



Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles--Segunda Fase (AR-L1196;3772/OC-AR)

Informe de terminación del proyecto (PCR)

Equipo de preparación del proyecto: 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).

Equipo de PCR: Mario Sánchez (SPH/CAR) Jefe de Equipo; Marilia Santos y Ana Niubó (FMP/CAR); Alonso Chaverri-Suárez (LEG/SGO); Carolina Conde (CSC/CAR); y Martha Guerra (SCL/SPH).

ÍNDICE

Enlaces Electrónicos.....	2
Enlaces Electrónicos Opcionales	2
Acrónimos y abreviaturas	3
I. INTRODUCCIÓN	6
II. Criterios centrales. Desempeño del proyecto.	9
II.1 Relevancia.....	9
a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país	10
b. Alineación estratégica	11
c. Relevancia del diseño	12
Tabla I.1. Matriz de Resultados (aprobación, plan inicial y cierre).....	17
II.2 Efectividad.....	20
a. Declaración de los objetivos de Desarrollo del proyecto.	20
b. Logro de resultados.....	20
Tabla I.2. Matriz de resultados alcanzados	25
c. Análisis contrafactual.....	27
d. Resultados no anticipados	29
II.3 Eficiencia	29
II.4 Sostenibilidad	32
a. Aspectos Generales de Sostenibilidad	32
b. Salvaguardas ambientales y sociales	33
III. CRITERIOS NO CENTRALES.....	33
III.1 Desempeño del Banco	33
III.2 Desempeño del prestatario	33
IV. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES.....	33
V. Anexos.....	35
Anexo I – Resumen de Principales Evaluaciones Cuantitativas de REMEDIAR y REDES.....	35
Anexo II – Referencias Bibliográficas.....	38

Enlaces Electrónicos

1. [Resumen de la Matriz de Efectividad en el Desarrollo \(DEM\)](#)
2. [Versión final del Informe de seguimiento del progreso \(PMR\)](#)
3. [PCR Checklist](#)

Enlaces Electrónicos Opcionales

1. [Reporte del análisis económico *ex post*](#)

Acrónimos y abreviaturas

APS	Atención Primaria de la Salud
AVISA	Años de Vida Saludable Perdidos
CAPS	Centros de Atención Primaria de la Salud
COFESA	Consejo Federal de Salud
CUS	Cobertura Universal de Salud
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información de Salud
EC	Enfermedades Crónicas
GRP	Gestión de Riesgos en Proyectos
INC	Instituto Nacional del Cáncer
MSN	Ministerio de Salud de la Nación
OMS	Organización Mundial de la Salud
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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO

^AR-L1196 MULTIPHASE PRIMARY HEALTH CARE PROGRAM FOR MANAGING CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES

Country Beneficiary Argentina	Loan Instrument Investment Loan	Borrower AR-AR - NACION ARGENTINA	Loan(s) 3772/OC-AR	Sector Health	Sub-Sector Disease Prevention & Control
Date of Board Approval Oct 19, 2016	Date of Eligibility for First Disbursement Sep 20, 2017	Date of Closure (CO) Aug 27, 2021	Loan Amount - Original 100,000,000.00	Loan Amount - Current 100,000,000.00	Pari Passu
Total Project Cost 100,000,000.00	Months In Execution from Approval 58	Months In Execution from First Disbursement 46	Original Date of Final Disbursement May 31, 2021	Actual Date of Final Disbursement May 31, 2021	Cumulative Extension(Months)
Total Amount Disbursed 100,000,000.00	Total Percentage of Disbursement 100%				

^ Bank Staff

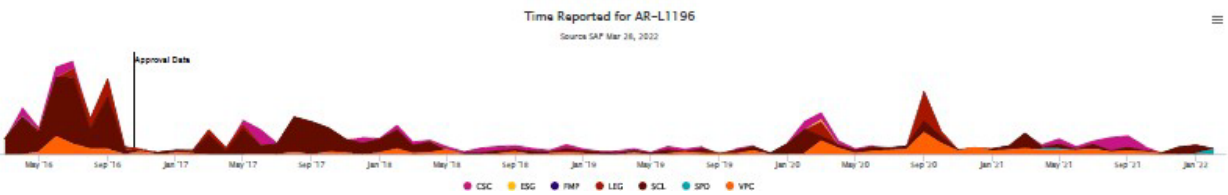
Positions	At PCR Aug 27, 2021	At Approval Oct 19, 2016
Vice-President VPS	Lopez, Benigno	Levy,Santiago
Vice-President VPC	Martinez, Richard	Rosa,Alexandre Meira
Country Manager	Attademo-Hirt,Maria Florencia (CSC/CSC)	Lupo,Jose Luis (CSC/CSC)
Sector Manager	Cabrol,Marcelo E. (SCL/SCL)	Salazar Sanchez,Hector (SCL/SCL)
Division Chief	Regalia,Ferdinando (SCL/SPH)	Regalia,Ferdinando (SCL/SPH)
Country Rep	Aguerre,Jose Agustin (CSC/CAR)	
Project Team Leader	Tristao,Ignez M. (SPH/CAR)	Sanchez,Mario Alberto (SPH/CAR)
PCR Team Leader		

^ Staff Time and Cost



Stage Project Cycle	# of Staff Weeks	USD (including Travel and Consultant Costs)
Preparation	28.3	172,240.71
Supervision	52.9	406,378.26
Total	81.2	578,618.97

^ Time



I. INTRODUCCIÓN

El incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) es una de las principales preocupaciones de política sanitaria a nivel mundial. Aunque hasta la fecha la pandemia de COVID-19 se ha cobrado más de 6,3 millones de muertes¹, las ECNT continúan siendo la principal causa de morbilidad, discapacidad y muerte prematura en el mundo. Entre 2010 y 2019, la proporción de muertes causadas por estas enfermedades a nivel mundial se incrementó de 67% a 74%. En 2019, las cuatro principales ECNT, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades pulmonares crónicas y la diabetes, provocaron la muerte de tres de cada cinco personas a nivel global (más de 25 millones de fallecimientos)².

En el contexto de un país federal como Argentina, en el que el financiamiento y la gestión de la mayoría de los centros públicos de salud recaen en los gobiernos provinciales y en el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el “**Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de ECNT**” fue diseñado para apoyar al Ministerio de Salud de la Nación (MSN) en sus esfuerzos por promover que estas jurisdicciones implementen el [Modelo de Cuidado de Personas con Enfermedades Crónicas](#), con base en el desarrollo de [Redes Integradas de Servicios de Salud](#) (RISS), a través de un Préstamo de Inversión de Fases Múltiples, en dos fases. La **primera fase del Programa Multifase** (AR-L1142; 2788/OC-AR) fue aprobada en septiembre de 2012, con un financiamiento de US\$150 millones y US\$50 millones de aporte local, finalizando su ejecución en septiembre de 2017.

Este documento analiza el desempeño de la **segunda fase del Programa Multifase** (AR-L1196; 3772/OC-AR) y presenta las lecciones aprendidas de su implementación. No obstante, por tratarse de un Programa de Fases Múltiples, **el documento procura mantener una visión de conjunto de la serie**. La segunda fase del Programa fue aprobada el 19 de octubre de 2016, mediante Resolución DE-73/16, con un financiamiento de US\$160 millones y US\$60 millones de aporte local, según consta en el contrato de préstamo 3772/OC-AR, suscrito el 31 de mayo de 2017³. El proyecto alcanzó elegibilidad para desembolsos en septiembre de 2016, y finalizó su ejecución en agosto de 2021.

Con el fin de enmarcar un conjunto de las lecciones aprendidas que presenta este documento, es importante señalar que, con sus dos fases, el Programa Multifase forma parte de un conjunto de cuatro proyectos financiados por el BID, relacionados entre sí por compartir el objetivo de fortalecer la atención primaria de la salud, así como por financiar dos programas del MSN que han llegado a ser emblemáticos para las jurisdicciones, el programa REMEDIAR y el programa REDES. La Figura 1 presenta de manera esquemática la cronología de estas cuatro operaciones.

En respuesta a la crisis económica y social de 2001-2002, el primer proyecto de este conjunto de operaciones, “Reforma de la Atención Primaria” (AR-0120; 1193/OC-AR (PROAPS)), fue reformulado en 2003 para apoyar el inicio de **REMEDIAR**, programa a través del cual el MSN compra y distribuye de forma centralizada medicamentos esenciales a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de todas las jurisdicciones, teniendo como uno de sus objetivos

¹ Tablero de Control de COVID-19 de la Organización Mundial de la Salud (<https://covid19.who.int/>).

² Red Colaborativa de Carga de Enfermedad Global 2020 (<https://www.thelancet.com/gbd/summaries>).

³ El contrato de préstamo fue modificado mediante (a) Contrato Modificatorio No. 1 de 8 de abril de 2020 con el fin de, entre otros, permitir la compra de medicamentos, insumos y/o vacunas para prevenir y/o responder a un aumento exponencial de casos del virus COVID-19; y (b) Mediante carta modificatoria de 6 de octubre de 2020 para permitir, entre otras, la aplicación de las medidas especiales para la preparación y respuesta a la pandemia del COVID-19, en línea con lo aprobado por el Directorio Ejecutivo del Banco mediante Resolución DE-28/20 por un período de un año, extendido por un año más hasta el 7 de abril de 2022 (Resolución DE-18/21). Para más detalles, ver más adelante la Sección II.1.a de este documento.

jerarquizar a estos centros del Primer Nivel de Atención (PNA). El segundo proyecto, “Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud” (AR-L1020; 1903/OC-AR (FEAPS)), aprobado en 2007, financió la primera etapa de **REDES**, un programa que incentiva la implementación del modelo de RISS en las jurisdicciones, con foco en las ECNT. Entre otras intervenciones, REDES financia Proyectos Jurisdiccionales de Inversión (PJI) para el fortalecimiento de la capacidad de atención de los CAPS como puerta de entrada al PNA, y la integración de estos con centros de mayor complejidad clínica (hospitales de segundo y tercer nivel), sujeto al cumplimiento de metas e hitos relacionados a la implementación del modelo de RISS, los cuales son auditados de forma externa. El Recuadro 1 presenta la evolución de REDES a través de los distintos programas financiados por el Banco.

Recuadro 1. Evolución del programa REDES

La fase piloto del Programa REDES (REDES 1) inició en 2007, financiada a través de la operación AR-L1020. REDES se propuso como una plataforma a través de la cual el MSN promoviera que las jurisdicciones cambiaran su modelo de atención de las ECNT, pasando de la atención reactiva y centrada en los hospitales a una atención preventiva que tuviera como puerta de entrada a los CAPS, de baja complejidad médica pero alto despliegue territorial, con mayor capacidad para detectar de manera proactiva y temprana el desarrollo de estas patologías, en su caso, tratarlas a través de medicamentos esenciales (disponibles a través del programa REMEDIAR) y promover la adherencia a estos tratamientos, así como fomentar los cambios de comportamiento requeridos para prevenirlas o tratarlas de manera efectiva. Bajo este nuevo modelo, los CAPS deberían referir los casos más complejos a los niveles hospitalarios respectivos y estos, a su vez, deberían volver a referir a estos pacientes a los CAPS, una vez controlada la situación de alta complejidad, creando una red integrada de servicios de salud. REDES 1 utilizó la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, como “trazadoras” de esta red de atención.

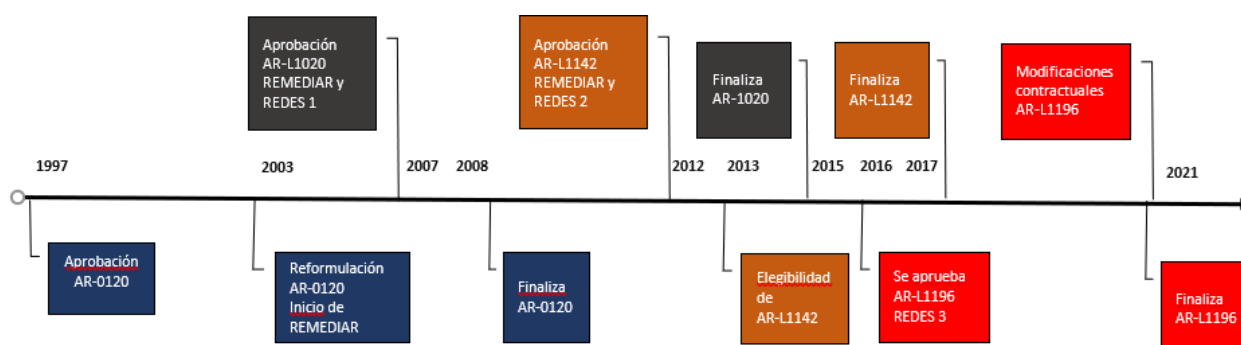
Los ministerios de salud jurisdiccionales que voluntariamente fueron adhiriendo a REDES 1 fueron elegibles para recibir financiamiento para su PJI, diseñado de manera conjunta con el MSN, dirigido a adquirir bienes o servicios o remodelaciones edilicias menores para fortalecer la capacidad de atención de los CAPS, en un espacio geográfico que abarcara al menos a 30% de la Población con Cobertura Pública Exclusiva (PCPE) de la jurisdicción. Las jurisdicciones accedían a 50% del financiamiento para sus PIJ a través de pagos capitados que incentivarán la implementación del nuevo modelo de atención: (i) empadronamiento de la PCPE para identificar de manera preliminar su riesgo sanitario a través de encuestas realizadas por los agentes sanitarios de los CAPS; (ii) clasificación clínica de la población con riesgo sanitario preliminar medio o alto; y (iii) seguimiento a pacientes con riesgo sanitario clínico moderado o alto. Las jurisdicciones accedían al restante 50% de financiamiento contra el cumplimiento de hitos relacionados con la implementación del modelo RISS específicos a cada jurisdicción como, por ejemplo, el desarrollo de un sistema de referencia y contra referencia entre los CAPS y los niveles hospitalarios. El cumplimiento de estas metas o hitos se verificaba (y se continúa verificando) a través de auditorías médicas externas. La lógica de REDES 1 se basaba en que las jurisdicciones podrían dar cumplimiento a las metas a través de los recursos existentes en los CAPS, generando incentivos a la priorización de este nivel de atención por parte de las autoridades sanitarias ministeriales, y que los recursos de los PIJ estarían abocados al cumplimiento de los hitos o a potenciar la capacidad de las jurisdicciones para alcanzar metas más ambiciosas en fases posteriores del programa.

En 2012, el MSN decidió ampliar el alcance geográfico de REDES (REDES 2), a través de la primera fase del Programa Multifase, previendo que las jurisdicciones ampliaran su población objetivo al 40% de la PCPE e incrementando el nivel de las metas cuyo cumplimiento gatillaba el desembolso de recursos para sus PIJ. La evaluación de impacto de REDES se realiza a través de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo. La [primera evaluación de REDES](#) utilizó la ENFR de 2005 y 2009 como línea de base y la de 2013 para el seguimiento de los indicadores de resultados del programa, comparando distritos con y sin la intervención estadísticamente comparables. Esta evaluación arrojó resultados positivos para el programa en términos de tasas de tamizaje y tratamientos para presión arterial, glucemia y colesterol elevado.

En 2016, el MSN inició una nueva expansión geográfica de REDES (REDES 3), a través de la segunda fase del Programa Multifase, cuyo desempeño se evalúa en este documento. REDES 3 centró la totalidad de su financiamiento en el cumplimiento de hitos, dejando el pago capitado por el cumplimiento de metas al Programa SUMAR del MSN, que hasta 2013 se había enfocado en la población materno-infantil (financiado por el Banco Mundial). Los hitos de REDES 3 incluyen el logro de metas sanitarias, pero ya no son pagadas de forma capitada. En el marco de REDES 3, las jurisdicciones extendieron su atención a, al menos, 70% de la PCPE (varias de ellas superando este umbral).

En el contexto de la pandemia de COVID-19, en 2020 se aprobó una nueva etapa de REDES, a través de la operación AR-L1326, utilizando este programa como plataforma para que el MSN ejerciera su rectoría sanitaria para la gestión de la pandemia a nivel nacional. Actualmente está en preparación la operación AR-L1358, en la cual se prevé utilizar el programa REDES para promover el cumplimiento de protocolos de atención para cuatro líneas de cuidado priorizadas: diabetes, insuficiencia cardíaca, depresión y cáncer (de mama, cervicouterino o colorrectal).

Figura 1: Cronología de operaciones BID en apoyo a los Programas REMEDIAR Y REDES



Lógica del Programa Multifase y Primera fase del Programa

El objetivo general de la primera fase del Programa fue contribuir a la reducción de la morbilidad causada por ECNT en Argentina, priorizando a la población con cobertura pública exclusiva (PCPE). Específicamente, la primera fase del Programa se propuso: i) jerarquizar el PNA como puerta de entrada de RISS; ii) incrementar el acceso de la PCPE a tamizajes que permitan su clasificación por riesgo sanitario; y iii) incrementar la proporción de la población con riesgo sanitario que es atendida siguiendo protocolos apropiados a su condición de salud. La primera operación se enfocó en hipertensión y diabetes como trazadoras de la red de atención, mientras que, como resultado de las evaluaciones que se financiaron en el marco de la operación, se preveía que la segunda operación pudiese extender su alcance a la promoción de tamizaje de neoplasias (cáncer) para las que hay evidencia de que su detección precoz mejora sustancialmente su pronóstico.

La primera fase del Programa fue estructurada en tres componentes. El primero de ellos financió la expansión del programa REDES, promoviendo que su cobertura pasará del 30% de la PCPE propuesto como meta para el FEAPS a 40%, mientras que se preveía que la segunda fase del programa continuase esta expansión hasta el 70% de dicha población. Este primer componente también financió la implementación y evaluación de un programa piloto de tamizaje de cáncer

colorrectal desde los CAPS, cuyos resultados positivos dieron pie a que el programa piloto se expandiera durante la segunda fase del Programa.

El segundo componente de la primera fase del programa dio continuidad al financiamiento de REMEDIAR, incluyendo la promoción de la dispensa y el uso racional de los medicamentos esenciales en los CAPS, teniendo como innovaciones la promoción de la certificación de procesos clave de gestión del programa y la mejora de la trazabilidad de la distribución de medicamentos. El porcentaje de financiamiento de REMEDIAR para la primera operación del Programa se redujo en comparación con el que fue contemplado para el PROAPS y el FEAPS. Como se discutirá más adelante, el diseño de la segunda operación del Programa no contempló el financiamiento de medicamentos, pasando a ser financiado totalmente con recursos de Rentas Generales, a través del programa CUS⁴ Medicamentos. Sin embargo, el Contrato de Préstamo de la segunda operación fue modificado en el marco de la crisis sanitaria generada por la pandemia de COVID-19, volviendo a contemplar el financiamiento de REMEDIAR, el cual sustituyó al programa CUS Medicamentos con el cambio de Administración del Gobierno Nacional en diciembre de 2019.

El tercer componente de la primera fase del programa se concentró en el desarrollo de sistemas de información para la trazabilidad de los medicamentos distribuidos y dispensados en el marco de REMEDIAR, así como para la implementación del dos sistemas de información oncológicos, el Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA)⁵ y del Sistema de Información de Tamizaje (SITAM)⁶. La expansión de estos dos sistemas oncológicos continuó siendo apoyada a través de la segunda operación del Programa.

En su [Informe de Cierre](#), la primera fase del Programa fue clasificada por la Administración del Banco como “Parcialmente Exitosa” para luego ser reclasificada por su Oficina de Monitoreo y Evaluación (OVE) como “Exitosa”.

II. Criterios Centrales. Desempeño del Proyecto.

II.1 Relevancia

La segunda fase del Programa se alineó a las necesidades y prioridades de desarrollo del país y a las orientaciones estratégicas del Banco, tanto en su diseño como al momento del cierre. Asimismo, la operación tuvo una lógica vertical sólida, ofreciendo respuestas pertinentes a los problemas identificados, tanto en la jerarquización de PNA del sector público, como en el acceso a servicios de tamizajes para clasificación por riesgo y a tratamientos oportunos por parte de la PCPE. En el contexto de la crisis sociosanitaria generada por la pandemia por COVID-19, el Contrato de Préstamo de la operación fue modificado para responder al cambio de prioridades sanitarias del País.

⁴ Acrónimo de Cobertura Universal de Salud.

⁵ A través del RITA se examinan casos diagnosticados o tratados en hospitales en términos de las características demográficas, descripción del tumor y de los tratamientos administrados y eventos acontecidos.

⁶ El SITAM permite registrar el perfil de resultados de los servicios de tamizaje neoplásicos y realizar monitoreo del desempeño de dichos servicios en cuanto a calidad de servicio.

a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país

Los objetivos y el diseño de la segunda fase del Programa estuvieron plenamente alineados con los desafíos y prioridades sanitarias del país, manteniendo su relevancia durante la etapa de ejecución.

En 2019 (año de la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)), las ECNT fueron responsables del 80,2% de las muertes y 84,4% de los años de vida perdidos prematuramente ajustados por discapacidad en Argentina, siendo más altos para las mujeres (87,6% vs 82,3% para varones) y ligeramente superiores a los guarismos para 2013, año utilizado como línea de base para los indicadores de impacto y resultado al momento de la aprobación de la segunda fase del Programa⁷. Adicionalmente, las ECNT 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 PIB⁸.

Las ECNT más prevalentes comparten factores de riesgo comportamentales, siendo los cuatro más importantes el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno, la alimentación inadecuada, la inactividad física y el uso nocivo de alcohol. Con el tiempo, estos comportamientos contribuyen a generar cambios fisiológicos y metabólicos como hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, hiperglicemia 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, no sólo por sus implicaciones sanitarias y económicas, sino también en términos de equidad. La figura 2 compara la prevalencia de factores de riesgo entre 2013 y 2019, con base en las respectivas ENFR, desagregándolos por género, tipo de cobertura de salud y nivel de ingresos.

La segunda fase del Programa estuvo alineada con la estrategia sanitaria del Gobierno de Argentina entre 2016 y 2019, cuyo principal objetivo fue 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). Uno de los ejes estratégicos de la CUS incluyó el fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de Salud y la consolidación de RISS. La naturaleza estratégica de estos dos ejes ha sido mantenida por la actual Administración del Gobierno argentino (2019-2023). Asimismo, la operación estuvo alineada con la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria de la Cobertura Universal de Salud (2019)⁹ cuyo objetivo fue promover y proteger la salud, prevenir, diagnosticar, tratar, rehabilitar y mantener la salud de poblaciones de territorios delimitados.

La crisis sociosanitaria gatillada por la pandemia de COVID-19, que ha impactado de forma relativamente más negativa en la PCPE, llevó a las autoridades a solicitar la enmienda al Contrato de Préstamo para, entre otros aspectos, permitir el uso de los recursos para financiar medicamentos, vacunas, insumos y equipamiento para atender adecuadamente la emergencia

⁷ Visualizador del Institute for Health Metrics and Evaluation (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>)

⁸ Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, IECS (2011). *“Impacto en las finanzas públicas de la enfermedad cardiovascular en Argentina”*. Informe de consultoría comisionado por el BID.

⁹ Ministerio de Salud y Desarrollo Social - Secretaría de Gobierno de Salud: Resolución 32/2019 RESOL-2019-32-APN-SGS#MSYDS

sanitaria de acuerdo con el Plan de Prevención y Respuesta al COVID-19. El Contrato de Préstamo fue enmendado mediante Contrato Modificatorio No. 1 de fecha 8 de abril de 2020.

Posteriormente, el 6 de octubre de 2020 se firmó una segunda enmienda al Contrato de Préstamo para poder acompañar la estrategia de la Argentina para responder al aumento exponencial de casos del virus COVID-19 y financiar el anticipo de la opción de compra del Mecanismo COVAX, administrado por GAVI Alianza para la Vacunación.

Ambas enmiendas del Contrato de Préstamo significaron la aprobación de transferencias de recursos no comprometidos entre subcomponentes del Componente 1 de la operación. Para la primera enmienda se aprobó transferencias de los Subcomponentes 1.1 y 1.2 al Subcomponente 1.3 de hasta por un monto máximo de US\$20 millones, mientras para la segunda de hasta por un monto máximo de US\$28,117 millones¹⁰.

Figura 2. Prevalencia de factores de riesgo para ECNT en Argentina a nivel nacional, por sexo, con y sin cobertura de seguro de salud y por quintil de ingresos¹¹

Factor de Riesgo	Nacional		Varones 2019	Mujeres 2019	Cobertura de Salud 2019		Quintil ingreso 2019	
	2019	2013			Obra Social	Solo Pública	1o.	5o.
1. Fumador	22,2	25,1	26,1	18,6	18,8	29,1	24,7	20,3
2. No consume mín. frutas y verduras	94,0	94,1	95,5	93,5	93,3	95,4	95,6	91,8
3. Actividad física baja	44,2	54,7	41,6	46,6	44,2	44,1	47,3	37,8
4. Sobrepeso	36,3	37,1	41,9	30,9	37,1	34,4	34,3	35,4
5. Obesidad	25,3	20,8	26,6	24,2	25,0	26,1	27,6	19,6
6. Hipertensión Arterial	34,7	34,1	33,3	35,8	37,0	29,2	36,4	28,9
7. Hiperlipidemia	28,9	29,8	28,7	29,1	30,4	23,9	28,7	29,7
8. Sin control de presión arterial	15,7	17,6	18,3	13,3	10,4	26,9	25,0	8,1
9. Sin control de colesterol	17,9	22,5	22,8	11,5	12,3	37,4	30,7	7,4
10. Sin control de glucemia	20,9	23,2	26,1	16,2	14,1	35,2	32,1	10,5
11. Sin mamografía	34,0	34,4	-	-	29,3	50,6	49,6	19,7
12. Sin Papanicolau	29,7	28,4	-	-	23,7	41,6	43,0	15,1
13. Sin rastreo de cáncer de colon	68,4	75,5	68,0	68,8	64,8	83,2	81,9	56,7

b. Alineación estratégica

Esta operación se alineó con la Estrategia de País para Argentina (2012-2015), específicamente con su Área Prioritaria de Inclusión Social y Económica de la Población y con su Objetivo

¹⁰ La Sección II.2 de este documento (Efectividad) analiza cómo afectaron estas modificaciones al Contrato de Préstamo a la Lógica Vertical de la operación y el logro de los objetivos específicos y resultados asociados.

¹¹ Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2013 y 2018-2019. Los valores son porcentajes sobre total de población mayor de 18 años, salvo en: (9) 35+ varones y 45+ mujeres; (11) 50-70 años; (12) 25-65 años; y (13) 50-75 años. Para los factores clínicos, las mediciones refieren a "alguna vez", excepto para: (6), (8), (11), (12).

Estratégico de Fortalecimiento y reorientación de los servicios y redes de salud para una mejor gestión de las ECNT (GN-2687). Asimismo, se alineó durante su ejecución con la Estrategia de País para Argentina vigente entre 2016 y 2019 (GN-2870-1), extendida durante 2020 por la pandemia de COVID-19, específicamente con su Área Prioritaria de Reducción de la pobreza y la desigualdad y su Objetivo Estratégico de Fortalecimiento de calidad de los servicios de salud del PNA para prevención y detección temprana de ECNT; así como con la Estrategia de País para Argentina 2021-2023, vigente al momento del cierre de la operación (GN-3051), específicamente con su Área Prioritaria de Reducción de la pobreza y protección social a los más vulnerables y con su Objetivo Estratégico de Fortalecimiento del sistema de salud.

El Programa fue consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional (UIS) 2010-2020 (AB-3008) y se alineó 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. La operación contribuyó al Marco de Resultados Corporativos 2016-2019 (GN-2727-6), mediante el aumento de personas que se benefician de servicios de salud. Al momento del cierre, el proyecto mantuvo la alineación con la Segunda Actualización de la Estrategia Institucional (AB-3190-2) y con el Marco de Resultados Corporativos 2020-2023 (GN-2727-12).

El Programa también se alineó 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 abocó 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) encaró el desafío de cerrar la brecha de acceso que tienen los varones respecto a la realización de tamizajes para la detección oportuna de ECNT.

El Programa también fue 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 fue 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 ECNT.

c. Relevancia del diseño

Por tratarse de la segunda fase del Programa, buena parte de los argumentos relativos a la relevancia del Proyecto resultan similares a los expuestos para la fase anterior. La operación resultó plenamente relevante para los problemas identificados tanto a nivel epidemiológico, como de gestión institucional que enfrenta Argentina.

Hay evidencia contundente que las reducciones más significativas en la carga de enfermedad por ECNT se logrará por acciones que disminuyan la prevalencia de sus factores comunes. Lograrlo implica promover hábitos saludables tanto de base amplia, mediante acciones de salud pública (por ejemplo, políticas de promoción de cesación tabáquica o de actividad física), como a nivel individual, a través de una mayor resolutivez de los servicios de salud.

La PCPE, objetivo de la operación, sufre desproporcionadamente a causa de las ECNT, ya que, a causa de su nivel de ingresos tiene más factores predisponentes¹²; accede en menor proporción a los servicios de tamizaje que habilitarían su tratamiento¹³ y está más propensa a sufrir gastos empobrecedores ocasionados por una condición crónica¹⁴.

Paralelamente se cuenta también con 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). Ellas señalan la necesidad de contar con un modelo de cuidado con un enfoque de Atención Primaria de la Salud (APS) y a través del desarrollo de RISS (Vasan, et al; 2013). El enfoque de APS requiere que los servicios del PNA, de baja complejidad y de mayor presencia territorial, sean jerarquizados como la "puerta de entrada" al sistema de salud. Para ello, han de desarrollar la capacidad de atraer sostenidamente 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. Así, se promueve el uso racional del personal médico más especializado y costoso, y se viabiliza la atención oportuna, personalizada y continua.

Por su parte, las RISS son una expresión operativa del enfoque de Atención Primaria de la Salud. Su funcionamiento requiere del alineamiento de la práctica médica en los distintos puntos del proceso de atención y de la integralidad de la información de la persona a lo largo de la línea de cuidado. Caracterizan un modelo de organización de la gestión médica, 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.

Entre otras, Argentina enfrenta tres dificultades para implementar estas recomendaciones, vinculadas a la estructura de su sistema de salud, el enfoque tradicional de la atención sanitaria de las ECNT y la propensión de la población a realizar consultas médicas. Con relación al primer grupo de dificultades, 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 toda la población, la gestión y el financiamiento de los servicios públicos de salud recaen primordialmente en los gobiernos subnacionales. Esta multiplicidad de gestores, fuentes de financiamiento y subsistemas genera áreas operativas grises que dificultan la implementación de políticas de salud pública, así como 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).

En segundo lugar, al igual que en el resto de los países de la Región, en el sistema de salud argentino predomina un enfoque curativo y especializado basado en la atención hospitalaria, lo cual reduce la eficiencia del gasto en salud y contribuye a reducir la calidad de la atención, especialmente en el caso de las ECNT. Este enfoque ha favorecido el direccionamiento desproporcionado e inercial de recursos humanos y financieros a los niveles de mayor complejidad médica, a costa de la jerarquización del PNA como puerta de entrada al sistema de salud. A su vez, esto ha reducido la capacidad resolutoria y por tanto la demanda de servicios al

¹² [Fleischer, N., et al \(2011\)](#). "Socioeconomic Gradients in Chronic Disease Risk Factors in Middle-Income countries: Evidence of Effect Modification by Urbanicity in Argentina." *Am J Public Health*.

¹³ [Jahangir, et al. \(2012\)](#). "Need, enabling, predisposing, and behavioral determinants of Access to preventative care in Argentina: analysis of the National Survey of Risk Factors" *PLoS ONE*.

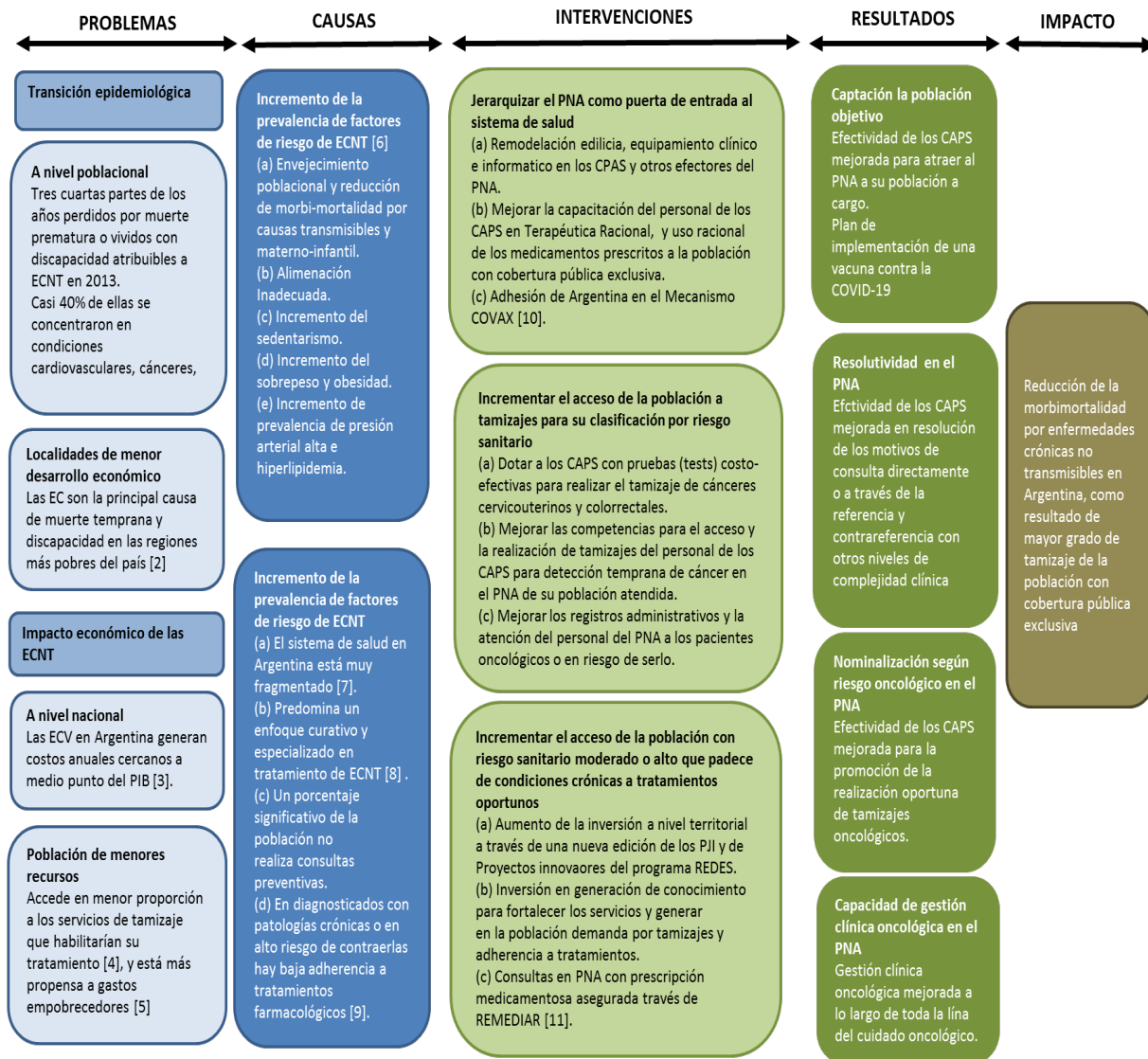
¹⁴ [Huffman, et al. \(2011\)](#). "A cross-sectional study of the Microeconomic impact of cardiovascular disease hospitalization in four low-and middle-income countries" *PLoS ONE*.

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 subnacionales.

En tercer lugar, al igual que en la mayoría de los países de la región, una proporción significativa de la población, particularmente la de menores ingresos y educación, no suele realizar consultas preventivas de salud para identificar oportunamente su nivel de riesgo. Además, 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). 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 ECNT, 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).

Respondiendo a estos desafíos, las dos operaciones del Programa Multifase contemplaron la promoción del Modelo de Cuidado de Pacientes con ECNT con Enfoque de APS y a través del funcionamiento de RISS. En particular, el objetivo de esta segunda operación fue contribuir a la reducción de la morbilidad causada por ECNT en Argentina, priorizando a la PCPE.

Figura 3: Lógica Vertical de Segunda Fase del Programa¹⁵



[1] Documento de Préstamo AR-L1196.

[2] (Macchia, et al., 2015; Borruel, et al., 2010)

[3] IECS, 2011

[4] Jahangir, et. al; 2012

[5] Huffman, et al., 2011

[6] Documento de Préstamo AR-L1196, con fuente en ENFR 2005, 2009, 2013.

[7] Tobar, et al; 2012

[8] Tobar, et al; 2013 y MSN; 2010

[9] Rubinstein, et. al; 2014

[10] Modificación de Contrato de octubre 2020

[11] Modificación de Contrato de abril 2020

¹⁵ La Lógica Vertical detallada, en la que se incluye los productos del Proyecto está en el Anexo I de este documento. Asimismo, la mención a los productos y las acciones llevadas a cabo por el Proyecto se retoman en el capítulo de Efectividad

La [Figura 3](#) y la [Tabla I.2 “Matriz de Resultados Alcanzados”](#) muestran la lógica vertical al cierre de la operación, en la que, en línea con los Procedimientos para Informes de Cierre de Proyecto (OP-1696-6), se incorporaron dos nuevos indicadores de resultados de acuerdo con las modificaciones realizadas al Contrato de Préstamo durante el contexto de pandemia por COVID-19.

La [Tabla I.1 “Matriz de Resultados”](#) muestra en detalle las variaciones entre la Matriz de Resultados original, la del Plan Inicial, y la actual. Las modificaciones realizadas fueron: (i) el traslado de un indicador de resultados a impactos (I.0) en el Plan Inicial y su posterior eliminación del indicador R.0, de acuerdo con cambios en la pauta de preguntas de la ENFR de 2019, que impedían su medición; (ii) acompañando las modificaciones al Contrato de Préstamo, la incorporación de R.1.4 como indicador para el objetivo específico 1, dado que: (i) a través de la Resolución 2883/2020, el Gobierno de Argentina aprobó el “Plan Estratégico para la Vacunación contra el COVID-19, contemplando como población prioritaria aquella con padecimientos crónicos—población objetivo del programa—a aquella con padecimientos crónicos, por estar entre la población de mayor riesgo; y (ii) que dicho Plan en línea con las [recomendaciones](#)¹⁶ de la Organización Panamericana de la Salud, previó la movilización de los recursos físicos y humanos del PNA como uno de los pilares de su instrumentación, lo cual lógicamente puede contribuir a su jerarquización, en línea con el primer objetivo específico de desarrollo del programa; y de R.3.2 como indicador para el objetivo específico 3, dado que la disponibilidad de medicamentos en el PNA es una condición sine qua non para garantizar el acceso a tratamientos, incluyendo ECNT; (iii) el ajuste del indicador R.3.1, en función de que se constató mediante auditoría que su línea de base era menor y de esta forma, al cambiar la línea de base, se ajustó de forma proporcional la meta. Además, se modificaron algunas metas a nivel de productos, dado el contexto de pandemia por COVID-19. Asimismo, el indicador R.2.1 tanto en la matriz original como en el Plan Inicial figuraba como un Hito de resultados, pero fue incorporado en la Matriz como indicador de resultados, al considerarse más adecuado para la medición del alcance del objetivo específico II.

¹⁶ OPS (2020). “Consideraciones para el fortalecimiento del primer nivel de atención en el manejo de la pandemia de COVID-19”.

Tabla I.1. Matriz de Resultados (aprobación, plan inicial y cierre)¹⁷

Indicadores	En aprobación			Plan Inicial			Al terminar el proyecto (PCR)			Comentarios
	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	(A)	
									2021	
Objetivo Específico I: Jerarquizar el primer nivel de atención (PNA) como puerta de entrada en el Sistema de Salud										
1.1 Personal del PNA que demuestra tener al menos 80% de los conocimientos en estrategias de mejora de los cuidados de salud	Personas	6,070	10,270	Personas	0.00	3,780	Personas	0	2,717	Hasta el año 2019 el número de personas que sobrepasan el 80% de conocimientos adquiridos estaba en línea con lo programado para alcanzar la meta para el indicador al final del proyecto. Sin embargo, el contexto de pandemia de COVID-19 tuvo un impacto sustancial sobre la forma de implementación de las capacitaciones que pasaron a ser implementadas en forma virtual, dejando por fuera la posibilidad de continuar midiendo la adquisición de conocimientos.
1.2 Médicos del PNA que demuestran tener al menos 60% de los conocimientos en Terapéutica Racional de Medicamentos	Personas	1,800	7,600	Personas	1800	7,600	Personas	1800	3,926	Hasta el año 2019 el número de personas que sobrepasan el 60% de conocimientos adquiridos estaba muy cercano a la meta acumulada programada. Sin embargo, el contexto de pandemia por COVID-19 tuvo un impacto sustancial sobre la forma de implementación de las capacitaciones que pasaron a ser implementadas en forma virtual, dejando por fuera la posibilidad de continuar midiendo la adquisición de conocimientos.
1.3 Agentes sanitarios que demuestran tener al menos 80% de los conocimientos en prevención y detección temprana de cáncer en el PNA	Personas	0	3,645	Personas	0	3,645	Personas	0	2,858	Hasta 2019, el número de agentes sanitarios que sobrepasan el 80% de conocimientos adquiridos estaba muy cercano a la meta acumulada programada. Sin embargo, el contexto de pandemia por COVID-19 tuvo un impacto sustancial sobre la forma de implementación de las capacitaciones que pasaron a ser implementadas en forma virtual, dejando por fuera la posibilidad de continuar midiendo la adquisición de conocimientos.
1.4 Plan de implementación de una vacuna contra la COVID-19 elaborado o fortalecido							Plan	0	1.00	Indicador incorporado en función del Contrato Modificatorio No.2 de fecha 2 de octubre de 2020, en respuesta al contexto de pandemia por COVID-19 de acuerdo con los Prototipos establecidos por el Banco.

¹⁷ Fecha de elegibilidad: 20-09-2017.

Indicadores	En aprobación			Plan Inicial			Al terminar el proyecto (PCR)			Comentarios
	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	(A)	
									2021	
Objetivo Específico II - Incrementar el acceso de la población a tamizajes para su clasificación por riesgo sanitario										
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	79,3							Se traslada de resultados a impacto en el Taller de arranque. Se elimina posteriormente -se refleja en ROP vigente del año 2019- dado que su medición se realizaría a través de la evaluación de impacto del Programa Redes, sobre la base de una pregunta específica de la ENFR que fue eliminada del cuestionario en 2018. La ENFR estaba prevista para el año 2017 y finalmente se realizó en el año 2018 por lo que recién se tuvo conocimiento del cambio con los resultados en 2019.
2.1 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				# of beneficiarios	0	450,000	# of beneficiarios	0	577,307	Originalmente, tanto en la Matriz de Resultados del Documento de Préstamo como en la de la Misión de Arranque se identificó como un Hito. No obstante, se considera más adecuado como indicador de resultados, reflejándose en Misión Administrativa de marzo de 2021.
2.2 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	Porcentaje	72	76.50	Porcentaje	72	76.50	Porcentaje	72	80.27	
2.3 Personas entre 40 y 65 años que alguna vez tuvieron una medición de glucemia sobre el total de personas del mismo grupo etario.	Porcentaje	74	78.40	Porcentaje	74	78.40	Porcentaje	74	79.25	
2.4 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	Porcentaje	8.12	10.00	Porcentaje	8.12	10.00	Porcentaje	8.12	11.50	
2.5 Mujeres entre 30 y 64 años con al menos un tamizaje de cáncer cervicouterino según guías de práctica clínica, sobre el total de mujeres del mismo rango etario	Porcentaje	15	18	Porcentaje	15	18	Porcentaje	15	5.00	A partir de 2019, el Instituto Nacional del Cáncer modificó la metodología de cálculo para este indicador. Según la nueva metodología, la línea de base para este indicador es 12% (2015), 24% en 2019, y 5% en 2021, acusando los efectos de la pandemia en los servicios de salud de tamizaje.
2.6 Personas entre 50 y 75 años con al menos un	Porcentaje	5	6.60	Porcentaje	5	6.60	Porcentaje	5	7.70	

Indicadores	En aprobación			Plan Inicial			Al terminar el proyecto (PCR)			Comentarios
	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	(A)	
									2021	
tamizaje de cáncer colorrectal en los últimos dos años, sobre el total de personas del mismo rango etario en las provincias										
Objetivo Específico III - incrementar el acceso de la población con riesgo sanitario moderado o alto que padece de condiciones crónicas a tratamientos oportunos										
3.1 Porcentaje de personas mayores de 40 años con CPE con RCGV mayor de 10, que efectuaron consultas de seguimiento en el último año				Porcentaje	16.00	25.00	Porcentaje	9	10.40	Se incorpora en el taller de arranque en sustitución de otro que se reclasificó como indicador de impacto de Redes 2. Este indicador se replicó de la primera fase. En el transcurso del programa se ajusta la línea de base (de 16 a 9) a partir de los resultados de Redes 2, y la meta (P) de forma proporcional a la línea de base actualiza de 25 a 14.
3.2 Porcentaje de las consultas en el Primer Nivel de Atención que requieren una prescripción medicamentosa que se obtiene a través de REMEDIAR.							Porcentaje	26.2	26.20	Indicador incorporado en función del Contrato Modificatorio No.1 de fecha 8 de abril de 2020, en respuesta al contexto de pandemia por COVID-19. Con este indicador se buscó establecer una meta de recuperación de los niveles de cobertura de medicamentos cubiertos por REMEDIAR, previos al contexto descrito.

II.2 Efectividad

a. Declaración de los objetivos de Desarrollo del proyecto.

Tal como fue adelantado en la sección anterior, el objetivo general del Programa Multifase fue contribuir a la reducción de la morbilidad causada por ECNT en Argentina, priorizando a la PCPE. Específicamente, la segunda fase se propuso 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.

b. Logro de resultados

Analizado el desempeño conjunto de la segunda operación del Programa en relación con todos sus objetivos específicos, se considera que, a pesar del impacto de la pandemia en su implementación, el mismo ha sido parcialmente satisfactorio.

Este desempeño se vio profundamente afectado a partir de inicios de 2020 por la pandemia de COVID-19, dado que la mayoría de los indicadores de resultados estaban asociados a prestaciones ofrecidas en el PNA que debió suspender toda actividad que no fuera de urgencia durante gran parte del 2020 y parte del 2021 (ver Tabla I.2. Matriz de resultados alcanzados). En este contexto, se considera pertinente considerar los valores alcanzados al cierre del año 2019 (previo a la pandemia de COVID-19) para los indicadores de resultados.

En respuesta a la Pandemia, Argentina adoptó medidas urgentes sobre los servicios de salud, con el fin de evitar concentraciones de usuarios, readecuar espacios físicos y redireccionar personal de salud desde diferentes áreas hacia los servicios de atención a personas contagiadas o con sospecha de estarlo, afectando tanto la oferta como la demanda de servicios del PNA, con la particular afectación de las personas mayores y personas con ECNT¹⁸. Según datos de OPS/OMS¹⁹, la interrupción de servicios ambulatorios, parcial o total, alcanzó al 71% de los países de las Américas, y a raíz de esas medidas, se redujo la atención en policlínicas y servicios descentralizados, se suspendieron consultas y actos quirúrgicos programados y la realización de exámenes de diagnóstico o de control; descontinuando la atención de personas con ECNT²⁰. Asimismo, por el lado de la demanda de los servicios de salud, las medidas de aislamiento social preventivo obligatorio, acompañadas por las restricciones de movilidad provocaron una disminución en las consultas realizadas.

Objetivo Específico I: Jerarquizar el primer nivel de atención (PNA) como puerta de entrada en el Sistema de Salud: a partir de este objetivo el Programa buscó 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 contrarreferencia formal y oportuna a los niveles de complejidad clínica superior. Para la segunda operación, este objetivo contó con cuatro indicadores, tres relacionados a la capacitación de los agentes sanitarios del PNA y uno a la elaboración de un Plan de implementación de una vacuna contra la COVID-19. Como muestra la Tabla I.2, los

¹⁸ Ver <http://blogs.iadb.org/salud/es/victimas-covid-19-que-nunca-tuvieron-covid/> Rita Sorio, (agosto, 2020).

¹⁹ "Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas". (OPS/OMS, Junio 2020). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52283>.

²⁰ Por ejemplo, según el informe de la OPS/OMS (2020), a junio de 2020 casi todos los países de LAC (89%, 25/28 países) informaron que parte o la totalidad del personal dedicado a las ECNT estaba brindando apoyo a las actividades de respuesta a la COVID-19, ya sea a tiempo completo o parcial.

resultados para los indicadores de capacitación no fueron alcanzados de manera satisfactoria. No obstante, a pesar del contexto anteriormente descrito y la imposibilidad de dictar las capacitaciones presenciales -con sus correspondientes evaluación de efectividad-, se logró alcanzar un 72% de la meta esperada para Personal del PNA que demuestra tener al menos 80% de los conocimientos en estrategias de mejora de los cuidados de salud y un 78% para el indicador Agentes sanitarios que demuestran tener al menos 80% de los conocimientos en prevención y detección temprana de cáncer en el PNA. Mientras, el indicador de Médicos del PNA que demuestran tener al menos 60% de los conocimientos en Terapéutica Racional de Medicamentos alcanzó niveles de cumplimiento muy por debajo de lo esperado con tan solo un cumplimiento del 37% de la meta. Cabe señalar que, si se analiza la evolución de los tres indicadores a lo largo de la segunda fase y se asume una continuidad en la tendencia en el cumplimiento de la meta hasta el año 2019, los tres habrían alcanzado niveles satisfactorios. Además, estos indicadores se asocian directamente con productos del Componente 1 del Programa que fueron cumplidos de forma satisfactoria, al cambiar a la modalidad de dictado virtual de las capacitaciones (Grado de cumplimiento de indicadores de productos asociados: P.1.4-101%, P. 1.5-100% y P.2.6-109%). Sin embargo, los tiempos acotados imposibilitaron que se diseñen evaluaciones adecuada para esta modalidad virtual que permitan conocer su efectividad.

Por su parte el indicador incorporado a partir de la adenda al contrato de préstamo, “Plan de implementación de una vacuna contra la COVID-19” se cumplió de forma satisfactoria. De acuerdo con representantes del MSN, la adenda no solo les permitió financiar el anticipo de la opción de compra de vacunas contra el COVID-19 del Mecanismo COVAX, sino que los impulsó a analizar, priorizar y diseñar una estrategia de forma anticipada que tuvo como resultado el Plan Estratégico Para la Vacunación Contra la COVID-19, publicado en diciembre de 2020²¹.

En términos de productos, el **Componente 1 - Fortalecimiento del PNA** directamente relacionado al Objetivo I, además de los productos ya mencionados, preveía la financiación de (i) equipamiento clínico, informático y logístico y mejoras edilicias menores en CAPS y otros efectores del PNA, rubro que no fue priorizado en reasignación de gastos aprobada según las adendas al Contrato de Préstamo; y (ii) Informes de carga de recetas finalizados, que fuera ajustada y cumplida la meta para 1 (envés de 2) ya que, en el marco de la reestructuración de la política de medicamentos en el contexto de la pandemia por COVID-19, hubo un cambio de estrategia de carga de información de recetas de prescripción en los CAPS.

Objetivo Específico II - Incrementar el acceso efectivo de la población con cobertura pública exclusiva a servicios de tamizaje para la detección oportuna de enfermedades crónicas o del riesgo de contraerlas. Al cierre del año 2019, se alcanzó un nivel satisfactorio en el cumplimiento de los resultados programados en este objetivo, con lo cual se estaría avanzado en el propósito preventivo de las ECNT sobre la población con cobertura pública exclusiva, mediante la realización de tamizajes.

Tal como lo muestra la Tabla I.2, en todos los indicadores la calificación es positiva y mayor que uno, con la sola excepción del indicador referido al porcentaje de mujeres entre 30 y 64 años con al menos un tamizaje de cáncer cervicouterino según guías de práctica clínica. En este caso, el último dato disponible corresponde a una estimación del Instituto Nacional del Cáncer (INC) para 2021, referido únicamente a pruebas de VPH (se excluyen citologías, que no se realizan en el

²¹ <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/plan-estrategico-para-la-vacunacion-contra-la-covid-19-en-argentina>

PNA). Cabe destacar que el resultado de este indicador parecería acusar el efecto de la pandemia. Efectivamente, según las estimaciones del INC, el valor de este indicador para 2019 fue 24%, guarismo con el que se habría superado plenamente la meta programada para el indicador.

Un primer grupo de resultados refiere al reporte de la cantidad total de personas a las que se logró realizar al menos un tamizaje para riesgo cardiovascular o cánceres (mama, cervicouterino y colorrectal) en CAPS cubiertos por el Programa. Los datos reportados con base a registros administrativos muestran un desempeño ampliamente satisfactorio ya que al cierre fueron 577.307²² las personas que se han realizado al menos un tamizaje de cáncer al año 2020, a las que se le deben agregar otras 493.382²³ personas clasificadas según riesgo cardiovascular global (RCVG) en REDES en el mismo año. Estos datos superan ampliamente la meta de 450,000 para el año 2020.

Por otra parte, y con base a los datos recabados en la última ENFR, se notan mejoras en otros dos indicadores asociados a la detección oportuna de enfermedades crónicas. El primero de ellos refiere a la medición de la presión arterial para el control y detección de la hipertensión arterial (HTA).. Al comparar los datos de la ENFR de 2013 (línea de base del indicador) con los de 2018; las 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 pasa del 72% al 80%, superando la meta planeada de 76,5%²⁴.

El otro indicador de resultado reportado con base a datos de la 4ª ENFR refiere a las personas entre 40 y 65 años que alguna vez tuvieron una medición de glucemia sobre el total de personas del mismo grupo etario, lo que se asocia a la detección de la Diabetes Mellitus En la medición de 2013, el porcentaje de personas entre 40 y 65 años que alguna vez tuvieron una medición de glucemia era de 74%, en tanto que en 2018 se logró un 79,25%, lo que permite un sobre cumplimiento de la meta planeada del 78,4%.

Finalmente hay otros tres indicadores cuya fuente de información son registros administrativos del Sistema de Información de Tamizaje (SITAM), que también refieren a tamizajes para la detección oportuna de cáncer de mama, cervicouterino y colorrectal, pero en poblaciones específicas; dos de ellos vinculados a mujeres entre 30 y 64 años y otro a personas entre 50 y 75 años. Con la excepción de indicador asociado al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres entre 30 y 64 años, que por las razones señaladas precedentemente no refleja un desempeño satisfactorio, en los otros dos (mujeres entre 30 y 64 años con al menos una mamografía, sobre el total de mujeres del mismo rango etario 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), sí se verifica el sobre cumplimiento de la meta esperada. En efecto, en el primer caso la meta era de 10% y se alcanzó el 11,5%, en tanto que en el segundo la meta era de 6,6% y se alcanzó el 7,7%.

²² Según señalan los responsables del INC, el dato no incluye el cáncer de mama, ya que su tamizaje no se realiza en el PNA.

²³ Los resultados de clasificación de Riesgo Cardiovascular en REDES mostró una tendencia creciente a lo largo del período 2017-2020, con valores de 367.710, 393.543 y 418.391, para los años 2017, 2018 y 2019 respectivamente.

²⁴ Este resultado cobra mayor relevancia si se considera que los valores para en población de 18 años y más, en el año 2013 era de 82,4% y en el 2018 alcanzó al 84,3; evidenciándose una mejoría mucho más modesta que la alcanzada en el tramo etario abarcado en el indicador.

Se registró un cumplimiento satisfactorio, en relación con la meta original, en la distribución de kits para la detección de virus de papiloma humano, pero menor (60%) en pruebas de sangre oculta. Por su parte, la capacitación de 4.138 agentes sanitarios en prevención y detección temprana de cáncer en el PNA permitió alcanzar el 80% de la meta original; en tanto que la difusión de sistemas de registros presentó resultados heterogéneos. En efecto, la cantidad de hospitales que registran en el SITAM (77) superó en más del 60% a la meta original, sin embargo, la cantidad de hospitales que registran en RITA y ROHA es inferior a la meta inicial (aproximadamente un tercio y la mitad respectivamente).

Cabe aclarar que las metas originales de los productos previstos en este objetivo específico fueron revisadas y ajustadas a la baja²⁵, de forma tal que todas ellas terminaron alcanzándose. Esos ajustes respondieron a las reasignaciones presupuestales realizadas en las dos modificaciones del contrato de préstamo, que llevaron recursos para medicamentos y para el ingreso al mecanismo COVAX, lo que hizo que los montos ejecutados para el fortalecimiento de los registros fueran la cuarta parte de los montos originales, para la provisión de test no alcanzaran a la mitad de los originales, en tanto que para las capacitaciones la ejecución fuese casi marginal (2%) en relación a la prevista originalmente.

Objetivo Específico III - incrementar el acceso de la población con riesgo sanitario moderado o alto que padece de condiciones crónicas a tratamientos oportunos. Particularmente en este objetivo específico los logros alcanzados están fuertemente influenciados por la situación de contexto de implementación del Programa. En efecto, el fuerte agravamiento de la situación macroeconómica de Argentina en 2018 que llevó a importantes restricciones fiscales afectó la ejecución presupuestal y física del Programa, así como la emergencia sanitaria decretada en marzo de 2020 (Decreto 287/2020)^{26,27}, llevaron a una caída de los recursos previstos que afectaron tanto a la provisión de medicamentos en los CAPS, como a tener que implementar un ajuste en el vademécum²⁸. Además, se vieron fuertemente afectados los recursos previstos para los “Proyectos Jurisdiccionales de Inversión bajo la modalidad REDES 3” desde el año 2017 hasta el primer semestre de 2020 inclusive.

Estos problemas afectan el acceso de la población a tratamientos oportunos, particularmente la de CPE con riesgo sanitario, ya que la provisión gratuita de medicamentos considerados esenciales no solo permite solucionar un problema de salud individual o familiar, sino que implica un ahorro importante en la economía de los individuos en lo que respecta al cuidado de la salud y brinda una herramienta de atención efectiva para ampliar la respuesta en el PNA²⁹. Según se señala en el Informe REMEDIAR I (año 2020), se estima que los medicamentos y presentaciones de REMEDIAR dan cobertura y una respuesta terapéutica efectiva en el 80% de las consultas del PNA, garantizando el acceso gratuito a tratamientos a 16 millones de personas que dependen exclusivamente del sistema público de salud. Los logros en este objetivo se asociaban

²⁵ Solamente la cantidad de hospitales que registran en el SITAM se ajustó al alza pasando de 46 originalmente previstos a 59.

²⁶ <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/226914/20200318>

²⁷ Además, se le deben agregar cambios institucionales ya que en el 2017 el Programa Remediar pasó a ser CUS Medicamentos, para volver a Remediar en 2020.

²⁸ REMEDIAR, que había alcanzado a cubrir el 80% de las recetas del PNA en 2015, al final del 2019 sólo alcanzaba al 35% de esas recetas (bajo la denominación de CUS Medicamentos), con una reducción importante en el número de entregas anuales (de 11 a 9) y en la lista de medicamentos incluidos (de 52 a 38).

²⁹ Ver: Informe REMEDIAR I Año 2020. Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria. Ministerio de Salud. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-de-gestion-ano-2020>

inicialmente al incremento en el porcentaje de personas que realizaron consultas de seguimiento en el último año. Estos resultados esperados se apoyan tanto en que el Programa REDES estuvo vinculado desde sus comienzos con las enfermedades cardiovasculares, como la mencionada asociación que hay entre consultas de seguimiento en personas con ECNT y disponibilidad de medicamentos en el PNA.

Con relación a los valores del indicador porcentaje de personas mayores de 40 años con CPE con RCVG mayor de 10 que realizaron consultas de seguimiento en el último año, cabe consignar que, en la propuesta original, el valor de línea de base establecido fue de 16%, en tanto que la meta al cierre del Programa se fijaba en 25%. Con base a la auditoría médica realizada en el 2020, el valor de la línea de base se ajustó y pasó del 16% original al 9%, ello lleva a que la meta se reduzca en 7 puntos porcentuales (del 25% al 18%), lo que reflejan la misma diferencia entre la línea de base original y la que surge de auditoría. El valor alcanzado es de 10,4%, lo que lleva a que la calificación sea menor a 1. Este desempeño puede explicarse en parte por la incidencia de los factores de contexto señalados sobre los productos que se pudieron alcanzar, en particular el financiamiento de los PJI bajo la modalidad REDES 3, que son fondos que llegan a las Provincias y a través de ellas a los CAPS. Este producto tenía una asignación presupuestal original de US\$67 millones, de los cuales al cierre del año 2019 se habían ejecutado solo el 21%. En la primera enmienda de modificación de contrato (Contrato Modificadorio No.1 del 8 de abril de 2020), el monto para el financiamiento de Proyectos Jurisdiccionales cayó un 37%, pero fue a partir de segundo semestre de 2020 que la ejecución financiera se acelera y al cierre del primer semestre de 2021 se ejecuta el 100%. Un análisis realizado por el MSN muestra cómo la pandemia por COVID-19 también contribuyó a que el indicador alcanzará un desempeño menor al esperado³⁰.

Pero también la mencionada enmienda del contrato implicó tanto un aumento en los fondos destinados a la compra de insumos, medicamentos y/o vacunas, adquiridos por el Programa Remediar, así como su financiamiento con fondos del BID. Por esta razón se incluyó un nuevo indicador asociado a las consultas en el PNA que requieren una prescripción medicamentosa, que los consultantes obtienen a través de REMEDIAR. El desempeño de este indicador fue satisfactorio alcanzándose la meta prevista.

³⁰ Ver [MSN \(2022\)](#). "Impacto del COVID-19 en el Abordaje de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles: Un Análisis desde el Programa Redes de Salud".

Tabla I.2. Matriz de resultados alcanzados

Impacto / Indicador	Unidad de Medida	Valor Línea base	Año línea base	Metas y alcance real		% logro	Medio de verificación
Objetivo Específico I: Jerarquizar el primer nivel de atención (PNA) como puerta de entrada en el Sistema de Salud							
1.1 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	0.00	2016	P	3,780	0.72	Informe de Evaluación de Capacitaciones
				P(a)			
				A	2,717		
1.2 Médicos del Primer Nivel de Atención que demuestran tener al menos 60% de los conocimientos en Terapéutica Racional de Medicamentos.	Personas	1,800	2015	P	7,600	0.37	Informe de Evaluación de Capacitaciones
				P(a)			
				A	3,926		
1.3 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	0.00	2015	P	3,645	0.78	Informe de Evaluación de Capacitaciones
				P(a)			
				A	2,858		
1.4 Plan de implementación de una vacuna contra la COVID-19 elaborado o fortalecido.	Plan	0.00	2020	P	1	1.00	Fuente de la información: Ministerio de Salud. En 2020, se redireccionó recursos de la operación para financiar el anticipo de la opción de compra de vacunas contra el COVID-19 del Mecanismo COVAX. En ese contexto, el Ministerio de Salud ha preparado y publicado un plan de implementación de la vacunación contra covid-19.
				P(a)			
				A	1		
Objetivo Específico II - Incrementar el acceso de la población a tamizajes para su clasificación por riesgo sanitario							
2.1 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.	# of beneficiaries	0.00	2015	P	450,000	1.28	Informes semestrales
				P(a)			
				A	577,307		
2.2 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.	Porcentaje	72.00	2013	P	76.50	1.84	Informe de evaluación de impacto del Programa REDES. Con base en las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo 2013, 2018.
				P(a)			
				A	80.27		
2.3 Personas entre 40 y 65 años que alguna vez tuvieron una medición de glucemia sobre el total de personas del mismo grupo etario.	Porcentaje	74.00	2013	P	78.40	1.19	Informe de evaluación de impacto del Programa REDES. Con base en las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo 2013, 2018.
				P(a)			
				A	79.25		
2.4 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.	Porcentaje	8.12	2015	P	10.00	1.80	Reportes del Sistema de Información de Tamizaje
				P(a)			
				A	11.50		
2.5 Mujeres entre 30 y 64 años con al menos un tamizaje de cáncer cervicouterino según guías de práctica clínica, sobre el total de mujeres del mismo rango etario.	Porcentaje	17.00	2015	P	20.40	-3.53	Reportes del Sistema de Información de Tamizaje
				P(a)	0.00		
				A	5.00		
2.6 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.	Porcentaje	5.00	2015	P	6.60	1.69	Reportes del Sistema de Información de Tamizaje
				P(a)	0.00		
				A	7.70		

Impacto / Indicador	Unidad de Medida	Valor Línea base	Año línea base	Metas y alcance real		% logro	Medio de verificación
Objetivo Específico III - Incrementar el acceso de la población con riesgo sanitario moderado o alto que padece de condiciones crónicas a tratamientos oportunos							
3.1 Porcentaje de personas mayores de 40 años con CPE con RCGV mayor de 10, que efectuaron consultas de seguimiento en el último año.	Porcentaje	9.00	2016	P	14.00	0.28	Sistema de Información Sanitario Argentino (SISA)
				P(a)			
				A	10.40		
3.2 Porcentaje de las consultas en el Primer Nivel de Atención que requieren una prescripción medicamentosa que se obtiene a través de REMEDIAR.	Porcentaje	26.20	2018	P	26.20	1.00	Sistema Integrado de reportes de logística y medicamentos, REMEDIAR. Fórmula de cálculo: Numerador: Número de consultas que reciben el medicamento gratuitamente por el programa. Denominador: Número total de consultas que reciben una prescripción en el PNA.
				P(a)			
				A	26.20		

P = Taller de arranque; P (a) = Meta revisada; A = Actual.

c. Análisis contrafactual

Los siguientes párrafos muestran en qué medida los resultados alcanzados se consideran atribuibles al Programa teniendo en cuenta los resultados de evaluaciones y estudios realizados en el marco de la operación anterior, así como en la fase actual (Ver detalle en Anexo I). Sin embargo, para esta última, se carece de una evaluación de impacto que contemple la totalidad de ella, disponiéndose solo de un análisis preliminar de los impactos del Programa REDES 2, por lo cual el análisis de atribución se sustenta principalmente en la solidez de la lógica vertical, la relación entre los productos y los resultados.

En el caso de los indicadores de resultados R.1.1, R.1.2 y R.1.3, relacionados con el desarrollo de competencias de los equipos sanitarios del PNA, el nivel alcanzado resulta lógicamente atribuible a la operación, dado que esta constituyó la única oferta de este tipo de capacitación en el país. Como se mencionó anteriormente, las metas de producto referidas al número de personas capacitadas en cada uno de los tres cursos formativos se cumplieron plenamente y, hasta 2019, el número de personas que cumplía con los niveles mínimos esperados de competencias mostraba una tendencia lineal hacia el cumplimiento de las metas esperadas, tendencia que fue interrumpida al implementarse una modalidad de capacitación virtual durante la pandemia, que, no logró incluir mecanismos para continuar midiendo el nivel de efectividad de las capacitaciones. Como se mencionó en la sección anterior con respecto al indicador R.1.4, el proyecto constituyó la única fuente de financiamiento para que Argentina participara en el mecanismo Covax de compras de vacunas. La entrada del país a este mecanismo aceleró el diseño del Plan Estratégico para la Vacunación contra la COVID-19, según lo expresado por el MSN.

Con respecto a los indicadores R.2.1, R.2.2 y R.2.3, cabe destacar que estos corresponden a personas tamizadas en CAPS participantes en el programa REDES y que su cumplimiento es auditado de manera externa. Como se mencionó en el Recuadro 1, el hecho de que a partir de 2013 el programa SUMAR comenzó a incorporar a la población adulta dentro de su población objetivo, genera un mecanismo adicional a través del cual el MSN procura alcanzar estos resultados. Sin embargo, la [evaluación de impacto](#) de REDES 1, permite concluir que, al menos parcialmente, este programa ha contribuido al logro de estos resultados.

La evaluación de curso de REDES tiene como objetivo analizar la contribución del Programa Redes a una mejora en el acceso a la medición y al tratamiento farmacológico de diabetes, hipertensión y colesterol, de la población adulta, comparando los resultados de las ENFR 2013 y 2018. Es así como se define el grupo “intervención”: en el año 2013 está conformado por localidades que implementan el Programa de Redes 1, en tanto que para el año 2018 dicho grupo está conformado por las localidades de Redes 1 y Redes 2. El grupo “no intervención” queda conformado por las localidades incorporadas en Redes III, que iniciaron actividades en 2018.

Los resultados preliminares relativos a los dos indicadores de resultados muestran que, en el caso de la medición de la presión arterial fue menor en el grupo No Redes tanto en el 2013 como en el 2018, en tanto que la medición de glucemia es similar en ambos grupos, pero aumenta en 2018 respecto al 2013. El análisis destaca que la probabilidad de tener una medición de hipertensión arterial es 29% mayor en el grupo de individuos de localidades con intervención de REDES que en el grupo de No Redes, no así para el caso de la medición de glucemia, donde los factores explicativos se asocian al sexo de las personas y la región de residencia de las personas.

En cuanto al acceso a tratamientos farmacológicos (indicadores de impacto), se observa un menor desempeño en 2018 respecto de 2013, lo cual puede estar relacionado con el mencionado contexto que implicó el cambio del Programa REMEDIAR a CUS Medicamentos y la incidencia

del contexto económico general de ajuste. El estudio señala que también puede deberse a que, al momento de la realización de la ENFR 2018, la mayoría de las jurisdicciones se encontraban implementando las actividades remanentes de REDES 2 y elaborando los diagnósticos y proyectos jurisdiccionales de REDES 3, por lo que es probable que la fuerza de la intervención haya sido más débil.

Con respecto a los indicadores R.2.4, R.2.5 y R.2.6, relacionados con el tamizaje de cánceres de mama, cervicouterino y colorrectal, cabe destacar que el programa constituyó el único vehículo a través del cual el INC movilizó recursos para la capacitación de los equipos del PNA y, en el caso de los dos últimos, fue la principal fuente de financiamiento para la compra de pruebas de HPV y pruebas de sangre oculta en heces. Una [evaluación](#) realizada en el marco del programa da cuenta de que la disponibilidad de pruebas de SOH permitió incrementar la tasa de tamizaje de cáncer colorrectal en CAPS en 54%, incrementándose a 75% si la disponibilidad de estas pruebas es implementada en el marco de Ciclos de Mejora Continua implementados por los propios equipos de los CAPS.

Con respecto al indicador R.3.1, como se mencionó anteriormente, la situación de contexto vinculada a la pandemia del COVID-19, tuvo efectos negativos las consultas de seguimiento de las personas mayores de 40 años con CPE con RCGV y sobre las capacitaciones previstas para mejorar los conocimientos en estrategias de cuidado de la salud y prevención, ambos resultados previstos para el Programa REDES³¹. En relación con las consultas el valor alcanzado en 2020 (10,4%) estuvo muy por debajo del esperado, sin embargo, el en el año 2019 prepandemia era mayor (13,5%). Algo similar sucedió con las capacitaciones, las cuales se estaban sobre cumpliendo al año 2018 (1970 alcanzado sobre 1890 programado), llegando a 2717 antes de su interrupción en 2020, por lo que era esperable que en la situación sin pandemia las metas se alcanzaran. El equipo de REDES realizó una evaluación para estimar el [impacto de la pandemia en el cumplimiento de este indicador](#).

Con respecto al indicador de resultados R.3.2, tal como se muestra en el cuadro del anexo, estudios realizados en la fase anterior, dan cuenta de la efectividad del Programa REMEDIAR para promover el acceso efectivo a medicamentos esenciales por parte de la población de menores ingresos. Entre estos estudios se encuentran: uno sobre su impacto en reducir el gasto de bolsillo de esta población y otro evaluando impacto en la equidad al acceso a medicamentos esenciales entre quintiles de ingreso.

De esta forma, es posible atribuir al Programa REMEDIAR resultados en materia de jerarquización del PNA como puerta de entrada en el Sistema de Salud. Sin embargo, la situación creada por la pandemia del COVID-19, tuvo efectos sobre su implementación, en particular sobre las capacitaciones previstas para mejorar los conocimientos en estrategias de cuidado de la salud y prevención y Terapéutica Racional de Medicamentos del personal de la salud; a la que se agregan las ya señalada crisis económica que afectó los recursos destinados a la adquisición de medicamentos y un vademécum más reducido, lo que afectó la prescripción medicamentosa en las consultas del PNA, durante casi todo el período de implementación de la operación,

³¹ indicador de resultado 1: *Personal del Primer Nivel de Atención que demuestra tener al menos 80% de los conocimientos en estrategias de mejora de los cuidados de salud*. Indicador de resultado 11: *Porcentaje de personas mayores de 40 años con CPE con RCGV mayor de 10, que efectuaron consultas de seguimiento en el último año*.

recuperándose los valores previstos para este indicador cuando el financiamiento de REMEDIAR vuelve a realizarse con fondos del Préstamo del BID.³²

d. Resultados no anticipados

No se identificaron resultados no anticipados.

II.3 Eficiencia

El Anexo de Análisis Económico Ex post actualiza los análisis costo-beneficio realizados durante la preparación del programa, analizando: (i) la costo-efectividad conjunta de REDES y REMEDIAR, en términos del incremento en tamizajes para tensión arterial y el mayor acceso a tratamientos medicamentosos para el control de la hipertensión en el PNA, con base en el nivel observado de tamizajes al final del programa y los impactos encontrados en la evaluación de impacto de REDES; y (ii) la costo-efectividad de los tamizajes para cáncer colorrectal, con base en el nivel observado de tamizajes al final del programa. Asimismo, el Análisis Económico incorpora un análisis de costo-efectividad de la cobertura vacunal para COVID-19—no contemplado en el diseño original del proyecto) asociada a la participación de Argentina en el mecanismo COVAX de compra de vacunas, incorporada a través de las modificaciones al Contrato de Préstamo.

El Anexo de Análisis Económico presenta los supuestos y parámetros utilizados para estimar los beneficios y los costos para REDES y REMEDIAR (Tabla 1), para tamizajes de cáncer colorrectal en el PNA (Tablas 13 a 18) y para la cobertura vacunal atribuible al mecanismo COVAX (Tabla 8).

El Anexo también presenta análisis de sensibilidad para: (i) hipertensión en términos de la tasa de descuento (3%, según lo utilizado para el Análisis Económico original, vs 12%) y de un menor uso efectivo (50% menor) a tratamientos antihipertensivos; (ii) tamizaje de cáncer colorrectal, en términos de la tasa de descuento (3% en el escenario base, vs. 12%) y de un costo mayor (50% mayor) en el costo de seguimiento de resultados positivos al tamizaje; y (iii) vacunación COVID-19, en términos de una menor tasa de vacunación diaria.

Como se discutió en la sección de Eficiencia, la ejecución del proyecto fue fuertemente afectada por dos factores externos, la contracción del gasto público en respuesta a la crisis fiscal que vivió el país en 2018-2019 y la pandemia de COVID-19, entre 2020 y 2021. El primer factor derivó en una reducción en el valor en dólares de las transferencias que realizó REDES a las jurisdicciones—las transferencias se mantuvieron en pesos en el marco de un proceso devaluatorio—impactando en el ritmo de ejecución del proyecto y particularmente en su indicador relacionado al seguimiento de pacientes crónicos³³. Por otro lado, la pandemia tuvo un impacto generalizado en el ritmo de ejecución del programa, afectando por el lado de la oferta y la demanda las consultas en el PNA, nivel en el que el programa centró su diseño. En particular, la pandemia generó que las capacitaciones al PNA no pudiesen ser realizadas de manera presencial y esto, a su vez, derivó en la imposibilidad de continuar evaluando las competencias generadas en el PNA, dado que las capacitaciones virtuales no incluyeron mecanismos de

³² Indicador de Resultado 12: Porcentaje de las consultas en el Primer Nivel de Atención que requieren una prescripción medicamentosa que se obtiene a través de REMEDIAR.

³³ MSN (2022), op. Cit.

medición de competencias. Asimismo, el indicador de resultados referido a tamizajes de cáncer cervicouterino se vio afectado fuertemente por la pandemia, llevándolo a niveles por debajo de la línea basal, después de haber superado con creces la meta del programa en 2019. A pesar de estos impactos externos, el proyecto alcanzó un nivel satisfactorio de ejecución a nivel de productos y no sufrió retrasos significativos en su ejecución respecto al plazo originalmente estimado de 4 años³⁴.

En el escenario base, las ratios beneficios-costos ex post para tamizaje y tratamiento antihipertensivos y para tamizaje para cáncer colorrectal en el PNA se estiman en 1,73 y 1,69, respectivamente; y en 13,76 para el caso de vacunación COVID-19 a través del mecanismo COVAX-19 en Argentina. Dado que las tres intervenciones son beneficiosas desde un punto de vista económico, es posible considerarlas como un conjunto. De esta forma, el Valor Actual Neto (VAN) de estas intervenciones supera los US\$ 623 millones, con una Tasa Interna de Retorno (TIR) de 30% y un Ratio Beneficio-Costo de 12,15.

Tabla 3 Costos del Proyecto



Outputs - Financial Progress

Operation Number: AR-L1196

Component Revised
Cost
147,514,306.00

1 Component: Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención

Output Definition		2017	2018	2019	2020	2021	Cost
Proyectos Jurisdiccionales de Inversión bajo la modalidad REDES 3 ejecutados	P	70,000.00	17,244,735.00	32,695,140.00	16,957,090.00	0.00	66,966,965.00
	P(a)	70,000.00	12,683,990.00	6,558,017.00	26,478,132.00	0.00	42,638,375.00
	A	0.00	8,866,537.00	5,958,023.00	27,813,815.00	5,118,541.00	47,756,916.00
Proyectos Innovadores de REDES en ejecución	P	0.00	24,650.00	75,051.00	86,299.00	0.00	186,000.00
	P(a)	0.00	0.00	75,000.00	19,059.00	0.00	24,429.00
	A	0.00	1,049.00	0.00	23,380.00	22,800.00	47,229.00
Informes de carga de recetas finalizados	P	0.00	700,000.00	204,546.00	545,454.00	0.00	1,450,000.00
	P(a)	0.00	660,000.00	277,942.00	0.00	0.00	287,946.00
	A	0.00	132,796.00	155,150.00	0.00	0.00	287,946.00
Personal Sanitario capacitado en Terapéutica Racional, Cuidado de Medicamentos y en	P	91,631.00	1,713,083.00	1,741,042.00	1,878,373.00	0.00	5,424,129.00
	P(a)	91,631.00	588,542.00	362,889.00	14,427.00	0.00	695,082.00
	A	0.00	201,941.00	286,595.00	206,546.00	2,102.00	697,184.00
Personal del Primer Nivel de Atención capacitado en estrategias de mejora de los cuidados	P	49,800.00	823,827.00	956,748.00	638,115.00	0.00	2,468,490.00
	P(a)	49,800.00	391,705.00	167,651.00	15,916.00	0.00	198,657.00
	A	0.00	93,329.00	90,357.00	14,971.00	5,813.00	204,470.00
Planes de Proyectos de Implementación-Acción de REDES III finalizados	P	0.00	90,000.00	720,000.00	1,190,000.00	0.00	2,000,000.00
	P(a)	0.00	3,700.00	402,279.00	24,365.00	0.00	152,791.00
	A	0.00	0.00	3,907.00	148,884.00	84,601.00	237,392.00
Tratamientos de medicamentos esenciales distribuidos en Centros del Primer Nivel de	P						0.00
	P(a)				20,096,880.00	28,000,000.00	42,043,252.00
	A				14,043,252.00	0.00	14,043,252.00
Jurisdicciones con estrategias de inversión para fortalecer la capacidad de respuesta frente al	P						0.00
	P(a)				4,662,564.00	132,125.00	33,356,774.00
	A				33,224,649.00	201,863.00	33,426,512.00
Adopción de Argentina en el Mecanismo COVAX	P						0.00
	P(a)				28,000,000.00	0.00	28,117,000.00
	A				28,117,000.00	0.00	28,117,000.00

³⁴ El proyecto se ejecutó en 46 meses a partir de que alcanzó elegibilidad para desembolsos y 58 meses a partir de su firma.

2 Component: Fortalecimiento de la línea de cuidados oncológicos

Output Definition			2017	2018	2019	2020	2021	Cost
2.1	Hospitales que registran en el Sistema de Información de Tamizaje	P	326,282.00	1,916,226.00	2,215,278.00	2,575,488.00	0.00	7,033,274.00
		P(a)	326,282.00	952,614.00	687,698.00	373,050.00	132,963.00	2,378,138.00
		A	353,418.00	831,124.00	649,146.00	411,487.00	97,640.00	2,342,815.00
2.2	Hospitales que registran en el Registro Institucional de Tumores de Argentina	P	108,022.00	918,642.00	1,618,826.00	1,819,104.00	0.00	4,464,594.00
		P(a)	108,022.00	303,716.00	239,706.00	106,756.00	38,333.00	714,875.00
		A	100,579.00	251,061.00	207,584.00	117,318.00	27,963.00	704,505.00
2.3	Hospitales que registran en el Registro Oncopediátrico Hospitalario	P	19,762.00	154,452.00	150,077.00	110,644.00	0.00	434,935.00
		P(a)	19,762.00	56,913.00	55,437.00	25,269.00	10,167.00	147,817.00
		A	16,758.00	49,246.00	42,891.00	28,755.00	7,152.00	144,802.00
2.4	Pruebas para virus de papiloma humano distribuidas.	P	45,123.00	4,993,763.00	5,931,606.00	2,142,989.00	0.00	13,113,481.00
		P(a)	45,123.00	2,564,509.00	3,156,057.00	1,799,866.00	1,258,858.00	6,283,195.00
		A	30,145.00	187,050.00	3,051,151.00	1,755,991.00	1,336,206.00	6,360,543.00
2.5	Pruebas de sangre oculta distribuidas	P	40,054.00	1,110,492.00	705,443.00	611,335.00	0.00	2,467,324.00
		P(a)	40,054.00	270,588.00	122,139.00	14,838.00	19,549.00	243,007.00
		A	32,303.00	85,183.00	81,524.00	24,448.00	5,376.00	228,834.00
2.6	Agentes sanitarios capacitados en prevención y detección temprana de cáncer en el Primer	P	7,581.00	264,064.00	174,619.00	170,593.00	0.00	616,857.00
		P(a)	7,581.00	96,772.00	32,370.00	125.00	0.00	16,096.00
		A	1,274.00	5,603.00	9,094.00	125.00	0.00	16,096.00
2.7	Informe de evaluación del Proyecto Piloto de Cuidados Paliativos	P	6,725.00	174,635.00	513,246.00	99,892.00	0.00	794,498.00
		P(a)	6,725.00	17,349.00	85,873.00	8,603.00	2,000.00	126,557.00
		A	6,632.00	43,561.00	59,235.00	15,129.00	1,792.00	126,349.00

Other Cost		2017	2018	2019	2020	2021	Cost
Administración y auditoría	P	258,471.00	1,380,106.00	1,449,021.00	1,541,334.00	0.00	4,628,932.00
	P(a)	258,471.00	722,276.00	640,342.00	388,016.00	242,987.00	1,959,412.00
	A	1,678.00	567,282.00	773,603.00	373,862.00	166,802.00	1,883,227.00
Gastos administrativos REDES	P	646,360.00	4,205,630.00	4,602,326.00	3,935,351.00	2,946,475.00	16,336,142.00
	P(a)	646,360.00	1,266,090.00	1,220,274.00	698,643.00	213,910.00	4,212,751.00
	A	644,576.00	1,486,198.00	1,099,791.00	768,276.00	30,002.00	4,028,843.00
Gastos administrativos CUS-Medicamentos	P	378,942.00	2,873,705.00	2,724,907.00	3,211,721.00	2,446,474.00	11,635,749.00
	P(a)	378,942.00	1,236,729.00	860,696.00	377,343.00	0.00	2,403,846.00
	A	341,009.00	1,032,817.00	800,661.00	229,359.00	11,505.00	2,415,351.00
Fortalecimiento para la implementación del registro	P		0.00	659,343.00	239,718.00	0.00	899,061.00
	P(a)		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	A		0.00	0.00	0.00		0.00

Total		2017	2018	2019	2020	2021	Cost
Total Cost	P	2,048,753.00	38,588,010.00	57,137,219.00	37,753,500.00	5,392,949.00	140,920,431.00
	P(a)	2,048,753.00	21,815,493.00	14,944,370.00	83,103,852.00	30,050,892.00	166,000,000.00
	A	1,528,372.00	13,834,777.00	13,268,712.00	107,317,247.00	7,120,158.00	143,069,266.00

II.4 Sostenibilidad

a. Aspectos Generales de Sostenibilidad

Los resultados generados a partir de la implementación del Proyecto son altamente sostenibles.

En el contexto de un país con una fuerte impronta federal en el ámbito sanitario, el programa REDES se ha constituido en uno de los ejes operativos del MSN para ejercer su rectoría para influir en la prestación de servicios de salud a nivel de las jurisdicciones. Muestra de ello es el uso que le ha venido dando el ministerio a esta plataforma para la gestión federal de la pandemia por COVID-19, la cual está siendo implementada a través de la operación AR-L1326, y que prevea que también lo sea para el proceso de implementación efectiva de un nuevo plan de beneficios de salud, válido para todos los subsistemas de cobertura sanitaria, a ser apoyado a través de la operación AR-L1358, actualmente en proceso de diseño.

Por otro lado, a través de sus distintas fases, REDES ha ido instalando en las jurisdicciones competencias sanitarias, metodologías operativas y arreglos institucionales para la gestión de ECNT que ya se perciben instaladas al nivel local. Muestra de ello es que, más allá de que REDES 3 se propuso que las jurisdicciones lograran implementar el modelo de RISS en localidades que abarcaran a 70% de la PCPE, muchas de ellas lo están implementando para la totalidad de dicha población.

Asimismo, el programa Multifase ha fortalecido la capacidad de registro y seguimiento de tamizajes y de la atención oncológico, logrando ya un alto despliegue del SITAM y el RITA en los CAPS y en los hospitales de referencia. Se espera que los excelentes resultados observados para la efectividad del tamizaje de cáncer colorrectal en el PNA, consolide esta intervención como un aspecto fundamental en la línea de cuidado.

El hecho de que la cobertura de medicamentos esenciales provistos por el MSN se redujera de manera dramática coincidiendo con la decisión de financiar totalmente el programa REMEDIAR con fondos de Rentas Generales—revertida en el marco de la pandemia, con la reincorporación del financiamiento del Banco a dicho programa durante la ejecución del proyecto—dejó en claro que los vaivenes económicos que continuamente enfrenta el país constituyen un riesgo a la sostenibilidad del acceso efectivo a medicamentos esenciales por parte de la PCPE. Se prevé que este riesgo sea totalmente mitigado con la aprobación de una ley que actualmente cursa aprobación en el Congreso Nacional para garantizar la continuidad del financiamiento del programa.

Por otro lado, el fuerte impacto social y sanitario que generó la pandemia por COVID-19 propició que el Estado Argentino haya realizado grandes inversiones en su capacidad de testeo, laboratorio, y vacunal, al nivel de todas sus jurisdicciones, con lo cual se percibe que el país se encuentra hoy mejor preparado para afrontar futuras epidemias.

El proceso electoral que vivirá Argentina a partir de la segunda mitad de 2023 podría ser considerado un riesgo a la continuidad de la promoción de los modelos de atención que se vienen promoviendo a través de REDES. Sin embargo, este riesgo se considera bajo, dado el alto consenso a nivel político y federal respecto a la pertinencia de esta intervención, a juzgar por su implementación a lo largo de distintos ciclos de gobierno, de distinto sesgo político, y al alto grado de adherencia voluntaria de las jurisdicciones a REDES.

b. Salvaguardas ambientales y sociales

En su etapa de diseño, el Proyecto fue clasificado como categoría "C", es decir, de bajo riesgo en el marco de la Política de Medio Ambiente y Salvaguardias (OP-703) y de la Política Operativa de Pueblos Indígenas (OP-765) del BID. Conforme a lo previsto originalmente, el Proyecto financió servicios de consultoría, servicios distintos de consultoría y reparaciones edilicias a los CAPS que no tuvieron implicaciones negativas sobre el medioambiente. Asimismo, no se identificaron problemas relacionados con la exclusión de beneficiarios o prácticas discriminatorias durante su proceso de ejecución.

III. CRITERIOS NO CENTRALES

III.1 Desempeño del Banco

El Ejecutor evaluó el desempeño del Banco como muy satisfactorio. Destacó que, tanto en el diseño como en la ejecución del Proyecto, el Banco acompañó permanentemente en brindar soluciones a los desafíos encontrados, así como también se mostró predispuesto a incorporar sugerencias y respuestas a necesidades planteadas. Destacó particularmente la eficiente disponibilidad del Banco para poder incorporar líneas de atención en atención a la pandemia de COVID-19, en línea con los cambios en las prioridades sociosanitarias que trajo consigo. Asimismo, destacó que la asistencia técnica y grado de flexibilidad del Banco fueron fundamentales para el logro de los objetivos del Proyecto. Finalmente, destacó el acompañamiento constante en el desarrollo de una agenda de evaluaciones y sistematización de aprendizajes.

III.2 Desempeño del prestatario

El desempeño del Prestatario resultó altamente satisfactorio. Los equipos técnicos del MSN contaron con alta capacidad técnica y operativa para resolver los desafíos que se fueron presentando durante la ejecución del Proyecto, logrando un alto grado de cumplimiento de sus metas de desarrollo y de sus metas físicas y financieras al nivel de producto.

IV. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

En esta sección se sintetizan los principales hallazgos del Programa que generaron lecciones aprendidas durante su implementación y que, para proyectos en similares circunstancias, permiten facilitar la resolución de problemas, la mitigación del riesgo o la repetición del éxito.

Hallazgos	Recomendaciones
Dimensión 1: Técnica – Sectorial.	
(1.1) Relación del financiamiento de los PIJ con objetivos sanitarios específicos. El hecho de que los PIJ fuesen orientados al logro de un objetivo de desarrollo difuso (fortalecimiento del PNA), no contribuyó a relacionar el costo de la reducción en el financiamiento de estos planes con su impacto sanitario.	En el marco de la nueva operación de préstamo que se encuentran preparando el MSN y el Banco, resulta recomendable relacionar lógicamente las inversiones de los PIJ con objetivos sanitarios específicos, con el fin de contribuir a blindar esta inversión de potenciales recortes presupuestales.
(1.2) Evaluación de resultados e impactos con estadísticas nacionales. La utilización de sistemas estadísticos nacionales para la	Dada la voluntad y responsabilidad intrínseca a los proyectos de desarrollo de fortalecer las políticas nacionales, se recomienda continuar fomentando

Hallazgos	Recomendaciones
medición de resultados e impactos se considera muy pertinente porque evita costos adicionales y genera buenas condiciones de sostenibilidad en el levantamiento de la información. Sin embargo, genera también un riesgo, dado que no siempre el ejecutor tiene incidencia en cambios que se generen en los criterios o periodicidad.	el uso de estadísticas nacionales para la medición de resultados e impactos, pero explicitar en la Matriz de Resultados al momento del diseño, que el indicador podrá ser modificado en caso de que existan ajustes técnicos en los sistemas nacionales utilizados.
Dimensión 2: Organización y Gestión.	
(2.1) Modelos de incentivos en estructura Federal. La estructura federal de Argentina, donde existe una rectoría nacional de política por parte del MSN, pero cada Provincia cuenta con autonomía para gestión de recursos y la implementación de políticas, encontrar mecanismos para poner temas en agenda es siempre un desafío. En el caso de la salud y la creación de un Modelo de Atención a EC, se hizo una apuesta muy innovadora e interesante con generación de incentivos económicos, que son potentes, pero no necesariamente tienen capacidad de generar resultados per se sin la existencia de asistencia técnica para la mejora de las capacidades de gestión a nivel de provincias.	En función de la importancia de generar aprendizajes y mejoras en la efectividad de estos modelos de gestión se recomienda: 1) Por un lado, continuar apoyando la generación de discusiones analíticas y conocimiento con relación a eficiencia y efectividad de las diferentes adecuaciones al modelo en Argentina. 2) Por otro lado, promover el acompañamiento técnico a las jurisdicciones siempre que se utilice la figura de incentivo a políticas de base de implementación descentralizada.
Dimensión 4: Temas Fiduciarios	
(4.1) Heterogeneidad de capacidad fiduciaria en Programas con adquisiciones descentralizadas. Si bien se previeron en el ROP desde el diseño mecanismos de apoyo a los procesos de adquisición que debían ser realizados por entidades asociadas al Programa, al igual que en otros casos, surgieron sobre la marcha dificultades para que algunos equipos de gestión generaran adquisiciones con procesos del Banco	Siendo este un tema frecuente, y atendido adecuadamente en los análisis de riesgos y de capacidad institucional durante el diseño de operaciones, se recomienda reforzar la responsabilización de las UE en el apoyo a procesos de adquisición descentralizado, o analizar la pertinencia y posibilidad de disponer de un equipo compartido de apoyo para varias operaciones.

V. Anexos

Anexo I – Resumen de Principales Evaluaciones Cuantitativas de REMEDIAR y REDES

Documento	Período	Tipo de Evaluación	Metodología	Resultados	
				Generales	Específicos
Evaluar para seguir adelante: Resultados del Programa REDES (2015)	2009-2013	Medición ex post del efecto del Programa REDES a nivel poblacional respecto del acceso al sistema de salud, y la detección y tratamiento de factores de riesgo	Grupo “intervención” conformado por las localidades incluidas en el Programa REDES en donde se había implementado el Programa por el lapso de al menos 2 años. Modelos de Regresión logística y cálculo del Odds Ratio.	Mayor aumento del acceso a los servicios de salud, la medición y el tratamiento de la presión arterial, del colesterol elevado y de la diabetes en la población objetivo de las localidades incluidas en el Programa REDES en relación con localidades que no contaban con dicho Programa.	REDES incrementa el acceso a los tratamientos de salud (OR=1,66), el número de controles (OR=1,53) y el número de tratamientos de HTA (OR=2,35). El acceso en redes se incrementa 3,1 pp. respecto a no redes. La medición de HTA se incrementa 3 pp, el número de tratamientos de HTA 18.3 pp, la medición de colesterol 2.6 pp, la medición de glucemia 3.8 PP. y el tratamiento de diabetes 0.6 pp.
Prescripción de drogas antihipertensivas en centros con y sin componente REDES y muerte prematura por accidentes cerebrovasculares en la Argentina (2015)	2000-2011	Medición ex post del efecto de la mayor disponibilidad de antihipertensivos provistos por REMEDIAR a nivel de departamento, comparando aquellos que estaban intervenidos por REDES con el resto.	Estimación de muerte prematura por accidente cerebrovascular (ACV) a través de un modelo Poisson para datos de panel a nivel de distrito, controlando por un índice de condiciones socioeconómicas distritales y por la prescripción per cápita de antihipertensivos por parte de REMEDIAR y la presencia de REDES a nivel distrital.	La tasa estandarizada de muerte prematura por ACV se redujo entre 2000 y 2011. Las condiciones socioeconómicas (CSE) y la prescripción de antihipertensivos (AH) estuvieron significativamente asociadas a la muerte por ACV. Mientras en los departamentos de mayor ingreso la prescripción de AH no tuvo impacto en la tasa ajustada de ACV, estos medicamentos sí tuvieron un fuerte impacto en los de menor ingreso, objeto de atención de REMEDIAR. Durante el periodo de análisis hubo un descenso generalizado de AA en todo el país, excepto en los centros bajo REDES, donde aumentaron.	La prescripción de AA en el quintil más pobre se incrementó de en casi un 30% en el periodo de análisis. La prescripción de AA en centros bajo REDES se incrementó en un 3% respecto a la de otros departamentos con CSE equivalente.
Impacto redistributivo del Programa REMEDIAR en el gasto en medicamentos (2013)	2003-2010	Impacto de REMEDIAR sobre la equidad distributiva del gasto en medicamentos	Estimación de la variación del el índice concentración del gasto en medicamentos y del coeficiente de Gini para los años 2003, 2005 y 2010 en Argentina	REMEDIAR constituye un Programa progresivo en tanto destina la mayor proporción de sus recursos a los primeros quintiles de ingreso.	El coeficiente de concentración del gasto para el año 2003 resultó de 0.08, presentando una variación decreciente de cuatro puntos al adicionar la transferencia a los tres primeros quintiles de ingreso. En el año 2005, pasó de 0,10 a 0.06 y para el año 2010, el coeficiente de concentración varió de 0,09, al 0.07. El estudio permitió visualizar como la transferencia del Programa reduce el gasto total en medicamentos de los individuos de los quintiles de ingreso más bajos, evidenciando una mayor auto focalización de la estrategia.
Cálculo de equidad horizontal del Programa REMEDIAR (2013)	2003-2010	Análisis de la incidencia distributiva de los Programas REDES y REMEDIAR	Metodología de incidencia distributiva. Computo de la incidencia de beneficios (van der Wal, 1998; Demery, 2003) midiendo la incidencia distributiva de los beneficios del Programa sobre distintos grupos de interés, definidos en este caso por su nivel de ingresos. Consultas a CAPs como proxy de acceso a medicamentos.	El Programa REMEDIAR+REDES, utilizando como variable proxy el acceso a CAPs, es un Programa Pro-pobre.	Las consultas en CAPs son pro-pobres, por lo que las personas de menores ingresos concentran un porcentaje significativo de las CAPs, la cuales aún mayor a la observada para el total del sector público. El grupo mujeres parecería ser el grupo poblacional para el cual los efectos del Programa tienden a ser mayores. La incidencia del acceso a medicamentos del Programa es similar a la incidencia observada de consultantes a CAPs.
Análisis del Programa REMEDIAR (2005)	2002-2003	Evaluación ex post de Programa REMEDIAR para alcanzar metas de cobertura, focalización y	Análisis de incidencia y modelo probit	Los CAPs bajo Programa REMEDIAR tienen un mejor desempeño que aquellos que no se encuentran bajo el Programa. El Programa	1) Durante 2003, el 50% de los consultantes a CAPs bajo Programa recibieron los medicamentos prescritos en la consulta gratis, en tanto ese mismo porcentaje para los CAPs

Documento	Período	Tipo de Evaluación	Metodología	Resultados	
				Generales	Específicos
		aprendizaje, ahorro financiero, y alcance de las principales patologías prevalentes en los centros de atención (CAPs)		incrementa el acceso de medicamentos y se focaliza en los sectores de menores recursos	<p>sin Programa es del 40%. Este hecho sugiere un mejor desempeño de los Centros con Programa.</p> <p>2) Los resultados obtenidos sugieren la eficacia del Programa REMEDIAR en dos aspectos: (i) la pertenencia del CAP al Programa incrementa la probabilidad de acceso a los medicamentos de los consultantes que concurren a ellos, y (ii) la variable asociada con el ingreso de los individuos avala la hipótesis de focalización del Programa en la población de menores recursos.</p> <p>3) El Programa logró un ahorro del 87.3% en términos de monto gastado, comparando precios de compra de REMEDIAR con valores promedio de mercado.</p> <p>4) El Programa REMEDIAR lograría reducir el gasto de los quintiles más pobres, como consecuencia de su elevada focalización, implicando una reducción del coeficiente de Gini de 0.11 a 0.08. Asimismo, el Programa se constituiría en una eficaz herramienta de redistribución, pudiendo alcanzar ahorros en medicamentos del 21.2% en los individuos pertenecientes al primer quintil de ingresos y del 9.3% para los del segundo.</p>
Generalized cost-effectiveness analysis of a package of interventions to reduce cardiovascular disease in Buenos Aires, Argentina (2009)	10 años de tratamiento	Análisis de costo efectividad de intervenciones para reducir la incidencia de enfermedades cardiovasculares	6 intervenciones individuales (tratamiento de hipertensión, colesterol, tabaquismo y estrategias clínicas combinadas para reducir el riesgo cardiovascular a 10 años) y 2 intervenciones basadas en la población (cooperación entre gobierno, asociaciones de consumidores y cámaras de panaderías para reducción de sal en el pan y campañas de educación masiva para reducir la hipertensión, colesterol y obesidad) fueron seleccionadas para el análisis. Las estimaciones de efectividad se realizaron en modelos específicos por edad y sexo para predecir su impacto en términos de DALYs ahorrados. Para traducir la incidencia de los eventos cardiovasculares por edad y sexo en cambios en la salud, se empleó el software de riesgo desarrollado por WHO (PopMod). Se exploraron diferentes escenarios de impacto presupuestario.	Contra un umbral de PIB per cápita en Argentina, las dos intervenciones de población seleccionadas (reducción del consumo de sal y educación para la salud a través de los medios de comunicación masiva) sumado a la estrategia combinada de medicamentos para la población objetivo con riesgo cardiovascular mayor al 20% se mostró costo efectiva.	El ratio de costo-efectividad promedio en AR\$ por DALY para las diferentes intervenciones fue: (i) menos sal en el pan \$151; (ii) campañas en medios masivos \$547; (iii) terapia de drogas combinadas en sujetos con riesgo cardiovascular global de 20%, 10% y 5%, \$3,599, \$4,113 y \$4,533, respectivamente; (iv) tratamiento para la hipertensión arterial (HTA) \$7,716; (v) interrupción de tabaquismo con bupropion \$ 33,563; y (iv) reducción del colesterol alto con terapia de statins \$ 70,994.

Documento	Período	Tipo de Evaluación	Metodología	Resultados	
				Generales	Específicos
A quality improvement intervention to increase colorectal cancer screening at the primary care setting. A cluster randomized controlled trial	Junio 2018 – Octubre 2019	Evaluación de impacto en población de 50 a 75 años, con cobertura de salud pública exclusiva.	Prueba controlada aleatorizada a dos grupos durante 18 meses. El estudio se realizó en 10 Centros de Salud Primaria (APS) públicos de Mendoza, Argentina. Los CAPS del grupo de intervención recibieron alguna intervención para mejorar la calidad y aumentar la tasa de detección eficaz del CCR, mientras que las clínicas asignadas al grupo de control continuaron con las prácticas habituales.	Una intervención basada en estrategias de mejora de la calidad demostró ser de gran éxito para aumentar la eficacia del tamizaje del CCR en el ámbito de la atención primaria dentro del sistema público de salud en Argentina.	Tres meses después de proporcionar los test de inmunoquímica fecal (FIT), el tamizaje fue eficaz en el 75% de los participantes en el grupo de intervención frente al 54,2% en el grupo de control, OR 2,5 (IC del 95%: 1,4; 4,4), p 0,001. Estos resultados se mantuvieron sin cambios después de ajustar las características demográficas y socioeconómicas individuales
Análisis del impacto de las intervenciones del Programa Redes en la medición y tratamiento de diabetes, hipertensión y colesterol Elevado.	2013 – 2018 (ENFR)	Evaluación de impacto, comparando resultados de las ENFR 2013 y 2018 en el acceso de personas de 40 años o más con cobertura pública exclusiva, a la medición y el tratamiento de la presión arterial, del colesterol elevado y de la diabetes en las localidades del Programa Redes.	Modelo de regresión logística para analizar qué variables influyen significativamente sobre la medición de cada uno de los indicadores de resultados. Como la asignación es no aleatoria, se utiliza el puntaje de propensión (o propensity score) que asigna un valor a cada observación de acuerdo con su probabilidad de recibir o no la intervención (Programa Redes),	Entre 2013 y 2018 se dio un descenso general en el desempeño de todos los indicadores (medición y el tratamiento de la presión arterial, del colesterol elevado y de la diabetes), excepto en la medición de diabetes.	Entre 2013 y 2018 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las áreas de Redes y No Redes, excepto en el caso de la medición arterial en 2013.

Anexo II – Referencias Bibliográficas

Borrue, et al. (2010). *“Estudio de Carga de Enfermedad. Argentina”*. Ministerio de Salud de la Nación.

Fleischer, et al. (2011). *“Socioeconomic gradients in chronic disease risk factors in middle income.”*

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, IECS (2011). *“Impacto en las finanzas públicas de la enfermedad cardiovascular en Argentina”*. Informe de consultoría comisionado por el BID.

Huffman, et al. (2011). *“A cross-sectional study of the Microeconomic impact of cardiovascular disease hospitalization in four low-and middle-income countries”* PLoS ONE.

Jahangir, et al. (2012). *“Need, enabling, predisposing, and behavioral determinants of Access to preventative care in Argentina: analysis of the National Survey of Risk Factors.”* PLoS ONE.

Macchia, et al. (2015). *“Muerte cardiovascular prematura y condición socioeconómica en Argentina. Acerca de las oportunidades y desafíos de representar a poblaciones vulnerables”*. Revista Argentina de Cardiología.

MSN (2010), Ministerio de Salud de la Nación. *“Enfermedades no Transmisibles y Factores de Riesgo. Boletín de Vigilancia No. 2”*.

Rubinstein, et al. (2014). *“Comprehensive approach for hypertension control in low-income populations: rationale and study design for the hypertension control program in Argentina.”* The American Journal of Medical Sciences.

Tobar, et al. (2012). *“Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino”*. CIPPEC