

# **ESTIMACIÓN DE OBRAS E INVERSIONES PARA EL SECTOR SALUD ARGENTINA**

Dr. Alejandro Costa

Dr. Martin Montalvo

Arq. Hernán Barbalace

**Área de Pensamiento Estratégico / Cámara  
Argentina de la Construcción**

Abril 2023

## Contenido

1. Análisis y comentarios de la situación demográfica, cobertura y estado de Salud de la Argentina 2023 .....	4
Demografía.....	4
Cobertura del Sistema de salud en Argentina.....	9
Pandemia COVID 19 en Argentina y su impacto sanitario .....	10
2. Diagnóstico de Recursos edilicios y camas en el país.....	13
Establecimientos con Internación por Tipología.....	16
Establecimientos con Internación por Categoría .....	17
Dotación de camas.....	17
Establecimientos sin Internación .....	19
3. Nuevos Modelos de Atención e Internación .....	23
Tercera edad, cuidados Intermedios Socio Sanitarios .....	23
Reformas Hospitalarias, Modelo de Internación por Cuidados Progresivos. ....	23
Modelos de Internación .....	24
Modelo de Internación por Cuidados Progresivos.....	25
Componentes .....	25
Casas de Medio Camino o Casas de Convivencia en Salud Mental .....	26
Nuevos modelos intermedios de establecimientos sanitarios en la Argentina.....	27
4. Necesidades de Obras Nuevas, Remodelación y Mantenimiento.....	28
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN .....	29
Establecimientos de salud sin internación.....	36
Establecimientos mixtos .....	42
Obra nueva.....	42
5. Cálculo de inversión próxima década (2024-2033) .....	44
Inversión en establecimientos con internación .....	44
Mantenimiento de obra existente .....	44
Remodelación/Re-funcionalización .....	45
Obra nueva.....	46
Mantenimiento de obra nueva .....	47
Inversión en establecimientos sin internación .....	47
Mantenimiento de obra existente .....	48

Remodelación / Re-funcionalización.....	48
Obra nueva.....	48
Mantenimiento de obra nueva.....	49
Establecimientos mixtos.....	49
Obra nueva.....	49
Mantenimiento de obra nueva.....	50
Resumen de inversiones.....	50
Resumen de inversiones.....	52
6. Conclusiones.....	56
7. Referencias Bibliográficas y Fuentes de Información.....	59

EN PROCESO DE EDICION

## 1. Análisis y comentarios de la situación demográfica, cobertura y estado de Salud de la Argentina 2023

### Demografía

En relación a la dinámica poblacional de acuerdo con la información analizada, puede observarse que el crecimiento cuantitativo ha sido sostenido en nuestro país.

Desde 1.830.214 habitantes en 1869 hasta los 46.044.703 registrados en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 (CENSO 2022) coordinado por el Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (Gráfico 1)

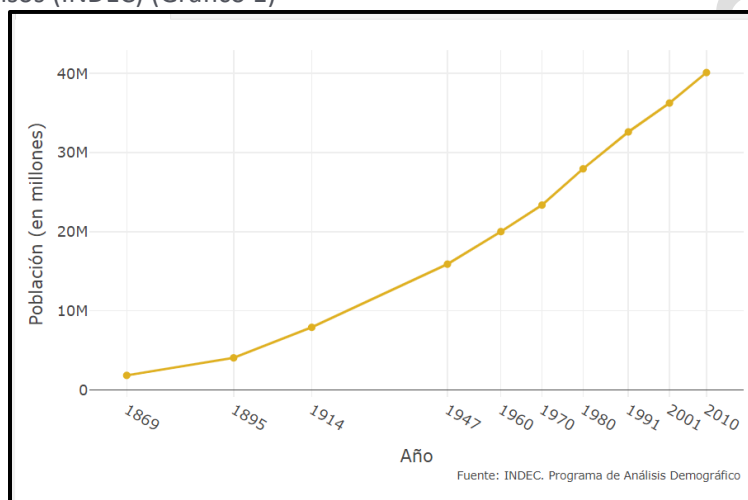


Gráfico1. Población Argentina de ambos sexos. Evolución 1869-2010

El crecimiento poblacional en nuestro país ha sido fuertemente generado por diversas oleadas migratorias desde Europa a principios del siglo XX y desde países latinoamericanos durante la segunda mitad de ese siglo. Estos impactos se observan al analizar la tasa de crecimiento anual media intercensal (Gráfico 2).

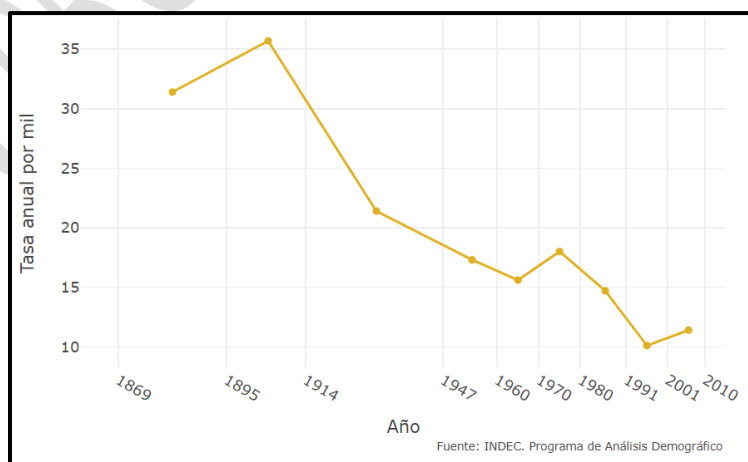


Gráfico 2. Tasa de Crecimiento Anual media intercensal

La estructura de la población argentina da cuenta de una sociedad que ha iniciado una transición demográfica, comenzando el proceso de envejecimiento poblacional pero aun conservando una dinámica progresiva, con un peso mayoritario de los grupos de menor edad sobre el total de la población. Asimismo las mujeres representan más de la mitad de la población, predominando de forma más acentuada entre los grupos de mayor edad. (Gráfico 3).

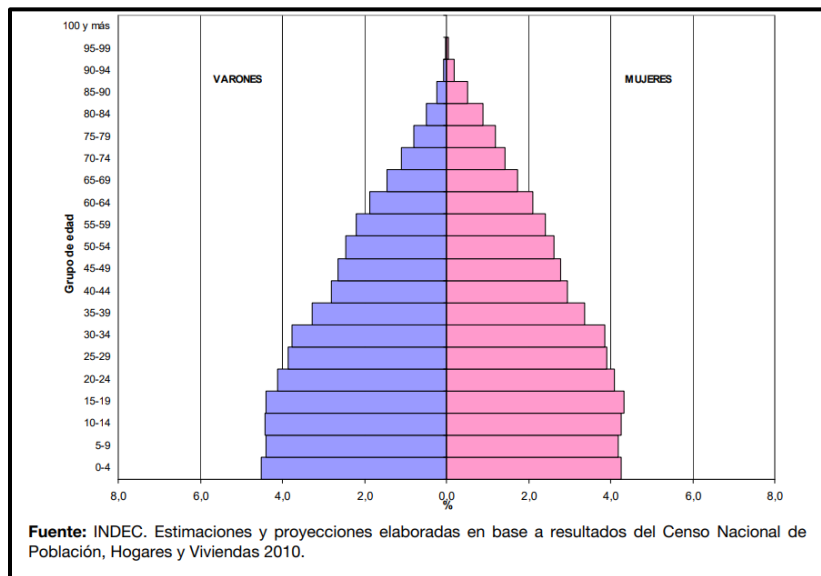


Gráfico 3. Estructura de la población por sexo y por grupo quinquenal de edad. Total País. Censo 2010

Las tasas de fecundidad y natalidad también muestran tendencias decrecientes en los últimos años en la Argentina.

La tasa global de fecundidad se ha reducido durante el siglo XX de 6,2 hijos por mujer fértil en 1895 a 2,4 hijos en el año 2010 y 1,8 hijos en el año 2019. (Gráfico 4).

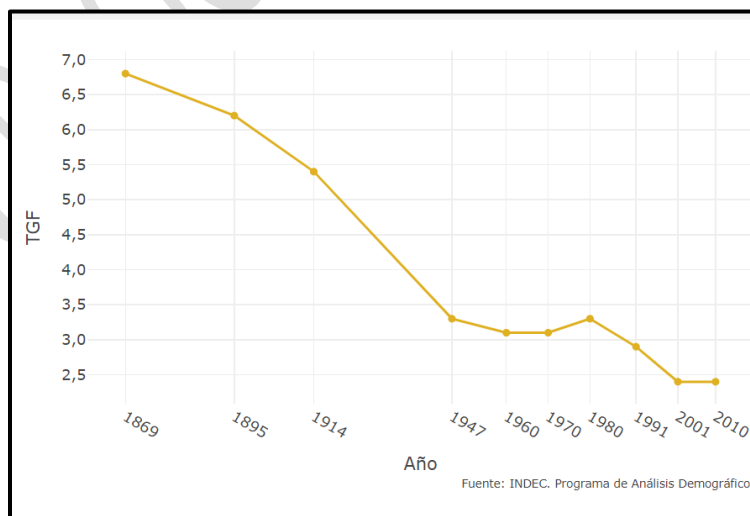


Gráfico 4. Tasa Global de Fecundidad en Argentina. Evolución 1869-2010

La cantidad de nacidos vivos se ha reducido de 756.176 en el año 2010 a 529.784 en el año 2021(Gráfico 5),

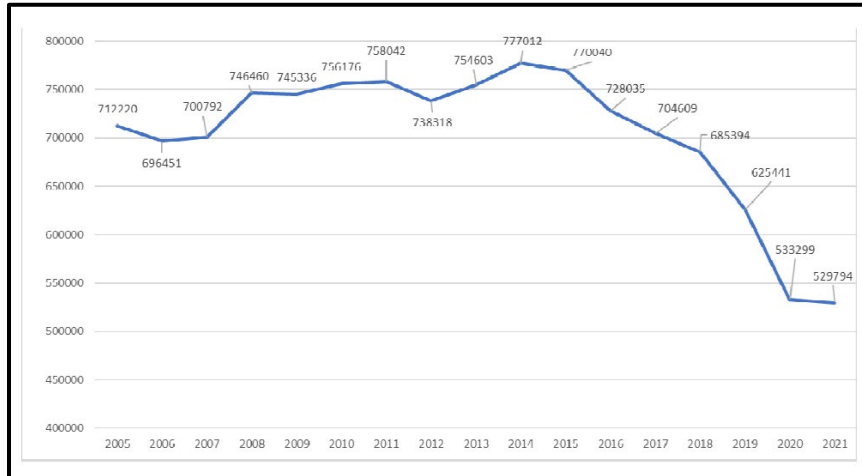


Gráfico 5. Nacidos vivos por años. Argentina. Años 2005 a 2021

La mortalidad infantil comprende las defunciones de menores de 1 año de vida y su tasa sobre nacidos vivos anuales desciende progresivamente en el país y en el año 2021 ha alcanzado su menor valor. Esta tasa posee 2 componentes, el neonatal hasta los 27 días de vida y el posneonatal de 28 días a 1 año. Ambos componentes se reducen progresivamente por mejoras en las condiciones sanitarias poblacionales y del sistema de salud. Esta tendencia se observa en el gráfico 6.

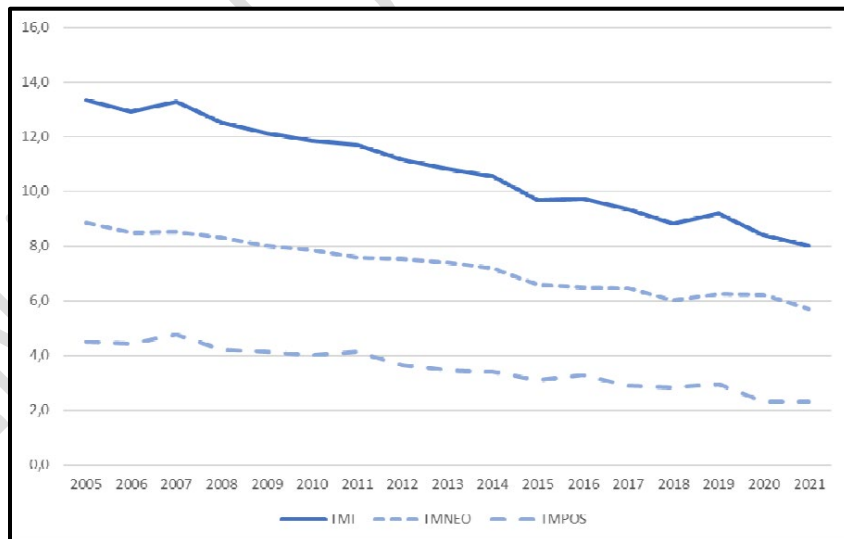


Gráfico 6. Tasa de mortalidad infantil. Neonatal y Posneonatal según año. Argentina. Año 2005 a 2021.

Asimismo la esperanza de vida continuará su camino ascendente. En los últimos 55 años este indicador se incrementó en 11 años, y de acuerdo a las proyecciones, se espera un incremento de 4 años en los próximos 25 años. (Gráfico 7)

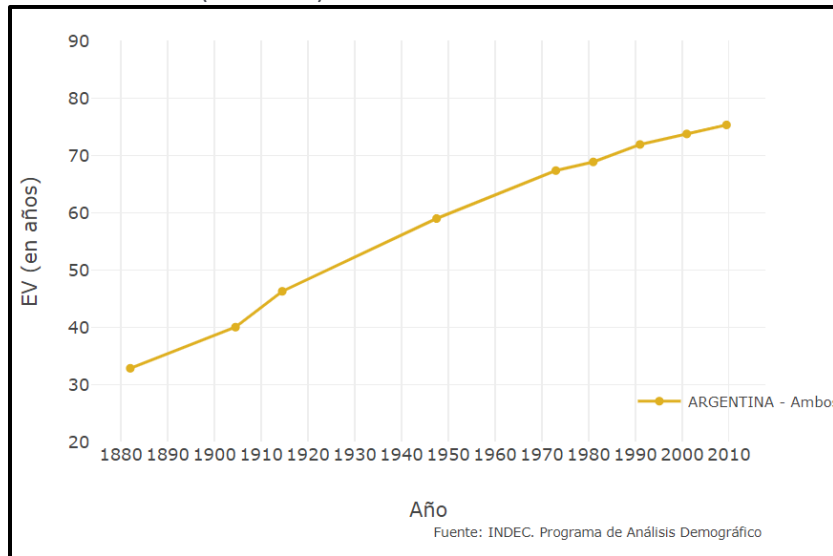


Gráfico 7. Expectativa de Vida en Argentina. Ambos sexos. Evolución 1869-2010

Estos fenómenos darán como resultado una estructura poblacional de tipo regresiva, que tenderá en principio a un maduramiento y luego a un envejecimiento. Esto se visualiza en la pirámide poblacional correspondiente al año 2040, construida a partir de proyecciones de datos censales, que presenta una base angosta por la baja proporción de niños, niñas y jóvenes, y una cúspide ancha por la alta proporción de adultos mayores, con mayor sobrevivencia entre las mujeres. (Gráfico 8)

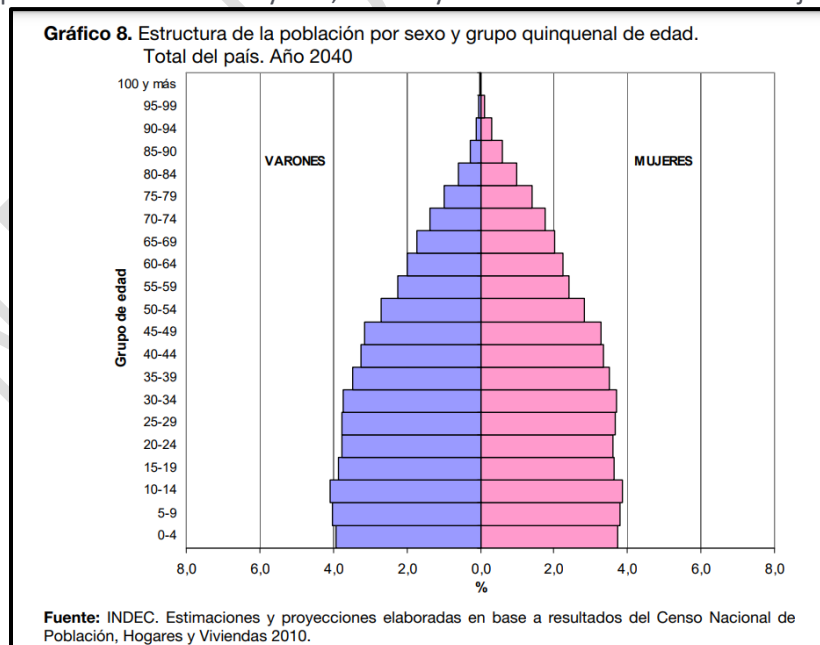


Gráfico 8. Estructura de la población por sexo y por grupo quinquenal de edad. Total País. Estimación 2040

Respecto a la distribución de la población en el territorio se observa que la mayor parte se concentra en la región centro (66%), donde se encuentran los mayores centros urbanos como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Área Metropolitana Bonaerense. Además en esta región se encuentran las provincias con ciudades densamente pobladas, como Córdoba y Santa Fe. Esta región a su vez es la que presenta mayor cantidad de habitantes por km<sup>2</sup>. El sur del país, en cambio, es la región que menor proporción de habitantes tiene y la que presenta la población más dispersa. (Gráficos 9 y 10)

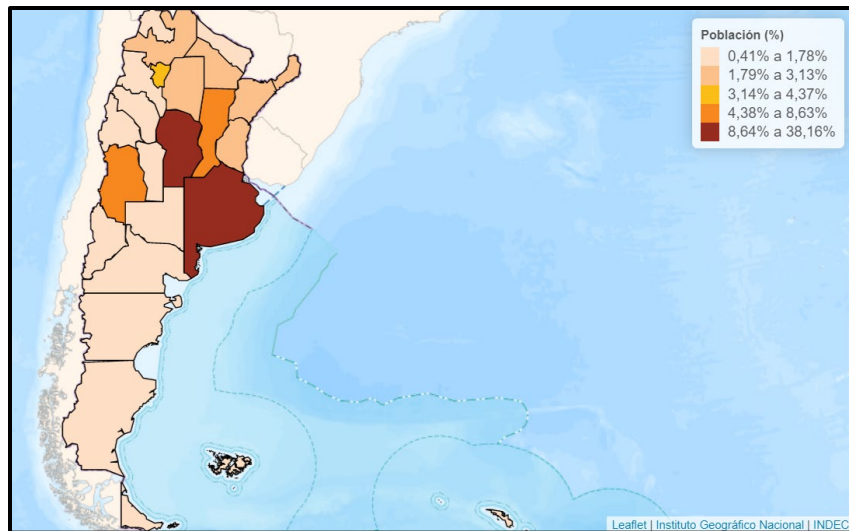


Gráfico 9. Distribución de la población por jurisdicción. Total del país. Año 2022

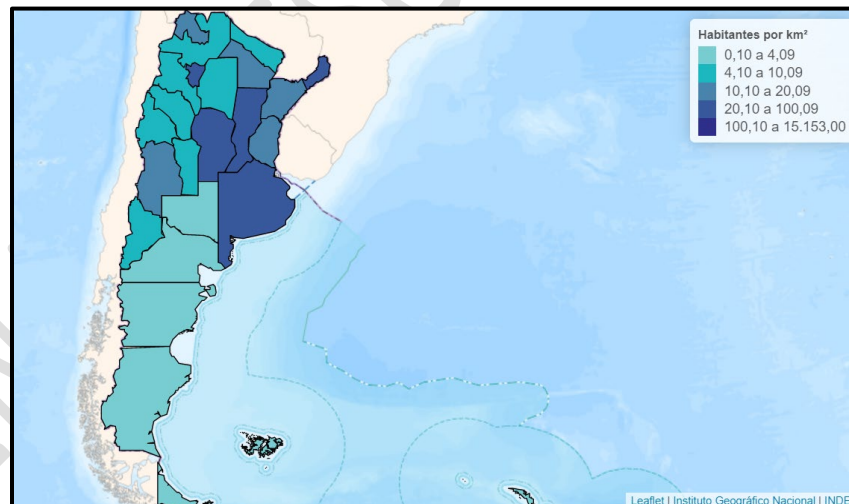


Gráfico 10. Densidad de población por jurisdicción. Total del país. Año 2022

En resumen, Argentina presenta actualmente una población que se encuentra en un período de transición demográfica que resultará en un envejecimiento significativo de la estructura poblacional en los próximos 25 años. Es un país con una transición demográfica similar a algunos países europeos, seguramente con menor velocidad pero manteniendo características de comportamiento



comparables. Si su tasa de envejecimiento aumenta y la sobre vida sigue en aumento también, esto querrá decir que habrá cada vez más pacientes más añosos, con mayores y complejas morbilidades que requieren de más y más complejas atenciones.

En este contexto poblacional, la oferta sanitaria tiende a complejizarse y a poner a disposición más y mejores tecnologías para el sostenimiento de la vida. Entre otras cosas la demanda solicita mejor calidad en la atención y modelos de atención diferentes y diferenciados.

### Cobertura del Sistema de salud en Argentina

En la Argentina existen múltiples coberturas de salud para los habitantes de su territorio, dependientes de una variada gama de determinantes, entre los que se encuentran su edad, el goce de empleo formal, el tipo de rama de actividad a la que pertenece, el tipo de empleador y su voluntad de pago de planes privados. Asimismo, estas coberturas pueden superponerse entre sí sin la posibilidad de opción de cambio en muchos de los regímenes existentes.

El sistema de salud de nuestro país tiene la particularidad de contar con tres subsistemas que coexisten simultáneamente: el sistema de salud público, de carácter universal, que garantiza el derecho al acceso a la salud para todas las personas habitantes del país; el sistema de seguro social, que brinda cobertura a aquellas personas que tienen un empleo registrado/formal; y el subsistema de salud privado, que ofrece cobertura voluntaria a aquellas personas que decidan pagarla, ya sea de manera directa o a través de derivación de aportes.

Argentina se estructura sobre un sistema político de carácter federal compuesto por 23 Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Existen instituciones de salud públicas que dependen de distintos niveles jurisdiccionales: Nación, Provincias y Municipios. Asimismo, dentro de la seguridad social conviven: 290 obras sociales nacionales, 24 obras sociales provinciales, el Programa de Atención Médica Integral (PAMI), otras obras sociales de regímenes especiales – Fuerzas Armadas (FFAA), universitarias, Fuerzas de Seguridad, del poder judicial y legislativo nacional. Dentro del subsistema privado encontramos empresas de medicina prepaga, cooperativas, mutuales y planes superadores (Garay, 2017).

La presencia de tres subsectores que dan cobertura o protección a sectores bien diferenciados de la población es indicativo de la presencia de inequidades. Esto se agrava ante la ausencia de un marco regulatorio común que defina el nivel de cobertura para todos los subsectores.

La crisis sanitaria producida por el COVID-19 manifestó la importancia de contar con un sólido sector público de salud. No obstante, también evidenció el valor de contar con un sistema integrado de salud, que cuente con la participación activa tanto de las obras sociales como de la medicina privada.

El gráfico 11 resume los diferentes regímenes considerando el total de coberturas. Los números totales pueden ser superiores al total de la población pues una persona puede ser beneficiaria de múltiples coberturas en simultáneo. (Gráfico 11)



\* Fuente Población estimada al 1 de julio 2021 INDEC

\*\* Programa SUMAR Diciembre 2021

\*\*\* Padrón Único Consolidado Operativo (PUCO) Diciembre 2021

\*\*\*\*SSS agosto 2021.

\*\*\*\*\* Incluye afiliados que derivan aportes.

Gráfico 11. Coberturas de salud y población. Argentina. Fuente Ministerio de Salud de la Nación

## Pandemia COVID 19 en Argentina y su impacto sanitario

### Impacto Epidemiológico

El primer caso confirmado de la pandemia de COVID-19 en Argentina se dio a conocer el 3 de marzo de 2020. LA cantidad total de casos confirmados hasta el 36 de febrero del año 2023 es de 10.044.125 y el total de fallecidos es de 130.463.

Nueve meses después del inicio de la pandemia, en Argentina, se comenzó la campaña de vacunación el 29 de diciembre de 2020. Actualmente la cantidad de dosis aplicadas de vacuna para SARS-CoV 2 asciende a 115.474.503.

Debido a que Argentina es un país federal, las decisiones para luchar contra la pandemia las toman cada una de las provincias y la Ciudad de Buenos Aires, sin perjuicio de las facultades propias y concurrentes del gobierno nacional.

Para enfrentar la pandemia, Argentina, como la mayoría de los países del mundo, adoptó una serie de medidas sanitarias, económicas y sociales, consensuadas entre el gobierno nacional y todas las provincias junto a la Ciudad de Buenos Aires.

Sanitariamente, el enfoque de Argentina para enfrentar la pandemia se caracterizó por un aislamiento preventivo obligatorio temprano que abarcó todo el país durante 37 días, seguido de

una flexibilización progresiva por regiones según la evolución de la incidencia de casos. Protocolos de distanciamiento fueron establecidos y la actividad productiva y económica se fue incrementando paulatinamente.

Debido a la preparación que se realizó para enfrentar a la pandemia el sistema de salud no se vio colapsado y la población recibió la atención sanitaria necesaria en oportunidad y calidad.

### Impacto Infraestructural

El Ministerio de Obras Públicas, en articulación con el Ministerio de Salud, generaron la Red Federal de Infraestructura sanitaria que puso en marcha 280 obras e intervenciones en hospitales, centros de salud, hospitales modulares y espacios de aislamiento en todo el país, a través de una inversión de \$54.233 millones para fortalecer la atención e incorporar 4.416 camas al sistema público de salud.

Las obras e intervenciones destacadas son:

- 12 Hospitales Modulares de Emergencia (HME) finalizados con una inversión de \$2.906 millones, ejecutados a través de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS), ubicados en Moreno, Quilmes, Florencio Varela, Hurlingham, Tres de Febrero, Almirante Brown, Mar del Plata, Lomas de Zamora y General Rodríguez en la provincia de Buenos Aires; en Granadero Baigorria, Santa Fe; en Córdoba Capital y en Resistencia, Chaco.
- 46 Centros Modulares Sanitarios (CMS) en 14 provincias por una inversión total de \$13.773 millones, ejecutados a través de la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) y UNOPS, Del total de Centros Modulares sanitarios, 23 CMS en una primera fase se ubicaron en Buenos Aires: Mar del Plata, Villa Gesell, San Bernardo del Tuyú, Necochea, Monte Hermoso; Córdoba: Mina Clavero, Santa Rosa de Calamuchita y Santa María de Valle de Punilla; Entre Ríos: Colón; Jujuy: Susques y Humahuaca; Salta: Cafayate; Mendoza: San Rafael y Tunuyán; Misiones: Puerto Iguazú; Neuquén: San Martín de los Andes; Chubut: Puerto Madryn; Río Negro: San Carlos de Bariloche y Las Grutas; Santa Cruz: Caleta Olivia, Pico Truncado y Río Gallegos (en proyecto); y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur: Ushuaia. En una segunda fase se ejecutaron 23 CMS con una inversión de \$9.079 millones en Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Misiones, Salta, Santa Cruz, Tierra del Fuego y Tucumán.
- 31 Centros de Aislamiento Sanitario (CAS) en Unidades Penitenciarias Provinciales y Federales en 11 provincias: Buenos Aires, Chaco, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Salta, Santa Fe, y Santiago del Estero por una inversión de \$3.957 millones. Las obras se ejecutaron a través de UNOPS.
- 15 Centros Modulares Sanitarios de Frontera en 9 provincias, por una inversión de \$983 millones para fortalecer la atención sanitaria en las zonas fronterizas. Se construyeron a través de UNOPS. Estos centros están ubicados en: Corrientes: Paso de los Libres y Santo Tomé; Entre Ríos: Concordia (Puente Internacional Salto Grande); Catamarca: Paso San

Francisco; Mendoza: Paso Cristo Redentor; Misiones: Bernardo de Irigoyen, Posadas y Puerto Iguazú; Neuquén: Puerto Cardenal Samoré y Paso Pino Hachado; Salta: Paso en Chalanas y Misión La Paz; Santa Cruz: Paso Integración Austral y Paso Dorotea; Santa Fe: Puerto San Martín.

- Construcción de hospitales, y ampliación y Re-funcionalización de edificios existentes, con una inversión de \$27.407 millones para 83 obras, de las cuales 29 están finalizadas, 22 en ejecución, 5 a iniciar y 27 en proyecto. Entre las finalizadas se destacan el nuevo Hospital Dr. Ramón Carrillo en Neuquén, la ampliación del Hospital Municipal de Derqui en Pilar, y la puesta en funcionamiento del Hospital General de Agudos Dr. René Favalaro de La Matanza. Asimismo, se destacan la obra en ejecución del Hospital Dr. Aldo Cantoni de Calingasta, San Juan, y el proyecto del nuevo Hospital Norpatagónico, en Neuquén.
- Construcción de centros de salud, y ampliación y Re-funcionalización de edificios existentes, con una inversión total de \$5.205 millones. De este conjunto, se destacan la finalización del Dispensario Municipal de Santa María, en la provincia de Córdoba, y las obras del nuevo Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles de la ciudad de La Rioja, la ampliación del Centro de Salud de Napenay, en la provincia de Chaco, que se encuentran en ejecución y la construcción del Nuevo Hospital de Diagnóstico inmediato en la localidad de Temperley, en el Municipio de Lomas de Zamora.

Además, con el objeto de optimizar la trazabilidad, control y almacenamiento de vacunas, se consolidó una **Red de Depósitos Provinciales de Vacunas**.

Este proyecto conformó la construcción y equipamiento de dispositivos en cada una de las 24 Jurisdicciones del país. Edificios con atención en cuestiones logísticas sanitarias, que cumplen **condiciones térmicas, ambientales y de procesos administrativos que aseguran el mantenimiento de la cadena de frío y la distribución dentro de las provincias**. Han sido proyectos financiados por el Estado Nacional, dimensionados conforme la población objetivo y necesidad de vacunas.

En 2022 se finalizó la construcción de 4 depósitos (Entre Ríos, Formosa, Santa Fe y Tucumán) con una inversión de \$ 300 millones (BCIE) que se sumaron a los 4 existentes (Chaco, Córdoba, Santiago del Estero y Mendoza). En 2023 se trabaja en la construcción de 9 depósitos más (Bs As, Catamarca, La Pampa, Misiones, Río Negro, Salta, San Luis, Santa Cruz y Tierra del Fuego) con una inversión prevista de \$ 1.200 millones (BID). Finalmente 8 depósitos se encuentran en etapa avanzada de licitación con una inversión estimada de \$ 950 millones (BCIE).

## 2. Diagnóstico de Recursos edilicios y camas en el país.

Fuente: Registro Federal de Salud República Argentina. Ministerio de salud de la nación 2023.

Con el objetivo de poder realizar un diagnóstico de situación actual cualitativo y cuantitativo de la infraestructura sanitaria argentina hemos utilizado información consolidada por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES). Este registro, aprobado por el Consejo Federal de salud (CoFeSa) incluye establecimientos sanitarios, del sector público y privado, con y sin internación, a nivel nacional; habilitados y registrados por las jurisdicciones provinciales.

Los establecimientos de salud son definidos, según resolución ministerial 900-E/20217 como cualquier ámbito físico destinado a la prestación de asistencia sanitaria en promoción, protección, recuperación y rehabilitación, en todos o alguna de estas modalidades, dirigida a la población, con régimen de internación o no cualquiera sea el nivel de categorización.

La tipología y la categoría de cada establecimiento de salud permiten identificar cualitativamente a los establecimientos.

Mediante la **tipología** se define a partir de las características básicas y las prestaciones de un establecimiento. El tipo de asistencia (con y sin internación) y su especialidad (general, tercera edad, salud mental, maternidad, pediatría, otras especialidades, diagnóstico, tratamiento) tipifican a los efectores

Las tipologías del REFES son:

- Con internación:
  - Establecimiento de salud con internación general (ESCIG)
  - Establecimiento de salud con internación especializada en pediatría (ESCIEP)
  - Establecimiento de salud con internación especializada en maternidad/materno infantil (ESCIEM)
  - Establecimiento de salud con internación especializada en salud mental (ESCIESM)
  - Establecimiento de salud con internación especializada en otras especialidades (ESCIE)
  - Establecimiento de salud con internación especializada en tercera edad (ESCIETE)
- Sin internación:
  - Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento (ESSIDT)
  - Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico (ESSID)
  - Establecimiento de salud sin internación de tratamiento (ESSIT)
  - Establecimiento de salud complementario (ESCL)

Como definición de cada tipología utilizaremos lo establecido por el Ministerio de salud de la Nación:

- Establecimiento de Salud Con Internación GENERAL (ESCIG)

Establecimiento de salud con internación general destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen de internación general con o sin presencia de atención ambulatoria de cualquier género y grupo etáreo.

- Establecimiento de Salud Con Internación ESPECIALIZADO EN PEDIATRIA (ESCIEP)

Establecimiento de salud con internación especializado en pediatría, destinado a prestar asistencia en régimen de internación a la demanda específicamente definida para Pediatría con o sin presencia de atención ambulatoria.

- Establecimiento de Salud Con Internación ESPECIALIZADA EN MATERNIDAD (ESCIEM)

Establecimiento de salud con internación especializada en Maternidad y Neonatología destinado a prestar asistencia sanitaria para resolver la demanda del embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido con o sin presencia de atención ambulatoria. Se incluye en esta tipología los denominados establecimientos materno-infantiles a los que se les agrega atención pediátrica.

- Establecimiento de Salud Con Internación ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL (ESCIESM)

Establecimiento de salud con internación especializada destinado a prestar asistencia en régimen de internación a la demanda específicamente definida para salud mental con o sin presencia de atención ambulatoria. Se incluyen dentro de esta tipología a las siguientes especializaciones: Neuropsiquiatría y Adicciones.

- Establecimiento de Salud Con Internación ESPECIALIZADO (ESCIE)

Establecimiento de Salud con internación especializado en determinadas especializadas destinado a prestar asistencia en régimen de internación específicamente para una especialidad con o sin presencia de atención ambulatoria. Dentro de esta tipología se incluyen, entre otras, las siguientes especialidades: Cardiovascular - Oncología - Cirugía Plástica y Reparadora - Enfermedades respiratorias - Enfermedades infecciosas – Rehabilitación - Discapacidad – Gastroenterología – Quemados - Oftalmología.

- Establecimiento de Salud Con Internación ESPECIALIZADA EN TERCERA EDAD (ESCIE TE)

Establecimiento de Salud con internación de la tercera edad para su asistencia asilar. Comprende los establecimientos geriátricos u hogares de ancianos habilitados por el Sector Salud.

- Establecimiento de Salud Sin Internación DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (ESSIDT)

Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento, destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen exclusivamente ambulatorio que realiza acciones de diagnóstico y tratamiento. Se incluyen dentro de esta tipología, entre otros, los siguientes establecimientos: Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Unidad de pronta Atención (UPA), Posta Sanitaria, Centros Médicos u Odontológicos, Centros de Cirugía Ambulatoria.

- Establecimiento de Salud Sin Internación DE DIAGNÓSTICO (ESSID)

Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen exclusivamente ambulatorio que realiza acciones de diagnóstico preponderantemente. Se incluyen, entre otros, dentro de esta tipología a los Laboratorios de Análisis Clínicos - Laboratorios

de Anatomía Patológica – Laboratorios de Genética e Histocompatibilidad - Diagnóstico por Imágenes - Medicina Laboral

- Establecimiento de Salud Sin Internación DE TRATAMIENTO (ESSIT)

Establecimiento de salud sin internación de tratamiento, destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen exclusivamente ambulatorio que realiza acciones de tratamiento preponderantemente. Se incluyen dentro de esta tipología los: Centro de día en discapacidad - Centro Educativo Terapéutico - Centro de Diálisis - Centro de Tratamientos Oncológicos.

- Establecimiento de Salud Sin Internación COMPLEMENTARIO (ESCL)

Establecimiento de salud complementario destinado a prestar asistencia a la población que coadyuva a las acciones realizadas por los otros tipos de establecimientos de salud. Se incluyen dentro de esta tipología, entre otros, a las Unidades de Atención móviles - Unidades de Atención extrahospitalaria (ambulancias) - Bancos de sangre (no incluidos en una unidad asistencial) – Vacunatorios - Gabinete de Podología- Gabinete de Enfermería- Internación Domiciliaria – Ópticas - Residuos Patológicos – Ortopedia - Laboratorio mecánico dental.

Las **categorías** de establecimiento se definen según el nivel de complejidad de los servicios brindados y la capacidad resolutoria del establecimiento.

Categorías en Establecimientos Con Internación

- Bajo Riesgo – Nivel I: Constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios o sistema en la mayor parte de los casos. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, así como el diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, búsqueda de demanda oculta, control de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo con mecanismos explicitados de referencia y contra referencia.
- Mediano Riesgo – Nivel II: Realiza las mismas acciones que en el bajo riesgo, a los que se agrega un mayor nivel de monitoreo y seguimiento para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo con mayor intensidad en el seguimiento de la evolución de los pacientes.
- Alto Riesgo con Terapia Intensiva – Nivel III A. Puede realizar acciones del bajo y mediano riesgo pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante. Deben tener capacidad de soporte actual o potencial inmediato de la función de un órgano vital y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de monitoreo continuo, diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida.
- Alto Riesgo con Terapia Intensiva Especializada - Nivel III B. Similar al nivel III A con la especificidad de tener capacidad de resolver ciertas patologías que requieran acciones

asistenciales complejas y específicas como por ejemplo cirugía cardiovascular, neuroquirúrgica, quemados, trasplantes entre otras.

#### Categorías en Establecimientos Sin Internación

- ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACION DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
  - a. Con atención médica diaria con o sin especialidades y/o otras profesiones y guardia permanente.
  - b. Con atención médica diaria con o sin especialidades y/o otras profesiones sin guardia permanente.
  - c. Con atención médica general y/o especializada por lo menos 3 veces por semana.
  - d. Con atención médica general u otras profesiones de la salud menor a tres veces por semana

#### Establecimientos con Internación por Tipología

En el Cuadro 1 se cuantifican los Establecimientos con Internación según la tipología, su fuente de financiamiento pública y privada, y la jurisdicción estatal a la que pertenecen

Tipología Establecimientos Con Internación	Nacional	Provincial	Municipal	Total Público	Total Privado	Total	Porcentaje Público (%)	Porcentaje Privado (%)
Establecimiento de Salud con Internación General	11	921	307	1239	1077	2316	53,5	46,5
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Tercera Edad	10	98	230	338	2894	3232	10,5	89,5
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Otras Especialidades	2	26	32	60	582	642	9,3	90,7
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Salud Mental	2	40	8	50	375	425	11,8	88,2
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Maternidad / Maternoinfantil	1	18	15	34	32	66	51,5	48,5
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Pediatría	1	15	6	22	26	48	45,8	54,2
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>1118</b>	<b>598</b>	<b>1743</b>	<b>4986</b>	<b>6729</b>	<b>25,9</b>	<b>74,1</b>

Cuadro 1. Establecimientos con Internación según tipología y dependencia administrativa. Fuente REFES. Elaboración Propia

El total de establecimientos con internación en Argentina son 6.729. De ellos 2.316 (34%) son generales, 3.232 (48%) especializados en tercera edad, 425 (6,3%) son destinados a la atención de la salud mental, 66 (1%) maternoinfantiles y 48 (0,7%) pediátricos.

En relación a la fuente de financiamiento, 4.986 (74,1%) son privados y predominan cuantitativamente respecto a los públicos que ascienden a 1.743 (25,9%). A nivel estatal, la dependencia jurisdiccional provincial es la mayor con 1.118 efectores. El predominio de efectores



estatales se observa en los establecimientos con internación general con 1.239 (53,5%) sobre los 1.077 privados (46,5%).

#### Establecimientos con Internación por Categoría

Establecimientos Con Internación					
Categorías	IIIb	IIIa	II	I	Total*
CANTIDAD	158	843	994	4793	6788

Cuadro2. Establecimientos con internación por Categoría. Fuente REFES. Elaboración Propia

En esta diferenciación cualitativa tabulada en el cuadro 2 se encuentran 6.788 establecimientos con internación. La diferencia observada de 59 efectores con los 6.729 establecimientos del cuadro 1 se genera pues en esta segunda clasificación se han incluido y categorizado prestadores pertenecientes a Fuerzas Armadas y de Seguridad (26), Universitario público (9), Universitario privado (1), Servicio Penitenciario (17) y Otros (6).

#### Dotación de camas

En relación a la cantidad de Camas en la Argentina, el cuadro 3 consolida la información obtenida del REFES registrándose un total de 236.183. Este total incluye 117.532 camas en establecimientos con internación general, 64.174 camas para la internación de personas adultas mayores, 17.951 camas para pacientes con necesidad de atención de salud mental, 5.648 en maternidades, 4785 en efectores pediátricos y 23.696 en establecimientos con otras especialidades. A estas cantidades de camas diferenciadas según tipología de establecimiento y duración promedio de la estadía de internación, hay que sumarle 1.857 camas no discriminadas.

CAMAS	Agudas	Hospital de día	Internación Prolongada	No Discriminadas	Total
Tipología Establecimientos Con Internación					
Establecimiento de Salud con Internación General	113.011	2.072	2.449		117.532
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Tercera Edad	3.338	15	61.361		64.714
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Otras Especialidades	5.669	176	17.851		23.696
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Salud Mental	7.206	365	10.380		17.951
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Maternidad / Maternoinfantil	5.428	200	20		5.648
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Pediatría	4.663	122	-		4.785
<b>TOTAL</b>	<b>139.315</b>	<b>2.950</b>	<b>92.061</b>	<b>1.857</b>	<b>236.183</b>

Cuadro 3. Camas Totales según tipología de establecimiento. Fuente REFES. Elaboración propia

De las 236.183 camas totales, 139.315 son camas agudas, 92.061 son de internación prolongada, 2.960 pertenecen a modalidad de hospital de día y 1.857 no se encuentran diferenciadas.

En el cuadro 3 el análisis diferenciado de las 139.315 camas agudas permite observar 113.011 (81%) se encuentran en establecimientos con internación general, La internación especializada en establecimientos de tercera edad posee 3.308 camas (2,4%) y en instituciones de Salud Mental alcanza la cifra de 7.206 camas (5,2%). El cuidado en efectores maternoinfantiles dispone de 5.428 camas agudas (3,9%), 4663 son camas agudas se encuentran en establecimientos pediátricos (3,3%) y 5.669 son camas para atención en instituciones con otras especialidades (4,1%). En relación a las camas de hospital de día con internación diurna, de observación o shock room se cuantifican 2.950 y predominan en establecimientos con internación general (70%) Las camas de internación prolongada ascienden a 92.061 y predominan en instituciones de tercera edad (66,6%). Establecimientos de salud mental poseen 10.380 camas correspondiente al 11,2% de los lechos con estadía prolongada y 17.851 (19,4%) se encuentran en establecimientos con otras especialidades que incluyen el cuidado de personas con discapacidad.

Por otro lado si la visión de análisis de las camas agudas la concentramos según el nivel de cuidados y el tipo de pacientes atendidos en los diferentes establecimientos, como se tabula en el cuadro 5, predominan las 95.187 camas generales (68,3%), seguidas por las 10.331 camas de terapia intensiva y 7.000 camas especiales intermedias de adultos. La internación pediátrica aguda posee 9.820 camas en el país, junto a 2.006 camas críticas y 6.892 neonatológicas están disponibles para el cuidado de los niños y niñas que requieren internación. Finalmente 8.079 camas de maternidades están registradas para la atención de personas gestantes y púerperas (Cuadro 4)

CAMAS	Agudas						
	Generales	Pediátricas	Maternidad	Especiales Intermedias	UTI Adultos	UTI Pediátricas	Neonatología
Establecimiento de Salud con Internación General	78.792	6.471	6.448	5.413	9.400	1.310	5.177
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Tercera Edad	3.199	-	-	64	75	-	-
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Otras Especialidades	5.348	58	16	180	61	-	6
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Salud Mental	5.861	89	14	510	544	55	133
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Maternidad / Maternoinfantil	1.454	758	1.583	230	212	129	1.062
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Pediatría	533	2.444	18	603	39	512	514
<b>TOTAL</b>	<b>95.187</b>	<b>9.820</b>	<b>8.079</b>	<b>7.000</b>	<b>10.331</b>	<b>2.006</b>	<b>6.892</b>
	139.315						

Cuadro 4. Camas Agudas según tipología de establecimiento, nivel de cuidados y grupo poblacional atendido Fuente REFES. Elaboración propia

## Establecimientos sin Internación

La categorización de los centros de atención sin internación se basa en el volumen de oferta de horas y médicos de especialidades básicas como de especialidades y número de consultorios.

La tecnología diagnóstica instalada también es considerada.

La demanda asistencial local, la distribución local de la población en zonas rurales y/o urbanas y sus necesidades básicas insatisfechas (N.B.I.) son variables importantes a la hora de incorporar un nuevo Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) a la red. Su categorización es de I a IV.

Según el sistema de registro nacional oficial disponemos la cantidad de 9.264 efectores sin internación en el sector público que se diferencian cuantitativamente según categoría en las tablas. Un 49,7% pertenece a la categoría B con atención médica diaria y presencia de especialistas y 25% corresponden a la categoría C con atención médica general y atención más de 3 días a la semana. Los centros de atención sin atención médica periódica alcanzan el 22,2% de los establecimientos sin internación con capacidades de diagnóstico y tratamiento (categoría D) y sólo un 3,4% posee atención con guardia permanente durante las 24 horas. (Categoría A).

Establecimientos Sin Internación de Diagnostico y Tratamiento					
Categorías (Públicos)	A	B	C	D	Total
	Con guardia permanente	Con atención médica diaria y con especialidades y/o otras profesiones	Con atención médica general por lo menos 3 días de la semana	Sin atención médica en forma periódica (menor a 3 veces por semana)	
Cantidad Total	317	4.603	2.290	2.054	9.264

Cuadro 5. Establecimientos de salud sin internación según categoría. Fuente REFES. Elaboración propia

**El análisis comparativo de oferta sanitaria de establecimientos y camas entre los años 2019 y 2023** demuestra un crecimiento en Argentina

Los establecimientos con internación pasaron de 5.313 a 6.729 con un aumento de 27%. Cuantitativamente se observa el mayor aumento en los ESCI con internación de Tercera Edad donde el aumento fue de 1.275 establecimientos que representa una variación positiva de 65% en el cuatrienio comparado.

Este aumento tiene un componente de obras nuevas y en el caso de los ESCI de tercera edad seguramente hay un componente de mayor habilitación y registración de instituciones geriátricas existentes, durante la pandemia COVID 19. (tabla 6)

Tipología Establecimientos Con Internación	Total 2023	Total 2019	Diferencia (2019-2023)	Porcentaje de Incremento (2019-2023)
Establecimiento de Salud con Internación General	2316	2242	74	3
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Tercera Edad	3232	1957	1275	65
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Otras Especialidades	642	587	55	9
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Salud Mental	425	411	14	3
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Maternidad / Maternoinfantil	66	70	-4	-6
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Pediatría	48	46	2	4
<b>TOTAL 2023</b>	<b>6729</b>	<b>5313</b>	<b>1416</b>	<b>27</b>

Tabla 6. Cantidad de ESCI según tipología. Años 2019 y 2023. Fuente REFES

Este aumento de oferta de ESCI se concentra en el sector privado y dentro del sector público el mayor porcentaje de aumento fue en la jurisdicción nacional por la inversión infraestructural en pandemia. (tabla 7)

Tipología Establecimientos Con Internación	Nacional	Provincial	Municipal	Total Publico	Total Privado	Total 2023
<b>TOTAL 2023</b>	<b>27</b>	<b>1118</b>	<b>598</b>	<b>1743</b>	<b>4986</b>	<b>6729</b>
<b>TOTAL 2019</b>	<b>12</b>	<b>968</b>	<b>536</b>	<b>1516</b>	<b>3721</b>	<b>5313</b>
<b>Diferencia (2019-2023)</b>	<b>15</b>	<b>150</b>	<b>62</b>	<b>227</b>	<b>1265</b>	<b>1416</b>
<b>Porcentaje de Incremento (2019-2023)</b>	<b>125</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>34</b>	<b>27</b>

Tabla 7. Cantidad de ESCI según fuente de financiamiento y dependencia administrativa estatal. Años 2019 y 2023. Fuente REFES

En la cantidad de camas también se ha observado un aumento entre el año 2019 y 2023. Este aumento es del 5% a nivel global con la incorporación de 10.476 camas. La vanguardia de aumento de dotación de camas se expresa en los ESCI de tercera edad con 6130 camas nuevas registradas y los ESCI con internación general con un aumento de 3.504 plazas. (Tabla 8)

Tipología Establecimientos Con Internación	Total 2023	Total 2019	Diferencia (2019-2023)	Porcentaje de Incremento (2019-2023)
Establecimiento de Salud con Internación General	117532	114028	3504	3
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Tercera Edad	64714	58584	6130	10
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Otras Especialidades	23696	23625	71	0
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Salud Mental	17951	17230	721	4
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Maternidad / Maternoinfantil	5648	5608	40	1
Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Pediatría	4785	4775	10	0
<b>TOTAL</b>	<b>234.326</b>	<b>223.850</b>	<b>10.476</b>	<b>5</b>

Tabla 8. Camas según Tipología de ESCI. Argentina. Años 2019 y 2023

Al evaluar las camas incorporadas entre el 2019 y el año 2023, según el grado de complejidad de cuidados y población objetivo (adulto o pediátrico) se puede destacar que el principal aumento se produjo en camas de internación prolongada de tercera edad y camas generales hospitalarias. El aumento fue de 5.223 y 3862 camas respectivamente. Las camas agudas de terapia intensiva sumaron 1.835 plazas y las especiales intermedias aumentaron 1.707 camas. (Tabla 9)

Tipología Establecimientos Con Internación	Agudas							Hospital de día	Internación Prolongada	TOTAL
	Generales	Pediátricas	Maternidad	Especiales Intermedias	UTI Adultos	UTI Pediátricas	Neonatología			
TOTAL 2023	95187	9820	8079	7000	10331	2006	6892	2950	92061	234.326
TOTAL 2019	91325	10281	8423	5293	8496	1882	6659	2590	86838	223850
Diferencia (2019-2023)	3862	-461	-344	1707	1835	124	233	360	5223	10.476
Porcentaje de Incremento (2019-2023)	4	-4	-4	32	22	7	3	14	6	5

Tabla 9. Camas según complejidad de cuidados y población objetivo (adulto/pediátrico) en ESCI. Argentina. Años 2019 y 2023

La evaluación de recursos físicos en el primer nivel de atención, analizando los ESSI de diagnóstico y tratamiento, expresa una suba global de 6% a través de la registración de 546 efectores. El mayor aumento entre el año 2019 y 2023 se produjo en los ESSIDT categoría III con 21% y un descenso de 13% se aprecia en los establecimientos de menor complejidad con atención periódica menor a 3 veces por semana. (tabla 10)

Establecimientos Sin Internación de Diagnostico y Tratamiento					
Categorías (Públicos)	I	II	III	IV	Total
	Sin atención médica en forma periódica (menor a 3 veces por semana)	Con atención médica general por lo menos 3 días de la semana	Con atención médica diaria y con especialidades y/o otras profesiones	Con guardia permanente	
Cantidad Total 2023	2054	2290	4603	317	9264
Cantidad Total 2019	2360	2255	3795	300	8718
Diferencia (2019-2023)	-306	35	808	17	546
Porcentaje de Incremento (2019-2023)	-13	2	21	6	6

Cuadro 10. Cantidad de ESSIDT según categoría, Argentina, Años 2019 y 2023

EN PROCESO DE EDICION

### **3. Nuevos Modelos de Atención e Internación**

Tercera edad, cuidados Intermedios Socio Sanitarios

La Argentina como el resto de los países desarrollados debe enfrentar los cuidados de sus mayores con la mayor responsabilidad y calidad posible.

Se enfrenta aquí un desafío mayor, ya que este grupo poblacional presenta mayores complejidades sociosanitarias en un número creciente de personas.

En la Argentina, según estimación del censo 2010, en este año 2023, las personas con una edad superior a 65 años son 5.608.402. Este grupo etáreo presenta predominantemente enfermedades no transmisibles cardio y cerebrovasculares, neoplásicas, respiratorias y de salud mental junto con distintos contextos sociales y familiares que en ocasiones requieren atención domiciliaria o internación.

Para lograr el bienestar de los adultos mayores, las familias, el estado y el sector privado de la salud deben pensar y/o repensar estrategias y o políticas que ayuden a satisfacer estas necesidades para lograr la dignificación y la felicidad de nuestros mayores en esta etapa de la vida.

Muchos ciudadanos mantienen su independencia y/o sostén familiar por largos periodos de tiempo pero algunos requieren de cuidados diferentes y especializados que solo pueden brindarse con calidad desde instituciones sociosanitarias construidas y organizadas para tal fin.

En algunos casos pacientes de edad y con morbilidades y/o discapacidades mayores permanecen internados en hospitales generales ocupando camas de una complejidad inadecuada para sus necesidades y provocan ineficiencias para las instituciones y la red asistencial.

Existen lugares especiales para internación de adultos mayores y debería ser una estrategia fundamental garantizar su cantidad y calidad en pos de dar respuesta a esta demanda creciente.

Los cuidados Intermedios socio sanitario son un derecho que debemos garantizar a nuestros mayores con financiamiento y obras para tal fin.

Aportaremos en los capítulos posteriores un diagnóstico de la situación Argentina y un cálculo de inversiones necesarias para la próxima década en el País.

Reformas Hospitalarias, Modelo de Internación por Cuidados Progresivos.

#### **La Red Interna Hospitalaria**

El hospital se representa por unidades o áreas con procesos que forman parte de una cadena de valor. El resultado final es la suma de los resultados individuales.

Reflexionar sobre el tema y trabajarlo internamente hace a la diferencia en la organización.

El hospital debe reconocer y analizar su modelo de trabajo, su historia y repensar la forma de ingreso, atención y uso de recursos en la organización. Especialmente sus camas.

La forma de organización clásica de internación de los hospitales se definía por Servicios según especialidad.

Esto implica o implicaba reconocer que el recurso “cama” y su disponibilidad en el hospital estaba administrada y gestionada por cada uno de los jefes de servicio. Esta situación de gestión instalada tenía como consecuencia muchas veces la poca eficiencia en el uso de las camas ya que algunos servicios se encontrarán con ocupaciones muy bajas y otros, muchas veces, sobre saturadas.

El advenimiento de la posibilidad de constituir salas de cuidados críticos (UTI, UCO, Neonatología, etc.), así como incorporar los Shock Room en las guardias y/o las camas de observación, permitieron hace algunas décadas dar mejor atención a los pacientes en situaciones de urgencia o emergencia.

Los cambios demográficos y de respuesta sanitaria en las últimas décadas han modificado el perfil de los pacientes, siendo cada vez más añosos, con mayores demandas y complejidades. Dicha situación satura las camas de las unidades críticas, que como sabemos son muy escasas en cualquier sistema sanitario.

Los hospitales deben organizarse y prepararse para tal demanda de complejidad. Repensar el hospital y afrontar nuevos desafíos y reformas organizacionales es una prioridad.

Por tal motivo, desde hace algunas décadas en los hospitales se fueron repensando e instalando, en forma generalizada, nuevos modelos de gestión y atención que mejoran las respuestas internas y se preparan para dar mejor respuesta a la red externa.

## Modelos de Internación

Estos cambios en la demanda obligan al sistema a desarrollar distintas formas de atención para dar una mayor y mejor respuesta. Aparecen aquí distintas modalidades de atención y/o internación que describiremos a continuación y que hacen al mejor uso del sistema sanitario, fundamentalmente en el recurso cama, y a la mejora de la atención:

- Hospitales de Día.
- Internación Domiciliaria
- Instituciones Geriátricas (Cuidados Intermedios Socio Sanitarios)
- Telemedicina (Consulta y Atención a distancia, ateneos a distancia)
- Internación por Modelo de Cuidados Progresivos



## Modelo de Internación por Cuidados Progresivos

Este modelo nace como respuesta a la situación recientemente planteada y se caracteriza por una reforma organizacional compleja que requiere de un amplio consenso, conseguido a través de liderazgos dispuestos a dialogar con sustento de información que permita visibilizar las mejoras potenciales en la gestión de recursos, procesos y resultados.

Este modelo de gestión de la Internación y atención se describe con cuatro componentes que pueden implementarse de manera completa por etapas y/o de manera individual y parcial.

### Componentes

- Gestión de Camas Centralizada
- Internación Indiferenciada
- Internación por Cuidados
- Atención Multidisciplinaria

La **gestión de cama centralizada** significa que el hospital delega en una Unidad Funcional de Admisión de Internación, la responsabilidad de administración de ingresos al mismo y la localización en sectores según tipo de cuidados. También el manejo de listas de espera y el uso y programación de quirófanos conforman este componente.

Dicha unidad es el centro de comunicación y flujo de información con la red externa e interna del hospital. Se encuentra conducida por un gestor acompañado por un Director Asociado trabajando junto a los distintos gestores de los servicios con internación del hospital, incluido el de enfermería. Esta Unidad también la constituyen un equipo administrativo y de especialistas participantes en la administración de camas, la gestión de la información, la normatización de los procesos, la protocolización y priorización de ingresos y egresos.

La **internación indiferenciada** significa que los sectores o salas pertenecen en su totalidad a la unidad de admisión de internación y no son exclusivas de cada especialidad. Solamente quedan como unidades cerradas la UTI y UCO. El área Obstétrica y pediátrica mantiene su sector.

La **internación por Cuidados** implica la necesidad de agrupar en sectores a paciente según nivel de complejidad. Es así como los distintos hospitales han graduado los niveles de cuidados como generales, moderados, intermedios y los críticos ya existentes. Estos niveles de cuidado se protocolizan fundamentalmente según la necesidad del cuidado de enfermería (cantidad, tipo y tiempo de dedicación), el tipo de controles y practicas a realizar, el grado de dependencia de los pacientes, el estado de conciencia de los mismos, los insumos específicos y/o especializados, el equipamiento técnico a utilizar (bombas de infusión, monitores, aspiración, oxigenoterapia) y el estado de la morbilidad que tiene cada paciente.

Las reformas o remodelaciones edilicias son fundamentales para la nueva dinámica de trabajo. Se requiere generar complejidad al área mediante instalación de oxígeno y aspiración centralizada, salas amplias, luminosas, de visualización adecuada para la enfermería, nuevas áreas u oficina de enfermería con mayor amplitud y adecuados sectores de depósitos de insumos materiales y equipamiento.

Cada hospital puede protocolizar el o los niveles que desee tener teniendo en cuenta las posibilidades o recursos disponibles y el tamaño de sus salas y número de las camas a asignar.

Se estima necesario contar con entre un 5% y 10 % de las camas totales de la organización adaptadas para dar respuesta a estas nuevas tendencias de gestión; especialmente en Hospitales categoría III o IV.

Finalmente, la atención multi e interdisciplinaria implica la necesidad de instrumentar un modelo de co-atención desde el ingreso hasta el egreso del paciente entre diversas disciplinas y especialidades. Aquí el especialista en Clínica Médica o Internista atiende a todos los pacientes del hospital junto a cada una de las especialidades médicas de cabecera de cada paciente. Esta mirada amplia e integradora del clínico aporta una posibilidad enorme a la calidad de atención.

#### Casas de Medio Camino o Casas de Convivencia en Salud Mental

Desde el punto de vista legal, la ley de salud mental (N°26.657), promulgada en 2010 otorga a las "Casas de medio camino" un lugar distinguido en el tratamiento de pacientes con padecimientos psíquicos, ya que las diferencia de otras instituciones psiquiátricas tradicionales, principalmente por brindar un servicio adecuado a las necesidades del paciente, con abordajes interdisciplinarios y personalizados, favoreciendo la reincorporación de la persona a su cotidianeidad y comunidad. La ley de salud mental determina que los tratamientos deben ser ambulatorios o con internaciones breves.

La mayor parte de las personas internadas continúan en los hospitales psiquiátricos una vez terminado el tratamiento, principalmente, por haber perdido sus lazos sociales, encontrarse en situación de pobreza, desamparo social, familiar o bien por la aún insuficiente existencia de dispositivos intermedios.

Este tipo de residencias favorecen el desarrollo de las potencialidades del paciente con problemas de salud mental en el marco de un entorno social supervisado y seguro; y a su vez, son de puertas abiertas y con el consentimiento de la persona. En general, este tipo de casas aloja a pacientes que estuvieron internados en algún centro de salud ya sea por un trastorno psiquiátrico agudo o bien por alguna razón psíquica por la cual no puede regresar a su hogar o retomar las relaciones familiares y/o sociales previas a esa internación

## Nuevos modelos intermedios de establecimientos sanitarios en la Argentina.

El advenimiento de nuevas modalidades de construcción, y la demanda sanitaria de establecimientos con capacidad resolutive asistencial para la demanda espontanea no programada, urgencias y emergencias ha generado el desarrollo de establecimientos como las Unidades de Pronta Atención (UPA 24 hs). Estos establecimientos tipificados sin internación poseen características mixtas ya que atienden personas de manera ambulatoria e internan pacientes que requieren observación diagnóstica y terapéutica de estabilización hasta que se pueda compensar al paciente y ser trasladado a un establecimiento con internación.

El impacto positivo observado en la accesibilidad y resolutive sanitaria junto a la reducción de la demanda en servicios de emergencias hospitalarias ha dado inicio un nuevo camino de reflexión y reformulación de estrategias de atención en la red sanitaria estatal.

Para la instalación de estos Establecimientos de Salud que en este trabajo denominaremos “Mixtos” (ESM) se propone priorizar zonas urbanas de alta densidad poblacional. Los principales conglomerados urbanos del país su población según datos recabados en el Censo 2.022 realizados por el INDEC se explicitan en el tabla 11.

Un estándar de planificación para la incorporación de estas estructuras podría ser de 250.000 habitantes como población objetivo. Se considerará población objetivo a aquella que posee cobertura de salud exclusiva por parte del Estado y un 15% de la población con cobertura de obras sociales y prepagas:

Los ESM se constituyen en un eslabón fundamental entre el primer y segundo nivel de atención y reducen la demanda en servicios hospitalarios de emergencia.

<b>Conglomerados Urbanos</b>	<b>Poblacion Total Censo 2022 INDEC</b>
<b>Gran Buenos Aires</b>	10.865.182
<b>Cordoba</b>	1.565.112
<b>Rosario</b>	1.342.619
<b>Mendoza</b>	122.840
<b>San Miguel de Tucuman</b>	584.798
<b>La Plata</b>	772.618
<b>Mar del Plata</b>	682.605
<b>Salta</b>	627.107
<b>Santa fe</b>	573.448
<b>Total</b>	17.136.329

Tabla 11. Población e conglomerados urbanos. Censo 2022. INDEC. Elaboración propia

## **4. Necesidades de Obras Nuevas, Remodelación y Mantenimiento.**

La planificación estratégica de infraestructura sanitaria así como la del equipamiento en salud a ser incorporado y utilizado con fines asistenciales para realizarse de manera racional requiere de un pensamiento y acuerdos basados en pilares que comprenden; bases poblacionales cuantitativas actuales y proyectadas considerando el crecimiento vegetativo y la distribución por grupos etarios; estadísticas vitales de natalidad, mortalidad general, mortalidad infantil y por causas específicas; producción asistencial actual y futura contemplando los egresos, estadías medias de internación de pacientes, giro cama y porcentaje ocupacional de las mismas, las consultas, las cirugías, partos, cesáreas; y el recurso humano disponible y estimado para años posteriores.

La descripción de la situación actual de la oferta sanitaria existente, accesible a través del REFES perteneciente al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA), nos brinda una magnitud de las capacidades que posee el sistema de salud nacional en el campo de la infraestructura para responder a las necesidades de salud de la población a través de los procesos de atención que brindan los trabajadores y las trabajadoras de la salud

La planificación de las inversiones de manera racional es clave para generar adecuada utilización de los recursos para lograr eficiencia en la acción política sociosanitaria nacional a nivel público y privado.

La estrategia que planteamos considera intervenciones de mantenimiento de la infraestructura existente durante 10 años (2024-2033); remodelación y Re-funcionalización de las construcciones actuales para brindar nuevas y/o mejores respuestas asistenciales ante las nuevas necesidades y demandas sociales y las posibilidades tecnológicas que se van incorporando; construcción de nuevos establecimientos de salud con vistas al año 2033 y mantenimientos de esa obra nueva por un lapso de 5 años en el período comprendido entre los años 2024 a 2033.

Estas intervenciones serán consideradas sobre los establecimientos de salud con internación (hospitales, clínicas, sanatorios, geriátricos, casas de medio camino); sobre los establecimientos de salud sin internación (centros de atención primaria de la salud, postas sanitarias, consultorios); en los establecimientos mixtos de diagnóstico y tratamiento inmediato (centros de complejidad creciente, centros de especialidades médicas ambulatorias y unidades de diagnóstico y tratamiento inmediato)

Hay datos que se disponen de manera claramente registrada pero hay otros datos que requerirían su futuro relevamiento, registro y análisis para guiar de manera certera la toma de decisión estratégica y operativa. Este último grupo de datos será estimado a los fines de este trabajo fundamentados en criterios sanitarios tomados de la lectura bibliográfica y de las experiencias existentes a nivel local y/o internacional.

## ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN

Para el **Mantenimiento de la Infraestructura Existente** durante los próximos 10 años en los Establecimientos de salud con Internación (ESCI) se ha estimado la superficie construida existente estableciendo un promedio de 80 metros cuadrados (m<sup>2</sup>) por cada cama aguda a nivel hospitalario. El concepto de camas agudas comprende a las camas generales, pediátricas, las especiales, las de maternidad, las de terapia intensiva de adultos y de niños y las de neonatología. Para las camas de internación prolongada, hospital de día y las no discriminadas se ha utilizado una superficie estándar de 50 m<sup>2</sup>.

El análisis de dotación de camas con diferenciación provincial permite afirmar que sumadas las 139.315 camas agudas y las 96.868 camas de hospital de día, internación prolongada y no discriminadas; la cantidad de camas totales, en el país, es de 236.183 y la superficie actualmente construida sería de aproximadamente 15.988.600 m<sup>2</sup>. Como extremos el rango de superficie construida a nivel provincial se extiende desde los 6.386.170 m<sup>2</sup> construidos en la provincia de Buenos Aires hasta los 36.690 m<sup>2</sup> en Tierra del Fuego (tabla 12).

Provincia	Total camas agudas	Total otras tipologías de camas	Total de camas	Superficie Total de Mantenimiento de camas Agudas (m <sup>2</sup> )	Superficie Total de Mantenimiento de Otras Camas (m <sup>2</sup> )	Superficie Total de Mantenimiento en ESCI (m <sup>2</sup> )
<b>Buenos Aires</b>	45.219	55.373	<b>100.592</b>	3.617.520	2.768.650	6.386.170
<b>CABA</b>	21.073	2.670	<b>23.743</b>	1.685.840	133.500	1.819.340
<b>Catamarca</b>	2.152	439	<b>2.591</b>	172.160	21.950	194.110
<b>Chaco</b>	3.396	1.006	<b>4.402</b>	271.680	50.300	321.980
<b>Chubut</b>	3.098	62	<b>3.160</b>	247.840	3.100	250.940
<b>Córdoba</b>	10.684	14.625	<b>25.309</b>	854.720	731.250	1.585.970
<b>Corrientes</b>	3.804	417	<b>4.221</b>	304.320	20.850	325.170
<b>Entre Ríos</b>	4.300	1.662	<b>5.962</b>	344.000	83.100	427.100
<b>Formosa</b>	2.105	53	<b>2.158</b>	168.400	2.650	171.050
<b>Jujuy</b>	2.815	471	<b>3.286</b>	225.200	23.550	248.750
<b>La Pampa</b>	1.030	193	<b>1.223</b>	82.400	9.650	92.050
<b>La Rioja</b>	1.403	255	<b>1.658</b>	112.240	12.750	124.990
<b>Mendoza</b>	4.273	3.765	<b>8.038</b>	341.840	188.250	530.090
<b>Misiones</b>	3.616	1.099	<b>4.715</b>	289.280	54.950	344.230
<b>Neuquén</b>	2.619	700	<b>3.319</b>	209.520	35.000	244.520
<b>Río Negro</b>	1.854	623	<b>2.477</b>	148.320	31.150	179.470
<b>Salta</b>	3.928	540	<b>4.468</b>	314.240	27.000	341.240
<b>San Juan</b>	1.702	1.489	<b>3.191</b>	136.160	74.450	210.610
<b>San Luis</b>	1.524	106	<b>1.630</b>	121.920	5.300	127.220
<b>Santa Cruz</b>	1.218	63	<b>1.281</b>	97.440	3.150	100.590
<b>Santa Fe</b>	9.339	9.489	<b>18.828</b>	747.120	474.450	1.221.570
<b>Santiago del Estero</b>	3.210	243	<b>3.453</b>	256.800	12.150	268.950
<b>Tierra del Fuego</b>	423	57	<b>480</b>	33.840	2.850	36.690
<b>Tucumán</b>	<b>4.530</b>	<b>1.468</b>	<b>5.998</b>	362.400	73.400	435.800
<b>TOTAL</b>	<b>139.315</b>	<b>96.868</b>	<b>236.183</b>	11.145.200	4.843.400	15.988.600

Tabla 12. Dotación de camas y superficie construida estimada según jurisdicción

La **remodelación** o **Re-funcionalización** de los ESCI fue calculada tomando un porcentaje de 10% de la superficie total construida actualmente. Este porcentaje contempla 2 componentes muy importantes. Uno de ellos es la **remodelación general** que las áreas clínicas, quirúrgicas, administrativas y de servicios del establecimiento y el otro aspecto es la **adecuación de la complejidad de las camas** para el total de camas de los establecimientos de internación aguda. La pandemia COVID 19 ha generado un incremento en la cantidad total de camas y un aumento de la

complejidad de las mismas. Actualmente de las 139.315 camas agudas del país, 7.000 son camas especiales. Dentro de estas camas especiales se incluyen las camas intermedias y con una existencia de 6.966 camas especiales, alcanzan el 5% del total global. Al realizar un análisis de este requerimiento en cada provincia se observa que es superado el porcentaje ideal en 8 jurisdicciones pero para alcanzar actualmente una dotación del 5% la cantidad de camas intermedias hay 16 provincias que no cumplen con dicho estándar y deberían refuncionalizar 1.520 (tabla 13).

Provincia	C.Especiales	Total camas agudas	C.Especiales necesarias (5%)	Diferencia entre camas Especiales Actuales y Necesarias	Cantidad de camas a refuncionalizar como Camas especiales
<b>Buenos Aires</b>	1.999	45.219	2261	262	262
<b>CABA</b>	1.972	21.073	1054	-918	
<b>Catamarca</b>	48	2.152	108	60	60
<b>Chaco</b>	84	3.396	170	86	86
<b>Chubut</b>	73	3.098	155	82	82
<b>Córdoba</b>	305	10.684	534	229	229
<b>Corrientes</b>	55	3.804	190	135	135
<b>Entre Ríos</b>	90	4.300	215	125	125
<b>Formosa</b>	167	2.105	105	-62	
<b>Jujuy</b>	285	2.815	141	-144	
<b>La Pampa</b>		1.030	52	52	52
<b>La Rioja</b>	141	1.403	70	-71	
<b>Mendoza</b>	257	4.273	214	-43	
<b>Misiones</b>	70	3.616	181	111	111
<b>Neuquén</b>	245	2.619	131	-114	
<b>Río Negro</b>	263	1.854	93	-170	
<b>Salta</b>	162	3.928	196	34	34
<b>San Juan</b>	51	1.702	85	34	34
<b>San Luis</b>	35	1.524	76	41	41
<b>Santa Cruz</b>	25	1.218	61	36	36
<b>Santa Fe</b>	262	9.339	467	205	205
<b>Santiago del Estero</b>	192	3.210	161	-32	
<b>Tierra del Fuego</b>	2	423	21	19	19
<b>Tucumán</b>	217	4.530	227	10	10
<b>TOTAL</b>	<b>7.000</b>	<b>139.315</b>	6966		1520

Tabla 13. Camas Especiales actuales y necesarias por jurisdicción.

La Re-funcionalización completa de los ESCI tomando el 10% de la superficie construida alcanza a 1.598.860 m<sup>2</sup> (tabla 14)

Provincia	Total camas agudas	Total otras tipologías de camas	Total de camas	Superficie Total en ESCI (m2)	Superficie Total a Refuncionalizar (10%) (m2)
<b>Buenos Aires</b>	45.219	55.373	<b>100.592</b>	6.386.170	638.617
<b>CABA</b>	21.073	2.670	<b>23.743</b>	1.819.340	181.934
<b>Catamarca</b>	2.152	439	<b>2.591</b>	194.110	19.411
<b>Chaco</b>	3.396	1.006	<b>4.402</b>	321.980	32.198
<b>Chubut</b>	3.098	62	<b>3.160</b>	250.940	25.094
<b>Córdoba</b>	10.684	14.625	<b>25.309</b>	1.585.970	158.597
<b>Corrientes</b>	3.804	417	<b>4.221</b>	325.170	32.517
<b>Entre Ríos</b>	4.300	1.662	<b>5.962</b>	427.100	42.710
<b>Formosa</b>	2.105	53	<b>2.158</b>	171.050	17.105
<b>Jujuy</b>	2.815	471	<b>3.286</b>	248.750	24.875
<b>La Pampa</b>	1.030	193	<b>1.223</b>	92.050	9.205
<b>La Rioja</b>	1.403	255	<b>1.658</b>	124.990	12.499
<b>Mendoza</b>	4.273	3.765	<b>8.038</b>	530.090	53.009
<b>Misiones</b>	3.616	1.099	<b>4.715</b>	344.230	34.423
<b>Neuquén</b>	2.619	700	<b>3.319</b>	244.520	24.452
<b>Río Negro</b>	1.854	623	<b>2.477</b>	179.470	17.947
<b>Salta</b>	3.928	540	<b>4.468</b>	341.240	34.124
<b>San Juan</b>	1.702	1.489	<b>3.191</b>	210.610	21.061
<b>San Luis</b>	1.524	106	<b>1.630</b>	127.220	12.722
<b>Santa Cruz</b>	1.218	63	<b>1.281</b>	100.590	10.059
<b>Santa Fe</b>	9.339	9.489	<b>18.828</b>	1.221.570	122.157
<b>Santiago del Estero</b>	3.210	243	<b>3.453</b>	268.950	26.895
<b>Tierra del Fuego</b>	423	57	<b>480</b>	36.690	3.669
<b>Tucumán</b>	<b>4.530</b>	<b>1.468</b>	<b>5.998</b>	435.800	43.580
<b>TOTAL</b>	<b>139.315</b>	<b>96.868</b>	<b>236.183</b>	15.988.600	1.598.860

Tabla 14. Superficie de ESCI a refuncionalizar por jurisdicción

La necesidad de construcción de **Obra Nueva en establecimientos de salud con internación (ESCI)** la hemos desarrollado mediante un cálculo de **camas agudas** necesarias para una población. Este número depende del proceso de atención de pacientes y del uso de las camas a través de la consideración de la cantidad de egresos que hay en esa población, la estancia media de permanencia y el porcentaje de camas de dotación que se hallan disponibles y ocupadas.

Para seguir avanzando en el sustento técnico de esta planificación es importante definir algunos conceptos como:

- Camas de dotación: es el número de camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, destinadas a la internación de pacientes, que funcionan regularmente en períodos de actividad normal.
- Camas disponibles: son aquéllas realmente instaladas en el establecimiento en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas.

- Egreso: es la salida del establecimiento de un paciente internado. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente u otro.
- Porcentaje o índice de Ocupación de Camas: Es el número promedio de camas que estuvieron ocupadas diariamente durante un período, expresado en porcentaje.
- Estancia media o Promedio de días de Estadía: Es el número promedio de días de atención prestada a cada paciente egresado durante el período. El promedio de días de estadía depende de diversos factores, como el tipo de pacientes admitidos y la eficiencia de las unidades de diagnóstico y tratamiento, la morbilidad atendida, la técnica médico-quirúrgica, hábitos administrativos, etc.

En este trabajo la cantidad de camas ideales las hemos calculado utilizando la fórmula de Brigdman:

$$\text{Camas necesarias} = \frac{\text{Egresos} \times \text{Estancia media}}{365 \times \text{Índice de Ocupación óptimo}}$$

Se acepta como esperable que un 10% de la población requiera anualmente una internación y genere un egreso.

La estancia media utilizada para las camas agudas ha sido de 7 días y el Índice Óptimo de Ocupación de las camas de dotación ha sido utilizado un 85% (0,85). Es importante aclarar que el uso de estos valores conlleva un ideal de eficiencia en la gestión clínica y de pacientes internados. Diferencias actuales o futuras con estos valores deberían ser tomados en cuenta para adecuar la eficiencia de los procesos y resultados de la gestión o la necesidad de recursos.

El uso de esta fórmula en nuestro país para la población estimada del año 2023, según proyecciones de los datos del Censo realizado en el año 2010, establece una cantidad ideal de 105.264 camas agudas y una razón de 2,26 camas cada 1.000 habitantes.

Los datos ideales han sido comparados a nivel nacional y provincial con la información oficial obtenida del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) y se han calculado las brechas superavitarias (positivas) y deficitarias (negativas) de camas. Los resultados permiten observar que la disponibilidad superavitaria existe a nivel nacional y en la mayoría de las provincias y la situación deficitaria actualmente se concentra en las provincias de Mendoza y San Juan con una necesidad de incorporación de 467 camas (351 en Mendoza y 116 en San Juan). Hemos utilizado la cantidad de 110 m<sup>2</sup> a construir por cada cama en los ESCI y eso genera unos 51.384 m<sup>2</sup> necesarios actualmente (tabla 15).



Jurisdicción	Año 2023					
	Habitantes Año 2023	Situación Ideal		Situación Real Actual	Brechas	
		Egresos Anuales Ideales (10%)	Camas Agudas Ideales Necesarias (Fórmula de Brigdman)	Camas Agudas Actuales REFES 2023(1)	Diferencia de Camas en 2023	Superficie a construir (m2) (110m2/cama)
<b>CABA</b>	3.083.770	308.377	6.958	21.073	14.115	
<b>Buenos Aires</b>	18.039.509	1.803.951	40.702	45.219	4.517	
<b>Catamarca</b>	425.885	42.589	961	2.152	1.191	
<b>Chaco</b>	1.238.989	123.899	2.795	3.396	601	
<b>Chubut</b>	649.330	64.933	1.465	3.098	1.633	
<b>Córdoba</b>	3.872.830	387.283	8.738	10.684	1.946	
<b>Corrientes</b>	1.148.631	114.863	2.592	3.804	1.212	
<b>Entre Ríos</b>	1.423.136	142.314	3.211	4.300	1.089	
<b>Formosa</b>	619.240	61.924	1.397	2.105	708	
<b>Jujuy</b>	795.539	79.554	1.795	2.815	1.020	
<b>La Pampa</b>	367.207	36.721	829	1.030	201	
<b>La Rioja</b>	408.760	40.876	922	1.403	481	
<b>Mendoza</b>	2.049.411	204.941	4.624	4.273	-351	38.607
<b>Misiones</b>	1.301.723	130.172	2.937	3.616	679	
<b>Neuquén</b>	688.850	68.885	1.554	2.619	1.065	
<b>Río Negro</b>	775.610	77.561	1.750	1.854	104	
<b>Salta</b>	1.476.539	147.654	3.331	3.928	597	
<b>San Juan</b>	805.830	80.583	1.818	1.702	-116	12.776
<b>San Luis</b>	527.023	52.702	1.189	1.524	335	
<b>Santa Cruz</b>	392.904	39.290	886	1.218	332	
<b>Santa Fe</b>	3.616.227	361.623	8.159	9.339	1.180	
<b>Santiago del Estero</b>	1.007.830	100.783	2.274	3.210	936	
<b>Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur</b>	186.285	18.629	420	423	3	
<b>Tucumán</b>	1.753.523	175.352	3.956	4.530	574	
<b>Argentina</b>	46.654.581	4.665.458	105.264	139.315	34.051	51.384

Tabla 15: Camas actuales, ideales y brechas por jurisdicción. Año 2023

Con vistas a cumplir con el objetivo del plan, hemos considerado las proyecciones poblacionales argentinas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) para el año 2023 en el país y en las provincias y sometimos los datos a la misma fórmula y comparaciones con las camas existentes en la actualidad.

Este cotejo demostró que a las 2 provincias anteriores, se sumarían la provincia de Río Negro y Tierra del Fuego. Para el año 2023 se requerirían 1.215 camas (745 en Mendoza, 89 en Río Negro, 287 en San Juan y 94 en Tierra del Fuego) y una superficie de obra nueva de 133.668 m<sup>2</sup> (tabla 16).

Considerando la construcción de hospitales con capacidad para 200 camas; 5 hospitales serían construibles. 4 en la provincia de Mendoza y 1 en la Provincia de San Juan. En Río Negro y Tierra del fuego, la ampliación de hospitales existentes o la construcción de 1 hospital de 100 camas en cada jurisdicción permitirían cubrir la brecha calculada para el año 2023.

Jurisdicción	Año 2033						
	Habitantes Año 2033	Situación Ideal		Situación Real Actual	Brechas		
		Egresos Anuales Ideales (10%)	Camas Agudas Ideales Necesarias 2030 (Fórmula de Brigdman)	Camas Agudas Actuales REFES 2022	Diferencia de Camas en 2033	Superficie a construir (m2) (110m2/cama)	Hospitales necesarios (de 200 camas)
CABA	3.076.845	307.685	6.942	21.073	14.131		
Buenos Aires	19.558.673	1.955.867	44.129	45.219	1.090		
Catamarca	454.596	45.460	1.026	2.152	1.126		
Chaco	1.338.130	133.813	3.019	3.396	377		
Chubut	745.737	74.574	1.683	3.098	1.415		
Córdoba	4.218.137	421.814	9.517	10.684	1.167		
Corrientes	1.223.885	122.389	2.761	3.804	1.043		
Entre Ríos	1.534.359	153.436	3.462	4.300	838		
Formosa	654.940	65.494	1.478	2.105	627		
Jujuy	868.393	86.839	1.959	2.815	856		
La Pampa	393.265	39.327	887	1.030	143		
La Rioja	455.091	45.509	1.027	1.403	376		
Mendoza	2.223.969	222.397	5.018	4.273	-745	81.930	4
Misiones	1.419.725	141.973	3.203	3.616	413		
Neuquén	762.975	76.298	1.721	2.619	898		
Río Negro	861.296	86.130	1.943	1.854	-89	9.822	0
Salta	1.634.300	163.430	3.687	3.928	241		
San Juan	881.664	88.166	1.989	1.702	-287	31.597	1
San Luis	584.488	58.449	1.319	1.524	205		
Santa Cruz	484.064	48.406	1.092	1.218	126		
Santa Fe	3.855.933	385.593	8.700	9.339	639		
Santiago del Estero	1.095.850	109.585	2.473	3.210	737		
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	229.055	22.906	517	423	-94	10.318	0
Tucumán	1.933.560	193.356	4.363	4.530	167		
Argentina	50.488.930	5.048.893	113.915	139.315	25.400	133.668	5

Tabla 16. Camas actuales, ideales y brechas por jurisdicción. Año 2033

La construcción de nuevas estructuras sanitarias se ve influenciada por un aspecto demográfico como es el envejecimiento poblacional. El aumento de la expectativa de vida genera que progresivamente la cantidad de adultos mayores se incremente y algunos de ellos, dependiendo de su grado de dependencia/independencia física, psicológica y social puedan requerir de cuidados especializados en **Establecimientos de Salud Con Internación Especializada en Tercera Edad (ESCIETE)**.

Según el REFES los ESCIETE poseen actualmente un total de 61.361 camas de internación prolongada dedicadas al cuidado de la población adulta mayor. Este grupo etario representa según las proyecciones poblacionales del INDEC unos 5.608.402 habitantes de ambos sexos con más de 65 años de edad. La relación actual de camas cada 1.000 habitantes mayores de 65 años con potencial dependencia es de 10,94 camas /1.000 habitantes mayores de 65 años. (tabla 17)

Año 2023		
Población mayor de 65 años. Año 2023	Cantidad de Camas en Establecimientos de Salud con Internación especializada en Tercera Edad. Actual	Relación Actual. Camas para tercera edad/ 1000 habitantes mayores de 65 años
5.608.402	61.361	10,94

Tabla 17 . Población mayor 65 años, Camas en ESCIETE 2023 y relación camas ESCIETE/población mayor 65 años

Por medio de búsquedas bibliográficas hemos evaluado la razón de camas geriátricas/1000 habitantes en varios países de Europa y tomamos como referencia el valor promedio nacional

hallado, en el año 2020, en los registros estadísticos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Este valor asciende a 42,4 camas/1.000 habitantes mayores de 65 años. España posee 43,1 camas cada 1.000 habitantes mayores de 65 años, como referencia nacional

Hemos calculado la necesidad total de camas para nuestro país para el año 2023 y la cantidad de camas necesarias asciende a 237.796. Ante este valor, la diferencia de camas resultante a incorporar es de 176.435. Tomando una superficie por cama de 50 m<sup>2</sup>, debido a la baja complejidad de los cuidados, la superficie total a construir sería de 8.821.762 m<sup>2</sup>. (tabla 18)

Año 2023			
Relación Estandar. Camas para Tercera Edad/ 1000 habitantes mayores de 65 años	Cantidad Camas Tercera Edad Necesarias (33 camas/1000 hab) Año 2023	Diferencia de Camas Tercera Edad (Actuales - Necesarias)	Superficie a Construir de Camas Tercera Edad. Año 2023 (m <sup>2</sup> )
42,40	237.796	176.435	8.821.762

Tabla 18. Promedio de camas geriátricas OCDE, brecha de camas y superficie a construir en ESCIETE, Año 2023

La construcción de nuevas obras que contengan camas asistenciales sociosanitarias de larga estada para adultos mayores se incrementa con vistas al año 2033 pues la cantidad de habitantes mayores de 65 años de ambos sexos ascendería a 6.909.688. Con similar relación de 42,4 camas/1.000 habitantes, la cantidad de camas ideales sería de 292.971, la brecha de camas necesarias aumentaría a 231.610 y la superficie a edificar sería de 11.580.489 m<sup>2</sup>. (tabla 19)

Año 2033			
Población Mayor de 65 años. Año 2033	Cantidad Camas Tercera Edad necesarias (33 camas/1000 hab) Año 2033	Diferencia de Camas Tercera Edad (Actuales - Necesarias)	Superficie a Construir de Camas Tercera Edad (m <sup>2</sup> )
6.909.688	292.971	231.610	11.580.489

Tabla 19. Población, brecha de camas y superficie a construir en ESCIETE, Año 2033

La necesidad de cumplir con marcos legales en salud mental y la búsqueda del bienestar psicosociofamiliar de los pacientes promueven la reinserción social de las personas compensadas clínicamente a través de dispositivos de internación conocidos como **Casas de Medio Camino o Convivencia**. Estas estructuras estarían destinadas a lograr la desmanicomialización de los pacientes que ocupan las 10.380 camas de internación prolongada, 7.206 camas agudas y 365 camas de hospital de día de salud mental. Según el Censo Nacional de Personas Internadas por motivos de Salud Mental la cantidad de individuos relevados fue de 12.035.

Pensando en una cantidad del 20% de pacientes (2.407) anuales a egresar de los hospitales y clínicas de Salud Mental, considerando una estancia media de los pacientes de 6 meses (180 días), y un Índice Óptimo de Ocupación de camas de 0,85; hemos utilizado la fórmula de Brigdman y obtuvimos una cantidad ideal de 1.416 camas en todo el país y con una superficie de 50 m<sup>2</sup>/cama alcanzamos un valor de 70.794 m<sup>2</sup> de construcción nueva necesaria (tabla 20). Una vez finalizada la externación de pacientes manicomializados, estas camas podrían pasar a conformar parte de la red disponible de camas para la internación de pacientes de la tercera edad.

Población de Pacientes internados en casas de Salud Mental	Egresos Anuales (20%)	Estancia Media Ideal	Indice Optimo de Ocupación	Camas Ideales necesarias (Fórmula de Brigdman)	Superficie a construir (m2)
12.035	2.407	180	0,85	1.416	70.794

Tabla 20. Cálculo de Camas de convivencia/medio camino y superficie a construir

El cuarto punto a desarrollar para los **ESCI** es el **Mantenimiento de la Obra Nueva**. Los cálculos realizados hasta ahora han demostrado requerimiento de obra nueva al ajustar la dotación de camas agudas, geriátricas y de casas de medio camino a la población actual, en el año 2023, y una necesidad mayor con miras al 2033. Para evaluar el impacto de este mantenimiento hemos utilizado la superficie a construir según las brechas actuales al año 2033. Como hemos consignado anteriormente, 133.668 m2 para camas agudas, 11.580.489 m2 para camas para estancia prolongada de tercera edad y 70.794 m2 en casas de convivencia o medio camino de salud mental se construirían inicialmente y se deberían mantener. El Total a mantener es de 11.784.951 m2 de obra nueva en ESCI. (tabla 21)

ESCI AGUDAS. Superficie a Mantener (m2)	ESCI Tercera edad. Superficie a Mantener (m2)	ESCI Medio Camino. Superficie a Mantener (m2)	Superficie Total ESCI a Mantener (m2)
133.668	11.580.489	70.794	11.784.951

Tabla 21. Superficie de Mantenimiento de Obra Nueva en ESCI. Año 2023

#### Establecimientos de salud sin internación

Los Establecimientos de Salud Sin Internación de Diagnóstico y Tratamiento (ESSIDT) están divididos en 4 categorías y la cantidad total de los mismos en el país, según el REFES es de 9.264. Estos establecimientos comprenden instituciones estatales de salud.

Para el **Mantenimiento de la Obra existente** hemos calculado la superficie construida actual tomando como referencia 75 m2 para cada establecimiento de categoría C y D con la presunción básica de la existencia de 2 consultorios en cada uno; 248 m2 para las instituciones de categoría B con 4 consultorios totales y 310 m2 para las unidades de categoría A con servicios de Guardia permanente que suma un espacio físico para la estancia de la dotación de guardia.

Esta estimación la hemos dado que actualmente se lleva adelante un trabajo de relevamiento y sistematización de información edilicia por parte de la autoridad sanitaria nacional en este primer nivel de atención. Para determinar el metraje cuadrado de las dos primeras categorías hemos mantenido el valor usado en una planificación previa de la Cámara Argentina de la Construcción para el período 2016 – 2025 y para determinar un metraje cuadrado aproximado de las dos categorías finales usamos un valor de 62 m2 por consultorio como promedio obtenido de los planos utilizados actualmente en la construcción de CAPS por la obra pública estatal. En estas intervenciones los CAPS son de 373 m2 de superficie y poseen 6 consultorios.

A nivel nacional serían aproximadamente 1.565.614 m2 de superficie construida en el primer nivel de atención que deberían ser mantenidas. (tabla 22)

Categoría	A	B	C	D	Total
<b>Definición</b>	Con guardia permanente	Con atención médica diaria y con especialidades y/u otras profesiones	Con atención médica general por lo menos 3 días de la semana	Sin atención médica en forma periódica (menor a 3 veces por semana)	
<b>Cantidad de ESSIDT por Categoría</b>	317	4603	2290	2054	9264
<b>Cantidad estimada de Consultorios</b>	5	4	2	2	
<b>Superficie estimada de cada ESSIDT (m2)</b>	310	248	75	75	
<b>Superficie Total actual (m2)</b>	98.270	1.141.544	171.750	154.050	1.565.614

Tabla 22. Superficie de ESSIDT a mantener. Año 2023

La **Re-funcionalización** de los ESSIDT se dimensiona definiendo un porcentaje de 5% de la superficie existente y ese valor ha sido calculado para cada categoría de institución alcanzando una cifra total de 78.281 m2 (tabla 23)

Categoría	A	B	C	D	Total
<b>Definición</b>	Con guardia permanente	Con atención médica diaria y con especialidades y/u otras profesiones	Con atención médica general por lo menos 3 días de la semana	Sin atención médica en forma periódica (menor a 3 veces por semana)	
<b>Cantidad de ESSIDT por Categoría</b>	317	4603	2290	2054	9264
<b>Cantidad estimada de Consultorios</b>	5	4	2	2	
<b>Superficie estimada de cada ESSIDT (m2)</b>	310	248	75	75	
<b>Superficie total actual a mantener (m2)</b>	98.270	1.141.544	171.750	154.050	1.565.614
<b>Superficie total a refuncionalizar (m2) (5%)</b>	4.914	57.077	8.588	7.703	78.281

Tabla 23 Superficie de ESSIDT a remodelar. Año 2023

La determinación de la **Obra Nueva** necesaria con vistas a la próxima década fue planificada utilizando criterios de base cuantitativa poblacional y cualitativa según el lugar de residencia y la cobertura de salud. Como lugar de residencia se consideró la distribución urbana y rural de la población argentina según los porcentajes nacionales y provinciales informados en el Censo efectuado en el año 2010 y su proyección.

Jurisdicción	Habitantes Año 2023	Porcentaje de Población Urbana (%)	Porcentaje de Población Rural (%)	Población Urbana	Población Rural
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	3.083.770	100,0	0,0	3.083.770	0
Buenos Aires	18.039.509	94,3	5,7	17.011.257	1.028.252
Catamarca	425.885	84,9	15,1	361.576	64.309
Chaco	1.238.989	92,2	7,8	1.142.348	96.641
Chubut	649.330	86,8	13,2	563.618	85.712
Córdoba	3.872.830	87,8	12,2	3.400.345	472.485
Corrientes	1.148.631	82,9	17,1	952.215	196.416
Entre Ríos	1.423.136	89,0	11,0	1.266.591	156.545
Formosa	619.240	88,5	11,5	548.027	71.213
Jujuy	795.539	90,5	9,5	719.963	75.576
La Pampa	367.207	92,1	7,9	338.198	29.009
La Rioja	408.760	93,8	6,2	383.417	25.343
Mendoza	2.049.411	81,8	18,2	1.676.418	372.993
Misiones	1.301.723	77,4	22,6	1.007.534	294.189
Neuquén	688.850	92,1	7,9	634.431	54.419
Río Negro	775.610	82,3	17,7	638.327	137.283
Salta	1.476.539	90,0	10,0	1.328.885	147.654
San Juan	805.830	93,8	6,2	755.869	49.961
San Luis	527.023	95,8	4,2	504.888	22.135
Santa Cruz	392.904	81,8	18,2	321.395	71.509
Santa Fe	3.616.227	93,1	6,9	3.366.707	249.520
Santiago del Estero	1.007.830	71,7	28,3	722.614	285.216
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	186.285	85,5	14,5	159.274	27.011
Tucumán	1.753.523	96,2	3,8	1.686.889	66.634
Argentina	46.654.581	91,6	8,4	42.735.596	3.918.985

Tabla 24. Distribución poblacional urbana y rural según jurisdicción. Censo INDEC 2010 proyección año 2023

A partir de esa distribución se consideró que la totalidad de la población rural debería tener garantizado el acceso a un efector estatal del primer nivel de atención. En relación a la población urbana, se estableció un criterio de acceso a los establecimientos estatales pensando que toda la población con Cobertura Estatal Exclusiva (CEE) debería ser atendida en los mismos junto a un 15% de la población con Cobertura de Obras Sociales y Prepagos (COOSSyP). El resto de la población con COOSSyP estimamos que efectivizaría su atención en ESSIDT privados que no están incluidos en la información disponible y por ende en la proyección (tabla 25).

Jurisdicción	Año 2023					
	Habitantes Año 2023	Porcentaje de Población con cobertura de salud por OOSS/Prepagas (%)	Porcentaje de Población con Cobertura Estatal Exclusiva (CEE) (%)	Población Urbana con cobertura de salud por OOSS/Prepagas	Población Urbana con Cobertura Estatal Exclusiva (CEE)	Población Urbana Objetivo (Población CEE más 15% de Población con OOSS /Prepaga)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	3.083.770	80,0	20,0	2.467.016	616.754	986.806
Buenos Aires	18.039.509	63,0	37,0	10.717.092	6.294.165	7.901.729
Catamarca	425.885	59,0	41,0	213.330	148.246	180.246
Chaco	1.238.989	65,0	35,0	742.526	399.822	511.201
Chubut	649.330	47,0	53,0	264.901	298.718	338.453
Córdoba	3.872.830	39,0	61,0	1.326.134	2.074.210	2.273.130
Corrientes	1.148.631	70,0	30,0	666.551	285.665	385.647
Entre Ríos	1.423.136	62,0	38,0	785.286	481.305	599.098
Formosa	619.240	39,0	61,0	213.731	334.297	366.356
Jujuy	795.539	52,0	48,0	374.381	345.582	401.739
La Pampa	367.207	63,0	37,0	213.065	125.133	157.093
La Rioja	408.760	60,0	40,0	230.050	153.367	187.874
Mendoza	2.049.411	61,0	39,0	1.022.615	653.803	807.195
Misiones	1.301.723	51,0	49,0	513.842	493.691	570.768
Neuquén	688.850	63,0	37,0	399.691	234.739	294.693
Río Negro	775.610	63,0	37,0	402.146	236.181	296.503
Salta	1.476.539	49,0	51,0	651.154	677.731	775.404
San Juan	805.830	53,0	47,0	400.610	355.258	415.350
San Luis	527.023	58,0	42,0	292.835	212.053	255.978
Santa Cruz	392.904	78,0	22,0	250.688	70.707	108.310
Santa Fe	3.616.227	66,0	34,0	2.222.027	1.144.680	1.477.985
Santiago del Estero	1.007.830	41,0	59,0	296.272	426.342	470.783
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	186.285	61,0	39,0	97.157	62.117	76.690
Tucumán	1.753.523	73,0	27,0	1.231.429	455.460	640.174
Argentina	46.654.581	59,0	41,0	25.214.002	17.521.594	21.303.695

Tabla 25. Cobertura sanitaria de población urbana y rural, Argentina 2023

La cantidad ideal de centros estatales de atención sanitaria sin internación fue concebida en base a la cantidad de ESSIDT que con 4 consultorios y 248 m<sup>2</sup> (categoría B) podrían atender a una población objetivo de 7.000 habitantes en el área urbana. Para la definición de la cantidad de instituciones del primer nivel de atención en áreas rurales se usó un modelo de establecimientos de 2 consultorios (categoría C y D) con 124 m<sup>2</sup> y con 1.000 habitantes como población bajo cuidado. La disminución de los valores estandarizados para el recurso físico y la población protegida se hizo pensando en la utilidad más adecuada de establecimientos más pequeños para poblaciones con menor cantidad de habitantes y más dispersos (tabla 26).

Jurisdicción	Año 2023					
	Habitantes Año 2023	Población Rural	Población Urbana Objetivo (Población CEE más 15% de Población con OOSS /Prepaga)	Cantidad de CAPS Urbanos ideales (Cat B) (4 consultorios / 7.000 habitantes)	Cantidad de Postas Rurales ideales (Cat C y D) (2 consultorios / 1.000 habitantes)	Cantidad de ESSIDT Ideales
CABA	3.083.770	0	986.806	141	0	141
Buenos Aires	18.039.509	1.028.252	7.901.729	1129	1028	2157
Catamarca	425.885	64.309	180.246	26	64	90
Chaco	1.238.989	96.641	511.201	73	97	170
Chubut	649.330	85.712	338.453	48	86	134
Córdoba	3.872.830	472.485	2.273.130	325	472	797
Corrientes	1.148.631	196.416	385.647	55	196	252
Entre Ríos	1.423.136	156.545	599.098	86	157	242
Formosa	619.240	71.213	366.356	52	71	124
Jujuy	795.539	75.576	401.739	57	76	133
La Pampa	367.207	29.009	157.093	22	29	51
La Rioja	408.760	25.343	187.874	27	25	52
Mendoza	2.049.411	372.993	807.195	115	373	488
Misiones	1.301.723	294.189	570.768	82	294	376
Neuquén	688.850	54.419	294.693	42	54	97
Río Negro	775.610	137.283	296.503	42	137	180
Salta	1.476.539	147.654	775.404	111	148	258
San Juan	805.830	49.961	415.350	59	50	109
San Luis	527.023	22.135	255.978	37	22	59
Santa Cruz	392.904	71.509	108.310	15	72	87
Santa Fe	3.616.227	249.520	1.477.985	211	250	461
Santiago del Estero	1.007.830	285.216	470.783	67	285	352
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	186.285	27.011	76.690	11	27	38
Tucumán	1.753.523	66.634	640.174	91	67	158
Argentina	46.654.581	3.918.985	21.303.695	3043	3919	6962

Tabla 26. Cantidad de ESSIDT ideales urbanos y rurales

Debido a la falta de información accesible, al momento de la realización de este plan, sobre la cantidad de ESSIDT diferenciados por categoría en cada provincia, hemos calculado la brecha entre la cantidad total de ESSIDT actuales existentes en cada provincia con la suma de la cantidad ideal de centros, para el área urbana y rural. En este último valor se contemplan los centros de categorías B, C y D juntos.

La comparación de centros estatales existentes y necesarios tomando la población proyectada al año actual, 2023, con la lógica de cálculo expuesta nos demuestra que a nivel nacional y en 18 provincias la brecha muestra una cantidad superior existente a la cantidad ideal (valor negativo) y en 6 Jurisdicciones la brecha establece la necesidad de ampliar la oferta debido a un déficit de oferta de ESCI respecto al ideal (valor positivo). Para estos 6 distritos (CABA, Córdoba, Corrientes, Mendoza, Santa Cruz y Tucumán) serían necesarios 763 ESSIDT en total.

La distribución de la brecha total en cada provincia la efectuamos en cantidad proporcional al porcentaje de población urbana y rural que poseen y bajo esa premisa hemos calculado una superficie a construir de obra nueva. Construir 669 establecimientos urbanos de 248 m<sup>2</sup> genera una superficie de 165.912 m<sup>2</sup> y para los 94 establecimientos rurales de 124 m<sup>2</sup> la superficie asciende a 11.656 m<sup>2</sup>. La superficie total a construir en establecimientos sin internación estatales en la actualidad es de 177.604 m<sup>2</sup>. (tabla 27).



Año 2023											
Jurisdicción	Cantidad de ESSIDT Actuales 2023	Habitantes de Población Urbana y Rural Objetivo / ESSIDT Actuales	Cantidad de CAPS Urbanos Ideales (Cat B) (4 consultorios / 7.000 habitantes)	Cantidad de Postas Rurales Ideales (Cat C y D) (2 consultorios / 1.000 habitantes)	Cantidad de ESSIDT Ideales	Brecha entre Cantidad de ESSIDT Actuales e Ideales	Cantidad de ESSIDT urbanos a construir	Cantidad de ESSIDT rurales a construir	Superficie de ESSIDT urbanos a construir (m2)	Superficie de ESSIDT rurales a construir (m2)	
CABA	124	7.958	141	0	141	17	17	0	4.209	0	
Buenos Aires	2373	3.783	1129	1028	2157	-216					
Catamarca	301	812	26	64	90	-211					
Chaco	732	830	73	97	170	-562					
Chubut	326	1.301	48	86	134	-192					
Córdoba	393	6.986	325	472	797	404	355	49	88.016	6.115	
Corrientes	138	4.218	55	196	252	114	94	19	23.336	2.407	
Entre Ríos	359	2.105	86	157	242	-117					
Formosa	280	1.563	52	71	124	-156					
Jujuy	336	1.421	57	76	133	-203					
La Pampa	92	2.023	22	29	51	-41					
La Rioja	228	935	27	25	52	-176					
Mendoza	408	2.893	115	373	488	80	66	15	16.291	1.812	
Misiones	385	2.247	82	294	376	-9					
Neuquén	207	1.687	42	54	97	-110					
Río Negro	193	2.248	42	137	180	-13					
Salta	431	2.142	111	148	258	-173					
San Juan	155	3.002	59	50	109	-46					
San Luis	137	2.030	37	22	59	-78					
Santa Cruz	53	3.393	15	71	87	34	28	6	6.894	767	
Santa Fe	652	2.650	211	250	461	-191					
Santiago del Estero	579	1.306	67	285	352	-227					
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	338	307	11	27	38	-300					
Tucumán	44	16.064	91	67	158	114	110	4	27.219	538	
Argentina	9140	2.760	3043	3919	6962	-2178	669	94	165.965	11.639	177.604

Tabla 27. Cantidad y Superficie de ESSIDT a construir. Año 2023

Observando el mediano plazo y el crecimiento vegetativo poblacional hemos observado que utilizando similar metodología de cálculo de cantidades ideales y necesarias de ESSIDT las jurisdicciones con cantidades actuales de centros existentes que superen a la cantidad ideal descende a 16 provincias y 8 provincias (CABA, Córdoba, Corrientes, Mendoza, Misiones, Río Negro, Santa Cruz y Tucumán) poseen, en la actualidad, una cantidad menor a la ideal que precisarían en el año 2033.

El valor obtenido como brecha deficitaria entre la actualidad y el 2033 es de 960 ESSIDT. De estos 836 centros deberían ser ubicados en zonas urbanas con una superficie total de 207.237 m<sup>2</sup> y 124 centros deberían edificarse en la zona rural con una superficie en conjunto de 15.371 m<sup>2</sup>. La superficie total de ESSIDT a construir a nuevo para el año 2033 en comparación a lo existente actualmente sería de 222.608 m<sup>2</sup>. (tabla 28).

Año 2033											
Jurisdicción	Cantidad de ESSIDT Actuales 2023	Habitantes de Población Urbana y Rural Objetivo / ESSIDT Actuales	Cantidad de CAPS Urbanos Ideales (Cat B) (4 consultorios / 7.000 habitantes)	Cantidad de Postas Rurales Ideales (Cat C y D) (2 consultorios / 1.000 habitantes)	Cantidad de ESSIDT Ideales	Brecha entre Cantidad de ESSIDT Actuales e Ideales	Cantidad de ESSIDT urbanos a construir	Cantidad de ESSIDT rurales a construir	Superficie de ESSIDT urbanos a construir (m2)	Superficie de ESSIDT rurales a construir (m2)	Superficie Total de ESSIDT a construir (m2)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	124	7.940	141	0	141	17	17	0	4.131	0	4.131
Buenos Aires	2373	4.080	1224	1115	2339	-34					
Catamarca	301	867	27	69	96	-205					
Chaco	732	897	79	104	183	-549					
Chubut	326	1.494	56	98	154	-172					
Córdoba	393	7.609	354	515	868	475	417	58	103.494	7.190	110.684
Corrientes	138	4.494	59	209	268	130	108	22	26.724	2.756	29.480
Entre Ríos	359	2.269	92	169	261	-98					
Formosa	280	1.653	55	75	131	-149					
Jujuy	336	1.551	63	82	145	-191					
La Pampa	92	2.166	24	31	55	-37					
La Rioja	228	1.041	30	28	58	-170					
Mendoza	408	3.139	125	405	530	-122	100	22	24.729	2.751	27.480
Misiones	385	2.450	89	321	410	25	19	6	4.758	695	5.453
Neuquén	207	1.868	47	60	107	-100					
Río Negro	193	2.496	47	152	199	6	5	1	1.324	142	1.466
Salta	431	2.370	123	163	286	-145					
San Juan	155	3.285	65	55	120	-35					
San Luis	137	2.251	41	28	69	-72					
Santa Cruz	53	4.180	19	88	107	54	44	10	10.988	1.222	12.210
Santa Fe	652	2.825	225	266	491	-161					
Santiago del Estero	579	1.420	73	310	383	-196					
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	338	377	13	33	47	-291					
Tucumán	44	17.713	101	73	174	130	125	5	31.091	614	31.705
Argentina	9140	2.986	3294	4241	7535	-1605	836	124	207.237	15.371	222.608

Tabla 28. Cantidad y Superficie de ESSIDT a construir. Año 2033

A partir de estos cálculos surgen 222.608 m<sup>2</sup> de **Obra Nueva** que son necesarios construir en base a la población actual y futura. La construcción se irá realizando durante la próxima década y requerirán un **Mantenimiento** de obra nueva durante aproximadamente 5 años (tabla 29).

<b>Superficie de ESSIDT URBANOS NUEVOS PARA MANTENER (m<sup>2</sup>)</b>	<b>Superficie de ESSIDT RURALES NUEVOS PARA MANTENER (m<sup>2</sup>)</b>	<b>Superficie de ESSIDT TOTALES NUEVOS PARA MANTENER (m<sup>2</sup>)</b>
207.237	15.371	222.608

Tabla 29. Superficie de ESSIDT a construir

### Establecimientos mixtos

#### Obra nueva

Las Unidades de pronta Atención y los Hospitales modulares han demostrado efectividad antes y durante la pandemia como modelo constructivo.

El sistema estatal requeriría desarrollo de este tipo de establecimientos para la intervención adecuada de manera eficiente satisfaciendo a los pacientes con demandas no programadas, urgencias y emergencias pertenecientes a una población objetivo compuesta por todos aquellos con Cobertura Estatal Exclusiva y un porcentaje de la población urbana con Cobertura de Obras Sociales y Prepagos. (tabla 30).

<b>Conglomerados Urbanos</b>	<b>Población Total Censo 2022 INDEC</b>	<b>Porcentaje de Población con Cobertura Estatal Exclusiva (%)</b>	<b>Porcentaje de Población con Cobertura de Obras Sociales y Prepagos (%)</b>	<b>Población con Cobertura Estatal Exclusiva</b>	<b>Población con Cobertura de Obras Sociales y Prepagos</b>	<b>Población Objetivo (Población con Cobertura Estatal Exclusiva más 15% de Población con Cobertura de Obras Sociales y Prepagos)</b>
Gran Buenos Aires	10.865.182	38	62	4.128.769	6.736.413	5.139.231
Cordoba	1.565.112	35	65	547.789	1.017.323	700.388
Rosario	1.342.619	34	66	456.490	886.129	589.410
Mendoza	122.840	39	61	47.908	74.932	59.147
San Miguel de Tucuman	584.798	39	61	228.071	356.727	281.580
La Plata	772.618	38	62	293.595	479.023	365.448
Mar del Plata	682.605	38	62	259.390	423.215	322.872
Salta	627.107	51	49	319.825	307.282	365.917
Santa fe	573.448	35	65	200.707	372.741	256.618
<b>Total</b>	<b>17.136.329</b>			<b>6.482.544</b>	<b>10.653.785</b>	<b>8.080.612</b>

Tabla 30. Población objetivo de Establecimientos mixtos en conglomerados urbanos. Población 2023

La cantidad de establecimientos mixtos de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica con intervenciones especializadas ha sido calculada con una relación de 1 centro/250.000 habitantes de la población objetivo en los 9 conglomerados urbanos más altamente poblados del país.

La cantidad ideal a construir sería de 32 establecimientos.

En los últimos años fueron construidos en estos conglomerados 18 establecimientos en la provincia de Buenos Aires; por lo que la brecha calculada es de 14 establecimientos a construir que alcanzan un total de 45.093 m<sup>2</sup>. (tabla 31).

Conglomerados Urbanos	Población Total Censo 2022 INDEC	Población Objetivo (Población con Cobertura Estatal Exclusiva más 15% de Población con Cobertura de Obras Sociales y Prepagos)	Cantidad de ES Mixtos ideales (1 / 250.000 hab objetivo)	Cantidad de ES Mixtos Actuales	Cantidad de ES Mixtos a construir	Superficie nueva a construir (m2) (1=3.000m2)
Gran Buenos Aires	10.865.182	5.139.231	21	15	6	16.671
Cordoba	1.565.112	700.388	3	0	3	8.405
Rosario	1.342.619	589.410	2	0	2	7.073
Mendoza Capital	122.840	59.147	0	0	0	710
San Miguel de Tucuman	584.798	281.580	1	0	1	3.379
La Plata	772.618	365.448	1	1	0	1.385
Mar del Plata	682.605	322.872	1	2	-1	
Salta	627.107	365.917	1	0	1	4.391
Santa fe	573.448	256.618	1	0	1	3.079
<b>Total</b>	<b>17.136.329</b>	<b>8.080.612</b>	<b>32</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>45.093</b>

Tabla 31. Cantidad de Establecimientos mixtos y Superficie a construir

EN PROCESO DE EDICION

## 5. Cálculo de inversión próxima década (2024-2033)

La propuesta estratégica de planificación de recursos físicos sanitarios nacionales surgida de la brecha entre la situación actual y la situación deseada en el capítulo anterior nos ha permitido establecer superficies a construir de nuevo, a mantener y a remodelar.

A partir de esas determinaciones, el proyecto formulado requiere una evaluación económica que oriente los recursos de financiamiento necesarios para su implementación.

Hemos establecido para ello valores monetarios del metraje cuadrado según el tipo de intervención y el establecimiento sobre el cual se realizaría la acción. Estos valores fueron estimados a partir de referencias obtenidas de especialistas del sector con experiencia y participación actual en procesos de planificación, implementación y evaluación de proyectos edilicios sanitarios del ámbito público y privado de nuestro país.

En la siguiente tabla se resumen los valores de metro cuadrado de obra nueva, remodelación y mantenimiento que utilizamos en los Establecimientos de Salud Con Internación (ESCI) Agudos, de Tercera Edad y Casas de Medio Camino, los Establecimientos de Salud Sin Internación de Diagnóstico y Tratamiento (ESSIDT) y los Establecimientos Mixtos (ESM). Los valores son expresados en pesos argentinos y en dólares tomando como referencia la cotización del dólar oficial del día 31 de marzo del año 2023 con un valor de \$215,5 por dólar estadounidense. (Cuadro 31)

	ESCI						ESSIDT		ES Mixto	
	ESCI Agudo (U\$S)	ESCI Agudo (\$)	ESCI Tercera Edad (U\$S)	ESCI Tercera Edad (\$)	ESCI Medio camino (U\$S)	ESCI Medio camino (\$)	(U\$S)	\$	(U\$S)	\$
<b>OBRA NUEVA</b>	2.488	536.164	1.493	321.742	1.364	293.942	2.040	439.620	2.488	536.164
<b>REMODELACIÓN</b>	1.642	353.851	985	212.268	897	193.304	1.344	289.632	1.642	353.851
<b>MANTENIMIENTO</b>	236	50.815	141	30.386	129	27.800	194	41.764	236	50.815

Tabla 32. Valor de metro cuadrado según intervención y tipo de establecimiento

Tomando en cuenta proyecciones de actividades hasta el año 2033; el cálculo de inversión en pesos se realizó utilizando un tipo constante de cambio nominal del dólar oficial con un valor de \$215,5 por dólar estadounidense.

Inversión en establecimientos con internación

Mantenimiento de obra existente

Provincia	Superficie Total de Mantenimiento en ESCI (m2)	Inversión Anual en Mantenimiento en camas Agudas (\$)	Inversión Anual en Mantenimiento en Otras Camas (\$)	Inversión Anual Total en Mantenimiento en ESCI (\$)	Inversión Anual Total en Mantenimiento en ESCI (U\$S) (\$215,5 = U\$S 1)	Inversión en Mantenimiento 2024- 2033 (U\$S)	Inversión en Mantenimiento 2024- 2033 (\$) (\$215,5 = U\$S 1)
<b>Buenos Aires</b>	6.386.170	183.824.278.800	84.128.198.900	267.952.477.700	1.243.398.968	12.433.989.684	2.679.524.777.000
<b>CABA</b>	1.819.340	85.665.959.600	4.056.531.000	89.722.490.600	416.345.664	4.163.456.640	897.224.906.000
<b>Catamarca</b>	194.110	8.748.310.400	666.972.700	9.415.283.100	43.690.409	436.904.088	94.152.831.000
<b>Chaco</b>	321.980	13.805.419.200	1.528.415.800	15.333.835.000	71.154.687	711.546.868	153.338.350.000
<b>Chubut</b>	250.940	12.593.989.600	94.196.600	12.688.186.200	58.877.894	588.778.942	126.881.862.000
<b>Córdoba</b>	1.585.970	43.432.596.800	22.219.762.500	65.652.359.300	304.651.319	3.046.513.193	656.523.593.000
<b>Corrientes</b>	325.170	15.464.020.800	633.548.100	16.097.568.900	74.698.696	746.986.956	160.975.689.000
<b>Entre Ríos</b>	427.100	17.480.360.000	2.525.076.600	20.005.436.600	92.832.652	928.326.524	200.054.366.000
<b>Formosa</b>	171.050	8.557.246.000	80.522.900	8.637.768.900	40.082.454	400.824.543	86.377.689.000
<b>Jujuy</b>	248.750	11.443.538.000	715.590.300	12.159.128.300	56.422.869	564.228.691	121.591.283.000
<b>La Pampa</b>	92.050	4.187.156.000	293.224.900	4.480.380.900	20.790.631	207.906.306	44.803.809.000
<b>La Rioja</b>	124.990	5.703.475.600	387.421.500	6.090.897.100	28.264.024	282.640.237	60.908.971.000
<b>Mendoza</b>	530.090	17.370.599.600	5.720.164.500	23.090.764.100	107.149.717	1.071.497.174	230.907.641.000
<b>Misiones</b>	344.230	14.699.763.200	1.669.710.700	16.369.473.900	75.960.436	759.604.357	163.694.739.000
<b>Neuquén</b>	244.520	10.646.758.800	1.063.510.000	11.710.268.800	54.339.994	543.399.944	117.102.688.000
<b>Río Negro</b>	179.470	7.536.880.800	946.523.900	8.483.404.700	39.366.147	393.661.471	84.834.047.000
<b>Salta</b>	341.240	15.968.105.600	820.422.000	16.788.527.600	77.905.000	779.050.005	167.885.276.000
<b>San Juan</b>	210.610	6.918.970.400	2.262.237.700	9.181.208.100	42.604.214	426.042.139	91.812.081.000
<b>San Luis</b>	127.220	6.195.364.800	161.045.800	6.356.410.600	29.496.105	294.961.049	63.564.106.000
<b>Santa Cruz</b>	100.590	4.951.413.600	95.715.900	5.047.129.500	23.420.555	234.205.545	50.471.295.000
<b>Santa Fe</b>	1.221.570	37.964.902.800	14.416.637.700	52.381.540.500	243.069.794	2.430.697.935	523.815.405.000
<b>Santiago del Estero</b>	268.950	13.049.292.000	369.189.900	13.418.481.900	62.266.737	622.667.374	134.184.819.000
<b>Tierra del Fuego</b>	36.690	1.719.579.600	86.600.100	1.806.179.700	8.381.344	83.813.443	18.061.797.000
<b>Tucumán</b>	435.800	18.415.356.000	2.230.332.400	20.645.688.400	95.803.658	958.036.585	206.456.884.000
<b>TOTAL</b>	15.988.600	<b>566.343.338.000</b>	<b>147.171.552.400</b>	<b>713.514.890.400</b>	<b>3.310.973.969</b>	<b>33.109.739.694</b>	<b>7.135.148.904.000</b>

Tabla 33. Inversión en Mantenimiento de ESCI

Los 15.988.600 m2 existentes construidos en los Establecimientos de Salud Con Internación, a un valor de \$50.815/m2 en la cama aguda y de \$30.386/m2 para otros tipos de cama arrojan una inversión anual, a nivel nacional, de \$713.514.890.400 lo que equivale a U\$S 3.310.973.969. Si este mantenimiento se mantiene anualmente durante los 10 años comprendidos en la década que transcurre entre el año 2024 y 2033 requeriría una suma de \$ 7.135.148.904.000 (U\$S 33.109.739.694). (tabla 33).

#### Remodelación/Re-funcionalización

Esta intervención se realizaría sobre el 10% de la superficie existente actualmente en los ESCI, impactando sobre 1.598.860 m2. La Re-funcionalización de camas agudas está destinada a 1.114.520 m2 y 484.340 m2 para las camas de otra tipología.

Las obras realizadas en el transcurso de la próxima década requerirían una inversión \$ 497.183.899.640 equivalentes a U\$S 2.307.117.864. Este monto ha sido obtenido usando un valor de referencia de \$353.851/m2 remodelado de camas agudas y \$212.268/m2 para las otras camas (tabla 34).

Provincia	Superficie Total en ESCI (m2)	Superficie Total a Refuncionalizar (10%) (m2)	Inversión en Refuncionalización de Camas Agudas (\$)	Inversión en Refuncionalización de Otras Camas (\$)	Inversión en Refuncionalización en ESCI (\$)	Inversión en Refuncionalización en ESCI (U\$S) (\$215,5 = U\$S 1)
Buenos Aires	6.386.170	638.617	128.006.306.952	58.769.579.820	186.775.886.772	866.709.451
CABA	1.819.340	181.934	59.653.616.984	2.833.777.800	62.487.394.784	289.964.709
Catamarca	194.110	19.411	6.091.898.816	465.928.260	6.557.827.076	30.430.752
Chaco	321.980	32.198	9.613.423.968	1.067.708.040	10.681.132.008	49.564.418
Chubut	250.940	25.094	8.769.843.184	65.803.080	8.835.646.264	41.000.679
Córdoba	1.585.970	158.597	30.244.352.672	15.522.097.500	45.766.450.172	212.373.319
Corrientes	325.170	32.517	10.768.393.632	442.578.780	11.210.972.412	52.023.074
Entre Ríos	427.100	42.710	12.172.474.400	1.763.947.080	13.936.421.480	64.670.169
Formosa	171.050	17.105	5.958.850.840	56.251.020	6.015.101.860	27.912.306
Jujuy	248.750	24.875	7.968.724.520	499.891.140	8.468.615.660	39.297.520
La Pampa	92.050	9.205	2.915.732.240	204.838.620	3.120.570.860	14.480.607
La Rioja	124.990	12.499	3.971.623.624	270.641.700	4.242.265.324	19.685.686
Mendoza	530.090	53.009	12.096.042.584	3.995.945.100	16.091.987.684	74.672.797
Misiones	344.230	34.423	10.236.201.728	1.166.412.660	11.402.614.388	52.912.364
Neuquén	244.520	24.452	7.413.886.152	742.938.000	8.156.824.152	37.850.692
Río Negro	179.470	17.947	5.248.318.032	661.214.820	5.909.532.852	27.422.426
Salta	341.240	34.124	11.119.413.824	573.123.600	11.692.537.424	54.257.714
San Juan	210.610	21.061	4.818.035.216	1.580.335.260	6.398.370.476	29.690.814
San Luis	127.220	12.722	4.314.151.392	112.502.040	4.426.653.432	20.541.315
Santa Cruz	100.590	10.059	3.447.924.144	66.864.420	3.514.788.564	16.309.924
Santa Fe	1.221.570	122.157	26.436.915.912	10.071.055.260	36.507.971.172	169.410.539
Santiago del Estero	268.950	26.895	9.086.893.680	257.905.620	9.344.799.300	43.363.338
Tierra del Fuego	36.690	3.669	1.197.431.784	60.496.380	1.257.928.164	5.837.254
Tucumán	435.800	43.580	12.823.560.240	1.558.047.120	14.381.607.360	66.735.997
<b>TOTAL</b>	<b>15.988.600</b>	<b>1.598.860</b>	<b>394.374.016.520</b>	<b>102.809.883.120</b>	<b>497.183.899.640</b>	<b>2.307.117.864</b>

Tabla 34 Inversión en Remodelación de ESCI

Un relevamiento sistematizado del estado actual y necesidad de remodelación de la infraestructura sanitaria permitiría precisar las obras a efectuar y el monto de inversión en establecimientos con y sin internación que constituyen la red argentina.

#### Obra nueva

Considerando el crecimiento poblacional al año 2033, la construcción de obras nuevas para adecuar la dotación de camas agudas en 4 provincias a un valor de \$536.164/m<sup>2</sup> necesitaría una inversión, para los 133.668 m<sup>2</sup> en 5 establecimientos de 200 camas y 2 establecimientos de menos de 100 camas con una inversión de \$71.668.213.224 equivalentes a U\$S 332.567.115 (Cuadro 34)

Jurisdicción	Diferencia de Camas en 2033	Superficie a construir (m2) (110m2/cama)	Hospitales necesarios de 200 camas	Hospitales necesarios con menos de 200 camas o ampliación de hospitales existentes	Inversión en Construcción en ESCI 2024 - 2034 (\$)	Inversión en Construcción en ESCI 2024 - 2034 (U\$S) (\$215,5 = U\$S 1)
Mendoza	-745	81.930	4		43.927.956.268	203.842.024
Río Negro	-89	9.822	0	1	5.266.430.062	24.438.191
San Juan	-287	31.597	1		16.941.439.614	78.614.569
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	-94	10.318	0	1	5.532.387.280	25.672.331
<b>Argentina</b>	<b>-1.215</b>	<b>133.668</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>71.668.213.224</b>	<b>332.567.115</b>

Tabla 35. Inversión en construcción de ESCI Agudas

En la cobertura de a brecha de las **camas destinadas a los cuidados sociosanitarios de la tercera edad**, con valores de construcción de \$321.742/m<sup>2</sup>, la inversión asciende a \$3.725.929.550.272 o U\$S 17.289.696.289 (tabla 36).

Año 2033		
Superficie a Construir de Camas Tercera Edad (m2)	Inversión en Construcción en ESCI Tercera Edad 2024 - 2033 (\$)	Inversión en Construcción en ESCI Tercera Edad 2024 - 2034 (U\$S) (\$215,5 = U\$S 1)
11.580.489	3.725.929.550.272	17.289.696.289

Tabla 36 Inversión en construcción de ESCIETE

Las **construcción de Casas de Convivencia o Medio Camino** para pacientes de salud mental con una dotación de 1.416 camas tendría que ser solventada con \$ 20.809.364.529 (U\$S 96.563.176) (tabla 37).

Camas Ideales necesarias en ESCI convivencia (Fórmula de Brigdman)	Superficie a construir (m2)	Inversión en Construcción en ESCI Convivencia 2024 - 2033 (\$)	Inversión en Construcción en ESCI Convivencia 2024 - 2034 (U\$S) (\$215,5 = U\$S 1)
1.416	70.794	20.809.364.529	96.563.176

Tabla 37. Inversión en construcción de Casas de convivencia / medio camino salud Mental de ESCI

#### Mantenimiento de obra nueva

La obra necesaria a ser construida en base a las brechas de camas agudas, de tercera edad y en casas de convivencia en Salud Mental, tomando como referencia la población estimada al año 2033 genera un total de 11.784.951 m2. Esta superficie edificada progresivamente debería ser mantenida luego de su finalización hasta llegar al año 2033. En este trabajo se utiliza una ventana temporal promedio de mantenimiento de obra nueva de 5 años para calcular el requerimiento de financiamiento.

Con un **costo de mantenimiento** de \$50.185/m2 de cama aguda y \$30.386/m2 de cama de tercera edad y \$27.800 de camas de convivencia o medio camino; la inversión anual ascendería a \$360.560.953.242 (U\$S1.673.136.674) y en el periodo de 5 años entre 2024 y 2033 se deberían destinar \$1.802.804.766.212 (U\$S8.365.683.370) (tabla 38).

Superficie Total ESCI a Mantener (m2)	Inversión Anual de Mantenimiento de Obra Nueva 2024 (\$)	Inversión Anual de Mantenimiento de Obra Nueva 2024 (U\$S)	Inversión 2024 - 2033 Mantenimiento de Obra Nueva por 5 años (U\$S) (\$215,5=U\$S1)	Inversión 2024 - 2033 Mantenimiento de Obra Nueva por 5 años (\$) (\$215,5=U\$S1)
11.784.951	360.560.953.242	1.673.136.674	8.365.683.370	1.802.804.766.212

Tabla 38. Inversión en Mantenimiento de Obra nueva de ESCI aguda, tercera edad y medio camino

#### Inversión en establecimientos sin internación

### Mantenimiento de obra existente

La superficie total de los Establecimientos de Salud Sin Internación de Diagnóstico y Tratamiento (ESSIDT) a nivel nacional es de 1.565.614 m<sup>2</sup> y a un valor establecido de mantenimiento anual de \$41.764/m<sup>2</sup> genera una inversión anual de \$ 65.386.303.096 (U\$S 303.416.720). Con proyección al año 2033 la suma en mantenimiento durante 10 años asciende a \$ 653.863.030.954 (U\$S 3.034.167.197) (tabla 39).

Superficie Total actual en ESSIDT (m <sup>2</sup> )	Inversión Anual en Mantenimiento en ESSIDT (\$)	Inversión anual en Mantenimiento 2024 (U\$S) (U\$S1= \$215,5)	Inversión en Mantenimiento 2024 - 2033 (U\$S)	Inversión en Mantenimiento 2024 - 2033 (\$) (U\$S1= \$215,5)
1.565.614	65.386.303.096	303.416.720	3.034.167.197	653.863.030.954

Tabla 39. Inversión en Mantenimiento de ESSIDT existente

El relevamiento sistematizado del metraje cuadrado construido en ESSIDT y su estado sería de gran utilidad para tener una valoración concreta de inversión según el estado de situación infraestructural

### Remodelación / Re-funcionalización

El 5% de la superficie edificada en los establecimientos de salud sin internación fue estimada para planificar su remodelación y/o Re-funcionalización (78.281 m<sup>2</sup>). Esta fase de intervención, a un valor de \$ 289.632/m<sup>2</sup>, requiere una adjudicación presupuestaria de \$ 22.672.595.702 equivalente a U\$S 105.209.261 en todo el país. (tabla 40)

Categoría	Total	Inversión en Refuncionalización en ESCI (\$) 2024	Inversión en Refuncionalización en ESCI (U\$S) (\$215,5 = U\$S 1) 2024
Superficie total actual a mantener (m <sup>2</sup> )	1.565.614		
Superficie total a refuncionalizar (m <sup>2</sup> ) (5%)	78.281	22.672.595.702	105.209.261

Tabla 40.. Inversión en Remodelación de ESSIDT existente

### Obra nueva

En el primer nivel de atención estatal la superficie necesaria a construir se concentra, con perspectiva al año 2033, en 8 jurisdicciones a nivel urbano y rural con un metraje cuadrado necesario que alcanza los 222.608 m<sup>2</sup>.

Con un valor de \$439.620/m<sup>2</sup> llegamos a una asignación presupuestaria de \$ 97.863.090.222 (U\$S 454.121.068) (tabla 41).



Jurisdicción	Superficie de ESSIDT urbanos a construir (m2)	Superficie de ESSIDT rurales a construir (m2)	Inversión ESSIDyT nuevos 2023-2033 (\$)	Inversión ESSIDyT nuevos 2023-2033 (U\$S) (1U\$S=215,5\$)
CABA	4.131	0	1.815.908.138	8.426.488
Córdoba	103.494	7.190	48.658.853.790	225.795.145
Corrientes	26.724	2.756	12.960.154.614	60.139.929
Mendoza	24.729	2.751	12.080.608.904	56.058.510
Misiones	4.758	695	2.397.105.774	11.123.461
Río Negro	1.324	142	644.601.590	2.991.191
Santa Cruz	10.988	1.222	5.367.743.243	24.908.321
Tucumán	31.091	614	13.938.114.168	64.678.024
Argentina	207.237	15.371	<b>97.863.090.222</b>	<b>454.121.068</b>

Tabla 41. Inversión en construcción de ESSIDT

#### Mantenimiento de obra nueva

Son 222.608 m2 los que se deberían construir para la cantidad necesaria de ESSIDT con las variables poblacionales tomadas como estándar en el año 2033. Este mantenimiento a unos costos de \$41.764/m2 determina un monto anual de inversión de \$9.297.015.832 (U\$S 43.141.605) y una erogación total para 5 años entre el 2024 y el 2033 de \$ 46.485.079.160 (U\$S 215.708.024) (tabla 42).

Superficie de ESSIDT TOTALES NUEVOS PARA MANTENER (m2)	Inversión Anual de Mantenimiento de Obra Nueva 2024 (\$)	Inversión Anual 2024 Mantenimiento de Obra Nueva en Dolares (U\$S) (\$215,5 = U\$S1)	Inversión 2024 - 2033 Mantenimiento de Obra Nueva por 5 años (U\$S)	Inversión 2024 - 2033 Mantenimiento de Obra Nueva por 5 años (\$) (\$215,5 = U\$S1)
222.608	9.297.015.832	43.141.605	215.708.024	46.485.079.160

Tabla 42. Inversión en Mantenimiento de Obra nueva en ESSIDT

#### Establecimientos mixtos

##### Obra nueva

Los 14 establecimientos mixtos con especializadas capacidades de diagnóstico y tratamiento con sus 45.093 m2 de superficie se podrían desarrollar y construir con fondos equivalentes a \$ 24.177.174.875 (U\$S 112.191.067) si consideramos \$536.164/m2. (tabla 43)

Conglomerados Urbanos	Cantidad de ES Mixtos a construir	Superficie nueva a construir (m2) (1=3.000m2)	Inversión en Construcción en ESMixtos 2024 - 2033 (\$)	Inversión en Construcción en ESMixtos 2024-2033 (U\$S) (\$215,5 = U\$S 1)
Total	14	45.093	24.177.174.875	112.191.067

Tabla 43. Inversión en construcción de ES mixtos

### Mantenimiento de obra nueva

El mantenimiento de estas obras se realizaría sobre los 45.093 m<sup>2</sup> a un valor de \$50.815/m<sup>2</sup> y destinando anualmente \$ 2.291.394.315 (U\$S 10.632.920) y una proyección a 5 años de \$ 11.456.971.573 (U\$S 53.164.601) (tabla 44)

Cantidad de Establecimientos Mixtos a Mantener	Superficie nueva a mantener (m <sup>2</sup> ) (1=3.000m <sup>2</sup> )	Inversión Anual de Mantenimiento de Obra Nueva 2024 (\$)	Inversión Anual de Mantenimiento de Obra Nueva 2024 (U\$S) (\$215,5=U\$S1)	Inversión 2024 - 2033 Mantenimiento de Obra Nueva por 5 años (U\$S) (\$215,5=U\$S1)	Inversión 2024 - 2033 Mantenimiento de Obra Nueva por 5 años (\$) (\$215,5=U\$S1)
14	45.093	2.291.394.315	10.632.920	53.164.601	11.456.971.573

Tabla 44. Inversión en mantenimiento de obra nueva en ESSIDT

### Resumen de inversiones

En base a estas consideraciones y acciones concluimos que en Argentina es necesario actuar sobre un total de 43.336.659 m<sup>2</sup> y la inversión total a 10 años para el período 2024-2033 sería de \$ 14.110.062.640.362 (U\$S 65.475.928.726)

Con el propósito de poder consolidar el trabajo realizado presentamos en dos cuadros las superficies a intervenir y las inversiones.

El **primer cuadro** organiza la presentación **en base al tipo de establecimiento** de salud a intervenir; con internación, sin internación y mixto. (tabla 44)

El **segundo cuadro** presenta los datos **según el tipo de intervención**; mantenimiento de obra existente, remodelación/Re-funcionalización, obra nueva y mantenimiento de obra nueva. (tabla 45)

Las inversiones contempladas son las totales para los 10 años que comprenden el período 2024 a 2033. En el caso de las inversiones de mantenimiento se especifica la inversión anual. Los montos a invertir se expresan en pesos argentinos y se han convertido a dólares estadounidenses a un valor de \$215,5 por cada U\$S1.

Para los Establecimientos de Salud con Internación Aguda (ESCI Agudos), en base a la pertenencia actual que poseen entre el sector público y privado respetamos la distribución relativa presente y la distribución de la inversión sería de un 53,5 % para financiamientos públicos y 46,5 % para fuentes privadas.

Actualmente los Establecimientos de Salud con Internación (ESCI) para la Tercera Edad en un 10,6 % son Públicos y 89,4 % son Privados; y los Establecimientos de Salud con Internación de Salud Mental son Públicos en un 11,8% y Privados en un 88,2%. Al momento de planificar la inversión para la próxima década se consideró que las brechas cuantitativas de camas, metraje cuadrado y financiamiento serán cubiertas en un 53,5% por el sector público y 46,5% por el sector privado (valores porcentuales similares a los ESCI agudos). Esto implicaría un importante aumento en la participación estatal en la prestación de este tipo de atenciones.

Resaltamos como consideración especial, que para los centros de atención primaria de salud tipificados como Establecimientos de Salud sin internación (ESSIDT) y los Establecimientos de Salud Mixtos (ESM) consideramos solamente al sector público debido a falta de información oficial en relación a los efectores privados de estas categorías a nivel nacional.

EN PROCESO DE EDICION

## Resumen de inversiones

Tabla 45:  
Inversiones según tipo de establecimiento e intervención

ESTABLECIMIENTO		INTERVENCIÓN	SUPERFICIE (m2)	INVERSIÓN ANUAL MANTENIMIENTO (\$)	INVERSIÓN ANUAL MANTENIMIENTO (U\$S)	INVERSIÓN TOTAL 2024 - 2033 (\$)	INVERSIÓN TOTAL 2024-2033 (U\$S)
CON INTERNACIÓN (ESCI)	AGUDOS	MANTENIMIENTO EXISTENTE	15.988.600	713.514.890.400	3.310.973.969	7.135.148.904.000	33.109.739.694
		REMODELACIÓN / REFUNCIÓNALIZACION	1.598.860			497.183.899.640	2.307.117.864
		OBRA NUEVA	133.668			71.668.213.224	332.567.115
	TERCERA EDAD	OBRA NUEVA	11.580.489			3.725.929.550.272	17.289.696.289
	MEDIO CAMINO SALUD MENTAL	OBRA NUEVA	70.794			20.809.364.529	96.563.176
		MANTENIMIENTO DE OBRA NUEVA	11.784.951	360.560.953.242	1.673.136.674	1.802.804.766.212	8.365.683.370
<b>SUBTOTALES DE INVERSIÓN ESCI</b>				<b>1.074.075.843.642</b>	<b>4.984.110.643</b>	<b>13.253.544.697.877</b>	<b>61.501.367.508</b>
SIN INTERNACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (ESSIDT)		MANTENIMIENTO EXISTENTE	1.565.614	65.386.303.096	303.416.720	653.863.030.954	3.034.167.197
		REMODELACIÓN / REFUNCIÓNALIZACION	78.281			22.672.595.702	105.209.261
		OBRA NUEVA	222.608			97.863.090.222	454.121.068
		MANTENIMIENTO DE OBRA NUEVA	222.608	9.297.015.832	43.141.605	46.485.079.160	215.708.024
<b>SUBTOTALES DE INVERSIÓN ESSIDT</b>				<b>74.683.318.928</b>	<b>346.558.324</b>	<b>820.883.796.037</b>	<b>3.809.205.550</b>
MIXTO (ESM)		OBRA NUEVA	45.093			24.177.174.875	112.191.067
		MANTENIMIENTO DE OBRA NUEVA	45.093	2.291.394.315	10.632.920	11.456.971.573	53.164.601
<b>SUBTOTALES DE INVERSIÓN ESM</b>				<b>2.291.394.315</b>	<b>10.632.920</b>	<b>35.634.146.448</b>	<b>165.355.668</b>
<b>TOTALES GENERALES DE INVERSIÓN</b>			<b>43.336.659</b>	<b>1.151.050.556.885</b>	<b>5.341.301.888</b>	<b>14.110.062.640.362</b>	<b>65.475.928.726</b>

Tabla 46:  
Inversiones según tipo de intervención y establecimiento

INTERVENCIÓN	ESTABLECIMIENTO		SUPERFICIE (m2)	INVERSIÓN ANUAL MANTENIMIENTO (\$)	INVERSIÓN ANUAL MANTENIMIENTO (U\$S)	INVERSIÓN TOTAL 2024 - 2033 (\$)	INVERSIÓN TOTAL 2024 - 2033 (U\$S)
<b>MANTENIMIENTO EXISTENTE</b>	CON INTERNACIÓN		15.988.600	713.514.890.400	3.310.973.969	7.135.148.904.000	33.109.739.694
	SIN INTERNACIÓN		1.565.614	65.386.303.096	303.416.720	653.863.030.954	3.034.167.197
<b>SUBTOTALES MANTENIMIENTO EXISTENTE</b>				<b>778.901.193.496</b>	<b>3.614.390.689</b>	<b>7.789.011.934.954</b>	<b>36.143.906.891</b>
<b>REMODELACIÓN / REFUNCIONALIZACIÓN</b>	CON INTERNACIÓN		1.598.860			497.183.899.640	2.307.117.864
	SIN INTERNACIÓN		78.281			22.672.595.702	105.209.261
<b>SUBTOTALES REMODELACIÓN / REFUNCIONALIZACIÓN</b>						<b>519.856.495.342</b>	<b>2.412.327.125</b>
<b>OBRA NUEVA</b>	CON INTERNACIÓN	AGUDOS	133.668			71.668.213.224	332.567.115
		TERCERA EDAD	11.580.489			3.725.929.550.272	17.289.696.289
		MEDIO CAMINO SALUD MENTAL	70.794			20.809.364.529	96.563.176
	SIN INTERNACIÓN		222.608			97.863.090.222	454.121.068
	MIXTO		45.093			24.177.174.875	112.191.067
<b>SUBTOTALES OBRA NUEVA</b>						<b>3.940.447.393.122</b>	<b>18.285.138.715</b>
<b>MANTENIMIENTO OBRA NUEVA</b>	CON INTERNACIÓN		11.784.951	360.560.953.242	1.673.136.674	1.802.804.766.212	8.365.683.370
	SIN INTERNACIÓN		222.608	9.297.015.832	43.141.605	46.485.079.160	215.708.024
	MIXTO		45.093	2.291.394.315	10.632.920	11.456.971.573	53.164.601
<b>SUBTOTALES MANTENIMIENTO OBRA NUEVA</b>				<b>372.149.363.389</b>	<b>1.726.911.199</b>	<b>1.860.746.816.945</b>	<b>8.634.555.995</b>
<b>TOTALES GENERALES DE INVERSIÓN</b>			<b>43.336.659</b>	<b>1.151.050.556.885</b>	<b>5.341.301.888</b>	<b>14.110.062.640.362</b>	<b>65.475.928.726</b>

EN PROCESO DE EDICION

Tabla 47

Inversiones según fuente de financiamiento, intervención y tipo de establecimiento.

Concepto	Superficie afectada (m2)	\$/m2	Inversión 2033 (\$)	%
<b>Inversión Pública</b>			<b>\$ 7.947.164.355.849,3</b>	<b>56,3%</b>
<b>Refuncionalización</b>			<b>\$ 288.665.982.009,8</b>	<b>3,6%</b>
Establecimiento SIN Internación	78.281	\$ 289.632	\$ 22.672.595.702,4	7,9%
Establecimiento CON Internación Agudas	596.268	\$ 353.851	\$ 210.990.098.838,2	73,1%
Establecimiento CON Internación Otras Camas	259.122	\$ 212.268	\$ 55.003.287.469,2	19,1%
<b>Ejecución Obra Nueva</b>			<b>\$ 2.164.888.078.590,1</b>	<b>27,2%</b>
Establecimiento SIN Internación	222.608	\$ 439.620	\$ 97.863.090.222,0	4,5%
Establecimiento CON Internación Agudas	71.513	\$ 536.164	\$ 38.342.494.074,6	1,8%
Establecimiento CON Internación Tercera Edad	6.195.561	\$ 321.742	\$ 1.993.372.309.395,3	92,1%
Establecimiento CON Internación Medio Camino	37.875	\$ 293.942	\$ 11.133.010.023,2	0,5%
Establecimiento Mixto	45.093	\$ 536.164	\$ 24.177.174.875,0	1,1%
<b>Mantenimiento Obra Nueva (por 5 años)</b>			<b>\$ 1.022.442.600.655,9</b>	<b>12,9%</b>
Establecimiento SIN Internación	222.608	\$ 41.764	\$ 46.485.079.159,6	4,5%
Establecimiento CON Internación Agudas	71.513	\$ 50.815	\$ 964.500.549.923,5	94,3%
Establecimiento CON Internación Tercera Edad	6.195.561	\$ 30.386		
Establecimiento CON Internación Medio Camino	37.875	\$ 27.800		
Establecimiento Mixto	45.093	\$ 50.815	\$ 11.456.971.572,8	1,1%
<b>Mantenimiento Obra Existente (por 10 años)</b>			<b>\$ 4.471.167.694.593,5</b>	<b>56,3%</b>
Establecimiento SIN Internación	1.565.614	\$ 41.764	\$ 653.863.030.953,5	14,6%
Establecimiento CON Internación Agudas	5.962.682	\$ 50.815	\$ 3.817.304.663.640,0	85,4%
Establecimiento CON Internación Otras Camas	2.591.219	\$ 30.386		
<b>Inversión Privada</b>			<b>\$ 6.162.898.284.512,7</b>	<b>43,7%</b>
<b>Refuncionalización</b>			<b>\$ 231.190.513.332,6</b>	<b>3,8%</b>
Establecimiento SIN Internación				
Establecimiento CON Internación Agudas	518.252	\$ 353.851	\$ 183.383.917.681,8	79,3%
Establecimiento CON Internación Otras Camas	225.218	\$ 212.268	\$ 47.806.595.650,8	20,7%
<b>Ejecución Obra Nueva</b>			<b>\$ 1.775.559.314.531,4</b>	<b>28,8%</b>
Establecimiento SIN Internación				
Establecimiento CON Internación Agudas	62.156	\$ 536.164	\$ 33.325.719.149,0	1,9%
Establecimiento CON Internación Tercera Edad	5.790.244	\$ 321.742	\$ 1.732.557.240.876,3	97,6%
Establecimiento CON Internación Medio Camino	35.397	\$ 293.942	\$ 9.676.354.506,2	0,5%
<b>Mantenimiento Obra Nueva</b>			<b>\$ 838.304.216.288,7</b>	<b>13,6%</b>
Establecimiento SIN Internación				
Establecimiento CON Internación Agudas	62.156	\$ 50.815	\$ 838.304.216.288,7	100,0%
Establecimiento CON Internación Tercera Edad	5.384.927	\$ 30.386		
Establecimiento CON Internación Medio Camino	32.919	\$ 27.800		
<b>Mantenimiento Obra Existente</b>			<b>\$ 3.317.844.240.360,0</b>	<b>53,8%</b>
Establecimiento SIN Internación				
Establecimiento CON Internación Agudas	5.182.518	\$ 50.815	\$ 3.317.844.240.360,0	100,0%
Establecimiento CON Internación Otras Camas	2.252.181	\$ 30.386		
<b>Inversión Total</b>			<b>\$ 14.110.062.640.362,0</b>	<b>100,0%</b>

## 6. Conclusiones

Visto el análisis de las necesidades de oferta sanitaria edilicia; las distintas modalidades de intervención posible, ya sea obra nueva, remodelación y/o mantenimiento y las estimaciones de inversión calculadas para la próxima década en el sector sanitario argentino; concluimos que:

- a- La infraestructura sanitaria ha aumentado durante la pandemia COVID 19. A través de la construcción y remodelación pública y privada predominantemente en establecimientos de salud con internación y complejidad de camas intermedias y críticas. Los establecimientos y camas de internación prolongada también se expandieron por construcción de nuevas capacidades y probablemente por un aumento en la habilitación y registración de oferta existente previa.
- b- Con visión actual y a 10 años, el mantenimiento de obras existentes con y sin internación es la intervención que mayor necesidad y oportunidad de inversión representando un 55,2% del total proyectado.
- c- El mantenimiento de obra nueva, durante 5 años de la próxima década, alcanza un peso relativo de 13,2% del total.
- d- La participación del mantenimiento como intervención sobre los recursos físicos de salud totaliza un 68,4% del total. Estas intervenciones permitirían poner en valor con rapidez muchas estructuras edilicias actualmente utilizadas por la población y generaría un impulso en la gestión que pondere la importancia del cuidado preventivo y reparativo precoz de la infraestructura. Se observa la necesidad de mantenimiento en los establecimientos existentes con internación como el mayor desafío financiero junto al mantenimiento de obra nueva de tercera edad.
- e- A partir de un análisis y registro sistemático y periódico del estado de mantenimiento, a realizarse en terreno, se podría ajustar y determinar cuáles son los efectores prioritarios.
- f- La Obra Nueva representa actualmente el 27,9% de la inversión total.
- g- Los adultos mayores aumentan progresivamente su cantidad debido al envejecimiento poblacional y se requiere adecuar la disponibilidad de servicios para tal segmento poblacional a través de la construcción de establecimientos especializados para su atención de calidad, especialmente en el sector público.
- h- La construcción de hospitales y centros de atención primaria de la salud se percibe como necesaria en algunas jurisdicciones del país al analizar su necesidad en base a la población y las tasas de uso existentes actualmente e ideales a alcanzar con la mejora y eficientización de la gestión.



- i- La remodelación y Re-funcionalización de camas de internación ha sido importante durante la pandemia y esto ha reducido la cantidad de metraje cuadrado e inversión necesaria en el contexto total. Este tipo de intervención alcanza el 3,7% de la inversión total y estaría predominantemente asignada a los establecimientos con internación aguda debido a la necesidad de actualizar el modelo de internación y gestión de pacientes dentro de la institución pasando de los servicios divididos por especialidad a los cuidados integrales progresivos según complejidad del paciente. (Modelo de Cuidados Progresivos).
- j- Finalmente, nuevas modalidades de atención aparecen en el espectro sanitario. Los Establecimientos Mixtos de Diagnóstico y Tratamiento en las grandes urbes y las Casas de Medio Camino para acompañar las políticas de desmanicomialización son ofertas necesarias para una demanda que pondera la oportuna accesibilidad y la resolutivez en el primer caso y la reinserción familiar y social en el segundo.
- k- El fortalecimiento del uso y calidad de los sistemas de información de recursos físicos en las jurisdicciones y a nivel nacional es prioritario para poder planificar racionalmente y de manera consensuada interjurisdiccional y entre el sector público y privado como inversionistas.
- l- Las fuentes de financiamiento públicas y privadas participan en un 56,3% y un 43,7% respectivamente en el total de las intervenciones propuestas. Esta distribución expresada se estima en base a un supuesto asumido en este trabajo; al tomar como base porcentual de participación la que hoy hay entre la inversión pública y privada (53,5% y 46,5% respectivamente) en la distribución de camas agudas, con una traspolación de estos porcentajes de contribución a otras intervenciones en establecimientos con internación realizada en la proyección y considerando un aumento de la participación estatal por la asunción de las intervenciones sobre establecimientos sin internación y mixtos.

En estos últimos años se ha demostrado la importancia que tiene el sector salud a nivel social. Esa importancia constante se ha visto magnificada en un contexto de pandemia. La existencia de infraestructura mantenida acorde a la demanda, la decisión estatal de inversión en obra nueva, la participación de empresas locales como parte del motor productivo nacional y la utilización de nuevos materiales de alta calidad y velocidad constructiva fueron pilares fundamentales de la respuesta y crecimiento ante la emergencia. La relevancia del mantenimiento correctivo y remodelación y Re-funcionalización de áreas y establecimientos también fue demostrada en aquellos lugares donde era una necesidad.

Esta experiencia vivida en el país demuestra que la planificación estratégica de recursos físicos y equipamiento es vital para estar preparados ante la demanda cotidiana y la eventual. El pensamiento de mediano plazo debe ser sustentado por variables que abarcan la base poblacional del país en sus diferentes regiones y jurisdicciones, el crecimiento vegetativo y la distribución etaria. Sumado a este componente se vislumbra el positivo valor de las estadísticas vitales y la producción asistencial actual y futura de los servicios de salud considerando consultas, egresos, partos, cirugías, estadías medias, y ocupación de camas. En este punto debemos destacar que planificar recursos físicos y equipamiento requiere de una conjunta planificación de talento humano. Las mujeres y los

hombres que se desempeñan en el campo de la salud son la columna vertebral de un sistema sanitario que ha respondido y responderá a las necesidades habituales y extraordinarias. Su cantidad y calidad planificada permitiría que el ritmo de obra infraestructural pueda pensarse con la expectativa positiva de un desarrollo integrado para responder a las necesidades sanitarias en los diferentes lugares del país.

Establecer prioridades y planificar una hoja de ruta consensuada entre el Estado, empresariado y trabajadores permitirá invertir racional y eficientemente con el objetivo de cuidar cada vez más y mejor la salud de la población argentina.

EN PROCESO DE EDICION

## 7. Referencias Bibliográficas y Fuentes de Información

Ministerio de Salud de Nación – Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina – SIISA.  
R.E.F.E.S. Registro Federal de establecimientos de salud Argentina.  
[https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050101/refes\\_home.jsp](https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050101/refes_home.jsp)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) Dirección de Estadísticas Poblacionales –  
Programa de Análisis Demográfico. Censo 2010. Composición y Distribución.  
<https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-18-77>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Estimaciones y proyecciones de población.  
2010-2040. Total país. Número 35. Serie de análisis demográfico.  
[https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyeccionesyestimaciones\\_nac\\_2010\\_2040.pdf](https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo Nacional de Población, Hogares y  
Viviendas 2022. Resultados provisionales. ENERO 2023.  
[https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/cnphv2022\\_resultados\\_provisionales.pdf](https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/cnphv2022_resultados_provisionales.pdf)

INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados provisionales. Mapas  
del Censo 2022, [https://www.censo.gov.ar/index.php/mapa\\_poblacion1/](https://www.censo.gov.ar/index.php/mapa_poblacion1/)

Tablero dinámico con situación de COVID-19 en Argentina. Organización Panamericana de la  
Salud. <https://www.paho.org/es/argentina/tablero-dinamico-con-situacion-covid-19-argentina>

La Natalidad y la Fecundidad en Argentina entre 1980 y 2019. Dirección Nacional de Población.  
Octubre 2021. Registro Nacional de las Personas. Ministerio del Interior de la Nación.  
[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/09/informe\\_natalidad\\_y\\_fecundidad\\_entr\\_e\\_1980y2019.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/09/informe_natalidad_y_fecundidad_entr_e_1980y2019.pdf)

Natalidad y Mortalidad en Argentina. Año 2021. Ministerio de Salud de la Nación.  
[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/natalidad\\_mortalidad\\_infantil\\_2021.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/natalidad_mortalidad_infantil_2021.pdf)

Red Federal de Infraestructura Sanitaria. Ministerio de Obras Públicas.  
<https://www.argentina.gob.ar/obras-publicas/red-de-emergencia>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. OCDEStat.  
<https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30142>

Salud para los Argentinos. Ginés González García – Federico Tobar. Ediciones Isalud. 2004

Plan Federal de Salud 2004-2007. Ministerio de Salud de la Nación.  
[https://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004\\_Plan\\_Federal\\_Salud.pdf](https://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004_Plan_Federal_Salud.pdf)

Análisis de Situación de Salud de la República Argentina. Ministerio de salud y Desarrollo Social. Edición 2018. [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392cnt-analisis\\_de\\_situacin\\_de\\_salud\\_-\\_repblica\\_argentina\\_-\\_asis\\_2018\\_compressed.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392cnt-analisis_de_situacin_de_salud_-_repblica_argentina_-_asis_2018_compressed.pdf)

Sector Salud. Proyecciones 2016 2025. Ing. Cecilia Cavado. Ing. Matías Leiblich. Área de pensamiento Estratégico. Cámara Argentina de la Construcción. <https://biblioteca.camarco.org.ar/libro-26/>

Cantidad, uso y gestión de las camas hospitalarias. Tendencias en el mundo y situación en Mendoza. Dr. Enrique Quesada. Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria de Mendoza. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/12/Gestion-camas-hospitalarias-ISG.pdf>

EN PROCESO DE EDICIÓN