



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Resolución

Número:

Referencia: EX-2020-83887465- - INSSJP-SGTM#INSSJP - Resolución - Adecuación del modelo de médicos y médicas de cabecera.-

VISTO el EX-2020-83887465- - INSSJP-SGTM#INSSJP, la Ley N° 19.032, la Ley N° 25.615, el Decreto N° 2/04, Resolución N°1895/DE/16, Resolución N° 883/DE/17, RESOL-2018-1120-INSSJP-DE#INSSJP, RESOL-2019-1162-INSSJP-DE#INSSJP, RESOL-2020-1110-INSSJP-DE#INSSJP, RESOL-2021-1633-INSSJP-DE#INSSJP, RESOL-2020-2383-INSSJP-DE#INSSJP 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 –INSSJP– , 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 los jubilados y pensionados 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, organizadas en un modelo prestacional que se base en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia, que respondan al mayor nivel de calidad disponible”, para todas las personas afiliadas al Instituto, atendiendo a las particularidades e idiosincrasia propias de las diversas jurisdicciones provinciales brindando cobertura, asistencia médica y social a los adultos mayores de la Argentina.

Que, a fin de cumplir dichos objetivos, el artículo 6° de la mencionada ley asignó al Directorio del INSTITUTO la competencia para dictar las normas necesarias para la adecuada administración y funcionamiento del organismo. Por su parte, el art. 2° del Decreto N° 02/04-PEN estipula que el INSSJP será dirigido por un Órgano Ejecutivo de Gobierno integrado por un Director Ejecutivo y un Subdirector Ejecutivo, designados por el Poder Ejecutivo Nacional; y el artículo 3° de dicho Cuerpo Legal establece que dicho Órgano Ejecutivo tiene plenas facultades para dictar las normas necesarias para la adecuada administración y funcionamiento del organismo.

Que mediante Resolución N°1895/DE/16 se aprobó el Modelo Prestacional de Médicos de Cabecera, bajo una modalidad de pago mixto, conformada por cápita y pago por prestación.

Que mediante Resolución N° 883/DE/17 se aprobó el Nomenclador del INSSJP y su componente prestacional.

Que, asimismo, se integró al Nomenclador Común la Unidad Consulta Médico de Cabecera, a los efectos de valorizar dicha consulta.

Que a través de la RESOL-2020-2383-INSSJP-DE#INSSJP se aprobó el Nuevo Modelo de Atención de Médicos/as de Cabecera, para garantizar una atención de alta calidad, integrada y accesible a lo largo de todo el proceso de atención, centrándose en las necesidades y derechos de las personas afiliadas. Este modelo prestacional se basa en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y sitúa al médico/médica de cabecera como protagonista esencial del primer nivel de atención. La APS es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud –reconocimiento sustentado en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población– y tiene como elementos principales la centralidad en las personas, sus familias y comunidades, la integralidad de la atención y la continuidad de los cuidados.

Que, como consecuencia de la pandemia de COVID-19, se han reorganizado servicios y prestaciones clínicas y se suspendieron las consultas programadas de manera significativa, así como los hospitales de día, los talleres y las actividades recreativas.

Que, dado que las personas mayores han sido incluidas dentro de los grupos de riesgo, esto implicó cambios de hábitos y costumbres que impactaron de manera negativa en las esferas física, psicológica y social de dicho segmento de la sociedad. En este contexto, las personas mayores fueron un grupo especialmente vulnerable por sus comorbilidades, los síndromes geriátricos y la fragilidad asociada al envejecimiento.

Que lo expuesto pone de manifiesto las necesidades y vulnerabilidades propias de este grupo poblacional, que exigen una política institucional acorde a las necesidades de las personas afiliadas.

Que, en base al aprendizaje capitalizado en el marco de la pandemia hasta la actualidad, este momento resulta oportuno para definir intervenciones adecuadas respecto de las personas mayores, considerando la diversidad de estados funcionales y las características de salud específicas de esta población.

Que, si bien el modelo prestacional aprobado en la RESOL-2020-2383-INSSJP-DE#INSSJP se fundamenta en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, el contexto de pandemia dificultó la implementación de algunas de las medidas allí previstas, generando en consecuencia una brecha entre el aspecto teórico y su efectiva implementación.

Que, en función de lo expuesto, resulta necesario implementar medidas tendientes a garantizar la accesibilidad prestacional a las personas afiliadas, a través de prestaciones sanitarias y sociales, integrales, integradas y equitativas, tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, organizadas en un modelo prestacional de calidad, que se base en criterios de eficacia y eficiencia, atendiendo a las particularidades propias de cada una de las diversas jurisdicciones del país.

Que, a fin de implementar medidas tendientes para que las personas afiliadas puedan contar con prestaciones de calidad, se entiende necesario fortalecer el I Nivel de Atención a través de la mejora de la contraprestación, la optimización de tareas administrativas, la realización de capacitaciones periódicas y el desarrollo de nuevas herramientas digitales y un nuevo programa de capacitación para médicos y médicas de cabecera.

Que el estado de situación actual de médicos/as de cabecera activos a diciembre 2022 en todo el territorio nacional asciende a un total de 8.423 médicas/os.

Que en virtud de lo expuesto y conforme la brecha de implementación detectada respecto de la RESOL-2020-2383-INSSJP-DE#INSSJP, se propicia la ADECUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA EL I NIVEL - DE MÉDICOS Y MÉDICAS DE CABECERA. Teniendo en cuenta las diversas realidades de cada jurisdicción, esta

adecuación consistirá en la incorporación de un nuevo nomenclador cuya implementación se llevará a cabo mediante un sistema progresivo, que se iniciará con una primera etapa de ejecución en un primer grupo que abarcará las Unidades de Gestión Local que determine el Instituto.

Que la adecuación mencionada en el párrafo precedente implicará avances en múltiples sentidos tanto para las personas afiliadas como para los médicos y médicas de cabecera, articulándose en los siguientes ejes principales: jerarquización, capacitación, digitalización, seguridad prescriptiva, integración territorial y abordaje integral de la salud.

Que, con el objeto de asegurar la equidad en materia retributiva de las/os Médicas/os de Cabecera, se mantendrá el modelo de pago mixto, abonando prestaciones y prácticas propias del primer nivel de atención que están destinadas a favorecer la accesibilidad y la detección oportuna de enfermedades prevalentes, jerarquizando el rol de las y los médicas/os de cabecera como puerta de entrada a los servicios de salud del Instituto.

Que las prestaciones asociadas al nuevo nomenclador estarán integradas por: i) Primera consulta de control anual de salud, ii) Devolución de control anual de salud, iii) Consulta a domicilio; iv) Consulta clínica presencial; v) Consulta persona afiliada fuera de cápita/ en tránsito; vi) Consulta de control del desarrollo infantil y vii) Consulta pediátrica de seguimiento. Dichas consultas se centran en la promoción, la prevención secundaria y el seguimiento de patologías frecuentes, considerando los problemas de salud que afectan a los diferentes rangos etarios.

Que en este sentido, cada consulta requerirá de la emisión de una OME, para la que, en un primer momento, el sistema habilitará un formulario digital a través del cual se deberá completar antecedentes e información acorde a la prestación realizada a la persona afiliada.

Que la emisión de la OME para estas nuevas prestaciones, junto con transmisión de información específica según el control de salud de que se trate, validará la prestación efectuada por la/el médica/o de cabecera a los efectos del cobro.

Que el ámbito de implementación, de la medida que se propicia persigue la utilización de 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 en este contexto, y a fin de garantizar una atención oportuna y de calidad para las personas afiliadas, se propicia la adecuación e implementación de un nuevo nomenclador que, a su vez, priorice las prestaciones asociadas que ponderen acciones para disminuir las causales de morbi-mortalidad de la población objetivo.

Que, en el mismo sentido, el ODS (Objetivo de Desarrollo Sostenible) N° 3 propicia “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y que entre las iniciativas tendientes al logro de tales objetivos se cuentan las de “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar” y “lograr la cobertura sanitaria universal, el acceso a servicios de salud esencial de calidad, y a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

Que, en este marco, se propicia fortalecer las competencias de las y los médicos de cabecera a través de la implementación de un programa de actualización para médicos y médicas de cabecera, como una iniciativa de formación y capacitación permanente.

Que los nuevos lineamientos exigen contar con médicas y médicos de cabecera que reciban una capacitación y formación continua como requisitos indispensables para otorgar prestaciones de calidad, propiciando en este sentido la aplicación de un incentivo económico fijo por módulo de capacitación finalizado y aprobado; y un adicional del 20 por ciento sobre el valor de la cápita al finalizar y aprobar el programada de capacitación de 120 horas que determine el Instituto.

Que, en este sentido el programa de capacitación para Médicas/os de Cabecera que prevé la realización del Curso Universitario de Formación de Posgrado, se propone primar y poner en valor la Estrategia de Atención Primaria de la Salud fomentando acciones de promoción y prevención, centradas en la persona, la intervención comunitaria y tomando como eje el Modelo Atención de Médicos/as de Cabecera basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), poniendo al médico/médica de cabecera como protagonista esencial del primer nivel de atención. El cual constará de cuatro módulos de 30 horas cada uno, con un total de 120 horas.

Que asimismo, se entiende necesario delegar en la Secretaría de Políticas Sanitarias las facultades de reglamentación, aplicación y coordinación de las tareas derivadas de la implementación, puesta en funcionamiento y correcta ejecución del Programa de capacitación para médicos y médicas de cabecera y los cambios previstos en el Modelo Prestacional para el Nivel I - Médicos y Médicas de Cabecera, y las acciones que corresponda llevar a cabo al efecto.

Que, asimismo, se entiende necesario proseguir con la política de simplificación administrativa del Instituto, a fin de lograr la agilización de trámites y solicitudes, y eliminar trabas al acceso prestacional, otorgándole mayor agilidad y transparencia, poniendo énfasis en lo importante y necesario, suprimiendo lo que no agrega valor y aplicando las buenas prácticas en materia de simplificación.

Que en esta misma línea, se propicia continuar con las medidas de digitalización, tendientes a lograr avances en la despapelización de las solicitudes y trámites, a través de la utilización de sistemas digitales, generando la reclasificación documental para conocer y fijar los flujos de información con decisiones programadas.

Que dentro de los ejes de la medida objeto de análisis, la seguridad prescriptiva tiene como finalidad principal fomentar la implementación de la firma digital para garantizar mayores niveles de seguridad a la hora de prescribir recetas con el objetivo de cuidar la firma de los médicos y médicas de cabecera. La firma digital, da validez a los datos contenidos en la receta, asentándose sobre dos valores: la autoría e integridad.

Que mediante RESOL-2019-1162-INSSJP-DE#INSSJP se incorporó la firma digital como medio válido de suscripción de recetas por parte de los médicos prescriptores en el Sistema de Receta Electrónica, entre ellos los médicos de cabecera y se aprobaron los términos de uso y aceptación de cumplimiento obligatorio para el ingreso al Sistema de Receta Electrónica y Firma Digital para todos los/as médicos/as prescriptores.

Que asimismo mediante la RESOL-2020-1110-INSSJP-DE#INSSJP se estableció la prescripción electrónica de medicamentos mediante el uso del Sistema de Receta Electrónica, como condición suficiente para el acceso de las personas afiliadas a la dispensa de medicamentos en farmacia, ante la situación extraordinaria de la pandemia por el COVID-19.

Que en este marco, y en atención a la necesidad de incentivar el uso de la receta electrónica con firma digital, se propicia establecer un incentivo económico por única vez, para aquellos profesionales que acrediten, a través de los mecanismos establecidos, disponer de la firma digital remota.

Que, asimismo, se propicia la implementación de un índice de Fortalecimiento de la Oferta Prestacional (IFOP); medida que tiene por objetivo determinar, a escala departamental, áreas de relevancia estratégica para el

sistema de PAMI en función de factores socioambientales y prestacionales que, articuladamente, configuran el acceso y la calidad de la atención a la salud de las personas afiliadas. La implementación de dicho índice compuesto, responde al interés de visibilizar y dar reconocimiento a aquellos profesionales de primer nivel de atención que desarrollan sus actividades en zonas del país con mayores niveles relativos de vulnerabilidad socioambiental y barreras de acceso prestacional.

Que en esta línea de ideas, se propicia la aplicación de un adicional del veinte (20%) sobre el valor de la cápita, para promover la presencia de médicos y médicas de cabecera en todo el territorio nacional, contemplando su heterogeneidad en términos sociodemográficos, prestacionales y en cuestiones atinentes al acceso a la salud.

Que finalmente, teniendo como uno de los ejes principales el abordaje integral de la salud, se propicia llevar a cabo las medidas necesarias a fin de implementar un panel de seguimiento, ficha clínica, poniendo a disposición del profesional médico información sanitaria de las atenciones previas, así como la medicación dispensada a las personas afiliadas, que facilitará la atención integral y la toma de decisión en el marco de la consulta.

Que se trata de un modelo enfocado en las personas afiliadas, que propicia la escucha activa por parte de los profesionales intervinientes y cuyos ejes son la autonomía, integralidad y continuidad de los cuidados, así como la participación, accesibilidad y el respeto por la individualidad, en procura de la optimización de las prestaciones en términos cuali-cuantitativos, de eficacia y eficiencia en materia de gestión prestacional, teniendo en consideración que las/os médicas/os de cabecera constituyen la puerta de acceso a las prestaciones brindadas por el Instituto.

Que, a fin de facilitar la implementación del Modelo, aquellos contratos de locación de servicios celebrados con las/os médicas/os de cabecera en el marco de la RESOL-2020-2383-INSSJP-DE#INSSJP mantendrán su vigencia salvo expresa rescisión por parte del prestador.

Que en este sentido, se propicia establecer que los prestadores que no deseen adherir a las modificaciones propiciadas en la presente resolución deberán manifestar al INSSJP su voluntad de no continuar la relación contractual bajo la presente adecuación del modelo, por cualquier medio fehaciente, dentro del plazo de 20 días hábiles contados a partir de la publicación de la presente.

Que la entrada en vigencia de las medidas que se propician en la presente resolución, se implementarán en forma progresiva, por zonas, de acuerdo al régimen que se establezca por el Instituto al efecto, según las realidades de cada jurisdicción, con un criterio de razonabilidad, con perspectiva federal de conformidad con las dimensiones y competencias materiales y territoriales de este Instituto.

Que asimismo, se entiende oportuno establecer un valor diferencial sobre el valor de la cápita para Patagonia Norte (UGL XVI Neuquén, UGL XX La Pampa y UGL XXVII Río Negro) y Patagonia Sur (UGLXVII Chubut, UGL XXVIII Santa Cruz y UGL XXXIII Tierra del Fuego).

Que en virtud de ello, se entiende necesario delegar en el Secretario de Políticas Sanitarias y en el Secretario General Técnico Operativo a fin que determinen por acto dispositivo conjunto el régimen progresivo de implementación por UGLs y la reglamentación de los mecanismos de implementación del índice de Fortalecimiento de la Oferta Prestacional (IFOP).

Que asimismo se entiende necesario instruir a la Gerencia de Sistemas a desarrollar y/o adecuar e implementar, cualquier sistema y/o herramienta informática que resulten necesarios para llevar adelante la modificación propuesta.

Que la Subgerencia de Administración de Prestaciones Médicas, la Gerencia Análisis de Procesos Retributivos,

la Gerencia Económica Financiera, la Gerencia de Sistemas, la Secretaría de Políticas Sanitarias, la Secretaría General Técnico Operativa, la Jefatura de Gabinete de Asesores y la Secretaría General de Administración han intervenido en el marco de sus competencias.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos y la Sindicatura General han tomado la debida intervención en el marco de sus competencias.

Por ello, y en uso de las atribuciones conferidas en el artículo 6º de la Ley Nº 19.032 y sus modificatorias, artículos 2º y 3º del Decreto Nº 02/04 y el Decreto Nº DECFO-2019-31-APN-SLYT,

LA DIRECTORA EJECUTIVA

DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Implementar las adecuaciones al Modelo de Atención para el I Nivel - Médicos y Médicas de Cabecera aprobado por la RESOL-2020-2383-INSSJP-DE#INSSJP, conforme obra en el Anexo I (IF-2023-22116293-INSSJP-DE#INSSJP), que se agrega y forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 2º.- Aprobar las modificaciones al Nomenclador Común del Instituto aprobado por Resolución Nº 883/DE/17, modificatorias y complementarias, conforme el Anexo II (IF-2023-22116442-INSSJP-DE#INSSJP) que se agrega como parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 3º.- Establecer el valor de la cápita para los Médicos y Médicas de Cabecera conforme obra en el Anexo III (IF-2023-22116521-INSSJP-DE#INSSJP), que se agrega y forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 4º.- Establecer un adicional del veinte (20%) sobre los valores de cápita, para la atención de personas afiliadas residentes en zonas del país con mayores niveles relativos de vulnerabilidad socioambiental y barreras de acceso prestacional, de acuerdo al índice de Fortalecimiento de la Oferta Prestacional (IFOP), en los términos definidos en el Anexo IV (IF-2023-22116599-INSSJP-DE#INSSJP), que se agrega a la presente.

ARTÍCULO 5º.- Establecer un incentivo económico por única vez de PESOS VEINTICINCO MIL (\$25.000), para aquellos profesionales que acrediten, a través de los mecanismos establecidos, disponer de firma digital remota.

ARTÍCULO 6º.- Establecer que aquellos contratos de locación de servicios celebrados con las/los médicos de cabecera en el marco de la RESOL-2020-2383-INSSJP-DE#INSSJP mantendrán su vigencia salvo expresa rescisión por parte del prestador. Aquellos prestadores que no deseen adherir a las modificaciones propiciadas en la presente resolución deberán manifestar al INSSJP su voluntad de no continuar la relación contractual bajo las nuevas adecuaciones al modelo, por cualquier medio fehaciente, a la UGL respectiva, dentro del plazo de 20 días hábiles contados a partir de la publicación de la entrada en vigencia según el régimen progresivo de implementación por UGLs.

ARTÍCULO 7º.- Reconocer un valor diferencial sobre el valor de la cápita para Patagonia Norte (UGL XVI Neuquen, UGL XX La Pampa y UGL XXVII Río Negro) y Patagonia Sur (UGLXVII Chubut, UGL XXVIII Santa Cruz y UGL XXXIII Tierra del Fuego) de acuerdo a lo establecido en el Nomenclador Común sobre los valores estipulados en el Anexo III (IF-2023-22116521-INSSJP-DE#INSSJP) de la presente resolución.

ARTÍCULO 8º.- Delegar en el Secretario de Políticas Sanitarias y en el Secretario General Técnico Operativo la facultad de determinar, reglamentar y disponer de manera conjunta el régimen progresivo de implementación

por UGLs y reglamentar los mecanismos de implementación del IFOP de conformidad con lo establecido en el artículo 4°.

ARTÍCULO 9°.- Delegar en la Secretaría de Políticas Sanitarias las facultades de reglamentación, aplicación y coordinación de las tareas derivadas de la implementación, puesta en funcionamiento y correcta ejecución del curso universitario de formación de posgrado para médicos y médicas de cabecera y los cambios previstos en la presente adecuación del Modelo Prestacional para el Nivel I - Médicos y Médicas de Cabecera, y las acciones que corresponda llevar a cabo al efecto.

ARTÍCULO 10°.- Establecer un incentivo económico fijo de PESOS CINCUENTA MIL (\$50.000) por módulo de capacitación finalizado y aprobado conforme requisitos que determine el Instituto y un adicional del 20 % (por ciento) sobre el valor de la cápita al finalizar y aprobar el curso universitario de formación de posgrado conforme determine el Instituto.

ARTÍCULO 11°.- Encomendar a la Secretaría General Técnico Operativa la coordinación de las Unidades de Gestión Local a los fines de relevar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la presente resolución.

ARTÍCULO 12°.- Instruir a la Gerencia de Sistemas a desarrollar y/o adecuar e implementar, cualquier sistema y/o herramienta informática que resulten necesarios para llevar adelante la modificación propuesta.

ARTÍCULO 13°.- Instruir a la Secretaría de Políticas Sanitarias y a la Secretaría General Técnico Operativo, a establecer la fecha en la cual entrará en vigencia las medidas aprobadas en la presente resolución, haciendo saber que, hasta ese entonces, regirán las normas y reglamentaciones actualmente vigentes.

ARTÍCULO 14°.- Registrar, comunicar, y publicar en el Boletín del Instituto. Cumplido, proceder a su archivo.

ANEXO I

MENÚ PRESTACIONAL MÉDICOS Y MÉDICAS DE CABECERA

Introducción

Con el objetivo de mejorar la calidad prestacional y las condiciones de salud de la población a su cargo, en el año 2020 el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) aprobó mediante la RESOL-2383-2020-INSSJP-DE#INSSJP el modelo prestacional de los y las Médicos de Cabecera, que se enmarca en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

De esta manera, se buscó optimizar el primer nivel de atención del Instituto a partir de una lógica de cuidados progresivos y de integralidad, con el propósito de brindar atención de calidad basada en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud, bajo una mirada que garantizara la accesibilidad y el uso eficaz y eficiente de los recursos.

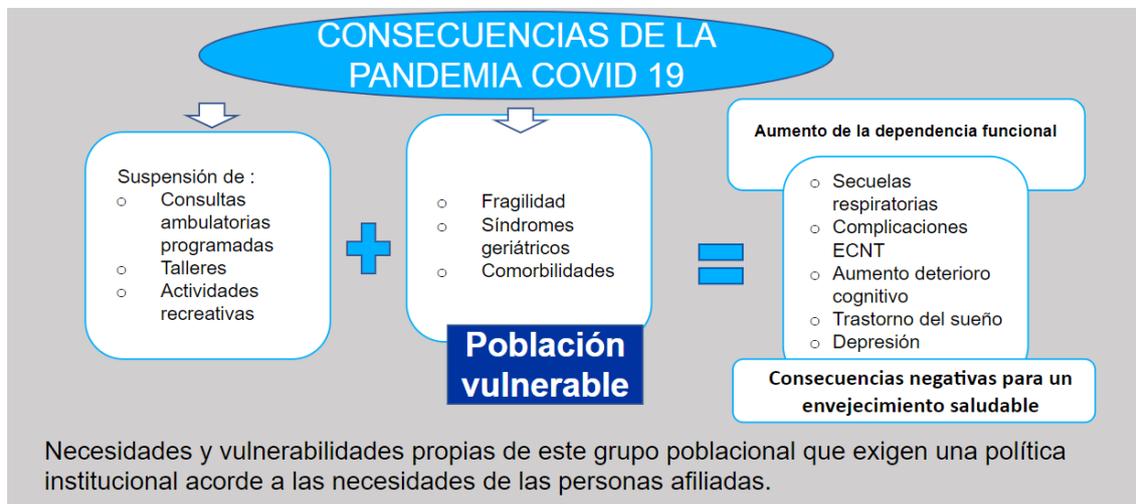
Modelo de atención centrado en la persona



Impacto de la pandemia por COVID 19

Sin embargo, los cambios en la modalidad de atención que se produjeron durante la pandemia por COVID-19 impactaron de manera negativa tanto en la calidad de la atención brindada a las personas afiliadas por parte de las médicas y los médicos de

cabecera (MDC), dado que se acentuaron los problemas preexistentes y se profundizaron conductas, usos y costumbres opuestos a la política institucional como en la salud de las personas afiliadas.



Si bien el modelo prestacional aprobado en la RESOL-2020-2383- -INSSJP-DE#INSSJP se enmarca en la estrategia de APS, los cambios anteriormente descritos constituyeron una barrera para su implementación, de modo que en la actualidad se evidencia una brecha entre el marco conceptual de la APS y su efectiva concreción.

Por lo tanto, tomando como punto de partida el aprendizaje capitalizado en función de lo transitado en el marco de la pandemia hasta la actualidad, resulta oportuno definir intervenciones adecuadas para las personas afiliadas, considerando la diversidad de estados funcionales y las características de salud específicas de esta población etaria.

Para lograr la efectiva implementación de la APS en el cuidado de la salud de las personas mayores y mejorar los procesos de trabajo, se propone adecuar el modelo prestacional a partir de la implementación de este nuevo nomenclador que jerarquiza el rol de las y los médicas/os de cabecera como puerta de entrada a los servicios de salud del Instituto.

Nuevo nomenclador

Objetivo general: implementar medidas tendientes a garantizar la accesibilidad prestacional a las personas afiliadas, a través de prestaciones sanitarias y sociales, integrales, integradas y equitativas que prioricen las prestaciones asociadas que ponderen acciones para disminuir las causales de morbi-mortalidad de la población objetivo.

Objetivos específicos:

1. Jerarquizar el rol de las y los médicas/os de cabecera como puerta de entrada a los servicios de salud del Instituto
2. Definir intervenciones adecuadas para las personas afiliadas, considerando la diversidad de estados funcionales y las características de salud específicas de esta población etaria
3. Modificar la práctica prescriptiva de las y los MDC de acuerdo a los lineamientos y recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) nacionales vigentes.
4. Aumentar el diagnóstico de personas con Diabetes Mellitus 2 (DM2) en las personas afiliadas.
5. Disminuir el sub-diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) en personas afiliadas
6. Mejorar la tasa de uso de métodos de screening para enfermedades oncológicas.
7. Implementar nuevas herramientas digitales que permitan el registro de información

El nuevo menú prestacional está integrado por las siguientes prácticas, que contempla la atención de las personas pertenecientes al grupo Veteranos de Guerra de Malvinas

Código de práctica	Descripción de práctica
427106	PRIMERA CONSULTA DE CONTROL ANUAL DE SALUD
427107	DEVOLUCIÓN DE CONTROL ANUAL DE SALUD
427108	CONSULTA A DOMICILIO
427109	CONSULTA CLINICA PRESENCIAL
427110	CONSULTA PERSONA AFILIADA FUERA DE CAPITA / EN TRÁNSITO
427111	CONSULTA DE CONTROL DEL DESARROLLO INFANTIL
427112	CONSULTA PEDIÁTRICA DE SEGUIMIENTO
421803	VETERANO DE GUERRA - PRIMERA CONSULTA DE CONTROL ANUAL DE SALUD

421804	VETERANO DE GUERRA - DEVOLUCIÓN DE CONTROL ANUAL DE SALUD
421805	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA A DOMICILIO
421806	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA CLINICA PRESENCIAL
421808	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA DE CONTROL DEL DESARROLLO INFANTIL
421809	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA PEDIÁTRICA DE SEGUIMIENTO

La descripción de lo contemplado en cada una de las prácticas, se describe a continuación:

NOMENCLADOR MDC	
Descripción de práctica	Descripción
PRIMERA CONSULTA DE CONTROL ANUAL DE SALUD	Consulta orientada tanto al screening o rastreo de enfermedades crónicas en población sana como a la detección oportuna de complicaciones en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión arterial, y de acuerdo con el sexo y el rango etario de quien consulta. También se busca conocer los antecedentes patológicos relevantes y la medicación que reciben, establecer la conciliación de medicamentos correspondiente en función de las patologías preexistentes y definir la periodicidad de los controles sucesivos. Destinatarios: todas las personas afiliadas al instituto mayores de 15 años. Principales acciones: Rastreo o tamizaje (screening) para identificar personas que requieren intervenciones específicas. Consejería para iniciar cambios de comportamiento o actitudes. Inmunizaciones contra cierto número de enfermedades inmunoprevenibles.
DEVOLUCIÓN DE CONTROL ANUAL DE SALUD	Esta consulta representa el cierre de la consulta inicial del control periódico de salud y tiene por objetivo realizar la devolución y el registro de los resultados de estudios complementarios solicitados en controles previos (primera consulta de control anual de salud), tanto en las personas sanas como en aquellas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). En este último grupo, los estudios se orientan a la detección oportuna de complicaciones.
CONSULTA A DOMICILIO	Destinada a personas con imposibilidad para deambular, o fragilidad severa que les impide movilizarse hasta el consultorio del médico de cabecera. Se realiza en el domicilio particular de la persona o en una institución cerrada que no sea prestador PAMI. También incluye personas afiliadas en tránsito que no puedan movilizarse al consultorio médico de atención.
CONSULTA CLINICA PRESENCIAL	Se incluyen todas aquellas consultas por fuera del control periódico de salud, por una situación subaguda que no corresponde ser atendida en una guardia. Incluye también seguimiento al alta de internación o consultas por demanda espontánea. Excluye: emisión-transcripción de recetas u OMEs.*
CONSULTA PERSONA AFILIADA FUERA DE CAPITA / EN TRÁNSITO	Consultas de demanda espontánea para personas que se encuentran en una UGL distinta a la que pertenece el afiliado, o de personas afiliadas que se atienden en un MDC diferente al asignado (únicamente válido cuando el MDC en el que se encuentren asignadas las personas afiliadas informen vacaciones, licencias, etc.).
CONSULTA DE CONTROL DEL DESARROLLO INFANTIL	Consulta para personas menores de 15 años que tiene por objetivo el control de la población infantil sana, así como también la identificación oportuna de desvíos, regresiones, o trastornos del desarrollo. Se incluyen también prácticas para brindar asesoramiento, evacuar dudas, dificultades en crianza, alimentación y vacunas. Destinatarios: todas las personas afiliadas al instituto menores de 15 años.

CONSULTA PEDIÁTRICA DE SEGUIMIENTO	Se incluyen todas aquellas consultas por fuera del control periódico de salud de la población infantil, por una situación subaguda que no corresponde ser atendida en una guardia. Incluye también seguimiento al alta de internación o consultas por demanda espontánea. Excluye: emisión-transcripción de recetas u OMEs.
---	---

*La transcripción de recetas, ordenes médicas electrónicas y otras prácticas que no están nomencador quedan incluidas dentro del valor de la cápita mensual.



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: EX-2020-83887465- - INSSJP-SGTM#INSSJP - ANEXO I- Adecuaciones al Modelo de Atención para el I Nivel - Médicos y Médicas de Cabecera aprobado por la RESOL-2020-2383-INSSJP-DE#INSSJP.-

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 5 pagina/s.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2023.02.28 22:08:54 -03:00

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2023.02.28 22:08:54 -03:00

ANEXO II
MODIFICACIONES DEL NOMENCLADOR

BAJA DE PRÁCTICAS

Módulo	DESCRIPCIÓN DE MÓDULO	Código de práctica	Descripción de práctica
1	MEDICO CABECERA	427101	CONSULTA MÉDICO DE CABECERA
1	MEDICO CABECERA	427104	CONSULTA MÉDICO DE CABECERA BRINDADA EN DOMICILIO
1	MEDICO CABECERA	427105	CONSULTA MÉDICO DE CABECERA BRINDADA EN RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA
1	MEDICO CABECERA	427901	TELECONSULTA CON MÉDICO DE CABECERA
421	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA MÉDICO CLÍNICO	421001	CONSULTA CLÍNICA MÉDICA (VG)
421	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA MÉDICO CLÍNICO	421002	CONSULTA PEDIÁTRICA (VG)
421	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA MÉDICO CLÍNICO	421801	TELECONSULTA CON CLINICA MEDICA (VG)
421	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA MÉDICO CLINICO	421802	TELECONSULTA CON PEDIATRÍA (VG)

ALTA DE PRÁCTICAS

Módulo	DESCRIPCIÓN DE MÓDULO	Código de práctica	Descripción de práctica	Unidades totales	Tipo de unidad
1	MEDICO CABECERA	427106	PRIMERA CONSULTA DE CONTROL ANUAL DE SALUD	53,50	CONSULTA MÉDICA (I)
1	MEDICO CABECERA	427107	DEVOLUCIÓN DE CONTROL ANUAL DE SALUD	53,50	CONSULTA MÉDICA (I)
1	MEDICO CABECERA	427108	CONSULTA A DOMICILIO	40,00	CONSULTA MÉDICA (I)
1	MEDICO CABECERA	427109	CONSULTA CLÍNICA PRESENCIAL	26,75	CONSULTA MÉDICA (I)
1	MEDICO CABECERA	427110	CONSULTA PERSONA AFILIADA FUERA DE CÁPITA / EN TRÁNSITO	26,75	CONSULTA MÉDICA (I)
1	MEDICO CABECERA	427111	CONSULTA DE CONTROL DEL DESARROLLO INFANTIL	53,50	CONSULTA MÉDICA (I)
1	MEDICO CABECERA	427112	CONSULTA PEDIÁTRICA DE SEGUIMIENTO	26,75	CONSULTA MÉDICA (I)
421	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA MEDICO CLINICO	421803	VETERANO DE GUERRA - PRIMERA CONSULTA DE CONTROL ANUAL DE SALUD	53,50	CONSULTA MEDICA (I)

421	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA MÉDICO CLÍNICO	421804	VETERANO DE GUERRA - DEVOLUCIÓN DE CONTROL ANUAL DE SALUD	53,50	CONSULTA MÉDICA (I)
421	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA MÉDICO CLÍNICO	421805	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA A DOMICILIO	40,00	CONSULTA MÉDICA (I)
421	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA MÉDICO CLÍNICO	421806	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA CLÍNICA PRESENCIAL	26,75	CONSULTA MÉDICA (I)
421	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA MÉDICO CLÍNICO	421808	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA DE CONTROL DEL DESARROLLO INFANTIL	53,50	CONSULTA MÉDICA (I)
421	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA MÉDICO CLÍNICO	421809	VETERANO DE GUERRA - CONSULTA PEDIÁTRICA DE SEGUIMIENTO	26,75	CONSULTA MÉDICA (I)



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: EX-2020-83887465- - INSSJP-SGTM#INSSJP - ANEXO II - Modificaciones al Nomenclador Común del Instituto

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2023.02.28 22:09:53 -03:00

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2023.02.28 22:09:54 -03:00

ANEXO III
VALORES CÁPITA

MÓDULO	1º MARZO 2023
1 – MEDICO DE CABECERA (*)	\$ 233,296

(*) Se reconoce un VEINTE PORCIENTO (20%) adicional sobre el valor de cápita de Médico de Cabecera (módulo 1) para la Zona Patagonia Norte (UGL 16-Neuquén, UGL 20-La Pampa y UGL 27-Rio Negro).

Se reconoce un CUARENTA PORCIENTO (40%) adicional sobre el valor de cápita de Médico de Cabecera (módulo 1) para la Zona Patagonia Sur (UGL 17-Chubut, UGL 28-Santa Cruz y UGL 33-Tierra del Fuego).



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: EX-2020-83887465- - INSSJP-SGTM#INSSJP - ANEXO III - Valor de la cápita para los Médicos y Médicas de Cabecera.-

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2023.02.28 22:10:34 -03:00

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2023.02.28 22:10:34 -03:00

INSSJP-PAMI

Propuesta de implementación del Índice de Fortalecimiento de la Oferta Prestacional (IFOP) - PAMI

Índice para la implementación de incentivos a Médicos de
Cabecera en zonas de prestación estratégicas

Tabla de contenido

Acrónimos2

Introducción3

Justificación3

Objetivos4

a. Objetivo general4

b. Objetivos específicos4

Metodología5

a. Dimensiones de análisis5

i. *Vulnerabilidad socioambiental*5

ii. *Demanda prestacional*5

b. Operacionalización6

i. *Subíndice de vulnerabilidad socioambiental*6

ii. *Subíndice de demanda prestacional*8

iii. *Presencia de MC en zonas de interés crítico*8

Resultados9

Acrónimos

BATE	Boca de atención
MC	Médico de Cabecera
NBI	Necesidad Básica Insatisfecha
IFOP	Índice de Fortalecimiento de la Oferta Prestacional
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
OME	Orden Médica Electrónica
ReNaBap	Registro Nacional de Barrios Populares
SGTO	Secretaría General Técnico Operativa
UGL	Unidad de Gestión Local

Introducción

Este documento presenta la elaboración del **Índice de Fortalecimiento de la Oferta Prestacional (IFOP)**, medida que tiene por objetivo determinar, a escala departamental, áreas de relevancia estratégica para el sistema de PAMI en función de **factores socioambientales y prestacionales** que, articuladamente, configuran el acceso y la calidad de la atención a la salud de las personas afiliadas. La implementación de este índice compuesto responde al interés de la actual gestión por visibilizar y dar reconocimiento a aquellos médicos de cabecera (MC) que desarrollan sus actividades en zonas del país con mayores niveles relativos de vulnerabilidad socioambiental y con estructuras prestacionales con mayores dificultades para el acceso.

Por otro lado, si bien la creación de esta medida obedece a un fin específico, su implementación no se agota allí: apunta también a servir de herramienta para la evaluación y monitoreo periódico de la situación sociosanitaria global de las áreas prestacionales que se encuentran bajo la órbita de PAMI. De esta forma, su desarrollo busca aportar insumos que favorezcan procesos de toma de decisión basados en la evidencia, sobre el entendido de que un mayor conocimiento sobre las características y necesidades sociosanitarias de la población permitirá identificar y priorizar la asignación de recursos y mejorar la gestión de la salud dentro del sistema.

Justificación

En la actualidad, PAMI otorga un incentivo económico a aquellos MC que se desempeñan en localidades rurales, es decir, aquellas áreas del país que registran menos de dos mil habitantes, según los criterios del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)¹-. Esto se debe a que la población residente en estas zonas posee demandas de prestación específicas, asociadas a requerimientos de infraestructura, recursos humanos y conexiones de transporte.

Al respecto, un informe anterior elaborado por esta unidad² logró identificar **dos modelos de demanda de prestaciones sanitarias** que distinguen a las Unidades de Gestión Local (UGLs) del instituto, en base a características demográficas, socioeconómicas y prestacionales determinadas. Por una parte, se encuentran aquellas zonas con (i) baja densidad de población (entre ellas, aunque no exclusivamente, las áreas rurales), (ii) indicadores socioeconómicos deficitarios –por ejemplo, mayores niveles de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) o bajos niveles de instrucción promedio– y (iii) ausencia o escasa diversidad de servicios de salud vinculados a especialidades médicas, médicos de cabecera y estudios diagnósticos.

El segundo modelo identificado describe a aquellas UGLs del país ubicadas en departamentos (i) con mayor densidad de población y estructuras etarias más envejecidas, (ii) indicadores socioeconómicos heterogéneos y (iii) una mayor presencia relativa de los servicios de salud anteriormente mencionados. Sin embargo, debido al elevado volumen de población que concentran estos lugares, el sistema prestacional que los caracteriza no es capaz absorber una parte importante de las demandas de salud que surgen de las afiliadas y afiliados a PAMI.

1 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Glosario de términos. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-Glosario>

2 Secretaría General Técnico Operativa (SGTO), INSSJP-PAMI. Informe preliminar para el programa “Fortalecimiento Salud”

Considerando este antecedente, observamos que **aún no se ha implementado desde el instituto un sistema de reconocimiento en beneficio de aquellos médicos que prestan servicios en UGLs correspondientes al segundo modelo descrito, o bien en localidades que poseen más de dos mil habitantes, cuyo sistema de salud no difiere –en términos de estructura– del que presentan las zonas rurales.** En virtud de esto, el presente documento propone la construcción de una medida resumen que permita identificar a prestadores que brindan atención en UGLs situadas en departamentos con un mayor grado de vulnerabilidad socioambiental y déficit prestacional relativos.

El documento está organizado de la siguiente manera. En el apartado número 2 se presentan los antecedentes

Objetivos

Como se mencionó anteriormente, este documento expone la construcción del Índice de Fortalecimiento de la Oferta Prestacional (IFOP), en vistas a identificar a aquellos MC de PAMI que desarrollan su trabajo en áreas del país con mayor grado de vulnerabilidad socioambiental y estructuras prestacionales con mayor demanda relativa. Esta medida, además, cuenta con el potencial de constituir un instrumento útil para la evaluación y monitoreo de la situación sociosanitaria global de las UGLs, al proveer información referida a características socioambientales y de prestaciones sanitarias a escala departamental.

Teniendo en cuenta ambos fines, la creación del índice se estructuró en base a los objetivos que se describen a continuación.

a. Objetivo general

Evaluar comparativamente el nivel de vulnerabilidad socioambiental y la demanda de prestaciones sanitarias en los departamentos que componen el país, a partir de la elaboración del Índice de Fortalecimiento de la Oferta Prestacional.

b. Objetivos específicos

- Caracterizar la situación socioambiental de todo el territorio nacional a escala departamental, a través del subíndice de vulnerabilidad socioambiental.
- Identificar los departamentos del país con mayor demanda de prestaciones sanitarias, con especificidad en el requerimiento de MC, mediante el subíndice de demanda prestacional y la presencia de MC en zonas de interés crítico.
- Analizar comparativamente la interacción entre las características socioambientales y prestacionales seleccionadas, a fin de proveer recomendaciones para el mejoramiento de la oferta prestacional de PAMI.

Metodología

a. Dimensiones de análisis

El Índice de Fortalecimiento de la Oferta Prestacional - IFOP constituye una medida resumen compuesta por dos grandes dimensiones, **cuya unidad de análisis son los departamentos que conforman el país**. La primera dimensión reúne características socioambientales de la población, mientras que la segunda comprende factores de la estructura prestacional del sistema de PAMI y el sistema público de salud argentino. Ambas dimensiones fueron analizadas desde la perspectiva de la vulnerabilidad y de la demanda, respectivamente. Cada dimensión ha sido operacionalizada a través de un subíndice, el cual a su vez está integrado por diferentes subdimensiones, según se expone a continuación.

i. *Vulnerabilidad socioambiental*

La dimensión de vulnerabilidad socioambiental está integrada por dos subdimensiones. La primera de ellas comprende el **peso relativo de barrios populares por departamento**. Tomando como referencia la definición establecida por el Ministerio de desarrollo Social³, dentro de esta categoría se incluyen aquellos barrios denominados villas, asentamientos y urbanizaciones informales que presentan diferentes grados de precariedad. Específicamente, cuentan con un mínimo de ocho familias agrupadas o contiguas, de las cuales más de la mitad de sus habitantes no posee título de propiedad del suelo ni acceso formal a dos servicios básicos (luz, agua, cloaca).

El segundo componente que integra la dimensión de vulnerabilidad socioambiental es el de **vulnerabilidad sanitaria**. Este concepto designa la existencia de determinantes de carácter general asociados al estado de salud y al acceso diferencial a servicios y cobertura sanitaria de diferentes segmentos de la población⁴. Siguiendo a Vázquez Brust, Olego y Rosati (2018), estos determinantes pueden ser de naturaleza diversa (biológica, psicológica, social) y si se hallan ausentes o en magnitud insuficiente, se genera un estado de vulnerabilidad. De esta forma, la vulnerabilidad sanitaria está directamente relacionada al riesgo potencial de una persona de desarrollar ciertas enfermedades o verse afectada por factores de riesgo ambientales.

ii. *Demanda prestacional*

Esta segunda dimensión de análisis incluye, **por una parte, características del sistema prestacional de PAMI y, por otro lado, aspectos del sistema público de salud**.

Dentro del primer grupo de características, se considera la **presencia de MC por departamento en relación a la cantidad de afiliados**. La inclusión de este indicador –operacionalizado a partir de la tasa de MC por cada mil afiliados, según se expone en el siguiente apartado–, permite identificar en qué medida se cumple (o no) el promedio de 700 afiliados por médico de cabecera,

3 Ministerio de Desarrollo Social (2023). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/incorporar-o-actualizar-un-barrio-dentro-del-registro-nacional-de-barrios-populares>

4 Vazquez Brust, A.; Olego, T.; & Rosati, G. (2018). Construcción de un Mapa de Vulnerabilidad Sanitaria en Argentina a partir de datos públicos. Pág. 2. Disponible en: <https://arxiv.org/pdf/1901.08105.pdf>

considerado éste, a modo de convención, el umbral máximo adecuado de pacientes que un médico debiese absorber.

Asimismo, dentro de los factores que caracterizan al sistema de PAMI, se incluyó como componente a **las bocas de atención (BATEs) con módulos de internación en relación a la cantidad de afiliados**. Este factor alude al ingreso a un centro o institución médica para recibir tratamiento producto del padecimiento de alguna enfermedad o dolencia. La relevancia de este indicador radica en el hecho de que, dentro del sistema de PAMI, se ha constatado que existen fuertes disparidades respecto de las tasas de aceptación/rechazo, lo que implica que los afiliados residentes en determinados departamentos, deban solicitar traslado a otras jurisdicciones para llevar adelante la internación.

Un tercer componente de esta dimensión refiere a la **presencia de establecimientos de salud de origen público respecto de la cantidad de afiliados** por departamento. El criterio que justifica la inclusión de esta subdimensión se apoya en la posibilidad con que cuentan los afiliados de subsanar la falta de determinadas prestaciones en las correspondientes UGLs, a través de unidades de atención sanitaria dependientes del sistema público de salud. Dentro de estas unidades, se consideró la tipología establecida por el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA)⁵, dentro de las cuales se contabilizan: instituciones de alto riesgo con terapia intensiva, unidades de atención móviles, bancos de sangre, centros de día, centros de salud mental, centros de rehabilitación motora y laboratorios de análisis clínicos, entre otros.

Finalmente, se contempló la **presencia de médicos de cabecera según zona de emplazamiento**. A diferencia de la subdimensión mencionada precedentemente, referida a la presencia de MC respecto de la cantidad de afiliados, esta categoría toma como punto de relación la zona geográfica (unidad departamental) hacia la cual se emplazan los MC. El criterio sobre el cual se construyó esta subdimensión, obedece al hecho de que las características territoriales –y en particular la densidad poblacional– determinan directamente la presencia/ausencia y el volumen de MC en una determinada área.

b. Operacionalización

Los apartados que siguen a continuación, presentan el modo a través del cual se operacionalizaron las dimensiones descritas anteriormente. A modo de facilitar la lectura, la información acerca de las variables analizadas, su definición y descripción y las respectivas fuentes, se organizan de acuerdo a dos subíndices que componen el IFOP, junto con un indicador individual que también forma parte del índice agregado.

i. *Subíndice de vulnerabilidad socioambiental*

El Subíndice de Vulnerabilidad Sanitaria representa una fuente secundaria derivada directamente de Vázquez Brust, Olego y Rosati (2018). Los autores aplicaron, como primer paso, un proceso de reducción de dimensiones basado en redes neuronales denominado *variational* autoencoders para sintetizar la información de los once indicadores de condiciones de vida (ver Cuadro 1) por radio censal en una sola dimensión. Con esa técnica se sintetizan para cada radio

5 Disponible: https://sisa.msar.gov.ar/sisadoc/docs/050101/refes_tipologias.jsp

censal los valores de los doce indicadores que componen el subíndice –once indicadores de condiciones de vida y un indicador de acceso a los servicios de salud– en un solo valor 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. Los valores del Subíndice de Vulnerabilidad Sanitaria para cada radio censal están disponibles online en un mapa interactivo⁶. Allí, los valores del Subíndice oscilan entre 0 y 1. Para los cálculos del IFOP, hemos multiplicado esos valores por cien para poder obtener una escala de 0 a 100, donde un valor de 100 indica el máximo grado de vulnerabilidad y 0 ausencia de vulnerabilidad. El valor del Subíndice de Vulnerabilidad Sanitaria para cada prestador estará determinado por el radio censal en el que se encuentre ubicado.

En lo que respecta a las fuentes para la construcción del Índice de vulnerabilidad sanitaria, este indicador fue extraído del “Mapa de Vulnerabilidad Sanitaria en la Argentina”. Este mapa indica el valor del Subíndice de Vulnerabilidad Sanitaria para cada radio censal. Ellos a su vez utilizaron como fuentes:

- El Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 del INDEC.
- La 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.
- El listado de efectores de salud del programa SUMAR extraído del sitio web del programa.
- El 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.

Con relación al peso relativo de barrios populares por departamento, dicho dato se construyó a partir de la información provista por el Registro Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP) construido por la Secretaría de Integración Socio Urbana del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Específicamente, se contabilizaron los barrios populares en cada departamento y se calculó la presencia de los mismos en el territorio, a partir del cálculo de la proporción en km² de cada barrio popular en el área departamental en donde se encuentran.

Con el propósito de construir el subíndice de vulnerabilidad socioambiental, el peso relativo de barrios populares por departamento fue adaptado a valores que pueden oscilar entre 0 y 100, donde 0 da cuenta de la ausencia de barrios populares, mientras que 100 indica el máximo peso relativo de estos barrios por departamento, considerando al conjunto del territorio nacional.

Una vez obtenidos los resultados estandarizados del subíndice de vulnerabilidad sanitaria y del peso relativo de los barrios populares, se ponderó cada una de estas subdimensiones al 80% y 20%, respectivamente. El criterio considerado para establecer este peso, se basa en el hecho de que el índice de vulnerabilidad sanitaria contempla un conjunto abarcativo de variables que, de otro modo, resultarían subestimadas en caso de haber sido asignado un menor peso relativo.

6 Disponible en: <https://mapa.poblaciones.org/map/19501>

El cuadro 1 exhibe los indicadores contemplados en cada dimensión y, en los casos correspondientes, en cada una de sus subdimensiones.

ii. *Subíndice de demanda prestacional*

Este subíndice está compuesto por tres indicadores. El primero de ellos es la tasa de MC por cada mil afiliados de PAMI, resultado del cociente entre la cantidad de médicos y el número de afiliados según departamento. La información, en este caso, fue extraída del (a) registro de prestadores disponible a través del programa SAS (v7.1), actualizado periódicamente a partir del ingreso de nuevos prestadores a la institución, y (b) del padrón de afiliados de PAMI, considerando únicamente a aquellos afiliados activos.

El segundo indicador corresponde a las BATEs con módulo de internación por mil afiliados activos. Al igual que en el indicador anterior, los datos fueron extraídos de las bases de PAMI, disponibles en SAS (v7.1) y su resultado corresponde al cociente entre la cantidad de BATEs con esta característica y el número de afiliados por mil.

El tercer indicador de este subíndice es la tasa de unidades públicas de salud por cada mil afiliados, según departamento. Esta información fue obtenida del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) correspondiente a abril 2022.

Para la construcción del subíndice de demanda prestacional, los resultados de las variables descritas fueron estandarizadas en una escala de 0 a 100, donde 0 es indicativo de ausencia de demanda y 100 refleja el máximo valor de demanda prestacional, establecidos a partir del máximo y mínimo valor de tasas observado por departamento, respectivamente. De esta forma, a la mayor tasa de MC por cada mil afiliados registrada, se le imputó un valor de 100, en función de lo cual el resto de los valores fueron reescalados. El mismo procedimiento se ejecutó para la tasa de BATEs con módulo de internación por mil y para la presencia de establecimientos de salud pública por mil afiliados.

Luego de este procedimiento, se asignó un peso relativo a cada dimensión, de acuerdo a los siguientes porcentajes: 20% a la tasa de MC por mil; 40% a la tasa de BATEs con módulo de internación por mil; 40% a la presencia de unidades públicas de salud. La sumatoria de estas ponderaciones dio lugar al subíndice de demanda prestacional.

iii. *Presencia de MC en zonas de interés crítico*

Finalmente, se establecieron radios ajustados a rangos departamentales, previamente identificados, según la densidad de población por unidad departamental. Según el tamaño del radio, se imputó un valor relativo, en función de la presencia/ausencia de otros prestadores al interior de ese mismo radio. Lo anterior, se estableció a los efectos de obtener información territorial pormenorizada que redunde en un incentivo hacia quienes deseen emplazarse a áreas que requieran mayor presencia de MC. Esta información fue derivada de registros propios del instituto, referida a la ubicación de las bocas de atención.

Este indicador representa una variable dicotómica, debido a que los resultados que adopta ser categorizados de acuerdo a si es o no una zona de interés crítico. En virtud de esto, se consideró a este indicador de forma individual y no como parte del subíndice de demanda prestacional, a pesar de que también da cuenta de características de este tipo.

Resultados

En relación al Subíndice de Vulnerabilidad Socioambiental, en el total del país se evidencia mayor vulnerabilidad en departamentos pertenecientes a las regiones del N.O.A y N.E.A, en parte de la Región Centro (sobre todo en departamentos de La Pampa) y en la región de la Patagonia (principalmente en la provincia de Chubut).

Figura 1. Resultados del subíndice de vulnerabilidad socioambiental, según departamento. Total país

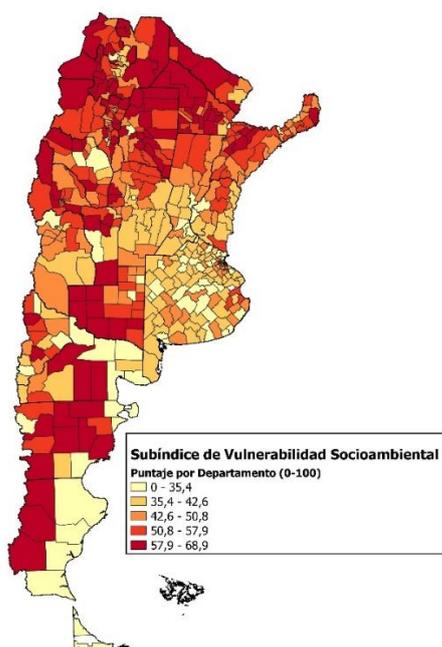


Figura 2. Resultados del subíndice de vulnerabilidad socioambiental según departamento. Región Patagonia y Región Centro

Región Patagonia

Región Centro

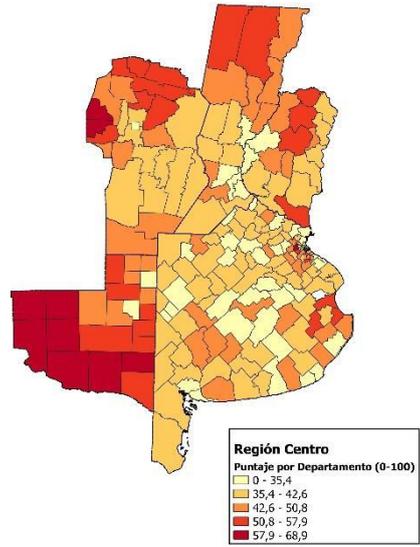
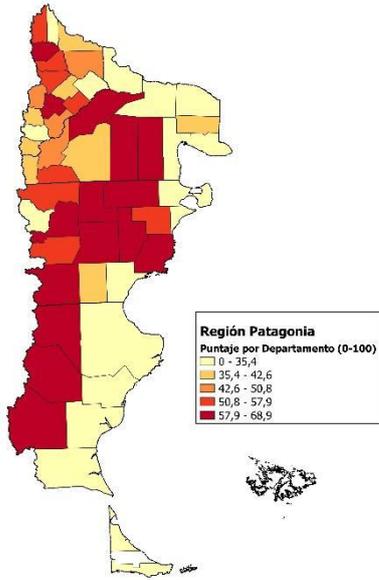
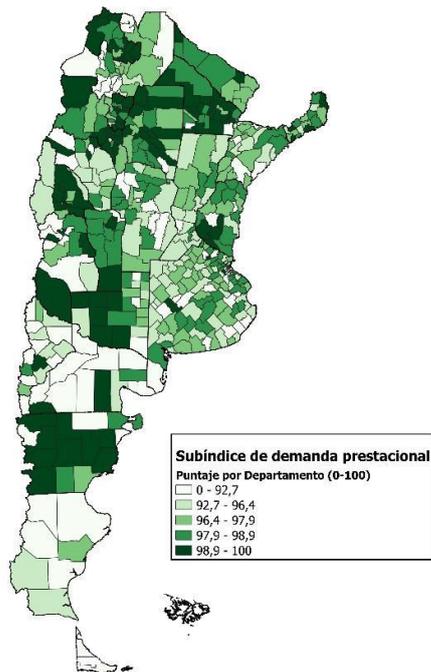


Figura 3. Resultados del subíndice de demanda prestacional, según departamento. Total país



Con respecto al subíndice de demanda prestacional, se visualizan mayor demanda de prestaciones sanitarias en departamentos pertenecientes a las regiones del N.O.A y N.E.A (sobre todo en la provincia de Chaco); en parte de la Región Centro (Entre Ríos y La Pampa) y en la región de la Patagonia (principalmente en la provincia de Chubut).

Figura 4. Resultados del subíndice de demanda prestacional según departamento. Región Patagonia y Región Centro

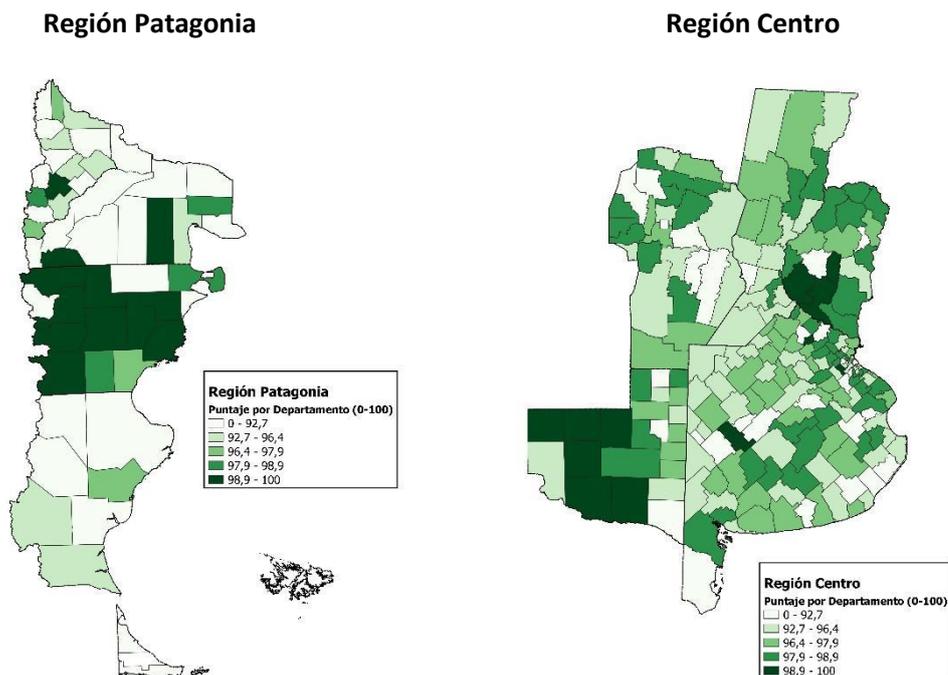
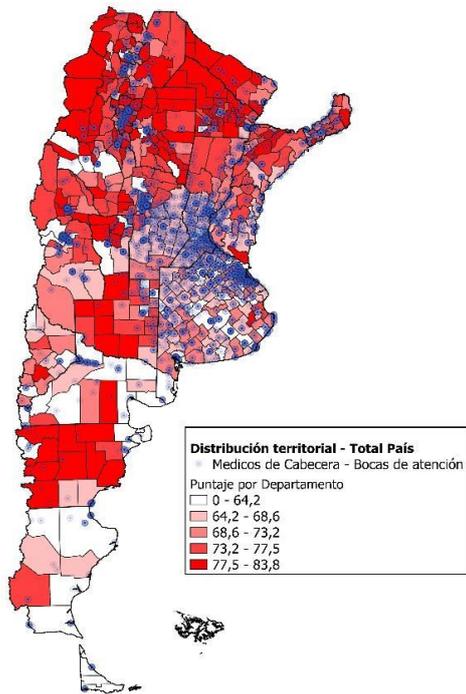


Figura 5. Resultados del Índice de Fortalecimiento de la Oferta Prestacional (IFOP) y distribución de las bocas de atención, según departamento. Total país



La distribución de las bocas de atención de los médicos de cabecera a lo largo y ancho del territorio muestran la concentración de las mismas en la Región Centro del país. Asimismo, la menor presencia de bocas de atención coincide con los departamentos que obtuvieron puntajes altos del Índice IFOP.

Figura 6. Resultados del Índice de Fortalecimiento de la Oferta Prestacional y distribución de las bocas de atención, según departamento. Región Patagonia y Región Centro

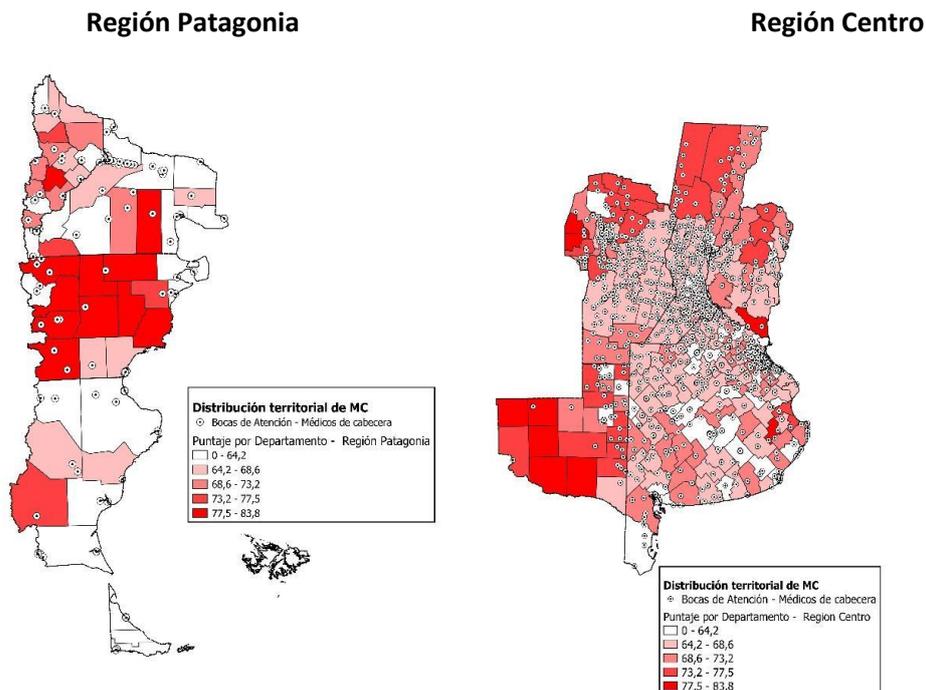
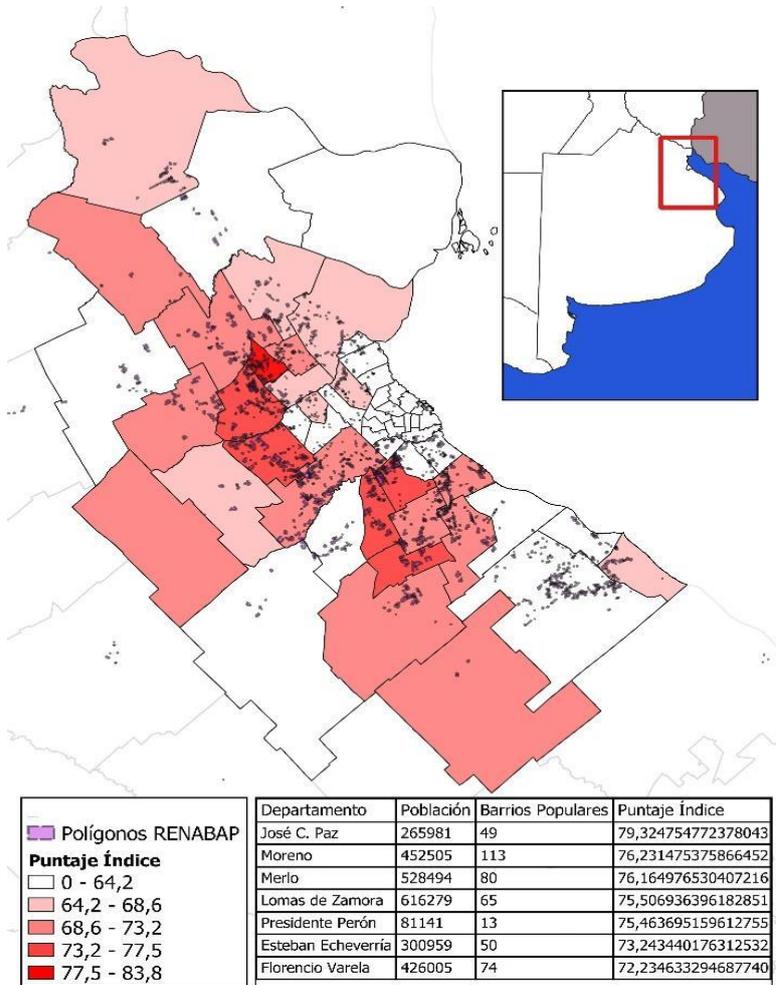


Figura 7. Resultados del Índice de Fortalecimiento de la Oferta Prestacional y distribución de barrios populares registrados por partido. Área Metropolitana de Buenos Aires



Polígonos RENABAP
Polígonos RENABAP
Puntaje Índice
0 - 64,2
64,2 - 68,6
68,6 - 73,2
73,2 - 77,5
77,5 - 83,8

Departamento	Población	Barrios Populares	Puntaje Índice
José C. Paz	265981	49	79,324754772378043
Moreno	452505	113	76,231475375866452
Merlo	528494	80	76,164976530407216
Lomas de Zamora	616279	65	75,506936396182851
Presidente Perón	81141	13	75,463695159612755
Esteban Echeverría	300959	50	73,243440176312532
Florencio Varela	426005	74	72,234633294687740



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: EX-2020-83887465- - INSSJP-SGTM#INSSJP - ANEXO IV- Índice de Fortalecimiento de la Oferta Prestacional (IFOP)

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 14 pagina/s.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2023.02.28 22:11:13 -03:00

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2023.02.28 22:11:14 -03:00