aires	Campana	11.247	82	137,2	No	35
Buenos Aires	Cañuelas	5.831	30	194,4	No	50
Buenos Aires	Capitán Sarmiento	2.485	17	146,2	No	38
Buenos Aires	Carlos Casares	3.778	24	157,4	No	41
Buenos Aires	Carlos Tejedor	2.079	12	173,3	No	45
Buenos Aires	Carmen de Areco	2.242	17	131,9	No	34
Buenos Aires	Castelli	1.360	7	194,3	No	50
Buenos Aires	Chacabuco	8.872	43	206,3	No	53
Buenos Aires	Chascomús	5.806	23	252,4	No	65
Buenos Aires	Chivilcoy	12.602	78	161,6	No	42
Buenos Aires	Colón	4.316	21	205,5	No	53
Buenos Aires	Coronel de Marina Leonardo Rosales	8.271	30	275,7	No	71
Buenos Aires	Coronel Dorrego	2.914	20	145,7	No	37
Buenos Aires	Coronel Pringles	4.155	18	230,8	No	60
Buenos Aires	Coronel Suárez	7.578	29	261,3	No	68
Buenos Aires	Daireaux	2.589	15	172,6	No	44
Buenos Aires	Dolores	4.076	22	185,3	No	48
Buenos Aires	Ensenada	6.570	40	164,3	No	42

Buenos Aires	Escobar	21.428	83	258,2	No	67
Buenos Aires	Esteban Echeverría	28.693	91	315,3	No	82
Buenos Aires	Exaltación de la Cruz	3.975	15	265,0	No	69
Buenos Aires	Ezeiza	13.630	57	239,1	No	62
Buenos Aires	Florencio Varela	38.023	102	372,8	No	97
Buenos Aires	Florentino Ameghino	1.411	8	176,4	No	45
Buenos Aires	General Alvarado	6.578	33	199,3	No	51
Buenos Aires	General Alvear	1.462	11	132,9	No	34
Buenos Aires	General Arenales	3.219	16	201,2	No	52
Buenos Aires	General Belgrano	3.194	13	245,7	No	64
Buenos Aires	General Guido	395	4	98,8	No	25
Buenos Aires	General Juan Madariaga	3.117	15	207,8	No	54
Buenos Aires	General La Madrid	1.828	15	121,9	No	31
Buenos Aires	General Las Heras	2.121	14	151,5	No	39
Buenos Aires	General Lavalle	507	6	84,5	No	21
Buenos Aires	General Paz	1.903	12	158,6	No	41
Buenos Aires	General Pinto	2.170	18	120,6	No	31
Buenos Aires	General Pueyrredón	108.332	442	245,1	No	63
Buenos Aires	General Rodríguez	9.020	44	205,0	No	53
Buenos Aires	General San Martín	55.078	161	342,1	No	89
Buenos Aires	General Viamonte	2.948	9	327,6	No	85
Buenos Aires	General Villegas	4.174	30	139,1	No	36
Buenos Aires	Guaminí	2.126	13	163,5	No	42
Buenos Aires	Hipólito Yrigoyen	1.659	8	207,4	No	54
Buenos Aires	Hurlingham	24.708	48	514,8	Sí	100
Buenos Aires	Ituzaingó	21.847	65	336,1	No	87
Buenos Aires	José C. Paz	26.628	72	369,8	No	96
Buenos Aires	Junín	15.801	80	197,5	No	51
Buenos Aires	La Costa	14.040	58	242,1	No	63
Buenos Aires	La Matanza	147.082	352	417,8	Sí	100
Buenos Aires	La Plata	69.990	647	108,2	No	28
Buenos Aires	Lanús	64.399	163	395,1	Sí	100
Buenos Aires	Laprida	1.815	16	113,4	No	29
Buenos Aires	Las Flores	4.780	18	265,6	No	69
Buenos Aires	Leandro N. Alem	3.062	18	170,1	No	44
Buenos Aires	Lezama	935	6	155,8	No	40
Buenos Aires	Lincoln	8.240	33	249,7	No	65
Buenos Aires	Lobería	2.646	15	176,4	No	45
Buenos Aires	Lobos	6.007	28	214,5	No	55
Buenos Aires	Lomas de Zamora	72.029	260	277,0	No	72
Buenos Aires	Luján	15.092	69	218,7	No	57
Buenos Aires	Magdalena	2.221	18	123,4	No	32
Buenos Aires	Maipú	1.828	17	107,5	No	27
Buenos Aires	Malvinas Argentinas	34.187	91	375,7	No	97
Buenos Aires	Mar Chiquita	4.428	18	246,0	No	64
Buenos Aires	Marcos Paz	5.388	28	192,4	No	50

Buenos Aires	Mercedes	9.171	73	125,6	No	32
Buenos Aires	Merlo	52.946	125	423,6	Sí	100
Buenos Aires	Monte	3.136	11	285,1	No	74
Buenos Aires	Monte Hermoso	1.092	13	84,0	No	21
Buenos Aires	Moreno	39.184	133	294,6	No	76
Buenos Aires	Morón	45.052	189	238,4	No	62
Buenos Aires	Navarro	2.637	22	119,9	No	31
Buenos Aires	Necochea	15.769	75	210,3	No	54
Buenos Aires	Olavarría	18.810	86	218,7	No	57
Buenos Aires	Patagones	4.282	22	194,6	No	50
Buenos Aires	Pehuajó	6.733	35	192,4	No	50
Buenos Aires	Pellegrini	874	12	72,8	No	18
Buenos Aires	Pergamino	17.866	67	266,7	No	69
Buenos Aires	Pila	408	2	204,0	No	53
Buenos Aires	Pilar	26.028	128	203,3	No	52
Buenos Aires	Pinamar	3.591	16	224,4	No	58
Buenos Aires	Presidente Perón	6.828	18	379,3	No	98
Buenos Aires	Puán	3.647	32	114,0	No	29
Buenos Aires	Punta Indio	1.774	13	136,5	No	35
Buenos Aires	Quilmes	71.072	260	273,4	No	71
Buenos Aires	Ramallo	4.737	19	249,3	No	64
Buenos Aires	Rauch	2.968	12	247,3	No	64
Buenos Aires	Rivadavia	2.209	25	88,4	No	22
Buenos Aires	Rojas	4.238	21	201,8	No	52
Buenos Aires	Roque Pérez	2.086	11	189,6	No	49
Buenos Aires	Saavedra	3.791	33	114,9	No	29
Buenos Aires	Saladillo	6.120	36	170,0	No	44
Buenos Aires	Salliqueló	1.516	8	189,5	No	49
Buenos Aires	Salto	5.523	23	240,1	No	62
Buenos Aires	San Andrés de Giles	3.377	21	160,8	No	41
Buenos Aires	San Antonio de Areco	3.753	18	208,5	No	54
Buenos Aires	San Cayetano	1.505	6	250,8	No	65
Buenos Aires	San Fernando	17.386	86	202,2	No	52
Buenos Aires	San Isidro	38.449	160	240,3	No	62
Buenos Aires	San Miguel	31.140	118	263,9	No	68
Buenos Aires	San Nicolás	20.661	89	232,1	No	60
Buenos Aires	San Pedro	9.083	38	239,0	No	62
Catamarca	Ambato	446	15	29,7	No	7
Catamarca	Ancasti	233	3	77,7	No	20
Catamarca	Andalgalá	1.555	21	74,0	No	19
Catamarca	Antofagasta de la Sierra	64	3	21,3	No	5
Catamarca	Belén	2.161	44	49,1	No	12
Catamarca	Capayán	1.192	7	170,3	No	44
Catamarca	Capital	12.517	148	84,6	No	21
Catamarca	El Alto	236	6	39,3	No	10
Catamarca	Fray Mamerto Esquiú	876	11	79,6	No	20

Catamarca	La Paz	1.525	22	69,3	No	18
Catamarca	Paclín	382	13	29,4	No	7
Catamarca	Pomán	659	15	43,9	No	11
Catamarca	Santa María	2.451	16	153,2	No	39
Catamarca	Santa Rosa	935	7	133,6	No	34
Catamarca	Tinogasta	1.968	29	67,9	No	17
Catamarca	Valle Viejo	2.270	23	98,7	No	25
Chaco	1° de Mayo	1.096	8	137,0	No	35
Chaco	12 de Octubre	1.997	16	124,8	No	32
Chaco	2 de Abril	655	3	218,3	No	56
Chaco	25 de Mayo	2.616	8	327,0	No	85
Chaco	9 de Julio	3.084	9	342,7	No	89
Chaco	Almirante Brown	2.381	11	216,5	No	56
Chaco	Bermejo	3.029	14	216,4	No	56
Chaco	Chacabuco	3.266	20	163,3	No	42
Chaco	Comandante Fernández	10.085	69	146,2	No	38
Chaco	Fray Justo Santa María de Oro	1.197	6	199,5	No	51
Chaco	General Belgrano	1.101	2	550,5	Sí	100
Chaco	General Donovan	1.181	5	236,2	No	61
Chaco	General Güemes	5.205	29	179,5	No	46
Chaco	Independencia	1.807	8	225,9	No	58
Chaco	Libertad	966	7	138,0	No	35
Chaco	Libertador General San Martín	4.900	21	233,3	No	60
Chaco	Maipú	2.309	8	288,6	No	75
Chaco	Mayor Luis J. Fontana	6.057	30	201,9	No	52
Chaco	O'Higgins	1.685	6	280,8	No	73
Chaco	Presidencia de la Plaza	1.180	4	295,0	No	76
Chaco	Quitilipi	3.179	8	397,4	Sí	100
Chaco	San Fernando	34.590	354	97,7	No	25
Chaco	San Lorenzo	1.404	5	280,8	No	73
Chaco	Sargento Cabral	1.344	5	268,8	No	70
Chaco	Tapenagá	282	2	141,0	No	36
Chubut	Biedma	10.224	124	82,5	No	21
Chubut	Cushamen	2.269	31	73,2	No	19
Chubut	Escalante	23.196	178	130,3	No	33
Chubut	Florentino Ameghino	146	1	146,0	No	38
Chubut	Futaleufú	4.313	67	64,4	No	16
Chubut	Gaiman	1.406	13	108,2	No	28
Chubut	Gastre	11	5	2,2	No	0
Chubut	Languiñeo	636	4	159,0	No	41
Chubut	Mártires	30	1	30,0	No	7
Chubut	Paso de Indios	14	4	3,5	No	0
Chubut	Rawson	13.523	188	71,9	No	18
Chubut	Río Senguer	560	6	93,3	No	24

Chubut	Sarmiento	1.140	13	87,7	No	22
Chubut	Tehuelches	630	3	210,0	No	54
Chubut	Telsen	264	4	66,0	No	17
Buenos Aires	San Vicente	6.193	20	309,7	No	80
Buenos Aires	Suipacha	1.583	13	121,8	No	31
Buenos Aires	Tandil	20.682	100	206,8	No	53
Buenos Aires	Tapalqué	1.530	9	170,0	No	44
Buenos Aires	Tigre	37.722	129	292,4	No	76
Buenos Aires	Tordillo	181	4	45,3	No	11
Buenos Aires	Tornquist	2.340	22	106,4	No	27
Buenos Aires	Trenque Lauquen	6.203	41	151,3	No	39
Buenos Aires	Tres Arroyos	10.369	46	225,4	No	58
Buenos Aires	Tres de Febrero	47.763	114	419,0	Sí	100
Buenos Aires	Tres Lomas	1.304	11	118,5	No	30
Buenos Aires	Vicente López	37.892	187	202,6	No	52
Buenos Aires	Villa Gesell	4.493	16	280,8	No	73
Buenos Aires	Villarino	3.942	28	140,8	No	36
Buenos Aires	Zárate	14.845	45	329,9	No	86
Córdoba	Calamuchita	8.924	68	131,2	No	34
Córdoba	Capital	176.515	1271	138,9	No	36
Córdoba	Colón	27.954	203	137,7	No	35
Córdoba	Cruz del Eje	7.198	53	135,8	No	35
Córdoba	General Roca	5.232	30	174,4	No	45
Córdoba	General San Martín	20.132	158	127,4	No	33
Córdoba	Ischilín	4.502	40	112,6	No	29
Córdoba	Juárez Celman	9.892	51	194,0	No	50
Córdoba	Marcos Juárez	18.281	94	194,5	No	50
Córdoba	Minas	578	5	115,6	No	30
Córdoba	Pocho	793	7	113,3	No	29
Córdoba	Presidente Roque Sáenz Peña	6.137	39	157,4	No	40
Córdoba	Punilla	32.259	190	169,8	No	44
Córdoba	Río Cuarto	41.383	259	159,8	No	41
Córdoba	Río Primero	6.069	52	116,7	No	30
Córdoba	Río Seco	1.659	12	138,3	No	36
Córdoba	Río Segundo	16.556	115	144,0	No	37
Córdoba	San Alberto	5.098	30	169,9	No	44
Córdoba	San Javier	8.490	64	132,7	No	34
Córdoba	San Justo	34.529	216	159,9	No	41
Córdoba	Santa María	13.093	93	140,8	No	36
Córdoba	Sobremonte	393	12	32,8	No	8
Córdoba	Tercero Arriba	20.815	128	162,6	No	42
Córdoba	Totoral	2.268	19	119,4	No	31
Córdoba	Tulumba	1.919	18	106,6	No	27
Córdoba	Unión	17.468	101	173,0	No	45
Corrientes	Bella Vista	4.732	24	197,2	No	51
Corrientes	Berón de Astrada	284	2	142,0	No	36
Corrientes	Capital	37.103	250	148,4	No	38
Corrientes	Concepción	1.803	13	138,7	No	36

Corrientes	Curuzú Cuatiá	7.161	26	275,4	No	71
Corrientes	Empedrado	1.527	14	109,1	No	28
Corrientes	Esquina	4.059	17	238,8	No	62
Corrientes	General Alvear	984	6	164,0	No	42
Corrientes	General Paz	1.962	7	280,3	No	73
Corrientes	Goya	11.824	38	311,2	No	81
Corrientes	Itatí	1.281	7	183,0	No	47
Corrientes	Ituzaingó	3.106	19	163,5	No	42
Corrientes	Lavalle	2.591	21	123,4	No	32
Corrientes	Mburucuyá	1.372	8	171,5	No	44
Corrientes	Mercedes	5.555	21	264,5	No	68
Corrientes	Monte Caseros	5.410	19	284,7	No	74
Corrientes	Paso de los Libres	5.803	30	193,4	No	50
Corrientes	Saladas	2.505	15	167,0	No	43
Corrientes	San Cosme	1.645	7	235,0	No	61
Corrientes	San Luis del Palmar	1.817	6	302,8	No	78
Corrientes	San Martín	1.503	7	214,7	No	55
Corrientes	San Miguel	1.058	6	176,3	No	45
Corrientes	San Roque	1.885	13	145,0	No	37
Corrientes	Santo Tomé	6.307	29	217,5	No	56
Corrientes	Sauce	1.387	3	462,3	Sí	100
Entre Ríos	Colón	10.328	38	271,8	No	70
Entre Ríos	Concordia	19.735	96	205,6	No	53
Entre Ríos	Diamante	6.960	43	161,9	No	42
Entre Ríos	Federación	8.531	39	218,7	No	57
Entre Ríos	Federal	2.913	14	208,1	No	54
Entre Ríos	Feliciano	1.390	4	347,5	No	90
Entre Ríos	Gualeduay	8.116	26	312,2	No	81
Entre Ríos	Gualeduaychú	17.027	61	279,1	No	72
Entre Ríos	Islas del Ibicuy	1.143	9	127,0	No	33
Entre Ríos	La Paz	8.309	46	180,6	No	47
Entre Ríos	Nogoyá	5.702	19	300,1	No	78
Entre Ríos	Paraná	39.654	273	145,3	No	37
Entre Ríos	San Salvador	2.130	8	266,3	No	69
Entre Ríos	Tala	4.037	20	201,9	No	52
Entre Ríos	Uruguay	14.940	53	281,9	No	73
Entre Ríos	Victoria	4.878	20	243,9	No	63
Entre Ríos	Villaguay	6.529	20	326,5	No	85
Formosa	Bermejo	430	4	107,5	No	27
Formosa	Formosa	19.789	121	163,5	No	42
Formosa	Laishi	1.293	4	323,3	No	84
Formosa	Matacos	750	3	250,0	No	65
Formosa	Patiño	5.787	25	231,5	No	60
Formosa	Pilagás	1.330	5	266,0	No	69
Formosa	Pilcomayo	9.051	23	393,5	Sí	100
Formosa	Pirané	6.095	18	338,6	No	88
Formosa	Ramón Lista	160	4	40,0	No	10
Jujuy	Cochinoca	1.224	7	174,9	No	45

Jujuy	Dr. Manuel Belgrano	23.092	199	116,0	No	30
Jujuy	El Carmen	8.299	58	143,1	No	37
Jujuy	Humahuaca	1.415	14	101,1	No	26
Jujuy	Ledesma	8.497	40	212,4	No	55
Jujuy	Palpalá	7.120	33	215,8	No	56
Jujuy	Rinconada	96	0	Sin centros de salud	Sí	100
Jujuy	San Antonio	197	1	197,0	No	51
Jujuy	San Pedro	8.643	49	176,4	No	45
Jujuy	Santa Bárbara	927	7	132,4	No	34
Jujuy	Santa Catalina	113	0	Sin centros de salud	Sí	100
Jujuy	Susques	122	6	20,3	No	5
Jujuy	Tilcara	1.054	12	87,8	No	22
Jujuy	Tumbaya	313	5	62,6	No	16
Jujuy	Valle Grande	15	0	Sin centros de salud	Sí	100
Jujuy	Yavi	1.658	10	165,8	No	43
La Pampa	Atreucó	1.908	26	73,4	No	19
La Pampa	Caleu Caleu	107	2	53,5	No	13
La Pampa	Capital	13.761	281	49,0	No	12
La Pampa	Catriló	1.136	11	103,3	No	26
La Pampa	Chalileo	409	1	409,0	Sí	100
La Pampa	Chapaleufú	2.134	25	85,4	No	22
La Pampa	Chical Co	47	2	23,5	No	6
La Pampa	Conhelo	2.534	34	74,5	No	19
La Pampa	Curacó	100	2	50,0	No	12
La Pampa	Guatraché	1.782	24	74,3	No	19
La Pampa	Hucal	1.673	14	119,5	No	31
La Pampa	Lihuel Calel	28	0	Sin centros de salud	Sí	100
La Pampa	Limay Mahuida	30	0	Sin centros de salud	Sí	100
La Pampa	Loventué	1.288	10	128,8	No	33
La Pampa	Maracó	8.803	130	67,7	No	17
La Pampa	Puelén	678	8	84,8	No	22
La Pampa	Quemú Quemú	1.593	18	88,5	No	23
La Pampa	Rancul	1.673	16	104,6	No	27
La Pampa	Realicó	3.026	29	104,3	No	27
La Pampa	Toay	1.178	6	196,3	No	51
La Pampa	Trenel	877	13	67,5	No	17
La Pampa	Utracán	2.012	24	83,8	No	21
La Rioja	Ángel Vicente Peñaloza	126	2	63,0	No	16
La Rioja	Arauco	1.345	8	168,1	No	43
La Rioja	Capital	12.450	140	88,9	No	23

La Rioja	Castro Barros	312	4	78,0	No	20
La Rioja	Chamical	1.356	6	226,0	No	58
La Rioja	Chilecito	4.027	37	108,8	No	28
La Rioja	Famatina	419	13	32,2	No	8
La Rioja	General Belgrano	577	4	144,3	No	37
La Rioja	General Felipe Varela	705	8	88,1	No	22
La Rioja	General Juan Facundo Quiroga	162	13	12,5	No	3
La Rioja	General Lamadrid	59	3	19,7	No	5
La Rioja	General Ortiz de Ocampo	612	4	153,0	No	39
La Rioja	General San Martín	196	11	17,8	No	4
La Rioja	Independencia	142	1	142,0	No	36
La Rioja	Rosario Vera Peñaloza	1.231	7	175,9	No	45
La Rioja	San Blas de Los Sauces	259	4	64,8	No	16
La Rioja	Sanagasta	111	1	111,0	No	28
La Rioja	Vinchina	114	3	38,0	No	9
Mendoza	Capital	15.432	580	26,6	No	6
Mendoza	General Alvear	7.986	52	153,6	No	40
Mendoza	Godoy Cruz	25.899	265	97,7	No	25
Mendoza	Guaymallén	34.500	204	169,1	No	44
Mendoza	Junín	5.474	27	202,7	No	52
Mendoza	La Paz	1.097	10	109,7	No	28
Mendoza	Las Heras	21.581	83	260,0	No	67
Mendoza	Lavalle	3.868	53	73,0	No	18
Mendoza	Luján de Cuyo	14.624	111	131,7	No	34
Mendoza	Maipú	22.097	124	178,2	No	46
Mendoza	Malargüe	2.853	40	71,3	No	18
Mendoza	Rivadavia	8.002	56	142,9	No	37
Mendoza	San Carlos	3.880	29	133,8	No	34
Mendoza	San Martín	17.845	122	146,3	No	38
Mendoza	San Rafael	27.585	188	146,7	No	38
Mendoza	Santa Rosa	2.005	15	133,7	No	34
Mendoza	Tunuyán	6.152	50	123,0	No	32
Mendoza	Tupungato	3.005	24	125,2	No	32
Misiones	25 de Mayo	1.969	24	82,0	No	21
Misiones	Apóstoles	4.464	32	139,5	No	36
Misiones	Cainguás	9.587	28	342,4	No	89
Misiones	Candelaria	2.504	17	147,3	No	38
Misiones	Capital	34.257	169	202,7	No	52
Misiones	Concepción	771	8	96,4	No	25
Misiones	Eldorado	9.875	46	214,7	No	55
Misiones	General Manuel Belgrano	2.113	14	150,9	No	39
Misiones	Guaraní	1.243	32	38,8	No	10
Misiones	Iguazú	8.014	57	140,6	No	36
Misiones	Leandro N. Alem	5.491	42	130,7	No	34

Misiones	Libertador General San Martín	5.292	40	132,3	No	34
Misiones	Montecarlo	4.703	23	204,5	No	53
Misiones	Oberá	12.141	72	168,6	No	43
Misiones	San Ignacio	5.982	49	122,1	No	31
Misiones	San Javier	1.886	14	134,7	No	35
Misiones	San Pedro	1.425	16	89,1	No	23
Neuquén	Aluminé	569	9	63,2	No	16
Neuquén	Añelo	971	11	88,3	No	22
Neuquén	Catán Lil	110	1	110,0	No	28
Neuquén	Chos Malal	1.392	30	46,4	No	12
Neuquén	Collón Curá	414	4	103,5	No	26
Neuquén	Confluencia	41.204	688	59,9	No	15
Neuquén	Huiliches	1.315	27	48,7	No	12
Neuquén	Lácar	3.469	47	73,8	No	19
Neuquén	Loncopué	442	5	88,4	No	22
Neuquén	Los Lagos	1.244	31	40,1	No	10
Neuquén	Minas	382	7	54,6	No	14
Neuquén	Ñorquín	172	4	43,0	No	11
Neuquén	Pehuenches	1.629	22	74,0	No	19
Neuquén	Picún Leufú	429	4	107,3	No	27
Neuquén	Picunches	441	5	88,2	No	22
Neuquén	Zapala	3.573	48	74,4	No	19
Río Negro	25 de Mayo	1.773	11	161,2	No	41
Río Negro	9 de Julio	332	3	110,7	No	28
Río Negro	Adolfo Alsina	5.736	52	110,3	No	28
Río Negro	Avellaneda	4.563	23	198,4	No	51
Río Negro	Bariloche	18.713	71	263,6	No	68
Río Negro	Conesa	902	8	112,8	No	29
Río Negro	El Cuy	389	2	194,5	No	50
Río Negro	General Roca	46.088	196	235,1	No	61
Río Negro	Ñorquinco	178	1	178,0	No	46
Río Negro	Pichi Mahuida	2.608	8	326,0	No	85
Río Negro	Pilcaniyeu	515	6	85,8	No	22
Río Negro	San Antonio	4.790	21	228,1	No	59
Río Negro	Valcheta	669	7	95,6	No	24
Salta	Anta	5.396	30	179,9	No	46
Salta	Cachi	664	5	132,8	No	34
Salta	Cafayate	1.730	7	247,1	No	64
Salta	Capital	52.411	291	180,1	No	46
Salta	Cerrillos	2.887	13	222,1	No	57
Salta	Chicoana	2.548	8	318,5	No	83
Salta	General Güemes	5.277	19	277,7	No	72
Salta	General José de San Martín	11.651	55	211,8	No	55
Salta	Guachipas	330	2	165,0	No	42
Salta	Iruya	375	5	75,0	No	19
Salta	La Caldera	839	3	279,7	No	72

Salta	La Candelaria	508	3	169,3	No	44
Salta	La Poma	73	4	18,3	No	4
Salta	La Viña	794	5	158,8	No	41
Salta	Los Andes	323	2	161,5	No	42
Salta	Metán	4.798	16	299,9	No	78
Salta	Molinos	487	8	60,9	No	15
Salta	Orán	10.906	50	218,1	No	56
Salta	Rivadavia	1.092	14	78,0	No	20
Salta	Rosario de la Frontera	3.695	22	168,0	No	43
Salta	Rosario de Lerma	4.220	12	351,7	No	91
Salta	San Carlos	552	5	110,4	No	28
Salta	Santa Victoria	534	12	44,5	No	11
San Juan	25 de Mayo	1.596	6	266,0	No	69
San Juan	9 de Julio	903	3	301,0	No	78
San Juan	Albardón	2.641	12	220,1	No	57
San Juan	Angaco	867	4	216,8	No	56
San Juan	Calingasta	678	9	75,3	No	19
San Juan	Capital	13.958	373	37,4	No	9
San Juan	Caucete	3.970	17	233,5	No	60
San Juan	Chimbas	7.813	22	355,1	No	92
San Juan	Iglesia	389	10	38,9	No	10
San Juan	Jáchal	2.581	15	172,1	No	44
San Juan	Pocito	4.734	21	225,4	No	58
San Juan	Rawson	12.715	56	227,1	No	59
San Juan	Rivadavia	7.947	39	203,8	No	53
San Juan	San Martín	1.082	5	216,4	No	56
San Juan	Santa Lucía	5.267	20	263,4	No	68
San Juan	Sarmiento	2.294	11	208,5	No	54
San Juan	Ullum	380	4	95,0	No	24
San Juan	Valle Fértil	583	4	145,8	No	37
San Juan	Zonda	348	3	116,0	No	30
San Luis	Ayacucho	2.347	12	195,6	No	50
San Luis	Belgrano	492	5	98,4	No	25
San Luis	Chacabuco	2.858	18	158,8	No	41
San Luis	Coronel Pringles	1.822	14	130,1	No	33
San Luis	General Pedernera	14.970	62	241,5	No	62
San Luis	Gobernador Dupuy	1.020	8	127,5	No	33
San Luis	Juan Martín de Pueyrredón	20.477	208	98,4	No	25
San Luis	Junín	4.887	26	188,0	No	48
San Luis	Libertador General San Martín	326	2	163,0	No	42
Santa Cruz	Corpen Aike	506	16	31,6	No	8
Santa Cruz	Deseado	9.899	99	100,0	No	26
Santa Cruz	Güer Aike	9.945	117	85,0	No	22
Santa Cruz	Lago Argentino	1.336	23	58,1	No	15
Santa Cruz	Lago Buenos Aires	372	8	46,5	No	12
Santa Cruz	Magallanes	779	17	45,8	No	11

Santa Cruz	Río Chico	137	9	15,2	No	3
Santa Fe	9 de Julio	3.270	21	155,7	No	40
Santa Fe	Belgrano	7.588	26	291,8	No	76
Santa Fe	Caseros	15.124	49	308,7	No	80
Santa Fe	Castellanos	23.679	115	205,9	No	53
Santa Fe	Constitución	14.562	60	242,7	No	63
Santa Fe	Garay	2.282	13	175,5	No	45
Santa Fe	General López	33.127	183	181,0	No	47
Santa Fe	General Obligado	22.523	75	300,3	No	78
Santa Fe	Iriondo	11.530	54	213,5	No	55
Santa Fe	La Capital	58.568	335	174,8	No	45
Santa Fe	Las Colonias	15.925	111	143,5	No	37
Santa Fe	Rosario	161.680	864	187,1	No	48
Santa Fe	San Cristóbal	9.279	43	215,8	No	56
Santa Fe	San Javier	3.420	18	190,0	No	49
Santa Fe	San Jerónimo	11.370	55	206,7	No	53
Santa Fe	San Justo	6.411	41	156,4	No	40
Santa Fe	San Lorenzo	22.772	109	208,9	No	54
Santa Fe	San Martín	10.525	46	228,8	No	59
Santa Fe	Vera	5.875	29	202,6	No	52
Santiago del Estero	Aguirre	769	6	128,2	No	33
Santiago del Estero	Alberdi	1.159	13	89,2	No	23
Santiago del Estero	Atamisqui	1.097	14	78,4	No	20
Santiago del Estero	Avellaneda	1.930	13	148,5	No	38
Santiago del Estero	Banda	14.981	50	299,6	No	78
Santiago del Estero	Belgrano	845	9	93,9	No	24
Santiago del Estero	Capital	27.091	154	175,9	No	45
Santiago del Estero	Choya	4.750	34	139,7	No	36
Santiago del Estero	Copo	1.934	21	92,1	No	23
Santiago del Estero	Figueroa	1.383	5	276,6	No	72
Santiago del Estero	General Taboada	4.186	29	144,3	No	37
Santiago del Estero	Guasayán	846	11	76,9	No	19
Santiago del Estero	Jiménez	1.142	12	95,2	No	24
Santiago del Estero	Juan Felipe Ibarra	1.430	20	71,5	No	18
Santiago del Estero	Loreto	2.492	21	118,7	No	30
Santiago del Estero	Mitre	111	1	111,0	No	28
Santiago del Estero	Moreno	2.843	38	74,8	No	19
Santiago del Estero	Ojo de Agua	1.259	21	60,0	No	15
Santiago del Estero	Pellegrini	1.907	18	105,9	No	27
Santiago del Estero	Quebrachos	1.197	10	119,7	No	31
Santiago del Estero	Río Hondo	6.168	32	192,8	No	50
Santiago del Estero	Rivadavia	335	5	67,0	No	17
Santiago del Estero	Robles	4.371	26	168,1	No	43
Santiago del Estero	Salavina	950	16	59,4	No	15
Santiago del Estero	San Martín	717	15	47,8	No	12
Santiago del Estero	Sarmiento	325	3	108,3	No	28
Santiago del Estero	Silípica	782	12	65,2	No	16

Tierra del Fuego	Antártida Argentina	0	0	Sin centros de salud	Sí	0
Tierra del Fuego	Islas del Atlántico Sur	0	0	Sin centros de salud	Sí	0
Tierra del Fuego	Río Grande	6.476	158	41,0	No	10
Tierra del Fuego	Tolhuin	202	0	Sin centros de salud	Sí	100
Tierra del Fuego	Ushuaia	4.540	108	42,0	No	10
Tucumán	Burruyacú	3.404	29	117,4	No	30
Tucumán	Capital	62.963	1017	61,9	No	16
Tucumán	Chicligasta	8.727	77	113,3	No	29
Tucumán	Cruz Alta	18.497	103	179,6	No	46
Tucumán	Famaillá	3.746	25	149,8	No	39
Tucumán	Graneros	1.408	10	140,8	No	36
Tucumán	Juan Bautista Alberdi	3.229	18	179,4	No	46
Tucumán	La Cocha	1.758	15	117,2	No	30
Tucumán	Leales	5.524	36	153,4	No	39
Tucumán	Lules	6.303	44	143,3	No	37
Tucumán	Monteros	7.045	40	176,1	No	45
Tucumán	Río Chico	6.786	32	212,1	No	55
Tucumán	Simoca	3.651	19	192,2	No	50
Tucumán	Tafí del Valle	1.584	15	105,6	No	27
Tucumán	Tafí Viejo	12.560	101	124,4	No	32
Tucumán	Trancas	1.713	19	90,2	No	23
Tucumán	Yerba Buena	6.904	115	60,0	No	15

Así, el valor del Subíndice de Demanda Potencial para cada prestador estará determinado por el departamento en el que se encuentre ubicado.

c.3) Subíndice de Capacidad

Por último, la dimensión capacidad. Para el cálculo del **Subíndice de Capacidad**, el primer paso es estandarizar los valores de los indicadores componentes de esta dimensión en una escala de 0 a 100. Para tales fines usamos la fórmula de Fournier y Garner (1990) ya mencionada anteriormente.

En esta fase nos enfrentamos con la dificultad de no poder estandarizar los valores de los indicadores de Capacidad de manera individual, es decir, por cada prestador de manera aislada. Como explicamos anteriormente, la técnica de estandarización utilizada actúa en términos relativos a un conjunto de valores, pues tiene en cuenta los máximos y los mínimos de cada variable. Es por ello que para dejar sentada una fórmula

para los nuevos ingresos de prestadores se utilizó una muestra de 125 prestadores⁵ de segundo nivel cuyos datos extrajimos mediante dos fuentes:

> Portal de Prestadores y Proveedores del Sistema Interactivo de Información del Instituto. De esta fuente obtuvimos 112 casos mediante muestreo estratificado con afijación uniforme⁶ por UGL. La selección de casos dentro de cada UGL se llevó a cabo de manera sistemática- el dataset se ordenó por cantidad de cápitas- con un solo punto de arranque.

> Cuestionarios autoadministrados completados por un representante del prestador mediante Formulario Google. De esta fuente obtuvimos 12 casos de manera intencional.

En la Tabla 5 vemos cómo se distribuyeron los casos de la muestra por UGL. Cabe aclarar que existen casos de prestadores de II Nivel sólo de las UGLs que utilizan el modelo capitado. Con la asignación uniforme de casos se buscó tener casos en todas las UGLs con la finalidad de que la muestra contemple la heterogeneidad territorial.

Tabla 5: Cantidad de prestadores seleccionados por UGL en la muestra extraída para poder estandarizar la fórmula para obtener el Subíndice de Capacidad

UGL	Casos
01 - Tucumán	4
02 - Corrientes	4
03 - Córdoba	4
04 - Mendoza	4
05 - Bahía Blanca	4
06 - CABA	3
07 - La Plata	4
08 - San Martín	5
09 - Rosario	3
10 - Lanús	4
11 - Mar del Plata	5
12 - Salta	2
13 - Chaco	3
14 - Entre Ríos	4
15 - Santa Fe	4

⁵ De haber sido completamente probabilística, la muestra habría tenido un error de los 1,19 puntos sobre 100 en la estimación del Subíndice de Capacidad, con un 90% de confianza.

⁶ Originalmente se había pensado con afijación simple de casos por estrato, pero en algunos casos no hemos podido conseguir la información del prestador seleccionado ni del reemplazo en la muestra. Además, en algunas UGLs obtuvimos una tasa de respuesta más alta de lo esperado en el cuestionario autoadministrado. Por estos motivos, la muestra no quedó estrictamente uniforme.

18 - Misiones	4
19 - Santiago del Estero	4
21 - San Juan	3
23 - Formosa	4
24 - Catamarca	4
25 - La Rioja	4
26 - San Luis	4
29 - Morón	4
30 - Azul	4
31 - Junín	7
32 - Luján	4
34 - Concordia	4
35 - San Justo	4
36 - Río Cuarto	6
37 - Quilmes	4
38 - Chivilcoy	4
TOTAL	125

Una vez relevados los 125 casos de la muestra, se detectaron en primer lugar los valores atípicos en todos los indicadores. Luego, se identificaron los valores máximos y mínimos de cada indicador sin considerar a los valores atípicos. Esto permitió poder dejar sentada la fórmula de Fournier y Garner (1990) para poder transformar los valores de cada indicador (por ejemplo, cantidad de quirófanos o cantidad de enfermeros por cantidad de camas) a variables estandarizadas con puntajes que van de 0 a 100.

Las fórmulas para obtener las variables estandarizadas con puntajes de 0 a 100 serían las siguientes para cada uno de los siete indicadores de la dimensión capacidad-teniendo en cuenta que x es el valor del indicador original sin estandarizar-.

- 1) Cantidad de camas totales: $(x - 9) * 100 / (184 - 9)$; si la cantidad de camas es menor a 9 se imputa automáticamente un puntaje 0, y si es mayor a 184 se imputa 100
- 2) Porcentaje de camas UTI sobre camas totales: $(x - 0) * 100 / (43 - 0)$; si porcentaje de camas UTI sobre camas totales es mayor a 43 se imputa puntaje 100
- 3) Cantidad de camas en la guardia: $(x - 0) * 100 / (11 - 0)$; si la cantidad de camas en la guardia es mayor a 11 se imputa puntaje 100
- 4) Cantidad de quirófanos: $(x - 1) * 100 / (4 - 1)$; si la cantidad de quirófanos es 0 se imputa puntaje 0 y si es mayor a 4 se imputa 100.

- 5) Cantidad de enfermeros sobre cantidad de camas totales: $(x - 0,07) * 100 / (1,87 - 0,07)$; si la cantidad de enfermeros sobre camas totales es menor a 0,07 se imputa puntaje 0 y si es mayor a 1,87 se imputa 100
- 6) Cantidad de médicos sobre cantidad de camas totales: $(x - 0,04) * 100 / (2,86 - 0,04)$; si la cantidad de médicos sobre camas totales es menor a 0,04 se imputa puntaje 0 y si es mayor a 2,86 se imputa 100.
- 7) Cantidad de médicos de Guardia en UTI sobre cantidad de camas UTI: $(x - 0,19) * 100 / (1,4 - 0,19)$; si la cantidad de médicos de guardia en UTI sobre la cantidad de camas de UTI es menor a 0,19 se imputa puntaje 0 y si es mayor a 1,4 se imputa 100.

Una vez explicados los cálculos para obtener los valores estandarizados en puntajes de 0 a 100 para todos nuestros indicadores de Capacidad y Demanda Potencial, procederemos a exponer los cálculos de los puntajes de las subdimensiones y dimensiones de Capacidad y el cálculo final del IRE.

En primer lugar, los puntajes de las subdimensiones se calculan mediante promedios ponderados entre los indicadores. La ponderación en el cálculo del promedio implica que hay indicadores con mayor peso que otros. En la Tabla 6 vemos la ponderación de los indicadores para las **subdimensiones de Infraestructura y Recursos Humanos** de la dimensión de Capacidad.

Tabla 6: Pesos de los indicadores para el cálculo mediante promedios ponderado de las subdimensiones de la Dimensión Capacidad

Subdimensión	Indicador	Peso (%)
Infraestructura	1) Cantidad de camas totales del prestador sanatorial	30
	2) Porcentaje camas UTI sobre camas totales	20
	3) Cantidad de camas en la guardia	30
	4) Cantidad de quirófanos	20
	TOTAL	100
Recursos Humanos	5) Cantidad de enfermeros sobre cantidad de camas totales	45
	6) Cantidad de médicos sobre cantidad de camas totales	45
	7) Cantidad de médicos de Guardia en UTI sobre cantidad de camas UTI	10
	TOTAL	100

Luego, el cálculo de la dimensión capacidad se efectúa mediante un promedio simple- es decir, no ponderado- entre las dos subdimensiones: Infraestructura y Recursos Humanos.

c.4) Cálculo del Índice de Relevancia Estratégica

Por último, el **cálculo final del IRE** se establece mediante otro promedio ponderado entre sus dimensiones componentes, a saber, Vulnerabilidad Sanitaria, Demanda Potencial y Capacidad.

En la Tabla 7 vemos que la dimensión que más peso tiene es la de Capacidad: un 55 %. Sin embargo, las dimensiones que consideran los elementos contextuales de los sanatorios tienen entre las dos un 45 % en el cálculo del IRE.

Tabla 7: Pesos de las dimensiones para el cálculo mediante promedio ponderado del IRE

Dimensión	Peso (%)
Vulnerabilidad Sanitaria	25,0
Demanda Potencial	25,0
Capacidad	50,0
TOTAL	100

Hasta aquí hemos explicado el cálculo del Índice de Relevancia Estratégica (IRE), que puede asumir valores entre 0 y 100, siendo 100 la mayor relevancia estratégica y 0 la menor. El procedimiento de categorización de Prestadores Sanatoriales continúa con la clasificación dentro de una categoría, representada por una letra que va de la A- para los Sanatorios de mayor relevancia estratégica- hasta la D-para los prestadores con menor relevancia estratégica. Esta clasificación se lleva a cabo agrupando los puntajes del IRE de la siguiente manera:

- Hasta 34,1 exclusive: Categoría D
- Entre 34,1 inclusive y 45,8 exclusive: Categoría C
- Entre 45.8 inclusive y 57,5 exclusive: Categoría B
- 57,5 o más: Categoría A



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: EX-2021-87246600- -INSSJP-SGTO#INSSJP- Anexo I - Ficha metodológica - Índice de Relevancia Estratégica (IRE).-

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 33 pagina/s.

Digitally signed by Martin Rodriguez Alberti
Date: 2021.09.17 18:14:37 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2021.09.17 18:14:51 -03:00



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Anexo

Número:

Referencia: EX-2021-87246600- -INSSJP-SGTO#INSSJP- Anexo II - Lógica de Traducción de Gestión Retributiva - Índice de Relevancia Estratégica (IRE)

ANEXO II

Lógica de Traducción de Gestión Retributiva

NUEVA NOMENCLATURA PARA LA CLASIFICACIÓN RETRIBUTIVA DE PRESTADORES DE NIVEL SANATORIAL

Categorización de Prestadores de Nivel Sanatorial aprobada por las Resoluciones 416/DE/17 y 443/DE/17	Nuevo criterio para la categorización de Prestadores de Nivel Sanatorial	
Letra	A	C
	B	B
	C	A
	D	D

Se deja de manifiesto que la lógica de traducción de gestión retributiva plasmada en el cuadro precedente se condice con los Anexos II "Criterios para la Categorización de Prestadores de Nivel Sanatorial" aprobados por las Resoluciones 416/DE/17 y 443/DE/17.

Digitally signed by Martin Rodriguez Alberti
Date: 2021.09.17 18:17:42 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2021.09.17 18:17:51 -03:00