

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

ARGENTINA

PROGRAMA MULTIFASE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

MEMORANDO DE EVALUACIÓN DE LA PRIMERA OPERACIÓN (AR-L1142)

Y

PROPUESTA DE PRÉSTAMO DE LA SEGUNDA OPERACIÓN (AR-L1196)

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Mario Sánchez (SPH/CAR) Jefe de Equipo; Matías Busso (RES/RES); Carlos Carpizo (FMP/CAR); Alonso Chaverri-Suárez (LEG/SGO); Vanina Di Paola (CSC/CAR); Martha Guerra (SCL/SPH); Diana Pinto (SCL/SPH); Marisol Pinto (FMP/CAR); Teodoro Noel (FMP/CAR).

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El presente documento no ha sido aprobado por el Directorio. Si el Directorio lo aprueba con modificaciones, se pondrá a disposición del público una versión revisada que sustituirá y reemplazará la versión original.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN DEL PROYECTO | 1 |
| I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS | 2 |
| A. Antecedentes, Problemática y Justificación | 2 |
| B. Objetivos, Componentes y Costo | 9 |
| C. Indicadores Claves de Resultados | 12 |
| II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS | 13 |
| A. Instrumentos de Financiamiento | 13 |
| B. Riesgos Ambientales y Sociales | 14 |
| C. Riesgos Fiduciarios | 14 |
| D. Otros Riesgos del Proyecto | 15 |
| III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN | 15 |
| A. Resumen de los Arreglos de Implementación | 15 |
| B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados | 17 |

ANEXOS

Anexo I Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) – Resumen

Anexo II Matriz de Resultados

Anexo III Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

ENLACES ELECTRÓNICOS

REQUERIDOS

1. [Plan de Ejecución Plurianual \(PEP\)](#)
2. [Monitoreo y Evaluación](#)
3. [Plan de Adquisiciones](#)

OPCIONALES

1. [Costo del Proyecto](#)
2. [Evaluaciones operativas y de impacto del programa REDES](#)
3. [Estudio de costo-efectividad de pruebas de tamizaje para cáncer colorrectal](#)
4. [Análisis Económico](#)
5. [Incidencia distributiva de Remediar + Redes](#)
6. [Impacto redistributivo de REMEDIAR](#)
7. [Plan Operativo Anual \(POA\)](#)
8. [Referencias bibliográficas](#)
9. [Hitos](#)
10. [Filtro de Política de Salvaguardias \(SPF\) y Formulario de Evaluación de Salvaguardia para la Clasificación de Proyectos \(SSF\)](#)

| ABREVIATURAS | |
|---------------------|---|
| APS | Atención Primaria de la Salud |
| AVISA | Años de Vida Saludable Perdidos |
| CAPS | Centros de Atención Primaria de la Salud |
| CUS | Cobertura Universal de Salud |
| EC | Enfermedades Crónicas |
| GRP | Gestión de Riesgos en Proyectos |
| INC | Instituto Nacional del Cáncer |
| MINSAL | Ministerio de Salud de la Nación |
| OE | Organismo Ejecutor |
| PACI | Plataforma para el Análisis de Capacidad Institucional |
| PNA | Primer Nivel de Atención |
| PJI | Proyectos Jurisdiccionales de Inversión |
| PMR | Reporte de Monitoreo del Programa |
| POA | Plan Operativo Anual |
| RISS | Redes Integradas de Servicios de Salud |
| RITA | Registro Institucional de Tumores de Argentina |
| ROP | Reglamento Operativo del Programa |
| ROHA | Registro Oncopediátrico Hospitalario |
| SECI | Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional |
| SITAM | Sistema de Información de Tamizaje |
| SPPSSC | Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria |
| UFI-S | Unidad de Financiamiento Internacional de Salud |
| UGJ | Unidades de Gestión Jurisdiccional |
| UT | Unidad Técnica |

RESUMEN DEL PROYECTO
ARGENTINA
PROGRAMA MULTIFASE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, SEGUNDA OPERACIÓN
(AR-L1196)

| Términos y Condiciones Financieras | | | | |
|--|--|-----------------------------|---|---|
| Prestatario: República Argentina | | | Facilidad de Financiamiento Flexible^(b) | |
| | | | Plazo de amortización: | 25 años |
| Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL) | | | VPP original: | 14,75 años |
| | | | Período de desembolso: | 4 años |
| Fuente | Monto (millones de US\$) | % | Período de gracia: | 4,5 años |
| BID (CO)^(a): | 100 | 60,2 | Comisión de inspección y vigilancia: | ^(c) |
| Local: | 66 | 39,8 | Tasa de interés: | Basada en LIBOR |
| | | | Comisión de crédito: | ^(c) |
| Total: | 166 | 100 | Moneda de aprobación: | Dólares Americanos con cargo al Capital Ordinario |
| Esquema del Proyecto | | | | |
| Objetivo del proyecto/descripción: El objetivo de esta segunda operación es contribuir a la reducción de la morbilidad causada por enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina, priorizando a la población con cobertura pública exclusiva. Específicamente, se propone coadyuvar a: (i) jerarquizar el Primer Nivel de Atención (PNA) como puerta de entrada al sistema de salud; (ii) incrementar el acceso de la población a tamizajes para su clasificación por riesgo sanitario; e (iii) incrementar el acceso de la población con riesgo sanitario moderado o alto que padece de condiciones crónicas a tratamientos oportunos. | | | | |
| Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: Que el Organismo Ejecutor (OE): (i) haya puesto en vigencia, a través de una resolución ministerial, el Reglamento Operativo del Programa (ROP), en los términos previamente acordados con el Banco; y (ii) haya emitido una resolución ministerial mediante la cual: (a) se asigne la Dirección Nacional del Programa a la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria (SPPSSC); (b) se conforme la Unidad Técnica (UT), bajo la dependencia de la SPPSSC, integrada por las Coordinaciones de los programas REDES y Cobertura Universal de Salud (CUS) Medicamentos y del Instituto Nacional del Cáncer (INC); y (c) se encomiende a la Unidad de Financiamiento Internacional de Salud (UFI-S) la responsabilidad de los aspectos fiduciarios y de gestión administrativa y financiera del programa (¶3.7). | | | | |
| Condiciones contractuales especiales de ejecución: Que el OE: (i) suscriba un Convenio de Gestión con la jurisdicción respectiva, de acuerdo a los términos y condiciones establecidas en el ROP, previo a la transferencia de recursos del Programa a dicha jurisdicción para financiar la expansión de: (a) los Proyectos Jurisdiccionales de Inversión (PJI) e Innovadores; y (b) el Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA), el Sistema de Información de Tamizaje (SITAM) y el Registro Oncopediátrico Hospitalario (ROHA), previstos en los Subcomponentes 1.1 y 2.1, respectivamente; y (ii) haya obtenido la aprobación del Banco a un Plan de Equipamiento del PNA que incluya, al menos: (a) una justificación técnica del tipo de equipamiento a adquirir y a ser distribuido a los efectores de dicho nivel; (b) una estrategia para la reparación y mantenimiento del equipamiento; y (c) los criterios técnicos para su distribución entre jurisdicciones y al interior de las mismas. La aprobación del Banco al Plan de Equipamiento deberá obtenerse previamente al llamado de la primera licitación que se haga con cargo a los recursos asignados al Subcomponente 1.2 (¶3.8). | | | | |
| Excepciones a las políticas del Banco: N/A | | | | |
| Alineación Estratégica | | | | |
| Desafíos^(d): | SI <input checked="" type="checkbox"/> | PI <input type="checkbox"/> | EI <input type="checkbox"/> | |
| Temas Transversales^(e): | GD <input checked="" type="checkbox"/> | CC <input type="checkbox"/> | IC <input type="checkbox"/> | |

^(a) El desembolso de los recursos del Préstamo estará sujeto a los siguientes límites máximos: (i) hasta un 15% durante los primeros 12 meses; (ii) hasta un 30% durante los primeros 24 meses; y (iii) hasta un 50% durante los primeros 36 meses, todos los cuales serán contados a partir de la fecha de aprobación del Préstamo por el Directorio Ejecutivo del Banco.

^(b) Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FN-655-1) el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda y de tasa de interés. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta aspectos operacionales y de manejo de riesgos.

^(c) La comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de los cargos financieros del Banco, de conformidad con las políticas correspondientes.

^(d) SI (Inclusión Social e Igualdad); PI (Productividad e Innovación); y EI (Integración Económica).

^(e) GD (Igualdad de Género y Diversidad); CC (Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental); y IC (Capacidad Institucional y Estado de Derecho).

I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, Problemática y Justificación

1. Impacto de las enfermedades crónicas en Argentina y sus causas

- 1.1 Las enfermedades crónicas (EC) causaron más de tres cuartas partes de los años de vida saludables perdidos por muertes prematuras o vividas con discapacidad en Argentina en 2013. Casi 40% de estas pérdidas se concentraron en condiciones cardiovasculares, cánceres, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas¹. Aunque su prevalencia es más alta en las regiones de mayor desarrollo, también son la principal causa de muerte temprana y discapacidad en las regiones más pobres del país (Macchia, et al., 2015; Borruel, et al., 2010). Adicionalmente, las EC infringen costos económicos sustanciales. Por ejemplo, sumando ingresos laborales perdidos de manera directa y gastos médicos, solamente las enfermedades cardiovasculares en Argentina generan costos anuales cercanos a medio punto del PIB (IECS, 2011).
- 1.2 Las EC más prevalentes comparten factores de riesgo: tabaquismo, dieta poco saludable y sedentarismo (OMS; 2009)². Con el tiempo, estos comportamientos contribuyen a generar cambios fisiológicos y metabólicos como hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, hiperglicemia (niveles altos de azúcar en sangre) y colesterol elevado, que están biológicamente relacionados con el desarrollo temprano de estas enfermedades. El nivel y la tendencia de estos factores y sus manifestaciones fisiológicas son una importante preocupación para las políticas públicas en Argentina (ver Cuadro I.1), no sólo por sus implicaciones sanitarias y económicas, sino también en términos de equidad. La población argentina más vulnerable sufre desproporcionadamente a causa de las EC: tiene más factores predisponentes (Fleischer, et al., 2011); accede en menor proporción a los servicios de tamizaje que habilitarían su tratamiento (Jahangir, et. al; 2012) y está más propensa a gastos empobrecedores (Huffman, et al., 2011).

¹ Estimaciones propias con base en datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, Manteniendo la misma estructura etaria, estos cuatro grupos de enfermedades ocasionaron casi 35% y 41% de los años de vida saludable perdidos (AVISA) en mujeres y varones argentinos respectivamente.

² En 2013, 59% de los AVISA causados por EC en Argentina son atribuibles a conductas y estilos de vida, medioambiente o condiciones metabólicas. De estos AVISA atribuibles, 71% corresponden directa o indirectamente a conductas y estilos de vida.

Cuadro I.1. Prevalencia de factores de riesgo de comportamiento y clínicos para EC no transmisibles en Argentina en 2013 (%)

| Factor de riesgo | Nacional | | Varones | Mujeres | Con cobertura | Sin cobertura | Primer quintil | Quinto quintil |
|--|----------|---|---------|---------|---------------|---------------|----------------|----------------|
| Fumador | 25,1 | ↓ | 29,9 | 20,5 | - | - | 28,2 | 23,0 |
| No consume mínimo de frutas y verduras | 94,1 | ≈ | 95,8 | 94,6 | - | - | 96,6 | 93,0 |
| Actividad física baja | 54,7 | ↑ | 51,8 | 57,4 | - | - | 53,4 | 52,2 |
| Sobrepeso | 37,1 | ↑ | 43,3 | 31,3 | - | - | 35,5 | 36,3 |
| Obesidad | 20,8 | ↑ | 22,9 | 18,8 | - | - | 21,4 | 18,8 |
| Hipertensión arterial | 34,1 | ≈ | 31,4 | 36,4 | - | - | 38,5 | 29,0 |
| Hiperlipidemia | 29,8 | ↑ | 29,7 | 29,9 | - | - | 30,0 | 29,1 |
| Colesterol alto | 9,8 | ↑ | 9,1 | 10,4 | - | - | 10,1 | 9,1 |
| Sin control de presión arterial | 17,6 | ↓ | 22,2 | 13,4 | 12,8 | 28,8 | 25,8 | 12,6 |
| Sin control de colesterol | 22,5 | ↓ | 28,6 | 15,3 | 17,2 | 41,6 | 34,2 | 12,8 |
| Sin control de glucemia | 23,2 | ↓ | 29,2 | 17,1 | 16,3 | 39,3 | 34,2 | 13,8 |
| Sin mamografía | 34,4 | ↓ | - | - | 30,2 | 48,0 | 48,7 | 20,1 |
| Sin Papanicolaou | 28,4 | ↓ | - | - | 23,6 | 39,6 | 37,1 | 21,0 |
| Sin rastreo de cáncer de colon | 75,5 | - | 76,8 | 74,3 | 72,5 | 88,8 | 83,5 | 65,7 |

Fuente: Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo 2005, 2009 y 2013. Los símbolos indican tendencias entre las tres encuestas.

Nota 1: Salvo para los siguientes factores, las estimaciones se basan en población mayor de 18 años: (i) sin control del colesterol (35+ para varones, 45+ para mujeres); y (ii) sin mamografía (50-70); sin Papanicolaou (25-65); sin rastreo de cáncer de colon (50-75).

Nota 2: Para los factores clínicos, las mediciones refieren a "alguna vez", excepto para los siguientes que refieren a "en los últimos dos años": (i) control y prevalencia de hipertensión; (ii) sin mamografía; y (iii) sin Papanicolaou.

2. Estrategias para el control de las EC y el desafío de su implementación en Argentina

- 1.3 La forma más costo-efectiva de mitigar el impacto de las EC es la implementación de medidas de salud pública, de base poblacional, que promuevan estilos de vida saludable (medidas fiscales para desincentivar el consumo de alimentos no saludables y control del consumo de tabaco, por ejemplo). Sin embargo, también existen recomendaciones basadas en evidencia sobre cómo atender a quienes ya tienen o están en riesgo de desarrollar una enfermedad crónica (Cecchini, et al, 2010; Halpin, et al, 2010). Éstas apuntan a organizar un modelo de cuidado con un enfoque de Atención Primaria de la Salud (APS) y a través del desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (Vasan, et al; 2013). El enfoque de APS requiere que los servicios del Primer Nivel de Atención (PNA), de baja complejidad y de mayor presencia territorial, sean la "puerta de entrada" al sistema de salud. Para ello, deben atraer de manera continua a su población a cargo para atenderla de forma preventiva o curativa y tener una alta capacidad de resolución de consultas, derivando a niveles superiores solamente los casos clínicamente más complejos. Las RISS son una expresión operativa del enfoque de APS. Caracterizan un modelo de organización cuyo objetivo principal es lograr que los servicios de salud se presten de manera coordinada y oportuna a través de los diferentes proveedores y niveles de complejidad clínica.
- 1.4 Sin embargo, la implementación de estas recomendaciones en Argentina enfrenta al menos tres dificultades. En primer lugar, el sistema de salud

argentino es sumamente fragmentado. Coexisten tres subsistemas de cobertura de salud-obras sociales, seguros privados y público exclusivo-con superposición financiera y en la población atendida, con distintas garantías de servicio. A la par, aunque el Gobierno Nacional es el garante de la salud de la población, la gestión y el financiamiento de los servicios públicos de salud recaen primordialmente en los gobiernos sub-nacionales. Esta multiplicidad de gestores, fuentes de financiamiento y subsistemas genera áreas operativas grises que dificultan la implementación de políticas de salud pública y el tránsito ágil, adecuado y continuo de la población a lo largo de las líneas de cuidado correspondientes a su condición de salud (Tobar, et al; 2012).

- 1.5 En segundo lugar, predomina un enfoque curativo y especializado para el tratamiento de las EC. Esto ha favorecido el direccionamiento desproporcionado e inercial de recursos humanos y financieros a los niveles de mayor complejidad médica, a costa del PNA. A su vez, esto ha reducido la capacidad resolutoria y por tanto la demanda de servicios al PNA (Tobar, et al; 2012). Adicionalmente, este énfasis en la complejidad médica ha resultado en una baja capacidad de gestión para la atención preventiva de crónicos en los entes sub-nacionales. De manera particular, muchos de ellos no cuentan con sistemas de información adecuados que permitan la vigilancia epidemiológica o la evaluación de políticas sanitarias para estas patologías (MSN; 2010).
- 1.6 En tercer lugar, además de que un porcentaje significativo de la población no realiza consultas preventivas, muchos de aquellos diagnosticados con patologías crónicas o en alto riesgo de contraerlas no adhieren a los tratamientos farmacológicos que, con una alta efectividad, podrían controlarlos (Pearson, et al, 1993). Por ejemplo, un estudio realizado en 2005 encontró que 29% de los adultos de la Ciudad de Buenos Aires padecía hipertensión y que, de estos, 36% desconocía esta condición y sólo 18% era tratado y controlado (Rubinstein, et. al; 2014). Esto es en parte resultado de una percepción de baja calidad de los servicios, pero también se explica por fallas de información entre la población respecto a los factores de riesgo de las EC, a que el desarrollo incipiente de estas patologías es asintomático y porque los servicios preventivos suelen ser inflexibles para atender a población con restricciones laborales (IECS, 2015)³.
- 1.7 Respondiendo a estos desafíos, el Programa Multifase de APS para el Manejo de EC no Transmisibles contempla que sus dos operaciones promuevan el Modelo de Cuidado de Pacientes con EC con Enfoque de APS y a través del funcionamiento de RISS.

3. Evaluación de la Fase I (operación AR-L1142) y verificación del cumplimiento de los hitos activadores de la Fase II

- 1.8 En septiembre de 2012 el Directorio Ejecutivo aprobó la primera operación del Multifase, cuyo fin es contribuir al cumplimiento de las metas de reducción de la morbimortalidad causada por estas patologías del Plan Federal de Salud 2011-2016, priorizando a la población con cobertura pública exclusiva (sin obra social o pre-paga) (29% de la población en 2013). Específicamente, se propuso:

³ Adicionalmente, el campo de economía del comportamiento destaca el factor de “preferencias inconsistentes en el tiempo” para prevenir las EC y buscar atención oportuna (Suhrccke, et al; 2006).

(i) jerarquizar el PNA como puerta de entrada al sistema de salud; (ii) incrementar el acceso de la población a tamizajes para su clasificación por riesgo sanitario; e (iii) incrementar el acceso a la población con riesgo sanitario moderado o alto que padece de condiciones crónicas a tratamientos de manera oportuna. La operación puso énfasis en la detección y tratamiento de hipertensión y diabetes desde el PNA, considerando que estas patologías son "trazadoras" de la red de servicios involucrada en las líneas de cuidado de las principales patologías crónicas. Sin embargo, también apoyó a nivel piloto la detección de cáncer colorrectal, teniendo la expectativa de extender su alcance en una segunda operación, una vez generada la evidencia que sustentase dicha decisión. A la fecha, la operación ha desembolsado 92% de sus recursos de crédito. Su fecha estimada de finalización es septiembre de 2017.

- 1.9 La operación fue estructurada en tres componentes. El primero tuvo como objetivo fortalecer la gestión clínica y sanitaria de los proveedores de servicios del PNA, así como el desarrollo de vasos comunicantes formales con los niveles de complejidad médica superior, bajo el modelo RISS. Este componente financió la expansión del Programa REDES⁴, buscando cubrir al menos al 40% de la población con cobertura pública exclusiva. REDES financió Proyectos Jurisdiccionales de Inversión (PJI), definidos de manera conjunta entre los ministerios de salud nacional y sub-nacionales. Estos PJI fueron formulados a partir de un diagnóstico de las principales barreras para el funcionamiento de las redes de salud en territorios específicos y una priorización de inversiones en función a los recursos disponibles para cada jurisdicción (asignados acorde al porcentaje de la población con cobertura pública exclusiva que reside en la jurisdicción respectiva). Los PJI financiaron el fortalecimiento de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), por medio de la compra de equipamiento clínico, informático y logístico y remodelaciones edilicias menores. Las jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) accedieron al financiamiento para sus PJI a partir del logro de metas de atención (50%) y de procesos (50%). Las metas de atención refirieron al empadronamiento, clasificación y seguimiento de la población a cargo de los CAPS, con base en estimaciones poblacionales y epidemiológicas realizadas por REDES y validadas con la jurisdicción. Las metas de procesos estuvieron relacionadas con mejoras en la gestión clínica (por ejemplo, establecimiento de turnos programados, o de centros con toma descentralizada de sangre) o sanitaria (por ejemplo, establecimiento de sistemas de referencia y contrareferencia). El cumplimiento de las metas de las jurisdicciones fue auditado de manera externa. Adicionalmente, REDES proveyó capacitación a más de 6.000 miembros de los equipos de salud de los CAPS en identificación, clasificación y tratamiento de pacientes crónicos y en planificación sanitaria.
- 1.10 Adicionalmente, el primer componente financió la realización de 13 Proyectos Innovadores, a través de la modalidad de fondos concursables presentados por equipos conformados por directores de CAPS y de su hospital de referencia, buscando identificar soluciones a la clasificación y seguimiento efectivo de pacientes crónicos que respondan a los desafíos específicos de sus localidades.

⁴ REDES Apunta a promover un modelo de atención que integre servicios de salud a lo largo de líneas de cuidado, partiendo de la clasificación activa de la población en riesgo sanitario y del seguimiento de la población de mayor riesgo bajo esquemas terapéuticos determinados.

Por último, el primer componente financió la implementación y evaluación del programa piloto de detección de cáncer colorrectal a través de los CAP, pertenecientes al PNA)⁵.

- 1.11 El segundo componente de la primera operación⁶ tuvo como objetivo promover el acceso y uso racional de medicamentos esenciales para consultas atendibles en los CAPS, promoviendo de manera particular el tratamiento farmacológico de pacientes con Riesgo Cardiovascular Global moderado o alto. A través del Programa REMEDIAR, el componente financió la adquisición de medicamentos y los servicios logísticos para su distribución directa a los CAPS. El vademécum de REMEDIAR incorporó medicamentos de segunda línea para el tratamiento de hiperlipidemia (estatinas) e hipertensión arterial (amlodipinas). Asimismo, el componente equipó más de 1.500 unidades de gestión de medicamentos para mejorar el cuidado y gestión de éstos. Por último, se financió la capacitación de 8.500 miembros de los equipos de los CAPS en terapéutica racional de medicamentos (a través de cursos dictados por universidades) y en el uso racional y cuidado de los mismos.
- 1.12 El tercer componente de la primera operación tuvo como objetivo promover la generación de información oportuna y fidedigna para la gestión clínica y sanitaria. A dicho fin, ha informatizado 547 CAPS-priorizando los que realizan mayores consultas-para el registro y dispensa de medicamentos, contribuyendo a profundizar la trazabilidad de los mismos y su potencial uso para el seguimiento de pacientes crónicos. Por otro lado, el componente financió la compra de equipo informático, servicios de digitalización y capacitación de personal para la expansión de dos sistemas de información involucrados en la línea de cuidado del cáncer: el Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA) y el Sistema de Información de Tamizaje (SITAM). El RITA, expandido a 12 hospitales, recoge información demográfica, diagnóstica, de tratamiento y eventos acontecidos para pacientes con cáncer. El SITAM, expandido a 12 provincias, registra el perfil de resultados de los servicios de tamizajes para cánceres y monitorea el desempeño de los servicios en términos de la calidad de atención⁷.
- 1.13 **Cumplimiento de los hitos activadores de la Fase II.** El Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL) evidenció el cumplimiento de los hitos activadores de la segunda operación a satisfacción del Equipo de Proyecto del BID, entre los cuales se encuentra la realización de una serie de estudios y evaluaciones que, entre otros, dan cuenta de los resultados alcanzados hasta el momento por la primera operación (ver Cuadro I.2)⁸. Entre los resultados evidenciados se destacan⁹: (i) la efectividad de REDES para promover la mejora de procesos clínicos y sanitarios en el PNA e incrementar el acceso efectivo a servicios de

⁵ El primer componente ha alcanzado una ejecución financiera de 91%. La extensión en el plazo de ejecución permitirá: (i) que 13 de 24 jurisdicciones que iniciaron con retraso sus Proyectos Jurisdiccionales alcancen el plazo mínimo de ejecución de 18 meses; (ii) la rendición de los 13 proyectos Innovadores ya iniciados; y (iii) la finalización de la segunda etapa de la evaluación del piloto de cáncer colorrectal.

⁶ 100% ejecutado.

⁷ A la fecha, este tercer componente ha alcanzado una ejecución financiera del 68%. Se prevé que comprometa la totalidad de sus recursos en octubre de 2016, con la adjudicación de una licitación de equipamiento informático que permitiría alcanzar la meta de 1.300 CAPS informatizados.

⁸ Los medios de verificación están disponibles en los enlaces electrónicos opcionales ([Hitos](#)).

⁹ Estos estudios están disponibles en los enlaces opcionales 2, 5 y 7 .

salud en general, y en particular a tamizajes y tratamiento farmacológico para hipertensión, hipercolesterolemia e hiperglicemia (por ejemplo, la evaluación de impacto de REDES le atribuye un incremento de 4% en el porcentaje de hipertensos que accede a tratamiento, REDES, 2015); y (ii) la efectividad de REMEDIAR para reducir el gasto de bolsillo de la población con cobertura pública exclusiva (REMEDIAR, 2013) y promover la equidad en el acceso a medicamentos esenciales (UNLP, 2013).

Cuadro I.2. Cumplimiento de hitos activadores de la segunda operación

| Hito activador | Nivel de cumplimiento | Medio de verificación |
|--|--|--|
| (i) Al menos 50% del financiamiento se desembolsó o 75% se comprometió. | Cumplido: A la fecha, 92% del financiamiento ha sido desembolsado y 100% está comprometido. | Primer Informe Semestral de Ejecución de 2016. |
| (ii) El Plan de Acción para la certificación de procesos críticos de REMEDIAR se aprobó a nivel ministerial. | Cumplido: REMEDIAR alcanzó la certificación IRAM-ISO 9001 para sus procesos críticos "Recepción de medicamentos e insumos médicos" y "Expedición de unidades logísticas (botiquines)". | Certificado emitido por el Instituto Argentino de Normalización y Certificación (IRAM) para ambos procesos, con vigencia de tres años a partir de enero de 2015. |
| (iii) Al menos 15 provincias llegaron a empadronar a 80% y a clasificar a 40% de la población objetivo de REDES. | Cumplido: Con corte a abril de 2016, 15 provincias llegaron a empadronar al menos a 80% y a clasificar a 40% de la población objetivo de REDES. Se prevé que para abril de 2017 al menos 22 de las 24 jurisdicciones del país hayan superado estas metas. | Certificado de cumplimiento de metas de empadronamiento, clasificación y seguimiento emitido por la empresa auditora Crowe Horwath. |
| (iv) Las evaluaciones prioritarias indicadas en la Agenda de Estudios y Evaluaciones se finalizaron. | Cumplido: Todas las evaluaciones prioritarias de la Agenda de Estudios y Evaluaciones fueron finalizadas. | Informe final de los siguientes productos: (i) evaluación del impacto redistributivo de REMEDIAR; (ii) evaluación operativa de los procesos logísticos y de auditoría interna de REMEDIAR; (iii) evaluación cuanti-cualitativa del impacto de REDES en la calidad de la atención a las personas con riesgo cardiovascular global o con hipertensión y diabetes; y (iv) análisis de factibilidad de una evaluación sobre la eficacia de distintas alternativas de clasificación y tratamiento de la población con riesgo cardiovascular global, en el marco de REDES. |
| (v) Al menos 400 CAPS tienen capacidad de transferir información nominal de dispensa de medicamentos y/o seguimiento de pacientes a los sistemas del MINSAL. | Cumplido: 547 CAPS están en condiciones de transferir información nominal de dispensa. De estos, 139 ya se encuentran realizando dispensa digital de medicamentos y rindiendo dicha información a nivel central. | Listado de CAPS con equipamiento informático para la dispensa nominalizada de medicamentos, incluyendo localidad, departamento, provincia y número de remito. |

4. Lecciones aprendidas

- 1.14 Entre las principales lecciones aprendidas a partir de la ejecución de la primera operación se destacan que: (i) al menos la mitad de las jurisdicciones enfrentan tiempos excesivos para la realización de las adquisiciones previstas en sus PJI o en proyectos innovadores, consecuencia de sus propios procesos administrativos y de control interno, lo cual reduce el ritmo de fortalecimiento de sus RISS; (ii) existe un importante espacio de mejora para la coordinación entre REDES y otros programas del MINSAL, en particular con el Programa SUMAR, un programa de pago por desempeño a nivel de CAPS que paulatinamente está extendiendo su cobertura a condiciones crónicas en adultos; y (iii) que existe el potencial de agilizar el tránsito de los pacientes a lo largo de su línea de cuidado por medio de innovaciones en el rol del personal de salud¹⁰.

¹⁰ Este es el caso del "navegador", una figura que originalmente fue pensada como responsable de velar por la carga oportuna y fidedigna de información al RITA y al SITAM, y que de facto se convirtió en un coordinador de la atención al paciente.

- 1.15 Esta segunda operación también incorpora algunas lecciones aprendidas a partir de la ejecución de una serie de préstamos y cooperaciones técnicas que el Banco viene implementando en el área de fortalecimiento y evaluación de RISS con foco en APS en Bolivia, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador. Entre estas lecciones se destacan: (i) la importancia de explicitar el área geográfica y la población a cargo de los CAPS; y (ii) la necesidad de fortalecer los protocolos y sistemas de referencia y contra referencia para garantizar la atención continua de pacientes con EC a lo largo de los niveles de complejidad.
- 1.16 Sobre la base de los logros alcanzados y las lecciones aprendidas, las variaciones más importantes en las intervenciones previstas para esta segunda operación con respecto a la primera son las siguientes: (i) la totalidad del financiamiento para la compra y distribución de medicamentos será financiada con recursos nacionales y no formará parte del programa de crédito¹¹; (ii) las condiciones que habilitan el financiamiento de REDES a los PJI serán ajustadas, buscando promover la complementariedad con el Programa SUMAR; (iii) REDES se expandirá de 40% a 70% de la población con cobertura pública exclusiva; (iv) las adquisiciones de más de US\$100.000 contempladas en los PJI serán realizadas centralmente por el MINSAL, con el fin de agilizarlas; (v) se expandirá la implementación del programa piloto de cáncer colorrectal y se incluirán pilotos para cáncer de mama y cervicouterino; (vi) se ampliarán plenamente el RITA y el SITAM y se incluirá la expansión del Registro Oncopediátrico Hospitalario (ROHA); (vii) se incluirá explícitamente la figura de coordinador de atención al paciente oncológico (navegador), como una estrategia para promover la oportunidad de la referencia y contra referencia en los pilotos y la calidad de la carga de información en el RITA, SITAM y ROHA; y (viii) se diseñará e implementará un programa piloto de cuidados paliativos oncológicos desde los CAPS.

5. Alineación Estratégica

- 1.17 Esta operación está alineada con la estrategia sanitaria del Gobierno Nacional, presentada por el Ministro de Salud de la Nación al Consejo Federal de Salud (COFESA)-el cual aglutina a los ministros de salud de todas las provincias y al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires-en mayo de este año. El objetivo principal de dicha estrategia es promover la Cobertura Universal de Salud (CUS). Este objetivo, incorporado como uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, implica que toda persona acceda de manera efectiva a servicios de salud esenciales, sin que ello suponga dificultades financieras (OMS, 2014). La definición del paquete de salud que se explicitará en el marco de la CUS será una función de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud, cuyo Proyecto de Ley está siendo actualmente considerado por el Congreso de la Nación. Otros de los ejes estratégicos del Plan presentado al COFESA incluye la extensión de apoyo a la Estrategia de APS, y la consolidación de RISS.
- 1.18 Esta operación es consistente con el objetivo de la Estrategia de País vigente para Argentina de fortalecer y reorientar los servicios y redes de salud para una mejor gestión de las EC no transmisibles (GN-2687).

¹¹ La Propuesta de Préstamo de la primera operación del Multifase preveía una reducción del porcentaje del financiamiento del Banco a medicamentos, buscando que paulatinamente éste costo recurrente se incorporara al presupuesto Nacional.

1.19 El programa es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional (UIS) 2010-2020 (AB-3008) y se alinea con el desafío de desarrollo de inclusión social e igualdad respondiendo de manera directa al desafío de ajustar los sistemas de salud al cambio en el perfil epidemiológico de la población, junto con mejorar la igualdad en el acceso a servicios de salud de calidad. El programa también se alinea con el área transversal de igualdad de género y diversidad, contribuyendo manera directa a responder al desafío de reducir la exclusión al acceso efectivo por causas de género, ya que: (i) se aboca a mejorar la calidad de la atención sanitaria para el grupo de patologías que más carga de enfermedad genera en las mujeres argentinas; y (ii) encara el desafío de cerrar la brecha de acceso que tienen los varones respecto a la realización de tamizajes para la detección oportuna de EC. Adicionalmente, el programa contribuirá al Marco de Resultados Corporativos 2016-2019 (GN-2727-6) (CRF) mediante su impacto esperado en Indicador de Desarrollo de los Países “Beneficiarios que reciben servicios de salud”, estimándose que a lo largo del programa se logrará tamizar a más de 1.2 millón de personas por riesgo cardiovascular o para cánceres de mama, cervicouterino y colorrectal. El programa también es consistente con la prioridad de hacer frente a la doble carga de la transición de salud de la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4). Por último, la operación es consistente con el Marco sectorial de Salud y Nutrición vigente (GN-2735-3) cuyo objetivo es promover un mejor estado de salud de la población con equidad, protección financiera y sostenibilidad y establece como una de las prioridades de la actuación del Banco en el contexto de la región controlar la creciente incidencia de EC no-transmisibles.

B. Objetivos, Componentes y Costo

1.20 El objetivo de esta segunda operación es contribuir a la reducción de la morbimortalidad causada por EC no transmisibles en Argentina, priorizando a la población con cobertura pública exclusiva. Específicamente, con esta operación se propone coadyuvar a: (i) jerarquizar el PNA como puerta de entrada al sistema de salud; (ii) incrementar el acceso de la población a tamizajes para su clasificación por riesgo sanitario; e (iii) incrementar el acceso de la población con riesgo sanitario moderado o alto que padece de condiciones crónicas a tratamientos oportunos.

1.21 Esta segunda operación está estructurada en dos componentes:

1.22 **Componente 1: Fortalecimiento del PNA.** Su objetivo es mejorar la efectividad de los CAPS para atraer a su población a cargo y resolver sus motivos de consulta, directamente o a través de la referencia y contrareferencia formal y oportuna a los niveles de complejidad clínica superior. El componente buscará: (i) que los CAPS y otros efectores del PNA cuenten con mejor equipamiento clínico, informático y logístico y que realicen mejoras edilicias menores; (ii) que el personal de los CAPS esté mejor capacitado para el cuidado de su población a cargo y que haga un uso racional de los medicamentos prescritos a la población con cobertura pública exclusiva de manera gratuita; y (iii) que se cierren brechas de conocimiento analíticas y operativas relacionadas con la atención de las personas en el PNA.

- i. **Subcomponente 1.1: Desarrollo de RISS.** En el marco del programa REDES, se financiará una nueva etapa para los PJI, los cuales abarcarán localidades que concentren al menos a 70% de la población con cobertura pública exclusiva. Con el fin de potenciar el impacto de los PJI, su financiamiento estará condicionado al cumplimiento progresivo de hitos que serán detallados en el Reglamento Operativo del Programa (ROP). Estos hitos podrán incluir, entre otros, los siguientes: (i) la formulación técnica y operativa de los PJI y la conformación administrativa de redes con población y territorio a cargo específicos por parte de las jurisdicciones; (ii) cumplimiento de metas para indicadores de fortalecimiento de RISS; (iii) la formulación e implementación de estrategias jurisdiccionales de comunicación comunitaria para la prevención y detección oportuna de condiciones de riesgo cardiovascular o hiperglicémicas; (iv) la certificación por parte del MINSAL de equipos jurisdiccionales encargados de la capacitación y formación permanente de los equipos sanitarios del PNA en materia de gestión clínica y sanitaria de personas con riesgo cardiovascular o hiperglicémicas; y (v) la certificación por parte del MINSAL de que un número mínimo de los CAPS realizan acciones de empadronamiento, certificación y seguimiento de pacientes con riesgo cardiovascular o hiperglicemia de manera regular y cumpliendo atributos de calidad. Serán elegibles aquellas jurisdicciones que al finalizar la primera operación del programa financiado mediante el contrato de préstamo 2788/OC-AR hayan logrado cumplir con al menos 90% y 60% de sus metas de empadronamiento y clasificación, respectivamente. Por otro lado, se prevé capacitar a más de 4.000 miembros de los equipos de salud de los CAPS en estrategias relacionadas con la mejora de los cuidados de salud de su población a cargo. Asimismo, se prevé financiar al menos 40 nuevos Proyectos Innovadores, en la modalidad de fondos concursables, haciéndose un llamado específico a propuestas en localidades con población originaria¹². Por último, este subcomponente financiará los siguientes productos de conocimiento, dirigidos a probar variantes operativas que podrían resultar más efectivas para promover el fortalecimiento de la oferta de servicios y a generar cambios de comportamiento en la población para incrementar su demanda por servicios de tamizaje o la adherencia a tratamientos¹³: (i) evaluación de un esquema de certificación de CAPS dentro del modelo de REDES; (ii) evaluación de un programa piloto para promover el autocuidado de diabéticos a través de mensajes de texto personalizados; (iii) evaluación de un esquema de clasificación del riesgo cardiovascular en hogares dentro del modelo de REDES; y (iv) la Encuesta Nacional de Factores de riesgo de 2017.

- ii. **Subcomponente 1.2: Equipamiento de efectores del PNA.** Respondiendo a las dificultades que enfrentan muchas jurisdicciones para realizar ágilmente las adquisiciones previstas en sus PJI y buscando generar economías a escala en dichos procesos, se financiará el equipamiento para el diagnóstico clínico de más de 1.100 CAPS a través de un proceso centralizado de compra y distribución.

¹² 2,38% de la población argentina, según el censo de 2010.

¹³ Consultar el enlace de [Monitoreo y Evaluación](#) para una descripción de estos estudios.

- iii. **Subcomponente 1.3: Fortalecimiento de la red pública de gestión de medicamentos.** A través del programa CUS Medicamentos¹⁴ (otrora conocido como REMEDIAR), se prevé equipar a 1.300 nuevos CAPS para la mejora de la gestión farmacológica de sus consultantes; así como a más de 1.500 CAPS, depósitos de medicamentos y farmacias públicas hospitalarias para la mejora en la gestión física de medicamentos. Complementariamente, se estima capacitar a más de 15.000 miembros de los equipos sanitarios del PNA en el uso racional y el cuidado de medicamentos. Por último, el subcomponente financiará los siguientes productos de conocimiento: (i) digitalización de recetas para, entre otros, analizar el impacto sanitario de la prescripción de medicamentos; (ii) evaluación del impacto en la práctica clínica de las capacitaciones en uso racional de medicamentos; y (iii) estimación del impacto del programa CUS Medicamentos en la promoción del acceso de la población al PNA.
- 1.23 **Componente 2: Fortalecimiento de la línea de cuidados oncológicos.** Tiene un doble objetivo: (i) mejorar la efectividad de los CAPS para promover que su población a cargo se realice oportunamente tamizajes para cáncer de mama, cervicouterino y colorrectal; y (ii) contribuir a mejorar la gestión clínica oncológica a lo largo de toda la línea de cuidado. El componente buscará: (i) que los CAPS cuenten con pruebas (tests) costo-efectivas para realizar el tamizaje de cánceres cervicouterinos y colorrectales; (ii) que el personal de dichos centros cuente con las competencias para la realización de tamizajes y para promover el acceso de su población a ellos de manera proactiva; (iii) que se registren de manera oportuna y fidedigna las historias clínicas de los pacientes oncológicos; y (iv) que se cierren brechas de conocimiento analíticas y operativas relacionadas con la atención de los pacientes oncológicos o en riesgo de serlo.
- i. **Subcomponente 2.1: Sistemas de información para la gestión clínica y sanitaria.** Bajo la dirección técnica del Instituto Nacional del Cáncer¹⁵ (INC), se financiará el equipamiento informático, los servicios de registro y de gestión de información y la capacitación de los registradores que permita extender el SITAM, el RITA y el ROHA a 46, 50 y 39 nuevos hospitales, respectivamente. Asimismo, el subcomponente financiará la realización de un estudio de costo-efectividad de la interacción del uso de los coordinadores de atención con el SITAM para mejorar la gestión clínica de pacientes oncológicos.
 - ii. **Subcomponente 2.2: Fortalecimiento de efectores del PNA para el cuidado del cáncer.** También bajo la dirección técnica del INC y a manera de programa piloto, se financiará la compra de más de 326.000 y 475.000 pruebas para el Virus de Papiloma Humano y de sangre oculta y su distribución a las jurisdicciones donde los cánceres cervicouterino y colorrectal son más prevalentes. Adicionalmente, se prevé capacitar a más de 5.000 agentes sanitarios en la promoción de tamizajes de mama, cervicouterino y colorrectal y en la aplicación de pruebas para estos dos últimos. Finalmente, el subcomponente financiará la realización de un

¹⁴ A través de la Resolución Ministerial 642/2016 se sustituyó la denominación del Programa REMEDIAR por el de CUS Medicamentos.

¹⁵ El INC es un ente dependiente del MINSAL, creado por el Decreto Presidencial 1286/2010.

estudio de costo-efectividad del fortalecimiento de la capacidad del PNA para la detección oportuna de cáncer y diseñará e implementará un programa piloto de cuidados paliativos desde los CAPS.

- 1.24 El Cuadro I.3 muestra una desagregación por componente, subcomponente y fuente de financiamiento de los costos de la operación. En los enlaces opcionales se puede consultar la desagregación detallada de estos costos. El financiamiento del Banco se desembolsará según el cronograma detallado en el Enlace Opcional 1 (Costo del Proyecto). De acuerdo con lo que establece el documento de Mejora de las Salvaguardias Macroeconómicas del Banco Interamericano de Desarrollo (AB-2990), el desembolso del financiamiento del Banco estará sujeto a límites máximos: (i) hasta un 15% durante los primeros 12 meses; (ii) hasta un 30% durante los primeros 24 meses; y (iii) hasta un 50% durante los primeros 36 meses, contados a partir de la fecha en que el Directorio Ejecutivo apruebe la operación de préstamo. Estas limitaciones podrían resultar inaplicables en la medida en que se hayan cumplido los requisitos que fija la política del Banco respecto a dichas limitaciones, siempre y cuando se haya notificado por escrito al prestatario. El Cuadro I.4 presenta la proyección de desembolsos del programa.

CUADRO I.3. RESUMEN DE COSTOS DEL PROGRAMA (REDONDEADO A MILES DE US\$)

| Componente | BID | Local | Total | % |
|----------------------------|----------------|---------------|----------------|--------------|
| Componente 1 | 93.848 | 37.086 | 130.934 | 78.88 |
| Subcomponente 1.1 | 54.470 | 16.580 | 71.050 | 42.80 |
| Subcomponente 1.2 | 35.018 | 7.385 | 42.403 | 25.54 |
| Subcomponente 1.3 | 4.360 | 13.121 | 17.481 | 10.53 |
| Componente 2 | 4.296 | 24.141 | 28.437 | 17.13 |
| Subcomponente 2.1 | 1.810 | 13.888 | 15.698 | 9.46 |
| Subcomponente 2.2 | 2.486 | 10.253 | 12.739 | 7.67 |
| Administración y auditoría | 1.856 | 2.773 | 4.629 | 2.79 |
| Imprevistos | 0 | 2.000 | 2.000 | 1.20 |
| TOTAL | 100.000 | 66.000 | 166.000 | 100.0 |

CUADRO I.4. PROYECCIÓN DE DESEMBOLSOS

| Año 1 | | Año 2 | | Año 3 | | Año 4 | | TOTAL | |
|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|
| BID | Aporte Local | BID | Aporte Local |
| 15.000.000 | 12.000.000 | 15.000.000 | 15.400.000 | 20.000.000 | 23.000.000 | 50.000.000 | 15.600.000 | 100.000.000 | 66.000.000 |

C. Indicadores Claves de Resultados

- 1.25 A nivel de [Marco de Resultados](#), se establecieron indicadores orientados a medir la capacidad efectiva de los servicios del PNA para identificar en su población a cargo condiciones crónicas o riesgo de contraerlas. Específicamente estos indicadores apuntan a incrementar: (i) el porcentaje de la población con cobertura pública exclusiva que accede a tamizajes para hipertensión, diabetes, y cánceres de mama, cervicouterino y colorrectal; y (ii) el número de miembros de los equipos de salud del PNA que demuestra tener un nivel satisfactorio (80%) de los conocimientos requeridos para el cuidado de salud de su población a cargo que padece o está en riesgo de padecer EC, así como en el uso racional de medicamentos. A nivel de impacto, se proponen dos tipos de indicadores, centrados en la población con cobertura pública exclusiva. Primero, indicadores que en la literatura han sido evidenciados como buenas aproximaciones al tratamiento exitoso de EC: (i) porcentaje de hipertensos y diabéticos que reciben

tratamiento farmacológico; y (ii) porcentaje de personas a las cuáles se detecta el cáncer de mama, cervicouterino o colorrectal oportunamente. Segundo, se utilizarán indicadores relacionados con la mejora en la calidad de la atención: (i) acceso efectivo a los servicios de salud, en general; y (ii) lapso de tiempo entre sospecha diagnóstica de cáncer hasta el inicio de tratamiento.

- 1.26 El Anexo de [Análisis Económico](#) presenta una evaluación costo-beneficio para el programa REDES (Subcomponente 1.1) y una evaluación costo-efectividad del piloto de detección de CCR desde el PNA (incluido en el Subcomponente 2.1). El análisis económico de REDES se realizó a partir de una de las conclusiones de su primera evaluación de impacto: REDES logra incrementar el número de personas con hipertensión y diabetes que acceden a tratamiento farmacológico (REDES, 2015). A partir de este resultado, la estimación de los beneficios del programa se calculó agregando: (i) el ahorro en costos de atención por los eventos médicos asociados a hipertensión y diabetes que evitar; y (ii) el valor presente neto de los años perdidos por muerte prematura que previene. Al comparar estos beneficios con el costo total de REDES se obtuvo un ratio de 2,4 a 1¹⁶. Por otro lado, se realizó un análisis costo-efectividad para la reducción de años de vida perdidos ajustados por calidad (AVAC), comparando el test de tamizaje que se propone utilizar en esta operación, la prueba de sangre oculta basadas en pruebas inmunoquímicas (SOMFi), contra la opción de tamizaje a partir de colonoscopías. Comparados con la opción de no tamizar, el uso del SOMFi y la colonoscopia tienen tasas de costo-efectividad incremental de US\$115,8 y US\$179,2 por AVAC, respectivamente (a una tasa de cambio de 8,46). Siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud para países en desarrollo (y también la colonoscopia) resulta ser altamente costo-efectiva para Argentina (Espínola, et al., 2015).

II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

A. Instrumentos de Financiamiento

- 2.1 Esta operación es la segunda de una serie de dos préstamos a ser financiados a través de un Programa de Fases Múltiples, por un monto global de financiamiento de US\$250 millones. El financiamiento de esta segunda operación ascenderá a US\$100 millones, con una contrapartida local de US\$66 millones. Este instrumento ha demostrado ser adecuado para dar continuidad al acompañamiento del Banco a Argentina en una problemática que necesariamente requiere una intervención de política de mediano plazo. En particular, ha permitido mantener un marco general de política, siendo suficientemente flexible como para permitir la maduración de aprendizajes técnicos y operativos que permitan mejorar su diseño y para adaptarse a los cambios en lineamientos de política producidos por cambios en la Administración del Gobierno Nacional.

¹⁶ Para descontar el flujo de valores futuros en la evaluación económica de REDES se utilizó una tasa de descuento del 11%. El análisis de sensibilidad mostró que la estimación es robusta a cambios en esta tasa.

B. Riesgos Ambientales y Sociales

- 2.2 La presente operación ha sido clasificada como categoría "C". El Equipo de Proyecto velará por que se cumpla la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703) y con la Política Operativa sobre Pueblos Indígenas (OP-765) durante su ejecución. Durante el primer año de ejecución, REDES lanzará un llamado a propuestas para Proyectos Innovadores exclusivo para equipos de salud que atienden a población originaria. Las UGJ tendrán a su cargo la promoción amplia del llamado entre los equipos de salud y las comunidades indígenas que sirven, apuntando a la participación de equipos en localidades remotas. El reglamento operativo del llamado pondrá énfasis en la importancia de que estos proyectos generen aprendizajes que puedan extenderse a otras localidades, y retroalimentar al diseño del programa, en los siguientes años de ejecución de la operación.

C. Riesgos Fiduciarios

- 2.3 Para el análisis de riesgos de la operación en general, se utilizó la metodología de Gestión de Riesgos en Proyectos (GRP) del BID. Para evaluar la capacidad del OE para manejar adquisiciones y determinar el riesgo, se aplicó el cuestionario de la Guía de Aplicación de la Plataforma para el Análisis de Capacidad Institucional (PACI) y en materia de riesgo financiero se evaluó la capacidad del OE para planificar, ejecutar e implementar las acciones de control de los recursos (Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional, SECI), y se determinó un nivel de riesgo medio (debido a los cuellos de botella a nivel jurisdiccional), aun cuando se debe anotar que el OE cuenta con adecuada capacidad operativa, técnica y humana para realizar la ejecución del programa de manera satisfactoria.
- 2.4 Se identificó un riesgo "alto" de desarrollo que tiene implicaciones fiduciarias para el Subcomponente 1.1, el cual tiene como subejecutor a las jurisdicciones: retraso en las inversiones descentralizadas que éstas realizan, debido al poco dinamismo de sus circuitos administrativos de compra y controles internos. De materializarse, este riesgo generaría: (i) retrasos en el fortalecimiento de la capacidad de resolución del PNA; y (ii) retrasos en el cumplimiento de las condiciones que habilitan el desembolso de recursos a las jurisdicciones. Como medidas de mitigación, entre otros: (i) se fortalecerá la capacidad del OE para acompañar a las jurisdicciones en sus procesos de adquisición; (ii) se incorporarán condiciones que promuevan la ejecución de los Proyectos en los Compromisos de Gestión que firman los ministerios de salud jurisdiccionales con el de Nación; y (iii) se incorporarán condiciones mínimas de ejecución como elementos para monitorear la elegibilidad de las jurisdicciones para participar en REDES. Dentro del mismo subcomponente se identificó otro riesgo fiduciario de nivel medio, correspondiente al retraso en la rendición de los recursos desembolsados a los implementadores de los Proyectos Innovadores. Para mitigarlo, las Unidades de Gestión Jurisdiccional (UGJ, implementadoras del programa REDES en cada jurisdicción) brindarán acompañamiento a los implementadores y generarán instructivos para la rendición de recursos.

D. Otros Riesgos del Proyecto

- 2.5 El segundo riesgo de nivel alto del proyecto corresponde al Subcomponente 1.2 (compra centralizada de equipamiento). Lo incipiente del proceso de definición de un plan de equipamiento, que tome en cuenta su demanda potencial a nivel territorial y las condiciones existentes para su uso y mantenimiento implican el riesgo de reducir la efectividad de la inversión. Para mitigar este riesgo, el Banco ha acordado con el OE la inclusión de la condición especial de ejecución que se describe en el ¶3.7 (ii), y le brindará asesoría técnica para su cumplimiento. Se identificó un segundo riesgo de desarrollo de nivel medio, relacionado con lo incipiente del proceso de formación de recursos humanos del PNA en la línea de cuidados oncológicos: que las capacitaciones a los agentes sanitarios no tengan la efectividad esperada en cuanto al número de personas que acceden a tamizajes. Para mitigarlo, el Banco acompañará activamente al INC en la identificación de buenas prácticas y en el desarrollo de instrumentos de evaluación de las capacitaciones.
- 2.6 El riesgo de sostenibilidad de los resultados esperados del proyecto es bajo, ya que: (i) el Programa está diseñado utilizando plenamente la estructura de línea del MINSAL; (ii) las acciones que prevé están directamente relacionadas con los ejes estratégicos del Plan del Gobierno presentado al COFESA; y (iii) se ha evidenciado una alta capacidad operativa y analítica del OE, la cual será consolidada en esta segunda operación.

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen de los Arreglos de Implementación

- 3.1 La República Argentina actuará por intermedio del MINSAL quien será el OE del Proyecto. El Ministerio ejercerá esta función por intermedio de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria (SPPSSC)¹⁷, en su carácter de Dirección Nacional del Programa. De esta Secretaría dependerá la Unidad Técnica (UT), integrada por las Coordinaciones del Programa REDES, del Programa CUS Medicamentos y del INC. Por otro lado, la Unidad de Financiamiento Internacional de Salud (UFI-S)¹⁸, dependiente de la Subsecretaría de Coordinación Administrativa del MINSAL, será responsable de los aspectos fiduciarios y la gestión administrativa y financiera del Programa. En el RO se establecerán las funciones orgánicas de la UFI-S y la UT.
- 3.2 El OE estará a cargo de la implementación general de los componentes del Programa, según lo previsto en el contrato de préstamo y en el ROP, y de implementar su Plan de Monitoreo y Evaluación. La UT implementará a nivel central las actividades técnicas previstas en el programa, incluyendo: (i) la asesoría y aprobación de los PJI e Innovadores; (ii) el diseño de contenidos e implementación de capacitaciones al personal de los equipos de salud; (iii) la elaboración de especificaciones técnicas para la adquisición de bienes, en conjunto con la UFIS; y (iv) el diseño y monitoreo de cumplimiento de términos de referencia para los servicios de consultoría, en conjunto con la UFIS.

¹⁷ El Decreto 114/2016 establece los objetivos de la SPSS que incluyen, entre otros, planificar y coordinar acciones dirigidas a la prevención y control de enfermedades y riesgos para la salud más significativos del país.

¹⁸ La UFI-S fue originalmente creada por Resolución 28/2000.

La implementación técnica de los Subcomponentes 1.1 y 1.3 estará a cargo de REDES y CUS Medicamentos, respectivamente. La SPPSSC ejercerá directamente la ejecución técnica del Subcomponente 1.2. El INC estará a cargo de la ejecución técnica del Componente 2.

- 3.3 Para la ejecución del Subcomponente 1.1 a nivel local, las jurisdicciones constituirán UGJ, coordinadas por un responsable de la organización de línea de los ministerios jurisdiccionales. Las UGJ serán responsables principalmente de:
(i) preparar e implementar los PJI con la asesoría y supervisión de REDES; y
(ii) dar cumplimiento a las condiciones de elegibilidad y de habilitación de financiamiento de los PJI. Las características básicas, funciones y obligaciones estarán establecidas en los Convenios de Gestión que suscriban el OE y la jurisdicción respectiva y en el ROP.
- 3.4 El ROP detallará los lineamientos a cumplir para que una jurisdicción sea elegible como beneficiaria del Subcomponente 1.1, las cuales incluirán: (i) que la ejecución de los PJI y los Proyectos Innovadores estén incluidos en el marco normativo presupuestario del ministerio jurisdiccional; (ii) que las adquisiciones estén sujetas a organismos de control jurisdiccional; (iii) que se reporte el flujo de fondos del PJI y el registro patrimonial de bienes adquiridos con ellos; (iv) que la jurisdicción mantenga un nivel mínimo de compromiso de los fondos transferidos; y (v) que la UFI-S certifique el cumplimiento de las políticas de adquisiciones del Banco por parte de la UGJ y de los montos máximos de adquisiciones, previstos en el ROP, que la respectiva UGJ podrá realizar. El ROP también incluirá las sanciones que serán impuestas por el eventual incumplimiento de alguno de estos lineamientos. Asimismo, el ROP especificará los hitos que progresivamente deberán cumplir las jurisdicciones para recibir el financiamiento de sus PJI, las cuales estarán sujetas a la verificación previa por parte de una firma auditora médica que será contratada con cargo a los recursos del financiamiento. Las transferencias realizadas a jurisdicciones que cumplan con sus lineamientos de elegibilidad y con sus respectivos hitos auditados serán directamente elegibles para ser presentadas en las rendiciones de anticipos al Banco.
- 3.5 El Anexo III presenta los arreglos fiduciarios para la ejecución en cuanto a modalidades de desembolso, sistemas de administración financiera y de adquisiciones y arreglos de auditoría. Se prevé realizar los desembolsos del Banco a través de anticipo de fondos. El porcentaje mínimo que se requerirá para la reposición del anticipo será de 80%. Con respecto a la auditoría externa, se llevará a cabo a través de una Firma Auditora Independiente elegible para el Banco. Tanto la contratación de obras y la adquisición de bienes como la contratación de consultores, ambos con cargo al financiamiento de la operación, seguirán las Políticas del Banco (GN-2349-9 y GN-2350-9, respectivamente).
- 3.6 **Se contempla la contratación directa del Instituto Nacional de Estadística y Censos – INDEC**, para la realización de una sobremuestra de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgos (ENFR) en el año 2017 en localidades donde se implementa el programa REDES, misma que permitirá realizar una evaluación estadísticamente robusta de dicho programa. El INDEC levantó las ENFR de 2005, 2009 y 2013 de manera satisfactoria, y tiene previsto levantarla nuevamente en 2017 con financiamiento nacional que está siendo contemplado como aporte local para la presente operación de crédito. Por lo anterior y en

consonancia con la política para la Selección y Contratación de Consultores financiados por el BID (GN-2350-9, ¶3.10.d), se contempla la contratación directa del INDEC para el levantamiento de la sobremuestra de la ENFR 2017, considerando: (i) que el Instituto cuenta con el conocimiento local y la experiencia necesaria para el levantamiento adecuado de la sobremuestra; (ii) que el Instituto es el organismo nacional a cargo del levantamiento de las ENFR; y (iii) que la calidad del levantamiento de la sobremuestra requiere mantener un enfoque muestral, operativo y técnico análogo al que el Instituto implementó en 2005, 2009 y 2013 e implementará en 2017.

- 3.7 **Serán condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento que el OE: (i) haya puesto en vigencia, a través de una resolución ministerial, el ROP del Programa, en los términos previamente acordados con el Banco; y (ii) haya emitido una resolución ministerial mediante la cual: (a) se asigne la Dirección Nacional del Programa a la SPPSSC; (b) se conforme la UT, bajo la dependencia de la SPPSSC, integrada por las Coordinaciones de los programas REDES y CUS Medicamentos y del INC; y (c) se encomiende a la UFI-S la responsabilidad de los aspectos fiduciarios y de gestión administrativa y financiera del programa.**
- 3.8 Serán condiciones contractuales especiales de ejecución que el OE: (i) suscriba un Convenio de Gestión con la jurisdicción respectiva, de acuerdo a los términos y condiciones establecidas en el ROP, previo a la transferencia de recursos del programa a dicha jurisdicción para financiar la expansión de: (a) los PJI e Innovadores; y (b) del RITA, SITAM y ROHA, previstos en los Subcomponentes 1.1 y 2.1, respectivamente; y (ii) haya obtenido la aprobación del Banco a un Plan de Equipamiento del PNA que incluya, al menos: (a) una justificación técnica del tipo de equipamiento a adquirir y a ser distribuido a los efectores de dicho nivel; (b) una estrategia para la reparación y mantenimiento del equipamiento; y (c) los criterios técnicos para su distribución entre jurisdicciones y al interior de las mismas. La aprobación del Banco al Plan de Equipamiento deberá obtenerse previamente al llamado de la primera licitación que se haga con cargo a los recursos asignados al Subcomponente 1.2.

B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados

- 3.9 EL OE presentará semestralmente informes con información sobre: (i) el desempeño en el cumplimiento de los objetivos y resultados acordados en cada Plan Operativo Anual (POA) y en el Reporte de Monitoreo del Programa (PMR), incluyendo el análisis y seguimiento de los riesgos que los afectan y medidas de mitigación; (ii) el estado de ejecución y situación del plan de adquisiciones; (iii) el cumplimiento de las cláusulas contractuales; y (iv) el estado de ejecución financiera del presupuesto del programa. Además, el informe del segundo semestre de cada año calendario incluirá: (i) el POA para el año siguiente; (ii) el plan de adquisiciones actualizado; y (iii) cuando corresponda, las acciones previstas para implementar las recomendaciones de la auditoría externa.
- 3.10 El enlace de [Monitoreo y Evaluación](#) describe los métodos y datos que serán utilizados para la rendición de cuentas sobre la consecución de los productos, resultados e impactos previstos en el Marco de Resultados de la Operación. Se destaca la utilización de encuestas y sistemas de información nacionales para la estimación de los logros de resultados e impactos.

| Matriz de Efectividad en el Desarrollo | | | |
|--|---|--|--------------------------|
| Resumen | | | |
| I. Alineación estratégica | | | |
| 1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID | Alineado | | |
| Retos Regionales y Temas Transversales | -Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad | | |
| Indicadores de contexto regional | | | |
| Indicadores de desarrollo de países | | | |
| 2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país | Alineado | | |
| Matriz de resultados de la estrategia de país | GN-2687 | Fortalecer y reorientar los servicios y redes de salud para una mejor gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles. | |
| Matriz de resultados del programa de país | GN-2849 | La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2016. | |
| Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país) | | | |
| II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad | Altamente Evaluable | Ponderación | Puntuación máxima |
| | 9.8 | | 10 |
| 3. Evaluación basada en pruebas y solución | 10.0 | 33.33% | 10 |
| 3.1 Diagnóstico del Programa | 3.0 | | |
| 3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas | 4.0 | | |
| 3.3 Calidad de la Matriz de Resultados | 3.0 | | |
| 4. Análisis económico ex ante | 10.0 | 33.33% | 10 |
| 4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Efectividad o Análisis Económico General | 4.0 | | |
| 4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados | 2.4 | | |
| 4.3 Costos Identificados y Cuantificados | 2.7 | | |
| 4.4 Supuestos Razonables | 1.5 | | |
| 4.5 Análisis de Sensibilidad | 1.5 | | |
| 5. Evaluación y seguimiento | 9.5 | 33.33% | 10 |
| 5.1 Mecanismos de Monitoreo | 2.0 | | |
| 5.2 Plan de Evaluación | 7.5 | | |
| III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación | | | |
| Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad | Medio | | |
| Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad | Sí | | |
| Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales | Sí | | |
| Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación | Sí | | |
| Clasificación de los riesgos ambientales y sociales | C | | |
| IV. Función del BID - Adicionalidad | | | |
| El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales | | | |
| Fiduciarios (criterios de VPC/FMP) | Sí | Administración financiera: Presupuesto, Contabilidad y emisión de informes, Controles externos. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información. | |
| No-Fiduciarios | Sí | Sistema Nacional de Estadística. | |
| La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones: | | | |
| Igualdad de género | | | |
| Trabajo | | | |
| Medio ambiente | | | |
| Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto | Sí | Se ofreció asistencia técnica a través de la operación AR-T1087. | |
| La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación. | Sí | No existen evaluaciones ex post con datos de adherencia a tamizajes oncológicos y de capacidad de respuesta de la oferta en casos positivos en condiciones reales. A través del SITAM será posible realizar este tipo de análisis. | |

Nota: (*) Indica contribución al Indicador de Desarrollo de Países correspondiente.

La Segunda Operación del Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles tiene como objetivo contribuir a la reducción de la morbilidad causada por enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina, priorizando a la población con cobertura pública exclusiva. Específicamente, se propone coadyuvar a: (i) jerarquizar el Primer Nivel de Atención (PNA) como puerta de entrada al sistema de salud; (ii) incrementar el acceso de la población a tamizajes para su clasificación por riesgo sanitario; e (iii) incrementar el acceso de la población con riesgo sanitario moderado o alto que padece de condiciones crónicas a tratamientos oportunos.

La lógica vertical del programa presentada en el POD y en el Anexo de Monitoreo y Evaluación es adecuada. La matriz de resultados incluye indicadores para los principales productos, resultados e impactos del programa. Los indicadores en la matriz de resultados cumplen los criterios SMART e incluyen los valores de línea base y metas. Como indicadores de impacto esperados se medirán indicadores relacionados con: i) el porcentaje de hipertensos y diabéticos con tratamiento farmacológico, ii) el porcentaje de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, lesión precancerosa de alto grado o cáncer cervicouterino en estadio temprano en comparación con los diagnósticos totales, iii) el porcentaje de personas con diagnóstico de lesiones precancerosas o cáncer colonorrectal en estadio temprano en comparación con los diagnósticos totales, y iv) el tiempo promedio transcurrido desde la sospecha diagnóstica de cáncer hasta el tratamiento definitivo.

El documento presenta un análisis económico de costo-beneficio para el subcomponente del programa REDES y de costo-efectividad para el piloto de detección de cáncer cervicouterino y colonorrectal, según los cuales las intervenciones resultan rentables y costo efectivas respectivamente.

El organismo ejecutor será el responsable de realizar el monitoreo y evaluación de los principales productos. Las actividades de monitoreo y evaluación han sido presupuestadas y planificadas. Las fuentes de datos para el monitoreo incluyen informes, auditorías médicas y reportes del sistema de información de tamizajes. Se planea hacer varias evaluaciones entre las que se incluyen una evaluación de impacto experimental y una cuasi-experimental, un análisis del costo-efectividad y otras evaluaciones de carácter cualitativo.

MATRIZ DE RESULTADOS

| | |
|------------------|---|
| Objetivo: | Contribuir a la reducción de la morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina, con énfasis en la población con cobertura pública exclusiva ¹ . |
|------------------|---|

IMPACTO ESPERADO

| Indicadores | Unidad de medida | Línea de base | | Metas ² | | Medio de verificación |
|--|------------------|---------------|------|--------------------|------|---|
| | | Valor | Año | Valor | Año | |
| Hipertensos entre 40 y 65 años con tratamiento farmacológico sobre el total de hipertensos del mismo rango etario. | % | 62,3 | 2013 | 67,2 | 2018 | Informe de evaluación de impacto de REDES |
| Diabéticos entre 40 y 65 años con tratamiento farmacológico sobre el total de diabéticos del mismo rango etario. | % | 47,5 | 2013 | 52,1 | 2018 | |
| Mujeres entre 50 y 69 años con diagnóstico de cáncer de mama en estadio temprano ³ , sobre el total de mujeres registradas del mismo rango etario con diagnóstico de cáncer de mama. | % | 43,2 | 2015 | 49,4 | 2019 | Reportes del Sistema de Información de Tamizaje (SITAM) |
| Mujeres entre 30 y 64 años con diagnóstico de lesión precancerosa de alto grado o cáncer cervicouterino en estadio temprano ⁴ , sobre el estimado del total de mujeres del mismo rango etario con lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino ⁵ . | % | 10,0 | 2015 | 18,0 | 2019 | Reportes del SITAM |
| Personas entre 50 y 75 años con diagnóstico de lesiones precancerosas o cáncer colorrectal estadio temprano ⁶ , sobre el total de personas tamizadas | % | 51 | 2015 | 60 | 2019 | |

¹ Población sin seguro de salud (sin obra social ni prepaga). Todos los indicadores de impacto y de resultados se refieren a la población con cobertura pública exclusiva.

² Las metas de acceso y de tamizaje y tratamiento para hipertensión y diabetes fueron estimadas calculando su Efecto Mínimo Detectable, con base en los datos de la ENFR 2013. Estas metas resultan conmensurables con los impactos encontrados en la primera evaluación de impacto de REDES. Las metas estimadas para los indicadores de tamizaje y tratamiento para cánceres reflejan el objetivo del Instituto Nacional del Cáncer de mejorarlos en 20%, el cual fue estimado sobre la base de la cobertura actual y pronosticada de tamizajes para los próximos tres años.

³ Se define “estadio temprano” de cáncer de mama a los Estadios I y II, con base en la posibilidad de tratamiento quirúrgico y efectividad del tratamiento.

⁴ Las lesiones precancerosas de cuello del útero de alto grado son aquellas en las cuales las células atípicas del tejido ocupan dos tercios del espesor del mismo (NIC2). Si dichas células llegan a abarcar todo el espesor pero no se ha extendido (NIC3) se considera un carcinoma in situ, es decir, que todavía se encuentra en estadio temprano.

⁵ Los indicadores para cáncer cervicouterino refieren sólo a las provincias que formarán parte del respectivo programa piloto: Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Rioja, Mendoza, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.

⁶ Se entiende por “lesiones precancerosas” a lesiones premalignas que pueden convertirse en cáncer si no se detectan y extirpan a tiempo (adenomas), y por “estadios tempranos”, los Estadios I y II: cuando el cáncer sólo se encuentra en el colon y/o recto, es decir antes de que se expanda a órganos vecinos o a ganglios linfáticos regionales).

| Indicadores | Unidad de medida | Línea de base | | Metas ² | | Medio de verificación |
|---|------------------|---------------|------|--------------------|------|-----------------------|
| | | Valor | Año | Valor | Año | |
| del mismo rango etario con diagnóstico de lesiones precancerosas o cáncer colorrectal ⁷ . | | | | | | |
| Tiempo promedio que transcurre desde la sospecha diagnóstica ⁸ de cáncer hasta el inicio del tratamiento definitivo (cirugía, radioterapia o quimioterapia). | días | 150 | 2015 | 100 | 2019 | |

RESULTADOS ESPERADOS

| Resultados Esperados | Unidad de medida | Línea de base | | Intermedios | | Metas | | Medio de verificación |
|---|------------------|---------------|------|-------------|------|---------|------|---|
| | | Valor | Año | Valor | Año | Valor | Año | |
| Personas entre 40 y 65 años que utilizaron servicios de salud en el último mes, sobre el total de personas en el mismo rango etario y periodo de tiempo que utilizaron dichos servicios o que no lo hicieron habiendo tenido síntomas o problemas de salud. | % | 75,0 | 2013 | - | - | 79,3 | 2018 | Informe de evaluación de impacto de REDES |
| Hito: Personas a las que se realiza al menos un tamizaje para riesgo cardiovascular o cánceres de mama, cervicouterino y colorrectal en CAPS cubiertos por el programa ⁹ . | Personas | 0 | 2015 | 250.000 | 2018 | 450.000 | 2019 | Informes semestrales |
| Personas entre 40 y 65 años que reportan haber tenido al menos una medición de presión arterial en los últimos dos años sobre el total de personas del mismo grupo etario. | % | 72,0 | 2013 | - | - | 76,5 | 2018 | Informe de evaluación de impacto de REDES |
| Personas entre 40 y 65 años que alguna vez tuvieron una medición de glucemia sobre el total de personas del mismo grupo etario. | % | 74,0 | 2013 | - | - | 78,4 | 2018 | |
| Mujeres entre 50 y 69 años con al menos una mamografía en los últimos 24 meses, sobre el total de mujeres del mismo grupo etario. | % | 8,12 | 2015 | - | - | 10 | 2019 | Reportes del SITAM |

⁷ Este indicador refiere solo a las provincias que formarán parte de la segunda fase del piloto de detección oportuna de cáncer colorrectal: Misiones, Tucumán, Santa Fe, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Neuquén, Río Negro y Chubut.

⁸ Sospecha diagnóstica refiere al examen clínico sospechosos o al síntoma que motiva la consulta.

⁹ Este indicador corresponde al indicador de resultados número 9 del Marco de Resultados Corporativos 2016-2019 del BID.

| Resultados Esperados | Unidad de medida | Línea de base | | Intermedios | | Metas | | Medio de verificación |
|--|------------------|---------------|------|-------------|------|--------|------|---|
| | | Valor | Año | Valor | Año | Valor | Año | |
| Mujeres entre 30 y 64 años con al menos un tamizaje de cáncer cervicouterino según guías de práctica clínica ¹⁰ , sobre el total de mujeres del mismo rango etario. | % | 15 | 2015 | - | - | 18 | 2019 | Reportes del SITAM |
| Personas entre 50 y 75 años con al menos un tamizaje de cáncer colorrectal en los últimos dos años, sobre el total de personas del mismo rango etario en las provincias. | % | 5 | 2015 | - | - | 6.6 | 2019 | |
| Personal del Primer Nivel de Atención que demuestra tener al menos 80% de los conocimientos en estrategias de mejora de los cuidados de salud. | Personas | 6.070 | 2017 | 8.170 | 2018 | 10.270 | 2019 | Evaluaciones a participantes de las respectivas capacitaciones. |
| Médicos del Primer Nivel de Atención que demuestran tener al menos 80% de los conocimientos en Terapéutica Racional de Medicamentos. | Personas | 1.800 | 2015 | 5.600 | 2018 | 7.600 | 2019 | |
| Agentes sanitarios que demuestran tener al menos 80% de los conocimientos en prevención y detección temprana de cáncer en el Primer Nivel de Atención. | Personas | 0 | 2016 | 1.900 | 2018 | 3.645 | 2019 | |

PRODUCTOS

| Productos | Costo estimado (US\$) | Unidad de medida | Línea de base | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Meta final | Medio de verificación |
|--|-----------------------|--------------------------------------|---------------|------|------|-------|------|------------|------------------------------|
| Componente 1: Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención | | | | | | | | | |
| Proyectos en ejecución bajo modalidad Redes tres por año | 65.129.377 | Jurisdicciones por año | 0 | 20 | 20 | 4 | 4 | 48 | Auditoría médica concurrente |
| Hito: Centros del Primer Nivel de Atención con sistema de visitas programadas. | | Centros del Primer Nivel de Atención | 1.115 | 0 | 285 | 1.100 | 0 | 2.500 | |

¹⁰ Si el tamizaje se realiza con Test de Virus de Papiloma Humano, se considera al menos uno en los últimos cinco años. En el caso del Pap, se considera al menos uno en los últimos tres años.

| Productos | Costo estimado (US\$) | Unidad de medida | Línea de base | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Meta final | Medio de verificación |
|---|-----------------------|--------------------------------------|---------------|------|-------|-------|-------|------------|-----------------------|
| Hito: Centros del Primer Nivel de Atención con capacidad para hacer tomas de sangre de manera descentralizada. | | Centros del Primer Nivel de Atención | 917 | 0 | 283 | 300 | 0 | 1.500 | |
| Hito: Centros del Primer Nivel de Atención que acreditan sus procesos de identificación de población a cargo y condición de riesgo. | | Centros del Primer Nivel de Atención | 0 | 0 | 875 | 1.625 | 0 | 2.500 | |
| Personal del Primer Nivel de Atención capacitado en estrategias de mejora de los cuidados de salud. | 4.179.731 | Personas | 6.070 | 0 | 2.100 | 2.100 | 0 | 10.270 | Informes Semestrales |
| Proyectos Innovadores de REDES finalizados. | 622.900 | Proyectos | 13 | 0 | 10 | 30 | 0 | 53 | |
| Hito: Proyectos Innovadores de REDES en localidades con población originaria en ejecución. | | Proyectos | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 5 | |
| Evaluación de piloto de certificación de CAPS en REDES finalizado. | 110.000 | Informe | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| Evaluación de piloto para promover el autocuidado de diabéticos finalizada. | 230.546 | Informe | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| Evaluación de esquema alternativo de clasificación y tratamiento del riesgo cardiovascular finalizada. | 208.000 | Informe | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2017 finalizada. | 570.000 | Informe | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| Centros del Primer Nivel de Atención equipados para la mejora en el diagnóstico clínico | 29.666.980 | Centros del Primer Nivel de Atención | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.774 | 1.774 | |
| Centros del Primer Nivel de Atención equipados para la mejora en la gestión farmacológica. | 2.185.625 | Centros del Primer Nivel de Atención | 1.000 | 0 | 0 | 520 | 780 | 2.300 | |
| Centros del Primer Nivel de Atención, depósitos y farmacias hospitalarias equipadas para la mejora en la gestión de medicamentos. | 10.549.860 | Unidades de gestión de medicamentos | 1.510 | 0 | 0 | 616 | 924 | 3.080 | |
| Informes de cargas de receta finalizados. | 902.200 | Informes | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | |

| Productos | Costo estimado (US\$) | Unidad de medida | Línea de base | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Meta final | Medio de verificación |
|---|-----------------------|------------------|---------------|--------|---------|---------|------|------------|-----------------------|
| Evaluación del cambio en práctica clínica de las capacitaciones en uso racional de medicamentos finalizada. | 45.000 | Informe | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| Evaluación del Cobertura Universal de Salud MEDICAMENTOS en la jerarquización del Primer Nivel de Atención finalizada. | 250.000 | Informe | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| Personal sanitario capacitado en Terapéutica Racional, Cuidado de Medicamentos y en Operatoria del Programa MEDICAMENTOS. | 16.283.487 | Personas | 8.500 | 5.000 | 5.000 | 5.000 | 0 | 23.500 | |
| Componente 2: Fortalecimiento de la línea de cuidados oncológicos | | | | | | | | | |
| Hospitales que registran en el Sistema de Información de Tamizaje. | 11.279.228 | Hospitales | 115 | 12 | 18 | 16 | 0 | 161 | Informes Semestrales |
| Hospitales que registran en el Registro Institucional de Tumores de Argentina | 4.011.162 | Hospitales | 18 | 12 | 24 | 14 | 0 | 68 | |
| Hospitales que registran en el Registro Oncopediátrico Hospitalario. | 362.536 | Hospitales | 35 | 10 | 14 | 15 | 0 | 74 | |
| Evaluación de costo-efectividad del Sistema de Información de Tamizaje y del uso de navegadoras finalizado | 45.000 | Informe | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| Pruebas para virus de papiloma humano distribuidas. | 7.597.910 | Pruebas | 0 | 84.000 | 105.270 | 136.800 | 0 | 326.070 | SITAM |
| Pruebas de sangre oculta distribuidas. | 2.679.135 | Pruebas | 40.000 | 45.000 | 90.000 | 300.000 | 0 | 475.000 | |
| Agentes sanitarios capacitados en prevención y detección temprana de cáncer en el Primer Nivel de Atención. | 1.421.700 | Personas | 739 | 1.450 | 1.565 | 2.100 | 0 | 5.854 | Informes Semestrales |
| Evaluación de costo-efectividad del fortalecimiento de la capacidad del Primer Nivel de Atención para la detección oportuna de cáncer finalizado. | 45.000 | Informe | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| Informe de evaluación del Proyecto Piloto de Cuidados Paliativos | 995.691 | Informe | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | |

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: Argentina
PROYECTO N°: AR-L1196
NOMBRE: Programa de Manejo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (II Fase) Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL) - Unidad de Financiamiento Internacional de Salud
EJECUTOR: Marisol Pinto Bernal (FMP/CAR); Teodoro Noel (FMP/CAR); y Carlos Carpizo (FMP/CAR)
PREPARADO POR:

I. RESUMEN EJECUTIVO

- 1.1 El programa será ejecutado por el MINSAL por intermedio de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria (SPPSSC), en su carácter de Dirección Nacional del Programa. La Unidad de Financiamiento Internacional (UFI-S), dependiente de la Subsecretaría de Coordinación Administrativa del MINSAL, será responsable de los aspectos fiduciarios y la gestión administrativa y financiera del programa.
- 1.2 Para determinar el riesgo de la operación en materia de Adquisiciones (AD), se aplicó el cuestionario de la Guía de Aplicación de la Plataforma para el Análisis de Capacidad Institucional (PACI) y en materia de riesgo financiero se evaluó la capacidad del organismo ejecutor (OE) para planificar, ejecutar e implementar las acciones de control de los recursos (Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional, SECI), y se determinó que el OE cuenta con adecuada capacidad operativa, técnica y humana para realizar la ejecución del Programa de manera satisfactoria. Sin embargo, se determinó que, mientras a nivel central las condiciones de ejecutabilidad están garantizadas, por el grado de autonomía que se tiene para la realización de los procesos, a nivel provincial estas condiciones no están dadas debido, principalmente, a los circuitos y controles internos que restan dinamismo a los procesos. Por lo anterior, se evidencia que a nivel provincial existen grandes oportunidades de mejora en cuanto a los procesos internos que actualmente se realizan en el ciclo de las AD.

II. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR

- 2.1 El año pasado finalizó la ejecución del programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (1903/OC-AR) y actualmente el Banco está financiando la primera operación del Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas (2788/OC-AR). Se hace notar que el Componente 1 de éste último préstamo, tiene la misma naturaleza que tendrá la operación AR-L1196.
- 2.2 Los sistemas fiduciarios utilizados para la ejecución del programa son el Presupuestario a través del Sistema Integrado de Información Financiera (SIDIF) y el de Información y Contabilidad (UEPEX).
- 2.3 Para los actos referidos a la adquisición de bienes y servicios, la UFI-S utiliza las políticas del Banco para las compras centralizadas y verifica la aplicación de las mismas para las compras que se realizan a nivel provincial.
- 2.4 Sin embargo, se ha podido determinar que mientras a nivel central las condiciones de ejecutabilidad están garantizadas por el grado de autonomía que se tiene para la realización de los procesos, a nivel provincial estas condiciones no están dadas debido, principalmente, a los circuitos y controles internos que restan dinamismo a los procesos. Por lo anterior, se evidencia que a nivel provincial existen grandes oportunidades de

mejora en cuanto a los procesos internos que actualmente se realizan en el ciclo de las AD.

III. EVALUACIÓN DEL RIESGO FIDUCIARIO Y ACCIONES DE MITIGACIÓN

- 3.1 El análisis de capacidad institucional se realizó con la participación de integrantes del OE encargados de la actual ejecución del préstamo 2788/OC-AR. El resultado del análisis ha arrojado un nivel de riesgo medio, debido a la complejidad que representa un esquema de ejecución descentralizado.
- 3.2 Sobre la base de estos riesgos identificados se ha determinado la modalidad de supervisión aplicable para la GF y la Gestión de las AD. La modalidad de supervisión inicialmente establecida podrá variar durante la ejecución del programa de acuerdo a las evaluaciones realizadas.
- 3.3 Si bien, producto del análisis SECI realizado no se han detectado observaciones que signifiquen riesgos fiduciarios para la ejecución del proyecto debido a que la ejecución del proyecto es descentralizada y el Banco estaría reconociendo la inversión con el traspaso de recursos a las Provincias.

| Capacidad Institucional y Riesgo Fiduciario | | | |
|---|---|---|--|
| Capacidad Institucional | | <i>PACI (adquisiciones) y SECI (Gestión Financiera)</i> | Herramienta: <i>Cuestionario PACI (Adquisiciones) y SECI (Gestión Financiera)</i> |
| Riesgo Fiduciario | | <i>Medio</i> | Herramienta: SECI/PACI |
| Tipo de riesgo ¹ | Riesgo | Calificación | Acciones de Mitigación |
| DS y GF | Demoras en la ejecución financiera de las transferencias a las provincias | ALTO | Establecer a través del Reglamento Operativo los criterios de elegibilidad de las Provincias para recibir recursos del Préstamo. |
| | | | Asegurar que las Provincias elegibles estén utilizando el UEPEX para la registración de su planificación, compromisos contractuales y rendiciones de gastos |
| | | | Mantener un control de flujo de fondos con las Provincias |
| AD | Retrasos en las adquisiciones a nivel provincial | MEDIO | Realización de un análisis de los procesos internos (por parte de la UFIS) a nivel provincial para ayudar a los equipos a identificar los principales cuellos de botella |
| | | | Fortalecer a los equipos de las Unidades de Gestión Jurisdiccional (UGJ) con personal fiduciario que garantice la realización (en tiempo y forma) de las AD que se realicen en el marco de las transferencias. |
| | | | Acompañamiento de la UFIS a las provincias, para la realización de los procesos de AD y seguimiento a los mismos. |

¹ Desarrollo (DS); Gestión Financiera (GF); Adquisiciones (AD).

IV. ASPECTOS QUE DEBEN SER CONSIDERADOS EN LAS ESTIPULACIONES ESPECIALES DEL CONTRATO

- 4.1 A fin de agilizar la negociación del contrato por parte del equipo de proyecto y principalmente de Legal, se incluyen a continuación aquellos acuerdos y requisitos que deberán ser considerados según corresponda en las estipulaciones especiales o en el Anexo Único, y que pueden actualizarse o modificarse durante la ejecución del programa, si corresponde, y previa documentación y autorización por parte del Banco:
- a. **Gestión de desembolsos.** El ejecutor deberá presentar la planificación financiera del programa de acuerdo con los lineamientos acordados entre el Banco y el país. El porcentaje mínimo que se requerirá para la reposición de anticipo de fondos será del 80%.
 - b. **Tipo de Cambio.** Para efectos de lo estipulado en el Artículo 4.10 de las Normas Generales, las Partes acuerdan que la tasa de cambio aplicable será la indicada en el inciso (b)(i) de dicho Artículo. Para efectos de determinar la equivalencia de gastos incurridos en Moneda Local con cargo al Aporte Local, la tasa de cambio acordada será la tasa de cambio del primer día hábil del mes del pago en que el Prestatario, el Organismo Ejecutor o cualquier otra persona natural o jurídica a quien se le haya delegado la facultad de efectuar gastos, efectúe los pagos respectivos en favor del contratista, proveedor o beneficiario. Para efectos de determinar la equivalencia del reembolso de gastos con cargo al Préstamo, la tasa de cambio acordada será la tasa de cambio del primer día hábil del mes de la presentación de la solicitud de reembolso. Adicionalmente, debido a las limitaciones del sistema UEPEX, para determinar la equivalencia de gastos incurridos en Moneda Local con cargo a los recursos del Préstamo y del Aporte Local se utilizará la tasa de cambio indicada en el inciso (b) (i) del Artículo 4.10 de las Normas Generales.

V. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES

1. Ejecución de las Adquisiciones

- 5.1 Los diferentes tipos de AD de bienes, obras, servicios diferentes a consultoría y servicios de consultoría ejecutadas en el marco del Programa se realizarán de acuerdo con las políticas GN-2349-9 y GN-2350-9 de marzo de 2011, respectivamente. Como se ha mencionado en el documento previamente, la UFIS cuenta con experiencia en el manejo de operaciones del Banco, y de acuerdo con el análisis realizado también cuenta con el conocimiento y experiencia en el manejo de las mencionadas políticas.
- 5.2 Los recursos de las transferencias que se realicen al amparo del programa se gestionarán de manera descentralizada bajo la supervisión de la UFIS, de acuerdo con el detalle establecido en el Reglamento Operativo del Programa (ROP).
- a. **Adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría:** Los contratos de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría² generados bajo el proyecto y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DELS) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando Documentos de Licitación Nacional acordados con el Banco. No se contemplan contrataciones directas en estas categorías, pero las que se definan a lo largo del programa, serán identificadas en el Plan de Adquisiciones (PdA), con su respectiva justificación, así

² Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo (GN-2349-9) ¶1.1: Los servicios diferentes a los de consultoría tienen un tratamiento similar a los bienes.

como también se deberán identificar los procesos de selección que requieran precalificación de oferentes.

- b. **Selección y Contratación de Consultores:** Los contratos de Servicios de Consultoría generados bajo el proyecto estarán incluidos en el PdA y se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEPs) emitida por el Banco.
- **Se contempla la contratación directa del Instituto Nacional de Estadística y Censos** – INDEC, para la realización de una sobremuestra de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgos (ENFR) en el año 2017 en localidades donde se implementa el programa REDES, misma que permitirá realizar una evaluación estadísticamente robusta de dicho programa. El INDEC levantó las ENFR de 2005, 2009 y 2013 de manera satisfactoria, y tiene previsto levantarla nuevamente en 2017 con financiamiento nacional que está siendo contemplado como aporte local para la presente operación de crédito. Por lo anterior y en consonancia con la política para la Selección y Contratación de Consultores financiados por el BID (GN-2350-9, párrafo 3.10.d), se contempla la contratación directa del INDEC para el levantamiento de la sobremuestra de la ENFR 2017, considerando: (i) que el Instituto cuenta con el conocimiento local y la experiencia necesaria para el levantamiento adecuado de la sobremuestra; (ii) que el Instituto es el organismo nacional a cargo del levantamiento de las ENFR; y (iii) que la calidad del levantamiento de la sobremuestra requiere mantener un enfoque muestral, operativo y técnico análogo al que el Instituto implementó en 2005, 2009 y 2013 e implementará en 2017.
 - **La selección de los consultores individuales:** En los casos identificados en el PdA, la contratación de consultores individuales se registrará por lo establecido en el documento GN-2350-9, Sección V, párrafos del 5.1 al 5.4. Para el funcionamiento de la UFIS se podrá contratar según el método de selección directa a consultores que en ese momento se encuentren desarrollando actividades en el marco de contratos financiados por otros programas que la UFIS ejecuta.
 - **Capacitación:** En el PdA se detallan los procesos que se aplican a los componentes del proyecto que incluyen elementos de capacitación y que se contratan como servicios de consultoría o servicios de no consultoría según corresponda en cada caso.
- c. **Gastos Recurrentes:** Los gastos recurrentes o gastos operativos y de mantenimiento requeridos durante el programa serán: pasajes, viáticos, movilidad, alquileres de equipos y servicios, mantenimiento de oficinas, expensas, gastos de librería y de capacitación, productos de artes gráficas, imprenta, publicaciones y reproducciones, mensajería y correo, servicios de limpieza, insumos informáticos, seguros, telefonía, y gastos menores que demande el funcionamiento de la UT y la UFIS, los que serán financiados por la contrapartida del programa, y serán realizados siguiendo los procedimientos administrativos del ejecutor, los que serán detallados en el ROP. Los costos de operación no incluyen salarios de funcionarios del Sector Público.
- d. **Adquisiciones Anticipadas/Financiamiento Retroactivo:** No se prevén AD anticipadas, ni financiamiento retroactivo.
- e. **Pertinencia del Gasto:** La pertinencia del gasto, es decir los Términos de Referencia (TdR), las especificaciones técnicas y el presupuesto de las AD que se realicen en el programa, serán responsabilidad del Jefe de Equipo de Proyecto (JEP) y necesitarán siempre de la no-objeción previa, con respecto al inicio de la adquisición misma, y según criterios operacionales del JEP.

1. Montos Límites para Licitación Internacional y Lista Corta con Conformación Internacional (US\$)

| Método | LPI Obras | LPI Bienes y Servicios diferentes a la consultoría | Lista Corta Internacional en servicios de consultoría |
|---------------------|------------|--|---|
| Monto Límite | ≥5.000.000 | ≥500.000 | ≥500.000 |

Nota: Además, los contratos de valor mayor al equivalente de US\$200.000 se deben anunciar en los sitios de Internet del UNDB online y del Banco.

2. Adquisiciones Principales

El siguiente cuadro resume el listado de las principales AD identificadas para el programa hasta este momento.

ADQUISICIONES PRINCIPALES

| Actividad | Método de Selección | Fecha Estimada de convocatoria/ invitación | Monto Estimado |
|--|--------------------------------------|--|----------------|
| Bienes | | | |
| Equipamiento para fortalecer la capacidad diagnóstica en el 1er nivel de atención | LPI | 9/30/2017 | 29,666,980.00 |
| Equipamiento Informático Redes | LPI | 7/15/2017 | 533,860.00 |
| Equipamiento Informático para la gestión de servicios farmacéuticos para la Dispensa y Posterior digitalización de la receta (primer año) | LPI | 11/20/2016 | 874,250.00 |
| Equipamiento Informático para la gestión de servicios farmacéuticos para la Dispensa y Posterior digitalización de la receta (segundo año) | LPI | 11/20/2017 | 1,311,375.00 |
| Instalaciones y equipamiento logístico para depósito y farmacias (primer año) | LPI | 11/20/2016 | 4,219,944.00 |
| Instalaciones y equipamiento logístico para depósito y farmacias (segundo año) | LPI | 11/16/2017 | 6,329,916.00 |
| Firmas | | | |
| Encuesta de Factores de riesgo / Sobremuestra | Contratación Directa INDEC | 4/30/2017 | 570,000.00 |
| Servicio de auditoría médica | Selección Basada en calidad y costos | 3/30/2017 | 2,158,230.63 |

* Para acceder al PdA 18 meses PA₁₈, haga clic [aquí](#).

3. Supervisión de Adquisiciones

El método de supervisión será ex post para los procesos en los umbrales de LPN para Obras, Bienes, Servicios de Consultoría y Servicios de No Consultoría. Se revisarán de manera ex ante, los procesos correspondientes a LPI, contrataciones directas y aquellos procesos que por su complejidad o riesgo, justifiquen una supervisión ex-ante.

En el caso de Consultores Individuales, se revisará de manera ex-ante, toda contratación por un monto superior a US\$50.000. Para contrataciones inferiores a ese monto, la revisión será ex-post.

Para las contrataciones que se realicen en el marco de las transferencias, la UFIS supervisará que las mismas cumplan lo establecido en el Contrato de Préstamo y el ROP del programa. Cada proceso de adquisición que realice de manera descentralizada una provincia no podrán superar los siguientes límites: (i) Bienes: montos menores a US\$100.000; y (ii) Obras (remodelaciones): montos menores a US\$350.000.

Las revisiones ex-post serán cada 12 meses de acuerdo con el Plan de supervisión del proyecto sobre una muestra extraída de la totalidad de los procesos realizados desde el comienzo del programa en la primera revisión y desde la anterior revisión realizada, para las siguientes. Los reportes de revisión ex-post incluirán al menos una visita de inspección física³, escogida de los procesos de AD sujetos a la revisión ex-post.

| Límite para Revisión Ex-Post | | |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Obras | Bienes y Servicios de no Consult. | Servicios de Consultoría |
| <5.000.000 | <500.000 | <500.000 |

Nota: 1. Los montos límites establecidos para revisión ex-post se aplican en función de la capacidad fiduciaria de ejecución del OE y pueden ser modificados por el Banco en la medida que tal capacidad varíe. 2. Los procesos de bienes por debajo de US\$100.000 podrán ser efectuados bajo el método de comparación de precios, al igual que las obras por debajo de US\$350.000. En los dos casos, la revisión será ex-post.

4. Disposiciones especiales

- a. **Medidas para reducir las probabilidades de corrupción:** Atender las disposiciones de las políticas GN-2349-9 y 2350-9 en cuanto a prácticas prohibidas. También será deber del ejecutor revisar el listado de firmas y personas sancionadas para participar en procesos financiados por la Banca Multilateral.
- b. **Otros Procedimientos especiales:** Mantener el PdA actualizado de acuerdo con las necesidades del proyecto e integrado a la planificación del mismo.

5. Registros y Archivos

El área de Contrataciones estará encargada de mantener los archivos de las AD del proyecto que se desarrollen en la UFIS, mientras que las AD desarrolladas en las provincias, mantendrán los archivos originales.

VI. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA GESTIÓN FINANCIERA

A. Programación y Presupuesto

- 6.1 El responsable del proceso de formulación y programación del presupuesto anual es la unidad ejecutora, quien se encarga de realizar todos los procedimientos conducentes a la consolidación del presupuesto anual para su aprobación. A medida que surgen necesidades de ampliaciones o reasignaciones de partidas, la unidad ejecutora solicita las modificaciones encargándose de gestionar su aprobación. Los créditos presupuestarios se ejecutan mediante cuotas de compromiso trimestrales y mensuales de devengado, las cuales son asignadas por la Oficina Nacional de Presupuesto (Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas).
- 6.2 No se anticipan dificultades para el manejo presupuestario, oportunidad de contrapartida local o atrasos del sistema que afecten la ejecución.

³ La inspección verifica la existencia de las AD, dejando la verificación de la calidad y cumplimiento de especificaciones al especialista sectorial.

B. Tesorería y Gestión de Desembolsos

- 6.3 El Tesoro Nacional transfiere a la unidad ejecutora los fondos de contrapartida local, a una cuenta abierta por el programa para uso exclusivo del presente préstamo, en razón de tratarse de un programa cofinanciado con recursos del Banco.
- 6.4 Los desembolsos se realizarán con base en un plan financiero detallado, cuyo modelo ha sido acordado con las autoridades del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas y Jefatura de Gabinete.

C. Contabilidad, Sistemas de Información y Generación de Reportes

- 6.5 El OE utilizará el sistema UEPEX como sistema de administración financiera. El registro de la contabilidad se hará en base de caja y se seguirán las Normas Internacionales de Información Financiera cuando aplique de acuerdo a los criterios nacionales establecidos. Los informes financieros requeridos serán: (i) Plan de Ejecución Financiera para hasta 180 días posteriores a la solicitud de anticipos; (ii) estados financieros anuales auditados; y (iii) otros informes a ser requeridos por los especialistas fiduciarios.

D. Control Interno y Auditoría Interna

- 6.6 El ente nacional de Control Interno es la Sindicatura General de la Nación (SIGEN). La auditoría interna de cada OE se realiza por intermedio de la Unidad de Auditoría Interna (UAI). Dicha unidad, dependiente en forma directa del Ministro, es la encargada de efectuar las auditorías y recomendaciones de acuerdo con las facultades conferidas por la Ley 24.156 (Ley de Administración Financiera y de los Sistemas de Control–30 de septiembre de 1992). La UAI del Ministerio de Salud de la Nación es quien realiza las auditorías internas del programa.

E. Control Externo: Auditoría Financiera Externa e Informes de los Proyectos

- 6.7 En el año 2011 el Banco concluyó un diagnóstico sobre Prácticas de Auditoría Gubernamental de la Auditoría General de la Nación (AGN), realizado de acuerdo a la guía del Banco para determinar el nivel de desarrollo de los sistemas de GF pública. La evaluación concluyó en la validación de la AGN como auditor de proyectos del Banco. Sin embargo, con base en los antecedentes de oportunidad de presentación de EFAs por parte de la AGN durante los últimos años, en octubre de 2014 se acordó con la Nación reducir su cartera para ajustarla a sus reales capacidades de cumplimiento.
- 6.8 Debido a lo anterior y dada la complejidad del mecanismo de ejecución de la operación, se recomienda licitar la auditoría para que sea una Firma Auditora Independiente FAI que audite el programa.
- 6.9 La auditoría se realizará con base en los nuevos Términos de Referencia elaborados por el Banco, versión 2014.

F. Supervisión Financiera de Proyecto⁴

- 6.10 El plan de supervisión financiera inicial surge a partir de las evaluaciones de riesgo y capacidad fiduciaria realizadas de acuerdo a las revisiones *in situ* y de “escritorio” previstas para el programa que incluye el alcance de las acciones operacional, financiera y contable, de cumplimiento y legalidad, frecuencia y responsable de las mismas.

⁴ Ver Guía de GF para Proyectos Financiados por el BID (OP-273-6) Anexo I Aplicación de los Principios y Requisitos de GF requisito 4 Supervisión Financiera.

- 6.11 Adicionalmente a los informes requeridos para tramitar desembolsos y la auditoría anual, se solicitará un Plan Financiero en detalle con la finalidad de realizar un seguimiento adecuado a las proyecciones de desembolsos.

G. Mecanismo de Ejecución

- 6.12 El OE estará a cargo de la implementación general de los componentes del Programa y de implementar su Plan de Monitoreo y Evaluación. Para la ejecución del Subcomponente 1.1 a nivel local, las jurisdicciones constituirán UGJ, cuyas características básicas, funciones y obligaciones estarán establecidas en los Convenios de Gestión que suscriban el OE y la jurisdicción respectiva y en el RO. Las UGJ deberán estar coordinadas por un responsable de la organización de línea de los ministerios jurisdiccionales.
- 6.13 El RO detallará los lineamientos a cumplir para que una jurisdicción sea elegible como beneficiaria del Subcomponente 1.1, las cuales incluirán: (i) que la ejecución de los PIJ e Innovadores estén incluidos en el marco normativo presupuestario del ministerio jurisdiccional; (ii) que las AD estén sujetas a organismos de control jurisdiccional; (iii) que se reporte el flujo de fondos del proyecto y el registro patrimonial de bienes adquiridos con ellos; (iv) que la jurisdicción mantenga un nivel mínimo de compromiso de los fondos transferidos; y (v) que la UFI-S certifique el cumplimiento de las políticas de AD del Banco.
- 6.14 El ROP también incluirá las sanciones que serán impuestas por el eventual incumplimiento de alguno de estos lineamientos. Asimismo, el RO especificará los hitos que progresivamente deberán cumplir las jurisdicciones para recibir el financiamiento de sus programas, las cuales estarán sujetas a la verificación previa por parte de una firma auditora médica que será contratada con cargo a los recursos del financiamiento. Las transferencias realizadas a jurisdicciones que cumplan con sus lineamientos de elegibilidad y con sus respectivos hitos auditados serán directamente elegibles para ser presentadas en las rendiciones de anticipos al Banco.
- 6.15 Las transferencias realizadas a jurisdicciones que cumplan con sus lineamientos de elegibilidad y con sus respectivos hitos auditados serán directamente elegibles para ser presentadas en las rendiciones de anticipos al Banco.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-___/16

Argentina. Préstamo ___/OC-AR a la República Argentina
Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para
el Manejo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
Segunda Operación

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República Argentina, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución del Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles - Segunda Operación. Dicho financiamiento será por una suma de hasta US\$100.000.000, que formen parte de los recursos del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen de Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el ___ de _____ de 2016)

LEG/SGO/CSC/IDBDOCS: 40567336
Pipeline No. AR-L1196