

VISTO: El Expediente N° 0088-140307/2026 de la Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS), y

CONSIDERANDO:

Que mediante el presente expediente la Dirección General de Prestaciones Asistenciales y Control de Gestión propicia la implementación del Sistema de Categorización Creciente y Ponderación Estratégica aplicable a prestadores institucionales de la APROSS.

Que ello tiene como finalidad crear y regular un “Sistema”, en base a perfiles estructurados, complementado por un esquema de ponderaciones estratégicas adicionales, aplicables sobre la valorización de la producción prestacional liquidada por acto médico conforme la categoría asignada de los prestadores institucionales que forman parte de la red de APROSS que diferencie el financiamiento de los mismos según su complejidad, calidad acreditada y función territorial.

Que a tales efectos el área técnica expone un modelo multicriterio en tres categorías de complejidad (I, II y III) basado en complejidad resolutive, riesgo clínico asumido, estructura de costos, capacidad tecnológica instalada, participación en medicamentos catástrofes y volumen de producción asistencial. Dichas categorías pueden, además, reevaluarse en virtud de la incorporación de ponderaciones estratégicas, tales como certificaciones de calidad que incentiven estándares acreditados apoyados en normativa nacional; o ser un prestador estratégico de esta Administración mediante la atención de nodos críticos del sistema y la prevención de fallas en la cobertura sanitaria y un coeficiente territorial a fin de brindar prestaciones de calidad también hacia el interior provincial para corregir asimetrías estructurales entre prestadores de capital e interior provincial, generando equidad prestacional.

Que el mismo será implementado de manera progresiva, con un monitoreo sobre el comportamiento de las instituciones, luego de lo cual se deberá generar una adecuación contractual de los prestadores alcanzados (instituciones polivalentes y monovalentes).

Que en ese marco se define y acompaña la fórmula integrada de cálculo para la valorización de prestaciones por acto médico, con una lógica progresiva y variable. Las categorías que se establecen son las siguientes:

a) Categoría I: Instituciones polivalentes con atención de primer nivel y que, a tenor del convenio vigente, evidencian en su producción un predominio de consultas y prácticas diagnósticas básicas, con escasos/nulos episodios de internación y baja/nula incidencia de medicamentos catástrofes en su requerimiento asistencial y Centros monovalentes con atención circunscripta a alguna especialidad médica o diagnóstica;

b) Categoría II: Clínicas polivalentes con internación y resolución quirúrgica de mediana complejidad, con guardia permanente (24/7), con incidencia media de medicamentos catástrofes en su producción y con participación moderada en prácticas de mayor complejidad y Centros de diagnóstico por imágenes hasta un nivel tecnológico medio en su aparatología, con nivel de atención ambulatorio y sanatorial. Ambos perfiles deberán satisfacer, a requerimiento de la Administración, uno o más de los siguientes compromisos operativos: 1. Integración del turnero propio con el Turnero Web APROSS, 2. Disposición de Mesa de atención personalizada APROSS en la propia sede institucional, 3. Comunicación de disponibilidad de camas a la Administración y 4. Transmisión de datos respecto internaciones activa o reciente.

c) Clínicas polivalentes con internación especializada, con guardia permanente (24/7), alta complejidad quirúrgica y elevada participación en medicamentos catástrofes y Centros de diagnóstico por imágenes con un nivel tecnológico alto en su aparatología, con nivel de atención ambulatorio, sanatorial y de alta complejidad y que registran redundancia tecnológica.

Que estos efectores además de cumplimentar con algunos de los compromisos operativos enunciados supra a requerimiento de APROSS deberán satisfacer el cumplimiento de las métricas cuantitativas (KPI) establecidas por la Administración.

Que sin perjuicio de la categoría asignada a cada prestador, aquellos cuya sede se encuentre en el interior provincial se les aplicará un coeficiente territorial, que se constituye como uno de los incentivos propuestos, atento al mayor costo operativo que tienen las prestaciones en esas locaciones, la menor escala de atención debido a la migración de afiliados a los grandes centros (urbanos) que resultan prestadores, lo que también genera dificultad de recursos humanos hacia el interior provincial.

Que, asimismo, a través de las ponderaciones estratégicas se incorporan al sistema incentivos que resultan claves dentro del servicio de salud a fin de fortalecer y desarrollar el mismo, esto es, acreditación de la calidad y mejora continua, profesionalizando los estándares de atención de los afiliados.

Que el sistema se traduce en la siguiente fórmula: $VALOR\ FINAL = [[NG \times (1 + \%Categoría + \%Territorio)] \times (1 + \%Certificación)] \times (1 + \%Prestador\ Estratégico)$.

Que se destaca, a su vez, la necesidad expresada por el área interviniente de monitorear la efectiva prestación de servicios del prestador y, en su caso, adoptar las medidas conducentes para garantizar la atención a la comunidad afiliada.

Que además la mencionada Dirección establece cuatro etapas diseñadas para garantizar una transición ordenada, juntamente con el área técnica que llevará adelante las mismas, en los términos de lo informado a orden 1 a saber: 1. Relevamiento, evaluación y categorización individual de prestadores 2. Recategorización individual de efector y testeo de liquidación de contraprestación 3. Readecuación de antecedentes/documentación contractual 4. Entrada en vigor y ciclo de monitoreo del esquema.

Que en virtud de lo expuesto la mencionada Dirección General propone la entrada en vigor del sistema de categorización estratégica retroactiva al 1 de marzo del año 2026, debiendo adecuarse a los sistemas y tecnologías de esta Administración.

Que en ese contexto la unidad de asesoramiento jurídico se expide indicando que respecto a la "Readecuación de antecedentes /documentación contractual" (punto 3), se deberá contar con un basamento contractual claro, desarrollado mediante contratos o adendas que contengan cláusulas específicas y claras en relación con los puntos nodales de la categorización y aplicación de la territorialidad y ponderadores mencionados.

Que agrega que las facultades propiciadas a orden N° 1 se encuentran comprendidas dentro de las funciones que la Dirección General de Prestaciones Asistenciales y Control de Gestión deberá implementar para el desarrollo del Sistema que se trata (esto es: categorización de los prestadores, creación de "Mesas de Atención Personalizada", suspensiones y/o rescisiones contractuales, elaboración y elevación de informes de gestión al Directorio).

Que finalmente dictamina considerando que el programa propuesto permitirá a esta Administración la previsibilidad en la asignación de recursos, además de desarrollar un control cuantitativo y cualitativo de los mismos mediante la implementación y requerimientos de cumplimiento de estándares nacionales e internacionales, incentivando la calidad prestacional de las Instituciones vinculadas con esta Administración.

Que consecuentemente considera a dicho "Sistema" jurídicamente válido a fin de configurar la oferta prestacional, orientar la calidad y garantizar equidad territorial, generando incentivos económicos alineados con calidad y eficiencia, promoviendo la sostenibilidad de prestadores críticos, en beneficio de los afiliados, principales beneficiarios del sistema de salud de esta Administración, todo en virtud de las facultades previstas en los arts. 1, 13, 19 y 26 de la Ley 9277.

Por ello, lo prescripto por los artículos 1, 13, 19 y 26 de la Ley N° 9277 y lo dictaminado con N° 2026/ALAPR-00000229 por la Subdirección Asuntos Legales;

EL DIRECTORIO DE LA ADMINISTRACIÓN PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD
R E S U E L V E:

Artículo 1º.- APRUÉBASE Sistema de Categorización Creciente y Ponderación Estratégica aplicable a los efectores polivalentes o monovalentes que brinden prestaciones médico-asistenciales y/o diagnósticas a la comunidad afiliada a la APROSS por acto médico, conforme los perfiles detallados en el Anexo I.-

Artículo 2º.- APRUÉBASE el esquema porcentual del sistema de categorización y ponderación estratégica y la fórmula a emplearse para el cálculo de las valorizaciones de preliquidaciones de aquellos prestadores cuya contraprestación es por acto médico, conforme Anexo II.-

Artículo 3º.- FACULTASE al Sr. Director General de Prestaciones Asistenciales y Control de Gestión para la implementación del esquema aprobado, debiendo categorizar individualmente a los prestadores, disponer las ponderaciones que correspondan, ordenar las adecuaciones contractuales para su efectiva ejecución y monitorear los efectos del sistema para la adecuación de valorizaciones de resultar menester.-

Artículo 4º.- ORDENASE la creación de “Mesas de Atención Personalizada”, cuyo proyecto deberá incorporarse al programa APROSS + Cerca.-

Artículo 5º.- FACULTASE al Sr. Director General de Prestaciones Asistenciales y Control de Gestión para la implementación de las mesas de atención personalizadas, previa reglamentación y diseño de procesos.-

Artículo 6º.- ORDENASE las suspensiones y/o rescisiones contractuales de aquellos efectores que no registren transacción de validaciones entre seis y doce meses, previa notificación que garantice el efectivo ejercicio de su derecho de defensa.-

Artículo 7º.- FACULTASE al Sr. Director General de Prestaciones Asistenciales y Control de Gestión para efectivizar las suspensiones y/o rescisiones contractuales, previa reglamentación y diseño de procesos.-

Artículo 8º.- INSTRÚYASE al Director General de Prestaciones Asistenciales y Control para la elaboración y elevación de informes de gestión al Directorio de esta Administración, con una periodicidad trimestral, a fin de garantizar el seguimiento de los efectos del presente.-

Artículo 9º.- DISPÓNESE se adopten las medidas conducentes para la realización de una evaluación de la calidad a los efectores de la APROSS a través de una entidad debidamente registrada en el Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud (Cfr. Art. 2, 7, 8, cc. de la Resolución 1738/2021 del Ministerio de Salud de la Nación).-

Artículo 10º.- DEJASE sin efecto lo normado mediante Resolución N° 0261/2024.-

Artículo 11º.- DISPÓNESE la entrada en vigor del sistema de categorización creciente y ponderación estratégica a partir del 1º de marzo de 2026.-

Artículo 12º.- COMUNICASE lo dispuesto en la presente a la Dirección General de Prestaciones Asistenciales y Control de Gestión, a la Dirección General de Coordinación Operativa, a la Dirección de Administración, a la Subdirección de Asuntos Legales, a la Subdirección de Tecnologías y al Área de Comunicaciones.-

Artículo 13º.- PROTOCOLICÉSE, comuníquese, notifíquese, y oportunamente ARCHÍVESE.-

SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN INSTITUCIONAL

Se aplica el siguiente esquema de categorización según agrupamiento por perfil del efector, con lógica acumulativa de atributos:

1. Categoría I

1.1. Perfil

Este agrupamiento nuclea a dos tipos de prestadores:

1. Instituciones polivalentes con atención de primer nivel y que, a tenor del convenio vigente, evidencian en su producción un predominio de consultas y prácticas diagnósticas básicas, con escasos/nulos episodios de internación y baja/nula incidencia de medicamentos catástrofes en su requerimiento asistencial y
2. Centros monovalentes con atención circunscripta a alguna especialidad médica o diagnóstica.

Al perfil de esta categoría se adiciona la variable de Diferenciación Territorial entre prestadores de capital y del interior, en virtud de las diferencias verificadas en los componentes de la estructura de costos según emplazamiento.

1.2. Fundamentación

Esta categoría nuclea a los prestadores que garantizan la accesibilidad primaria y la contención inicial de la demanda asistencial, con resolución quirúrgica predominantemente ambulatoria, así como a las instituciones especializadas en una disciplina médica o diagnóstica sin seguimiento longitudinal del paciente.

El diferencial territorial opera aquí como un coeficiente correctivo imprescindible para compensar las asimetrías estructurales del ejercicio de la medicina en zonas de menor densidad poblacional: costos fijos unitarios más elevados por menor volumen, dificultades de acceso a insumos, menor competencia en el mercado de recursos humanos especializados y, principalmente, la función de puerta de entrada al sistema que estos efectores cumplen en ausencia de alternativas asistenciales próximas. Su implementación promueve equidad territorial y sostiene la viabilidad de la red provincial en sus eslabones de atención primaria.

*Firmado Digitalmente por
Expediente Digital
Fecha: 27/03/2026 15:50:07 ART*

*Barrabino, Roberto Facundo
DIRECTOR GENERAL - ADMINISTRACION PROVINCIAL
DEL SEGURO DE SALUD
e-Expediente CBA*

2. Categoría II

2.1. Perfil

Este agrupamiento nuclea a dos tipos de prestadores:

1. Clínicas polivalentes con internación y resolución quirúrgica de mediana complejidad, con guardia permanente (24/7), con incidencia media de medicamentos catástrofes en su producción y con participación moderada en prácticas de mayor complejidad y
2. Centros de diagnóstico por imágenes hasta un nivel tecnológico medio en su aparatología, con nivel de atención ambulatorio y sanatorial.

Adicionalmente, los prestadores de esta categoría deben satisfacer, a requerimiento de la Administración, uno o más de los siguientes compromisos operativos:

- a. Integración del turnero propio con el Turnero Web APROSS para la gestión centralizada de turnos.
- b. Disposición de Mesa de atención personalizada APROSS en la propia sede institucional para brindar soluciones directas a fin de la mejora en la experiencia del afiliado mediante el asesoramiento en el momento, favoreciendo la respuesta inmediata.
- c. Comunicación de disponibilidad de camas a la Administración.
- d. Transmisión de datos clínicos de pacientes afiliados con internación activa o reciente, incluyendo evoluciones médicas, epicrisis y notas de ingreso, mediante los mecanismos de ingesta determinados por la Administración.

Al perfil de esta categoría se adiciona la variable de Diferenciación Territorial entre prestadores de capital e interior, por las razones ya expuestas.

2.2. Fundamentación

Esta categoría nuclea a las instituciones que operan en un segundo nivel resolutivo, actuando como nodo de descongestión del sistema de alta complejidad y asumiendo mayor riesgo asistencial que los efectores de Categoría I. Comprende asimismo a los centros de diagnóstico por imágenes de nivel tecnológico medio que, con sus resultados, habilitan al profesional tratante a confirmar o descartar diagnósticos,

estratificar el riesgo del paciente y realizar seguimiento evolutivo mediante la evaluación de respuesta terapéutica.

La diferenciación territorial se justifica por los mismos ejes que en Categoría I, con mayor énfasis en: (1) escala operativa que soporta guardia permanente (24/7) con menor densidad de pacientes; (2) costos logísticos de insumos quirúrgicos y de internación; (3) necesidad de sostener disponibilidad de camas en zonas de menor concentración poblacional.

Finalmente, es dable destacar que algunas de las instituciones comprendidas en esta categoría pueden revestir, por su capacidad resolutive y emplazamiento territorial, el carácter de prestadores estratégicos dentro del ecosistema de A.Pro.S.S., conforme la evaluación prevista en el Esquema de Ponderaciones.

3. Categoría III

3.1. Perfil

Este agrupamiento nuclea a dos tipos de prestadores:

1. Clínicas polivalentes con internación especializada, con guardia permanente (24/7), alta complejidad quirúrgica y elevada participación en medicamentos catástrofes y
2. Centros de diagnóstico por imágenes con un nivel tecnológico alto en su aparatología, con nivel de atención ambulatorio, sanatorial y de alta complejidad y que registran redundancia tecnológica.

Los prestadores de esta categoría deben satisfacer el cumplimiento de las métricas cuantitativas (KPI) establecidas por la A.Pro.S.S. para evaluar la distribución porcentual de su producción, el equilibrio y razonabilidad de la misma, el índice de internaciones, reingresos y mortalidad, y el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos.

Asimismo, es dable destacar que los atributos y requerimientos enunciados en la Categoría 2 son acumulativos con los propios de este agrupamiento.

Al perfil de esta categoría se adiciona la variable de Diferenciación Territorial entre prestadores de capital e interior, habida cuenta que su emplazamiento geográfico altera la valorización de los componentes de su estructura de costos.

3.2. Fundamentación

Esta categoría nuclea a las instituciones que concentran el mayor riesgo clínico, la mayor inversión tecnológica y la mayor responsabilidad sanitaria dentro de la red, constituyéndose en nodos de alta complejidad para el sistema de cobertura provincial. Su sustentabilidad financiera tiene implicancias directas sobre la capacidad resolutive del sistema en su conjunto.

El coeficiente territorial adquiere aquí especial relevancia: las instituciones del interior de alta complejidad operan con costos proporcionalmente mayores para sostener el mismo nivel de disponibilidad asistencial en un contexto de menor escala y mayor aislamiento logístico. Con mayor frecuencia que en otros niveles, estos efectores constituyen el único nodo resolutivo de alta complejidad en su zona de influencia, haciendo especialmente crítica su sustentabilidad financiera para la garantía de cobertura de la población afiliada.

Las instituciones de Categoría III son, por su propia naturaleza, candidatas prioritarias a ser reconocidas como prestadores estratégicos dentro del ecosistema de A.Pro.S.S., conforme la evaluación prevista en el Esquema de Ponderaciones.

DETALLE PORCENTUAL DEL SISTEMA — FÓRMULA INTEGRADA DE CÁLCULO

1. Esquema porcentual aplicado conforme perfil asignado

Categoría Ponderación	Perfil del Prestador	Arancel Categoría	Coficiente territorial	Adicional Ponderación
Categoría 1	<p>Nuclea los siguientes prestadores:</p> <p>1. Instituciones polivalentes de primer nivel con predominio de consultas y prácticas diagnósticas básicas, escasos/mulos episodios de internación y baja/nula incidencia de medicamentos catástrofes.</p> <p>2. Centros monovalentes circunscriptos a una especialidad médica o diagnóstica.</p>	<p>Capital: Aranceles Nomenclador General vigente (Agrupadores: PRM y PIN)</p> <p>Interior: Aranceles Nomenclador General vigente (Agrupadores: PRM y PIN)</p>	<p>Capital: 0%</p> <p>Interior: 10%</p>	
Categoría 2	<p>Nuclea los siguientes prestadores:</p> <p>1. Clínicas polivalentes con internación y resolución quirúrgica de mediana complejidad, guardia permanente (24/7), incidencia media de medicamentos catástrofes y participación moderada en prácticas de mayor complejidad.</p> <p>2. Centros de diagnóstico por imágenes hasta nivel tecnológico medio, con atención ambulatoria y sanatorial.</p> <p><i>Estos prestadores deberán también satisfacer, a solicitud de la Administración, con uno o más de los siguientes requerimientos: integración turno Web APROSS; Mesa de atención personal; cada APROSS; disponibilidad de camas; transmisión de datos clínicos de internaciones.</i></p>	<p>Capital: 20% + Aranceles Nomenclador General vigente (Agrupadores: PRM y PIN)</p> <p>Interior: 20% + Aranceles Nomenclador General vigente (Agrupadores: PRM y PIN)</p>	<p>Capital: 0%</p> <p>Interior: 10%</p>	
Categoría 3	<p>Nuclea los siguientes prestadores:</p> <p>1. Clínicas polivalentes con internación especializada, guardia permanente (24/7), alta complejidad quirúrgica y elevada participación en medicamentos catástrofes.</p> <p>2. Centros de diagnóstico por imágenes con nivel tecnológico alto, atención ambulatoria, sanatorial y de alta complejidad, con redundancia tecnológica.</p> <p><i>Estos prestadores deberán también satisfacer, a solicitud de la Administración, con uno o más de los siguientes requerimientos: cumplimiento de KPIs definidos por A.Pra.S.S. + requerimientos acumulativos de Categoría 2.</i></p>	<p>Capital: 30% + Aranceles Nomenclador General vigente (Agrupadores: PRM y PIN)</p> <p>Interior: 30% + Aranceles Nomenclador General vigente (Agrupadores: PRM y PIN)</p>	<p>Capital: 0%</p> <p>Interior: 10%</p>	
Ponderador 1 — Certificación Institucional de Calidad	Prestadores —capital e interior— con certificación de calidad vigente emitida por entidades de evaluación externa debidamente inscriptas en el Registro Nacional (Res. MS N° 1738/2021).			Un 5% adicional s/ contraprestación final según categoría.
Ponderador 2 — Prestador Estratégico	Prestadores —capital e interior— reconocidos como estratégicos por la Administración en función de su rol sanitario territorial o absorción de demanda crítica.			Entre 10% y hasta 50% adicional s/ contraprestación final según categoría, nivel de criticidad y certificación institucional de calidad.

2. Fórmula integrada de cálculo

A los efectos del cálculo en las valorizaciones de las preliquidaciones de aquellos prestadores cuya contraprestación convenida sea por acto médico y de conformidad con el sistema de categorización y de ponderación propuesto, la fórmula a emplearse y a configurarse es la siguiente:

Firmado Digitalmente por
Expediente Digital
Fecha: 27/03/2026 15:50:35 ART

Barrabino, Roberto Facundo
DIRECTOR GENERAL - ADMINISTRACION PROVINCIAL
DEL SEGURO DE SALUD
e-Expediente CBA



ANEXO II

$$\text{VALOR FINAL} = [[NG x (1 + \%Categoría + \%Territorio)] x (1 + \%Certificación)] x (1 + \%Prestador Estratégico)$$
