



Programa de Fortalecimiento e Integración de Redes de Salud en la Provincia de Buenos Aires

(AR-L1312/4821/OC-AR)

Informe de terminación del proyecto (PCR)

Equipo de preparación del proyecto: Iñez Tristao (SPH/CAR), Jefe de equipo; Mario Sánchez (SPH/CUR); Co-Jefe de equipo; Marcia Rocha (SPH/CBR); Alejandra Aguilar (SCL/SPH); Rebeca Rodríguez (SPH/CME); Claudia Vázquez (LMK/CAR); Andrea Monje (GDI/CAR); Leslie Stone (SPD/SMO); Teodoro Noel (FMP/CAR); Marilia Santos (FMP/CAR); Soraya Senosier (VPS/ESG); Rodolfo Graham (LEG/SGO); Cristina Marzo (LEG/SGO); Jennifer Doherty (CSD/CCS); Milagros Mosteirín (CSC/CAR); Jaime Poveda (SPD/SMO); y Federico Bachino (CSC/CUR).

Equipo de PCR: Mario Sánchez (SPH/CAR), Jefe de equipo; Claudia Vázquez (SCL/SPH), Analía González (CSC/CAR); Horacio Mendoza (LEG/SGO); María Fernanda Merino (SPD/SDV); Ana María Niubo (VPC/FMP).

ÍNDICE

Enlaces Electrónicos	ii
Enlaces Electrónicos Opcionales	ii
INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO	iii
I. INTRODUCCIÓN (<i>Las secciones I-IV no deben exceder 15 páginas, excluyendo tablas principales</i>)	1
II. CRITERIOS CENTRALES. DESEMPEÑO DEL PROYECTO.	2
II.1 Relevancia	2
a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país	2
b. Alineación estratégica	3
c. Relevancia del diseño	4
Tabla 1. Matriz de Resultados (aprobación, plan inicial y cierre)	1
II.2 Efectividad	1
a. Declaración de los objetivos de Desarrollo del proyecto	1
b. Logro de resultados	1
c. Análisis contrafactual	8
d. Resultados no anticipados	11
II.3 Eficiencia	11
II.4 Sostenibilidad	16
a. Aspectos Generales de Sostenibilidad	16
b. Salvaguardas ambientales y sociales	18
III. CRITERIOS NO CENTRALES	19
III.1 Desempeño del Banco	19
III.2 Desempenio del prestatario	19
IV. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES	19
IV.1 Dimensiones 1 a 5	20

Enlaces Electrónicos (EE)

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 (EEO)

1. [Análisis Económico Ex Post](#)
2. [Ayuda Memoria del taller de Arranque](#)
3. [Municipios del AMBA](#)
4. [Referencias](#)

Acrónimos y abreviaturas

AMBA	Área Metropolitana de Buenos Aires
AVPP	Años de Vida Potencialmente Perdidos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
CCLIP	Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión
CT	Cooperación Técnica
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información de la Salud
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
HCE	Historia Clínica Electrónica
IPC	Instituto Provincial del Cáncer
IVD	Indicadores Vinculados a Desembolso
MISP	Ministerio de Infraestructura y Servicios Públicos de la PBA
MS	Ministerio de Salud de la PBA
OE	Organismo Ejecutor
ODE	Objetivo de Desarrollo Específico
OGD	Objetivo General de Desarrollo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OS	Organismos subejecutores
OSN	Obras Sociales Nacionales
PBA	Provincia de Buenos Aires
PBR	Préstamo Basado en Resultados
PCPE	Población con cobertura pública exclusiva
PCR	Informe de Finalización del Proyecto
PNA	Primer Nivel de Atención
PROFIR	Programa de Fortalecimiento e Integración de Redes de Salud en la PBA
RS	Regiones Sanitarias
SAME	Sistema de Atención Médica de Emergencia
SSS	Superintendencia de Servicios de Salud

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO

AR-L1312 Program of Strengthening and Integration of Health Networks of the Province of Buenos Aires

Country Beneficiary Argentina	Loan Instrument Investment Loan	Borrower AR-PBA - PROVINCIA DE BUENOS AIRES	Loan(s) 4821/OC-AR	Sector Health	Sub-Sector Health System Strengthening
Date of Board Approval Jul 02, 2019	Date of Eligibility for First Disbursement Apr 06, 2020	Date of Closure (CO) Feb 10, 2022	Loan Amount - Original 150,000,000.00	Loan Amount - Current 150,000,000.00	Pari Passu
Total Project Cost Not Available	Months In Execution from Approval 31	Months In Execution from First Disbursement 22	Original Date of Final Disbursement Mar 20, 2023	Actual Date of Final Disbursement Mar 20, 2023	Cumulative Extension(Months)
Total Amount Disbursed 150,000,000.00	Total Percentage of Disbursement 100%				

^ Ratings of project Performance in PMRs



Has This Project Received Funds from
another Project?

☐ Yes ☒ No

Has This Project Sent Funds to Another
Project?

☐ Yes ☒ No

Development Effectiveness Classification

No	PMR Date	PMR Stage	Classification	Disbursement Percentage (As of Dec 31)
1	Apr 23, 2020	Second period Jan-Dec 2020	Satisfactory	
2	Apr 23, 2020	Second period Jan-Dec 2021	Satisfactory	

^ Bank Staff



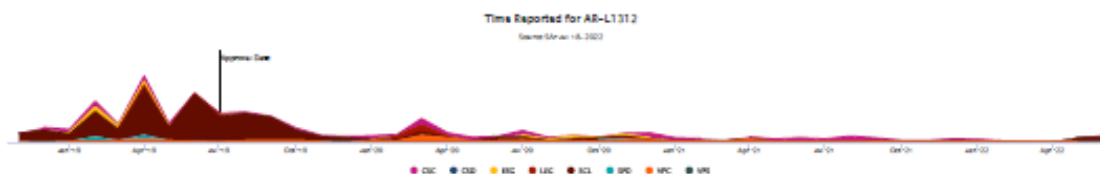
Positions	At PCR Feb 10, 2022	At Approval Jul 02, 2019
Vice-President VPS	Lopez, Benigno	Rodriguez-Ortiz, Ana
Vice-President VPC	Martínez, Richard	Rosa, Alexandre
Country Manager	Attademo-Hirt, María Florencia (CSC/CSC)	Lupo, José Luis (CSC/CSC)
Sector Manager	Regalia, Ferdinando (SCL/SCL)	Cabro, Marcelo E. (SCL/SCL)
Division Chief	Ibarrarán, Pablo (SCL/SPH)	Regalia, Ferdinando (SCL/SPH)
Country Rep	Aguerre, José Agustín (CSC/CAR)	Lupo, José Luis (CSC/CAR)
Project Team Leader	Sanchez, Mario Alberto (SPH/CUR)	Tristao, Iñez M. (SPH/CAR)
PCR Team Leader	Sanchez, Mario Alberto (SPH/CAR)	Tristao, Iñez (SPH/CAR)

^ Staff Time and Cost



Stage Project Cycle	# of Staff Weeks	USD (including Travel and Consultant Costs)
Preparation	24.7	195,593.54
Supervision	15.1	154,998.35
Total	39.8	350,591.89

^ Time



I. INTRODUCCIÓN

Tanto en términos de extensión territorial como de población, Buenos Aires (PBA) es la provincia más grande de Argentina: en sus más de 307.000 kilómetros cuadrados residen 18 millones de personas, aproximadamente 40% de la población total del país [1]. La PBA está dividida administrativamente en 12 regiones sanitarias (RS) y 135 municipios, 40 de los cuales conforman junto con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) una zona urbana común que recibe el nombre de Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (EEO#3). Los municipios del AMBA se caracterizan por una mayor densidad poblacional y una incidencia de la pobreza más alta que los municipios del interior de la PBA. A diferencia de otras provincias, en la PBA la gestión y el financiamiento de los servicios de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) y la atención de emergencias médicas recaen primordialmente en la órbita municipal [2].

El 2 de julio de 2019, el directorio ejecutivo del BID aprobó la Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) para el “Programa de Fortalecimiento e Integración de las Redes de Salud de la PBA” (AR-O0013; PROFIR), por un monto de US\$660 millones (US\$600 millones de financiamiento y US\$60 millones de aporte local), a ser ejecutada en un periodo de 10 años. El objetivo de la CCLIP es mejorar la capacidad y calidad prestacional de los servicios públicos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención de la PBA, integrándolos como una red que priorice la atención a la población con cobertura pública exclusiva (PCPE) para reducir los años potenciales de vida perdidos.

Junto con la CCLIP se aprobó la primera operación individual de la serie (4821/OC-AR), por US\$150 millones (100% financiamiento, sin aporte local). La Primera Operación del “Programa de Fortalecimiento e Integración de Redes de Salud en la PBA” (PROFIR I) tuvo como objetivo mejorar la accesibilidad y la cobertura efectiva de los servicios públicos de salud para la población de la PBA y fue estructurada como un Préstamo Basado en Resultados (PBR). Los objetivos de desarrollo específicos (ODE) del PROFIR I fueron: (i) mejorar la accesibilidad y resolutiveidad del PNA en un conjunto de municipios del AMBA; (ii) incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia en toda la PBA; y (iii) mejorar la oportunidad de la dispensa de medicamentos oncológicos y paliativos en toda la PBA. El Organismo Ejecutor (OE) de la operación fue el Ministerio de Economía de PBA mientras que los Organismos Subejecutores (OS) fueron el Ministerio de Salud de la PBA (MS) y el Ministerio de Infraestructura y Servicios Públicos de la PBA (MISP). Posterior al cambio de gestión de la Administración del Gobierno de la PBA (diciembre de 2019), el programa alcanzó elegibilidad para desembolsos el 6 de abril de 2020, pocos días después de que la PBA hubiese declarado la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, a través del Decreto Provincial 132/2020. El plazo de ejecución del proyecto fue de 31 meses, cerrando el 10 febrero de 2022, 13 meses antes del plazo original previsto para su cierre. El 1 de diciembre de 2021 se aprobó la segunda operación bajo la CCLIP (5430/OC-AR; PROFIR 2), por US\$300 millones, también como un PBR, que al momento de preparación de este documento ya ha sido declarada elegible para desembolsos.

El presente Informe de Terminación del Proyecto (PCR) tiene como objetivo documentar los resultados alcanzados en el PROFIR I e identificar las principales lecciones aprendidas.

II. CRITERIOS CENTRALES. DESEMPEÑO DEL PROYECTO.

II.1 Relevancia

a. Alineación con las necesidades de desarrollo de la PBA

Al momento de su aprobación, los objetivos del proyecto estaban alineados con las necesidades de desarrollo de la PBA. Los desafíos en el acceso y la cobertura efectiva de los servicios de salud en la provincia—incluyendo los servicios del PNA, de emergencias y tratamientos oncológicos, que se abordaron específicamente en el proyecto—se reflejaban en una alta carga de la enfermedad, y en particular en un número elevado de muertes prematuras. En 2018, el indicador de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en PBA era 545 cada 10,000 habitantes, 30% por encima del de una zona adyacente, aunque de mayor desarrollo económico relativo, como la CABA (407 cada 10,000 habitantes) [3].¹ Si se desagrega el indicador por grupos de causas, los AVPP se concentraban en los fallecimientos ocurridos por causas externas (18,5%) y por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como el cáncer (17,8%) y las enfermedades cardiovasculares (14,5%). Entre las causas externas, la mortalidad prematura por accidentes suponía un desafío importante al momento del diseño de la operación. De las 6.709 muertes por causas externas que se registraron en la provincia en 2018, 36% correspondieron a accidentes [3].

Las estadísticas vitales sobre las que se basan los indicadores del impacto del proyecto (AVPP y mortalidad por accidentes) no se encuentran actualizadas al momento de la preparación de este informe. Los últimos datos disponibles, correspondientes al año 2020, sugieren que la mortalidad prematura continúa siendo un desafío de desarrollo para la PBA: si bien las muertes por causas externas se redujeron a 5.491 ese año, y las muertes por accidentes a 660, como consecuencia, en parte, del menor número de accidentes de tránsito durante los meses de confinamiento en respuesta a la pandemia de COVID-19, los AVPP permanecieron en un nivel elevado: 517 cada 10.000 habitantes [4].

Un análisis realizado en 2017 por el MS en 26 municipios del AMBA permitió identificar las problemáticas específicas a ser abordadas por el proyecto. El estudio encontró importantes brechas de capacidad prestacional en los servicios públicos de salud de la provincia, además de una alta heterogeneidad entre RS. Las brechas más significativas se encontraron en los servicios del PNA, en los servicios de emergencia prehospitalario y hospitalarios de urgencia, y en la dispensa de medicamentos oncológicos y paliativos. Al momento de la preparación de este documento dicho análisis no se había actualizado.

El estudio del MS dio cuenta de los importantes desafíos que enfrentaba la PBA para garantizar un PNA con capacidad prestacional adecuada y homogénea entre sus RS: (i) el número de consultorios por RS variaba entre 3,8 y 21 por cada 100.000 personas; (ii) solo 37% de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) tenía un buen estado de conservación edilicio y equipamiento médico suficiente; y (iii) las tasas de médicos generalistas (2,6), pediatras (1,6), enfermeros (3,7) y promotores de salud (0,5) por cada 10.000 personas de los CAPS se encontraban por debajo de estándares internacionales y del modelo de atención que la PBA busca implementar.

¹ El indicador de AVPP mide la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de los fallecimientos prematuros, sumando los años adicionales que las personas que murieron prematuramente hubieran vivido (hasta 70 años). Se expresa como una tasa cada 10.000 habitantes.

Prioridades de Gobierno

El proyecto se alineó con las prioridades de los gobiernos nacional y provincial, tanto en el momento de la aprobación como en el cierre. El desafío abordado por el ODE1, relacionado con la accesibilidad y resolutiveidad del PNA en un conjunto de municipios del AMBA, fue identificado por la Administración del Gobierno Nacional que asumió en diciembre de 2015 como uno de los desafíos principales del país. En el documento “Objetivos de Gobierno de la Argentina (2015-2019)” [5] una de las 100 prioridades refería explícitamente al sistema público de salud en el AMBA, y se proponía ejecutar políticas para mejorar el acceso efectivo en esta región. Junto con la Nación, la CABA y la PBA también asignaban una alta prioridad a ese objetivo, como se desprende del proyecto “Red Pública de Salud del AMBA” [6] que los tres gobiernos lanzaron conjuntamente en mayo de 2018. Si bien la Administración de PBA asumida en diciembre de 2019 continuó priorizando el fortalecimiento del PNA dentro de sus objetivos de política, para el PROFIR 2 decidió enfocar las inversiones de fortalecimiento del PNA en los municipios del Interior de la provincia, con menores recursos presupuestales propios. Los problemas específicos abordados por los ODE2 (capacidad de respuesta de los servicios de emergencia) y ODE3 (oportunidad de la dispensa de medicamentos oncológicos y paliativos) eran prioridad del gobierno provincial al momento del diseño y continúan siéndolo al momento del cierre del proyecto. Esto se ve reflejado en el documento “Líneas Estratégicas de las políticas del gobierno en salud de la Provincial de Buenos Aires 2020-2023” [7], donde una de las prioridades identificadas es la mejora en los tiempos de entrega de medicamentos para cáncer y otra se relaciona con la reestructuración de los servicios de emergencia a nivel provincial.

Por otro lado, entre la aprobación del proyecto y su cierre, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de pandemia de COVID. El rápido avance de la enfermedad obligó a los gobiernos de todo el mundo a tomar medidas urgentes para que la capacidad de respuesta del sistema sanitario no se viera sobrepasada. Desde el ingreso del virus al país hasta que se logró alcanzar una cobertura alta con los esquemas de vacunación—que redujeron sensiblemente la mortalidad directa atribuible a la enfermedad—la prioridad del gobierno de la PBA se enfocó en el control de la pandemia. A través de su ODE2, el proyecto también logró alinearse a esta prioridad de gobierno y contribuir al incremento de la capacidad de detección y atención de casos de COVID, consolidando su relevancia.

b. Alineación estratégica

La Estrategia de País del Grupo BID con Argentina 2016-2019 (GN-2870-1), extendida a 2020 por la pandemia de COVID-19, priorizaba el fortalecimiento de la calidad de servicios de salud del PNA para prevención y detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles, en línea con los objetivos del PROFIR 1. Al momento del cierre, el proyecto se alineó con el objetivo de la Estrategia País 2021-2023 (GN-3051-1) vinculado al fortalecimiento de los sistemas de salud. Asimismo, al momento de aprobación la operación era consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008), alineándose con el desafío de desarrollo de Inclusión Social e Igualdad, a través de la promoción del acceso a servicios de salud para todos los segmentos de la población, y contribuía 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).

c. Relevancia del diseño

Respecto de los instrumentos de financiamiento, dada la complejidad política, técnica y financiera que implicaba la construcción de una red integrada de servicios públicos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención en la PBA, una CCLIP resultó el instrumento pertinente para apoyar ese objetivo, proveyendo un marco referencial de recursos de financiamiento con una temporalidad alineada con el plazo previsto para alcanzar este objetivo. El uso de un PBR para la primera operación se conceptualizó como la primera etapa de un proceso paulatino de mejora en la eficacia de los servicios públicos de salud y de las capacidades de la PBA para la consecución de resultados. En este marco y como se discute con mayor detalle en la sección de Efectividad de este documento, un conjunto de los indicadores vinculados a desembolsos (IVD) para el PROFIR 1 se concibieron como métricas para resultados intermedios relacionados con un incremento en la cobertura de prestaciones que cumplan con atributos que, según la evidencia empírica, resultan necesarios para cumplir los objetivos de desarrollo del programa. De forma consistente con la lógica de la CCLIP y con base en una fortalecida capacidad de gestión por resultados en la PBA, los IVD para el PROFIR 2 incluyen un conjunto más amplio de indicadores de resultados finales—en vez de intermedios.

La Figura 1 presenta un esquema de la lógica vertical del proyecto. El vínculo entre los productos y los resultados esperados era claro, estaba sustentado en la evidencia internacional sobre la efectividad de las soluciones propuestas y era pertinente a los desafíos específicos enfrentados por la PBA. Específicamente:

ODE1. Mejorar la accesibilidad y resolutiveidad del PNA en un conjunto de municipios del AMBA. Al momento de la aprobación del proyecto, la literatura señalaba que para mejorar los resultados de salud de la población es necesario fortalecer la atención primaria [\[8\]](#). El PNA brinda servicios de baja complejidad médica y tiene un amplio despliegue territorial a través de los CAPS, que son efectores que brindan servicios ambulatorios en forma exclusiva y tienen la función de planificar, implementar y monitorear acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud. Hay evidencia de que al nivel de estos servicios es posible resolver hasta 80% de las consultas sanitarias, por lo que el PNA está concebido para ser la puerta de entrada a un sistema de salud eficiente y efectivo, a través del cual se debería operativizar la continuidad de la atención de la población [\[8\]](#). Por esto, resulta fundamental que el PNA esté integrado con los otros niveles y que asegure una referencia efectiva al cuidado secundario y terciario. Además, las acciones de prevención y promoción de la salud a nivel comunitario que se realizan en este nivel son críticas para el manejo efectivo de las ECNT, principal causa de muerte y discapacidad en el país [\[9\]](#).

La PBA enfrentaba retos importantes para garantizar un PNA con capacidad prestacional adecuada y homogénea entre sus regiones sanitarias. Como se mencionó anteriormente, el estudio realizado en 2017 por el MS mostró que: (i) el número de consultorios por RS variaba entre 3,8 y 21 por cada 100.000 personas; (ii) sólo 37% de los CAPS tenía un buen estado de conservación edilicio y equipamiento médico suficiente; y (iii) las tasas de médicos generalistas (2,6), pediatras (1,6), enfermeros (3,7), y promotores de salud (0,5) por cada 10.000 personas se encontraba por debajo de estándares internacionales. Además de la capacidad prestacional adecuada, la literatura en salud pública señala que la integración de redes de salud requiere: (i) un modelo de atención que explice el territorio y población específica a cargo de los equipos de PNA; (ii) un modelo de gestión que estandarice los procesos de atención; y (iii) sistema de información que permita a los distintos prestadores de servicios acceder al historial clínico del paciente. El diagnóstico de 2017 mostró que no había definición de áreas geográficas con población a cargo en los CAPS, y había una significativa variación en los procesos de atención:

1 de cada 5 CAPS no tenía atenciones programadas, menos de 1 de cada 3 realizaba actividades comunitarias en forma semanal, y solo el 9% de CAPS tenía computadores con internet en sus puntos de atención.

La evidencia disponible en la literatura para resolver los desafíos del PNA sugería que la PBA debería implementar las siguientes acciones: (i) organizar la distribución de CAPS según territorios y poblaciones específicas, atribuyéndoles la responsabilidad explícita de la gestión de su salud; (ii) realizar inversiones en infraestructura y equipamiento y promover la disponibilidad de equipos básicos de salud suficientes para garantizar la capacidad prestacional de los CAPS; (iii) establecer la interoperabilidad de los sistemas de información con la implementación de una historia clínica electrónica (HCE) para mejorar la integración y continuidad de la atención. A partir de este marco, el proyecto se diseñó para contribuir al cumplimiento de un estándar de servicios en el PNA como indicador proxy de la resolutivez de ese nivel, para lo cual se reconocieron como gastos asociados: la refacción de CAPS, la incorporación de equipamiento médico e informático, la mejora de procesos de atención y la capacitación del personal en HCE. Como se discute en la sección de Efectividad de este documento, a través de este proyecto la PBA logró aumentar la cantidad de CAPS que cumplen con estándares de servicio, así como el porcentaje de PCPE con cobertura efectiva básica (CEB)².

ODE2. Incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia en toda la PBA. Los servicios de emergencia en salud están divididos entre la atención prehospitalaria (ambulancias que atienden un cuadro grave en la vía pública) y la medicina hospitalaria de urgencias (guardias que brindan atención médica ininterrumpida a la población). Ambos brindan asistencia médica inmediata, ya sea por accidente, aparición súbita de un cuadro grave, o agudización de una enfermedad crónica. Estas situaciones se consideran emergencias porque implican peligro evidente para la vida del paciente. Los servicios de emergencia son importantes para la reducción de la carga de enfermedad. La literatura especializada sostiene que, para lograr que esos servicios se presten de manera efectiva, es necesario proveer transporte para trasladar a los pacientes a la institución de salud más cercana, realizar una clasificación del nivel de gravedad del paciente (triage) en todos los niveles del sistema, entrenar al personal sobre los principios de la atención de emergencias, y brindar los instrumentos básicos, insumos y medicamentos para que los prestadores puedan ofrecer la atención en cada nivel [\[10\]](#). El triage asegura que los recursos disponibles sean correctamente armonizados con las necesidades de cada paciente y existe una amplia evidencia sobre su efectividad [\[11-13\]](#). También existen estudios que relacionan a un efectivo sistema de ambulancias con una menor mortalidad [\[14-17\]](#).

Un diagnóstico realizado por el MS de la PBA en 2016 reveló que la PBA enfrentaba desafíos importantes en el ámbito de los servicios de emergencia: (i) prácticamente ningún municipio contaba con servicios públicos formales de atención a emergencias; (ii) había una disponibilidad insuficiente de ambulancias; y (iii) los equipos que atendían las emergencias en la vía pública no contaban con el equipamiento ni las competencias adecuadas. Adicionalmente, los déficits de disponibilidad y calidad de atención en los CAPS generaban una demanda de atención ambulatoria de baja complejidad en las guardias hospitalarias, sobre utilizando estos servicios. Además, la falta de coordinación entre municipios y niveles de gobierno en la atención a las emergencias generaba áreas grises de responsabilidad de atención y, por ello, subinversión.

En este marco, siguiendo la evidencia internacional y considerando el estado de los servicios en la PBA, el proyecto se diseñó buscando promover el cumplimiento de estándares de calidad en

² La CEB se refiere a si el beneficiario se realizó al menos una prestación correspondiente al PNA en los últimos 12 meses.

el Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME) y en las Guardias Hospitalarias, así como reducir los tiempos de espera entre el triage y la consulta médica como indicadores proxy de la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia. Para alcanzar esos resultados, a través del componente 2 se reconocieron como gastos asociados la compra y distribución de ambulancias al nivel municipal, la instalación de la línea 107 (emergencias), reforma edilicia y equipamiento de las guardias y la capacitación del personal.

En el Plan Inicial, aprobado en diciembre de 2020, se agregaron tres indicadores alineados con el ODE2, destinados a mejorar la capacidad de respuesta de los servicios ante la emergencia que representó la pandemia por COVID. Los tres productos de fortalecimiento institucional que se adicionaron como IVD fueron: el Plan Estratégico Provincial para COVID-19; laboratorios que conformaron la Red de Diagnóstico Provincial para COVID-19 y camas de terapia intensiva. Estos productos lograron expandir y mejorar la red de servicios de emergencia en PBA en un momento en el que el sistema estaba a punto de sobrepasar su capacidad de respuesta.

ODE 3. Mejorar la oportunidad de la dispensa de medicamentos oncológicos y paliativos en toda la PBA. De acuerdo con la literatura, la detección temprana y el tratamiento oportuno son efectivos para reducir la mortalidad por cáncer, una de las causas más importantes y crecientes de morbilidad y mortalidad en PBA.³ La elevada tasa de mortalidad en comparación con países desarrollados por los tipos de cáncer más frecuentes (pulmón, colorrectal y mama) se debe, en parte, a las dificultades de la población para acceder de manera oportuna al tratamiento, incluyendo medicamentos oncológicos. Según la información disponible al momento de aprobación del proyecto, solo 55% de los pacientes en la PBA accedía oportunamente a estos medicamentos, producto de una alta inequidad y fragmentación del sistema. Por otro lado, los pacientes con cáncer presentan síntomas vinculados a su enfermedad y/o tratamiento, y el inadecuado tratamiento de estos síntomas deteriora la calidad de vida y aumenta el sufrimiento. En este marco, el proyecto se diseñó teniendo como indicadores de resultados la mejora en la oportunidad de la dispensa de medicamentos oncológicos y paliativos en la PBA y a través del componente 3 se reconocieron como gastos asociados la dispensa de estos medicamentos, el crecimiento de la red de distribución y la sensibilización de médicos para la prescripción de tratamientos para el dolor.

Calificación de relevancia: la calificación propuesta por la administración se encuentra disponible en el [EE#3](#). Los objetivos del proyecto estaban perfectamente alineados con las necesidades de desarrollo de la PBA y con las prioridades estratégicas del Grupo BID, tanto al momento de la aprobación como al cierre del proyecto. La lógica vertical del proyecto fue relevante y mostraba un vínculo claro entre productos y resultados esperados al momento de la aprobación. Durante la ejecución, la lógica vertical del proyecto se adaptó al abrupto cambio en el perfil epidemiológico de la PBA a consecuencia de la pandemia de COVID-19, incorporando, en el marco del ODE2—que buscaba incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia—, nuevos productos alineados con ese objetivo, que contribuyeron a fortalecer la gestión de la pandemia.

³ Según la DEIS, en 2017 26.509 bonaerenses murieron por cáncer avanzado, lo que explica el 20% del total de muertes por causas definidas de ese año en PBA. En términos regionales, Brasil, Uruguay y Argentina tienen la mayor incidencia de cáncer y, Uruguay, Cuba, Argentina y Chile tienen la tasa de mortalidad más alta en América Latina por causas oncológicas [\[18\]](#).

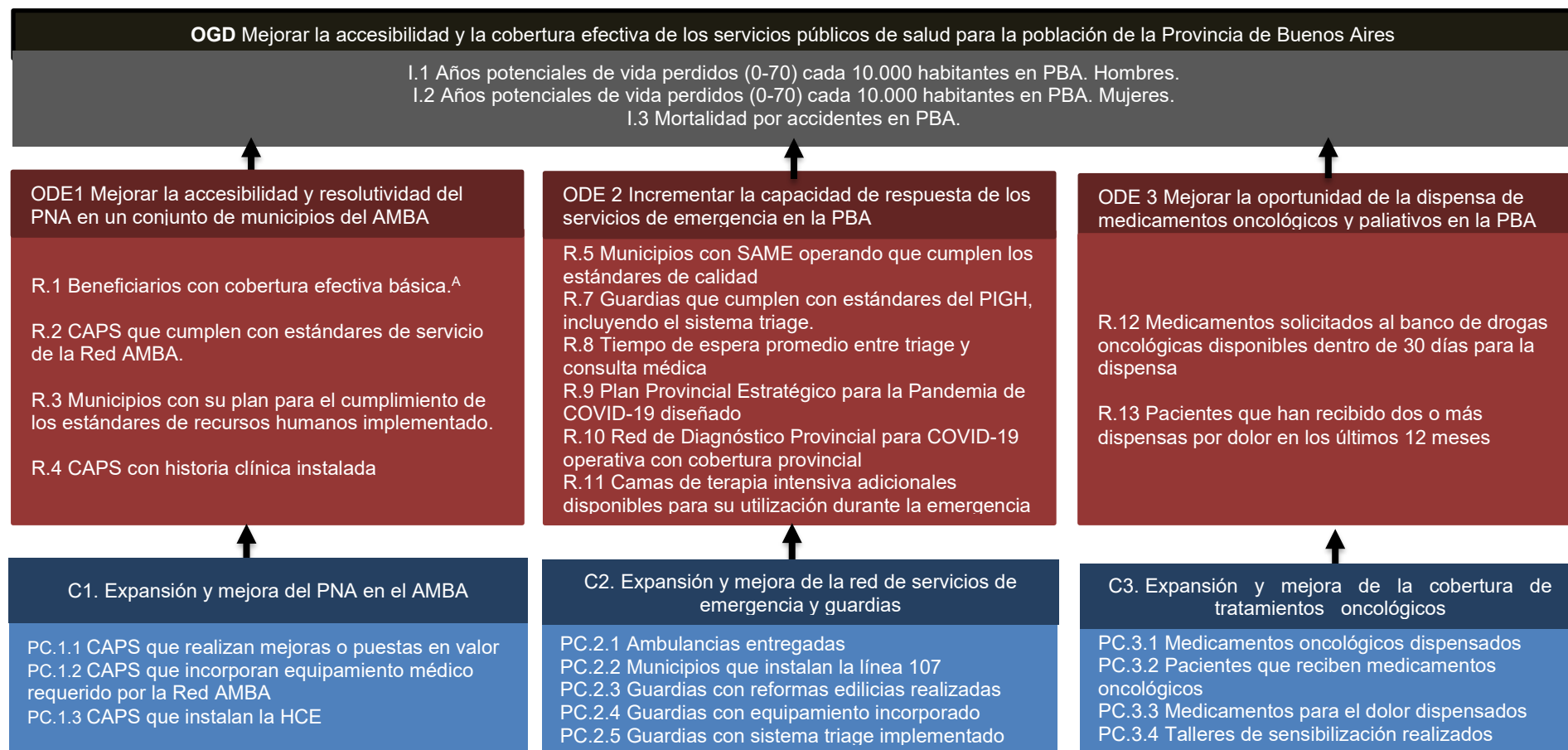
Tabla 1. Matriz de Resultados (aprobación, plan inicial y cierre)

Indicadores	Aprobación			Taller de arranque			Cierre (PCR)			Comentarios
	Unidad de medida	Línea de base	Fin del Proyecto (P)	Unidad de medida	Línea de base	Fin del Proyecto (P)	Unidad de medida	Línea de base	Fin del Proyecto (A)	
Objetivo específico 1 Mejorar la accesibilidad y resolutiveidad del PNA en un conjunto de municipios del AMBA										
R.1. Beneficiarios con cobertura efectiva básica (CEB) dentro de la población con cobertura pública exclusiva en los 16 Municipios que adherirán a la Red AMBA.	%	26	32	%	21.3	25.3	%	21.3	23.3	Indicador de resultado final no vinculado a desembolsos
R.2. CAPS que cumplen con estándares de servicio de la Red AMBA.	Número de CAPS	0	150	Número de CAPS	0	66	Número de CAPS	0	66	Indicador de resultado intermedio vinculado a desembolsos
R.3 Municipios con su plan para el cumplimiento de los estándares de recursos humanos en salud de la Red AMBA para mejorar la capacidad prestacional de sus CAPS implementado.	Número de Municipios	0	16	Número de Municipios	0	16	Número de Municipios	0	16	Indicador de resultado intermedio vinculado a desembolsos

R.4 CAPS con historia clínica instalada	Número de CAPS	0	150	Número de CAPS	0	67	Número de CAPS	0	67	Indicador de producto vinculado a desembolsos
Objetivo específico 2 Incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia en toda la PBA										
R.5. Municipios con SAME operando que cumplen los estándares de calidad	Número de municipios	76	135	Cantidad de municipios	76	105	Cantidad de municipios	76	105	Indicador de resultado vinculado a desembolsos
R.6. Diseño de un modelo de supervisión de SAME en los municipios	Protocolo	0	1	Protocolo	0	1	Protocolo	0	1	Indicador de producto vinculado a desembolsos
R.7. Guardias que cumplen con estándares del Plan Integral de Guardias Hospitalarias (PIGH), incluyendo el sistema triage.	Número de guardias	35	46	Número de guardias	35	46	Número de guardias	35	46	Indicador de resultado vinculado a desembolsos
R.8. Tiempo de espera promedio entre triage y consulta médica	Minutos	359.3	100	Minutos	359.3	100	Minutos	359.3	56.8	Indicador de resultado no vinculado a desembolsos
R.9. Plan Provincial Estratégico para la Pandemia de COVID-19 diseñado	-	-	-	Plan	0	1	Plan	0	1	Indicador de producto vinculado a desembolsos
R.10. Red de Diagnóstico	-	-	-	Número de laboratorio	0	15	Número de laboratorios	0	15	Indicador de producto

Provincial para COVID-19 operativa con cobertura provincial				s que diagnóstica n			que diagnóstica n			vinculado a desembolsos
R.11. Camas de terapia intensiva adicionales disponibles para su utilización durante la emergencia de COVID-19	-	-	-	Número de camas	0	2000	Número de camas	0	2000	Indicador de producto vinculado a desembolsos
Objetivo específico 3 Mejorar la oportunidad de la dispensa de medicamentos oncológicos y paliativos en toda la PBA										
R.12. Medicamentos solicitados al banco de drogas oncológicas disponibles dentro de 30 días para la dispensa	% de medicamentos	75	90	% de medicamentos	75	80	% de medicamentos	75	80	Indicador de resultado vinculado a desembolsos
R.13. Pacientes que han recibido dos o más dispensas por dolor en los últimos 12 meses	Número de personas	2000	6000	Número de personas	2000	3000	Número de personas	2000	3400	Indicador de resultado vinculado a desembolsos

Figura 1. Lógica vertical al cierre



Nota: Elaborado por los autores. OGD: Objetivo General de Desarrollo. ODE: Objetivo de Desarrollo Específico. C: Componente. I: Indicador. PC: Producto clave. ^A Como porcentaje de la población con cobertura pública exclusiva en los 16 Municipios que adherirán a la Red AMBA

II.2 Efectividad

a. Declaración de los objetivos de Desarrollo del proyecto.

El objetivo general de desarrollo (OGD) del proyecto era mejorar la accesibilidad y la cobertura efectiva de los servicios públicos de salud para la población de PBA. Los ODE eran:

- i. Mejorar la accesibilidad y resolutiveidad del PNA en un conjunto de municipios del AMBA;
- ii. Incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia en toda la PBA; y
- iii. Mejorar la oportunidad de la dispensa de medicamentos oncológicos y paliativos en toda la PBA.

b. Logro de resultados

En el marco de un PBR, los desembolsos del proyecto se efectúan en función del logro de resultados, que se verifican mediante el cumplimiento de metas de indicadores de resultados finales, intermedios o productos, estos últimos en el caso de acciones de fortalecimiento de la capacidad institucional. La verificación está a cargo de una entidad independiente del OE, y el protocolo de verificación se define en el Plan de Monitoreo y Evaluación del proyecto.

ODE1. Mejorar la accesibilidad y resolutiveidad del PNA en un conjunto de municipios del AMBA. Un aspecto clave para mejorar la accesibilidad y resolutiveidad del PNA es la calidad del servicio que brindan los CAPS. En el proyecto, esto se midió a través del número de CAPS que cumplieran con un estándar definido por la Red AMBA. El estándar de servicio requería que el CAPS tuviera: (i) al menos tres consultorios (pediátrico, medicina general, ginecología); (ii) enfermería; (iii) farmacia; (iv) depósito; (v) recepción; (vi) baños para el personal y para el público accesibles para personas con discapacidad; (vi) salón de usos múltiples; (vii) el equipamiento médico priorizado⁴; (vii) un equipo de salud con cuatro profesionales de la salud y con 3.500 a 4.000 potenciales usuarios a cargo; y (viii) al menos un ciclo de mejora de procesos realizado con metodología de gestión participativa en el último año. El número de CAPS que cumplen con estándares de servicio de la Red AMBA (R2) pasó de cero en la línea de base a 66, cumpliendo con la meta que se había propuesto en el Plan Inicial. Otro aspecto de la accesibilidad y resolutiveidad del PNA se relaciona con los recursos humanos con los que cuenta ese nivel. El logro de esta dimensión se midió a través del número de municipios que implementan su plan para el cumplimiento de los estándares de recursos humanos en salud de la Red AMBA (R3), detallados anteriormente, para mejorar la capacidad prestacional de los CAPS. Se considera que el plan está implementado observando la variación en la cantidad de incorporaciones con las condiciones de contratación homologadas a las de Red AMBA. La cantidad de municipios que cumplen estos estándares pasó de cero en la línea de base a 16, siendo esa la meta determinada por la cantidad total de municipios que participaron del programa. Finalmente, un aspecto transversal para lograr calidad y continuidad es la instalación de la HCE: Los CAPS con HCE instalada (R4) pasaron de cero a 67, logrando el 100% de la meta propuesta.

⁴ Balanzas para adultos con tallímetro, balanza para hiperobesos 250kg, balanza pediátrica de mesa, estufa de esterilización, fosforos, lavadora de instrumental, nebulizador, negatoscopios, oxímetros de pulso (amurados), silla de ruedas y heladera de vacunación.

Finalmente, el indicador de resultado final para el ODE1 era el porcentaje de beneficiarios con CEB dentro de la PCPE en los 16 municipios que adhieren a la Red AMBA. La CEB se refiere a si el beneficiario se realizó al menos una prestación correspondiente al PNA en los últimos 12 meses. En 2018, cuando se diseñó el proyecto, se consideraba como correspondiente al PNA un listado de 251 prestaciones. Sin embargo, al año siguiente se modificó el listado de prestaciones incluidas en el PNA, pasando a considerarse un total de 175 prestaciones. Por este motivo, en el Plan Inicial se ajustó la definición del indicador, se actualizó la línea de base al valor correspondiente a 2020 (21,3%), momento en el que se realizó el taller de arranque, y se ajustó la meta para el final del proyecto a 25,3%, para reflejar la reasignación de recursos y la consecuente modificación a la baja en las metas originales de algunos productos y resultados intermedios relacionados con la CEB (Tabla 1) luego de la solicitud del gobierno de incorporar, en el marco de la pandemia y con base en la política GN-2869-1 y sus guías operativas GN-2869-3, tres indicadores adicionales vinculados lógicamente con el ODE2, por un monto total de US\$57,8 millones.

El valor alcanzado al cierre del proyecto para el porcentaje de beneficiarios con CEB es 23,3%, lo que implica un logro de 50% del resultado. El hecho de no haber alcanzado la meta se relaciona principalmente con dos factores. En primer lugar, con el ritmo de ejecución del proyecto, que resultó más rápido de lo que estaba originalmente previsto, comenzando en 2020 en lugar de 2019 y cerrando el 10 de febrero de 2022 en lugar del 20 de marzo de 2023. Por tratarse de un resultado final, la CEB requiere plazos más largos que los otros indicadores de resultados intermedios incluidos en el ODE1. En segundo lugar, el indicador fue directamente afectado por la pandemia de COVID-19, a partir de la cual se produjo una fuerte reducción en el número de consultas al PNA, no habiéndose restablecido al cierre del proyecto las condiciones previas a la pandemia.

ODE2. Incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia en toda la PBA. Para incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia es clave que existan servicios prehospitales y guardias hospitalarias de calidad, y que el tiempo de espera entre el triage y la atención médica sea el menor posible. La cantidad de municipios de PBA con SAME operando que cumplen los estándares de calidad (R6) pasó de 76 en la línea de base a 105, tal como indicaba la meta. El estándar de calidad implicaba que los municipios debían tener una capacitación integral inicial realizada; haber recibido las ambulancias correspondientes y estar reportando datos de producción a través de la plataforma on-line del SAME. Por su parte, el número de guardias hospitalarias de la PBA que cumple con los estándares del Plan Integral de Guardias Hospitalarias (R7) pasó de 35 en la línea de base a 46, alcanzando el 100% del logro previsto. El estándar incluía: (i) implementación de un sistema informático de registro de guardias; (ii) reforma edilicia o puesta en valor de la guardia; (iii) cumplimiento de requerimientos mínimos en términos de personal⁵; (iv) equipamiento médico⁶ y no médico⁷; (v) implementación del sistema triage. El tiempo de espera promedio entre el triage y la consulta médica (R8) pasó de 359 minutos en la línea de base a 56.8 minutos, sobre cumpliendo la meta de 100.

⁵ 5 administrativos, 2 clínicos, 2 pediatras, 2 cirujanos, 2 traumatólogos, 2 obstétricas, 2 obstetras, 2 laboratorio, 2 técnicos rayos, 2 ambulanciero.

⁶ Tabla larga, camilla, monitor, bolso de trauma, carro de paro, desfibrilador, ecógrafo, bombas, de infusión, camilla de traslado, respirador portátil, equipo de rayos portátil, scialítica móvil, tensiómetro, saturómetro, otoscopio, tensiómetro, aspiración, aire comprimido, tubo de oxígeno de 2mts.

⁷ Tándem para sala de espera, escritorio, PC (1 por consultorio), TV para la admisión, sillas, señalética, cámaras de Seguridad.

Finalmente, en el plan inicial se agregaron bajo este objetivo específico tres indicadores para dar cuenta de la necesidad de incrementar la capacidad de los servicios de salud en respuesta a la emergencia sanitaria que representó la pandemia. En virtud de esto, se modificó la Matriz de Resultados del proyecto y la Matriz de Indicadores Vinculados a Desembolsos (IVD). Los indicadores agregados fueron: R9 Plan Provincial Estratégico para COVID-19 diseñado; R10 Red de diagnóstico Provincial para COVID-19 operativa con cobertura provincial; y R11 camas de terapia intensiva adicionales disponibles para su utilización durante la emergencia de COVID-19. Al cierre del proyecto, las metas de estos indicadores fueron completamente alcanzadas.

ODE3. Mejorar la oportunidad de la dispensa de medicamentos oncológicos y paliativos en toda la PBA. El porcentaje de medicamentos solicitados al banco de drogas oncológicas disponibles dentro de 30 días para la dispensa aumentó de 75 en la línea de base a 80, tal como se esperaba en la meta. Por su parte, el número de pacientes que reciben dos o más dispensas por dolor en los 12 meses previos pasó de 2.000 en la línea de base a 3.400, sobre cumpliendo la meta de 3.000 establecida por el proyecto.

Tabla 2. Matriz de Resultados Alcanzados

Objetivo de desarrollo Específico/Indicador	Unidad de medida	Línea de base	Año base	Metas y logro		% logro	Medio de verificación
Objetivo específico #1 - Mejorar la accesibilidad y resolutiveidad del PNA en un conjunto de municipios del AMBA							
R.1. Beneficiarios con cobertura efectiva básica (CEB) dentro de la población con cobertura pública exclusiva en los 16 Municipios que adherirán a la Red AMBA	%	21.3	2020	P P(a) A	25.3 25.3 23.3	50%	Informe del programa SUMAR
R.2 CAPS que cumplen con estándares de servicio de la Red AMBA.	Número de CAPS	0	2018	P P(a) A	66 66 66	100%	Informe de auditoría técnica
R.3. Municipios con su plan para el cumplimiento de los estándares de recursos humanos en salud de la Red AMBA para mejorar la capacidad prestacional de sus CAPS implementado.	Número de municipios	0	2018	P P(a) A	16 16 16	100%	Declaraciones juradas con la contratación de personal nuevo o ampliación horaria del existente
R.4 CAPS con historia clínica instalada	Número de CAPS	0	2018	P P(a) A	67 67 67	100%	Informe de auditoría técnica
Objetivo específico #2 - Incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia en toda la PBA							
R.5. Municipios con SAME operando que cumplen los estándares de calidad	Número de municipios	76	2018	P P(a) A	105 105 105	100%	Reportes de producción de SAME municipal
R.6. Diseño de un modelo de supervisión de SAME en los municipios	Protocolo	0	2018	P P(a) A	1 1 1	100%	Protocolo
R.7. Guardias que cumplen con estándares del Plan Integral de Guardias Hospitalarias (PIGH), incluyendo el sistema triage	Número de guardias	35	2018	P P(A) A	46 46 46	100%	Informe de auditoría técnica
R.8. Tiempo de espera promedio entre triage y consulta médica	Minutos	359.3	2018	P P(A) A	100 100 56.8	117%	Informe de la Dirección Provincial de Hospitales
R.9. Plan Provincial Estratégico para la Pandemia de COVID-19 diseñado	Plan	0	2019	P P(A) A	1 1 1	100%	A. Documento de Plan elaborado. B. Acto administrativo que muestra el presupuesto asignado para contratar RRHH adicionales.
R.10. Red de Diagnóstico Provincial para COVID-19 operativa con cobertura provincial	Número de laboratorios	0	2019	P P(A)	15 15	100%	A. Documento con Determinación de

				A	15		descentralización de laboratorio (incluye cantidad de laboratorios y zonas afectadas). B. Nota de Ministerio de Salud de PBA lista de laboratorios y responsables que tienen la potestad para realizar diagnósticos de COVID-19
R.11. Camas de terapia intensiva adicionales disponibles para su utilización durante la emergencia de COVID-19	Número de camas	0	2019	P P(A) A	2.000 2.000 2.000	100%	Documento con identificación del total de camas por hospital a convertir en camas de terapia intensiva.
Objetivo específico #3 - Mejorar la oportunidad de la dispensa de medicamentos oncológicos y paliativos en toda la PBA							
R.12. Medicamentos solicitados al banco de drogas oncológicas disponibles dentro de 30 días para la dispensa	Porcentaje de medicamentos	75	2018	P P(A) A	80 80 80	100%	Sistema de gestión de medicamentos
R.13. Pacientes que han recibido dos o más dispensas por dolor en los últimos 12 meses	Número de personas	2.000	2019	P P(A) A	3.000 3.000 3.400	140%	Sistema QLIK – Reporte de medicamentos paliativos

Productos	Unidad de medida	Línea de base	Año base	Metas y logro		% logro	Medio de verificación
Componente #1							
CAPS reformados o puestos en valor	Número de CAPS	0	2018	P P(a) A	66 66 66	100%	Informe de auditoría técnica
CAPS que incorporan el equipamiento médico requerido por el estándar de Red AMBA	Número de CAPS	0	2018	P P(a) A	66 66 66	100%	Informe de auditoría técnica
CAPS con ciclo de mejora implementado	Número de CAPS	0	2018	P P(a) A	66 66 66	100%	Informe de auditoría técnica
CAPS con equipamiento informático instalado	Número de CAPS	0	2018	P P(a) A	67 67 67	100%	Informe de auditoría técnica
Licencias de software adquiridas		0	2018	P	17	100%	Informe de auditoría técnica

	Número de licencias			P(a) A	17 17		
CAPS con personal capacitado en HCE	Número de CAPS	0	2018	P P(a) A	67 67 67	100%	Informe de auditoría técnica
Plan de implementación transversalización de programas implementado	Informe	0	2018	P P(a) A	1 1 1	100%	Informe de evaluación
Componente #2							
Ambulancias SAME nuevas entregadas	Número de ambulancias	0	2018	P P(a) A	88 88 88	100%	Actas de entrega
Municipios que instalan la línea 107 por año	Número de municipios	0	2018	P P(a) A	29 29 29	100%	Reportes de producción del SAME municipal
Municipios con capacitaciones SAME realizadas	Número de municipios	0	2018	P P(a) A	29 29 29	100%	Actas de capacitación
Modelo de supervisión de SAME en los municipios diseñado	Protocolo	0	2018	P P(a) A	1 1 1	100%	Protocolo de supervisión capacitante y equipo conformado
Guardias con reformas edilicias finalizadas	Número de guardias	0	2018	P P(a) A	11 11 11	100%	Informe de auditoría técnica
Guardias con equipamiento médico y no médico incorporado	Número de guardias	0	2018	P P(a) A	11 11 11	100%	Informe de auditoría técnica
Guardias con sistema de triage implementado	Número de guardias	0	2018	P P(a) A	11 11 11	100%	Informe de auditoría técnica
Capacitaciones integrales al personal de las guardias por años	Número de capacitaciones	0	2018	P P(a) A	11 11 11	100%	Nota de directores de hospitales
Plan Provincial Estratégico para la pandemia por COVID diseñado	Plan	0	2018	P P(a) A	1 1 1	100%	Informe de auditoría técnica
Red de diagnóstico provincial para COVID-19 operativa con cobertura provincial	Número de laboratorios	0	2018	P P(a) A	15 15 15	100%	Informe de auditoría técnica
Camas de terapia intensiva adicionales disponibles para su utilización durante la emergencia por COVID	Número de camas	0	2018	P P(a) A	2.000 2.000 2.000	100%	Informe de auditoría técnica

Componente #3							
Medicamentos oncológicos para pacientes con cáncer dispensados	Número de medicamentos	0	2018	P P(a) A	890.781 890.781	100%	Sistema QLIK – Reporte medicamentos oncológicos
Pacientes que reciben medicamentos oncológicos	Número de personas	0	2018	P P(a) A	29.413 29.413	100%	Sistema QLIK – Reporte medicamentos oncológicos
Medicamentos para el dolor dispensados	Número de medicamentos	0	2018	P P(a) A	27.500 27.500	100%	Sistema QLIK – Reporte medicamentos paliativos
Pacientes con cáncer que reciben medicamentos para el tratamiento del dolor	Número de personas	0	2018	P P(a) A	1.000 1.000	100%	Sistema QLIK – Reporte medicamentos paliativos
Efectores que pertenecen a la red de distribución de medicamentos oncológicos	Número de efectores	0	2018	P P(a) A	53 53	100%	Sistema de gestión de medicamentos
Talleres de sensibilización a médicos realizados por año	Número de talleres	0	2018	P P(a) A	4 4	100%	Nota de la directora del IPC detallando capacitación realizada y cantidad de asistentes

P = Plan inicial; P (a) = Meta revisada; A = Actual.

c. Análisis contrafactual

En esta sección se discute por qué los resultados alcanzados son atribuibles al proyecto.

En el Plan de Monitoreo y Evaluación de la operación se preveía la realización de tres evaluaciones diseñadas para analizar la atribución de algunos de los resultados al proyecto. Utilizando información administrativa del programa SUMAR, la primera evaluación se propone analizar a través de un cálculo de exposición al tratamiento si, como resultado del programa, el porcentaje de prestaciones del PNA incluidas en el indicador de CEB en hospitales se reduce en relación con las realizadas en los CAPS. La segunda evaluación se propone utilizar una estrategia de diferencias en diferencias para comparar la vinculación entre la información de muertes por accidentes de tránsito en municipios con implementación del SAME completa y en municipios que todavía no han comenzado a implementar su sistema de emergencias. Finalmente, el último estudio proponía una evaluación experimental para analizar si la derivación de pacientes con código verde en las guardias hospitalarias que han implementado el sistema de triage a los CAPS permitiría: i) reducir el número de prestaciones que no deberían realizarse en las guardias hospitalarias; ii) reducir el tiempo de espera promedio de los pacientes en las guardias y iii) aumentar la satisfacción del paciente con relación a la atención recibida. La metodología de asignación aleatoria al tratamiento implicaba, durante seis meses, definir semanas en las que las guardias de los hospitales operarían bajo el nuevo sistema de triage y derivación de pacientes a los CAPS más cercanos (grupo de tratamiento) y semanas en las que las guardias hospitalarias no referirían a los pacientes a los CAPS, sino que tratarán a los pacientes como lo venían haciendo antes del programa (grupo de control). Las fuentes de información combinaban registros hospitalarios y la realización de entrevistas presenciales a pacientes seleccionados aleatoriamente en cada semana en cada hospital. La implementación de esta evaluación requería el levantamiento de una línea de base, el entrenamiento del personal hospitalario en los protocolos del experimento y la posibilidad de asignar turnos para que los pacientes que no requieren atención inmediata, pero acudían a las guardias, fuesen invitados a atenderse en el CAPS con un turno prefijado.

Las dos primeras evaluaciones, basadas en metodologías cuasi-experimentales y datos administrativos, se están llevando a cabo con recursos de la CT AR-T1238 y se espera que estén finalizadas para diciembre de 2022. La evaluación basada en datos experimentales no se llevó a cabo por la irrupción de COVID y porque el diseño no resultó validado por la contraparte luego del cambio de autoridades. Por este motivo, el análisis de atribución de los resultados al proyecto se realiza con base en su lógica vertical. Este análisis implica: (i) analizar la lógica de la relación causal entre los ODE con sus correspondientes indicadores de productos, en lo posible, respaldado por evidencia de evaluaciones existentes en contextos relevantes o recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud; y (ii) analizar la posible existencia de otros factores que pudieron haber contribuido a alcanzar los resultados observados.

ODE1. Mejorar la accesibilidad y resolutiveidad del PNA en un conjunto de municipios del AMBA. Como se discutió en la sección de Relevancia, con base en evidencia de estudios realizados en un amplio número de países, las recomendaciones de la OMS/OPS señalan que para mejorar la accesibilidad y resolutiveidad del PBA es necesario que los CAPS cumplan con un conjunto de estándares de servicio (R2), contraten el personal que le permita tener la capacidad prestacional adecuada (R3) e implementen la HCE (R4). En el marco del PBR, la verificación del cumplimiento de estos tres resultados fue realizada por una firma externa. Asimismo, una auditoría externa verificó de forma concurrente la razonabilidad entre los costos asociados al cumplimiento de los indicadores de producto correspondientes a estos indicadores

de resultado intermedios y los montos desembolsados. Asimismo, la evidencia para contextos relevantes sugiere que los factores anteriores están asociados con un incremento de la CEB (R1). La información administrativa disponible provee evidencia empírica que resulta consistente con un impacto positivo del programa en la CEB. La Figura 2.A presenta la evolución del promedio de PCPE que se realizaron prestaciones correspondientes al PNA en municipios con y sin intervención de PROFIR, normalizando ambas series al valor de mayo de 2021. La Figura 2.B reproduce ese gráfico, pero restringiendo los municipios sin intervención a aquellos pertenecientes al AMBA. Si bien al momento de preparación de este informe no se cuenta con información para periodos previos a la intervención (la Figura A.1 en el Anexo presenta el cronograma de la finalización de las obras de refacción de los CAPS) que permita comparar las tendencias, los datos desde mayo de 2021 sugiere que la brecha de cobertura efectiva se incrementó en favor de los municipios intervenidos.

Figura 2.A. Evolución de la cantidad promedio de prestaciones de la CEB realizadas en CAPS. Municipios intervenidos y no intervenidos de la PBA.

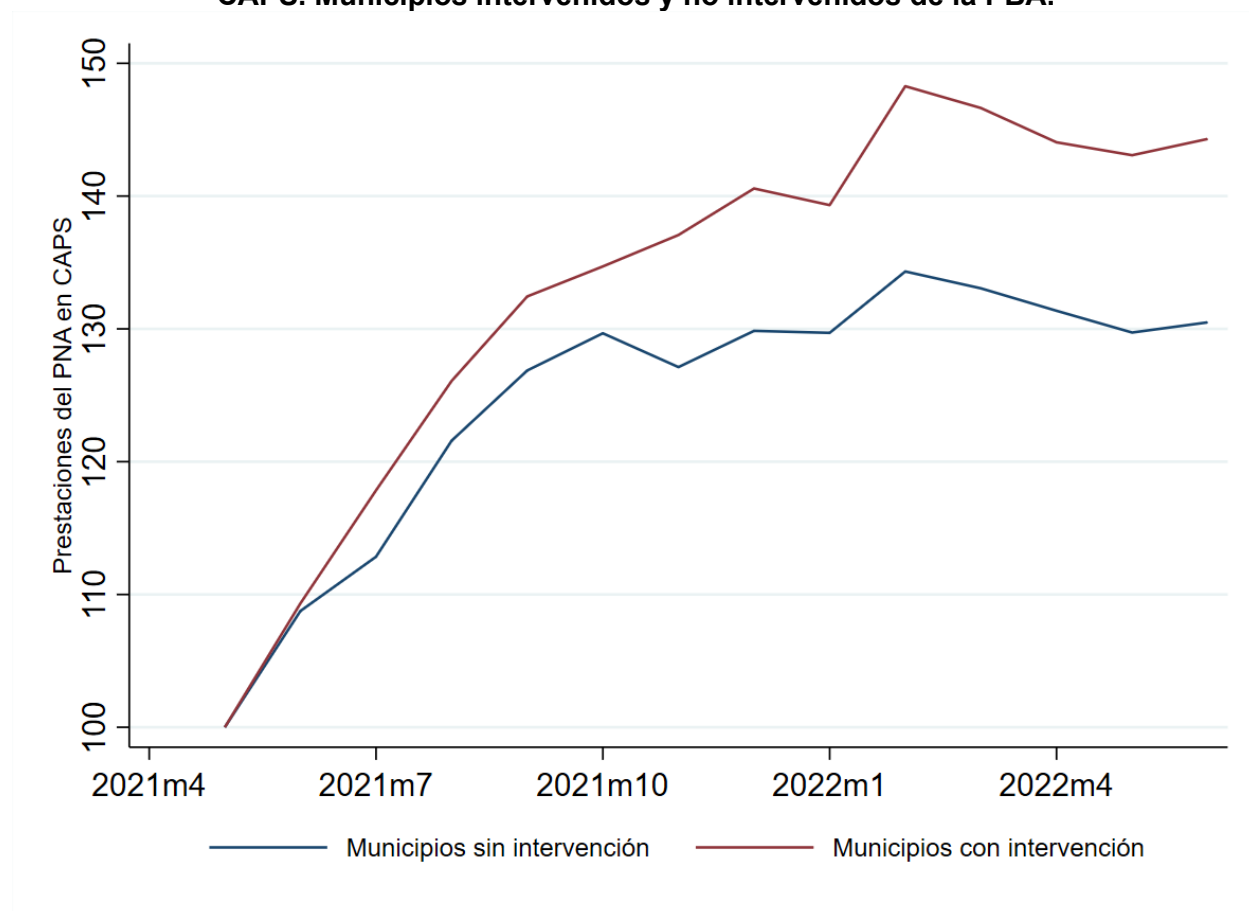
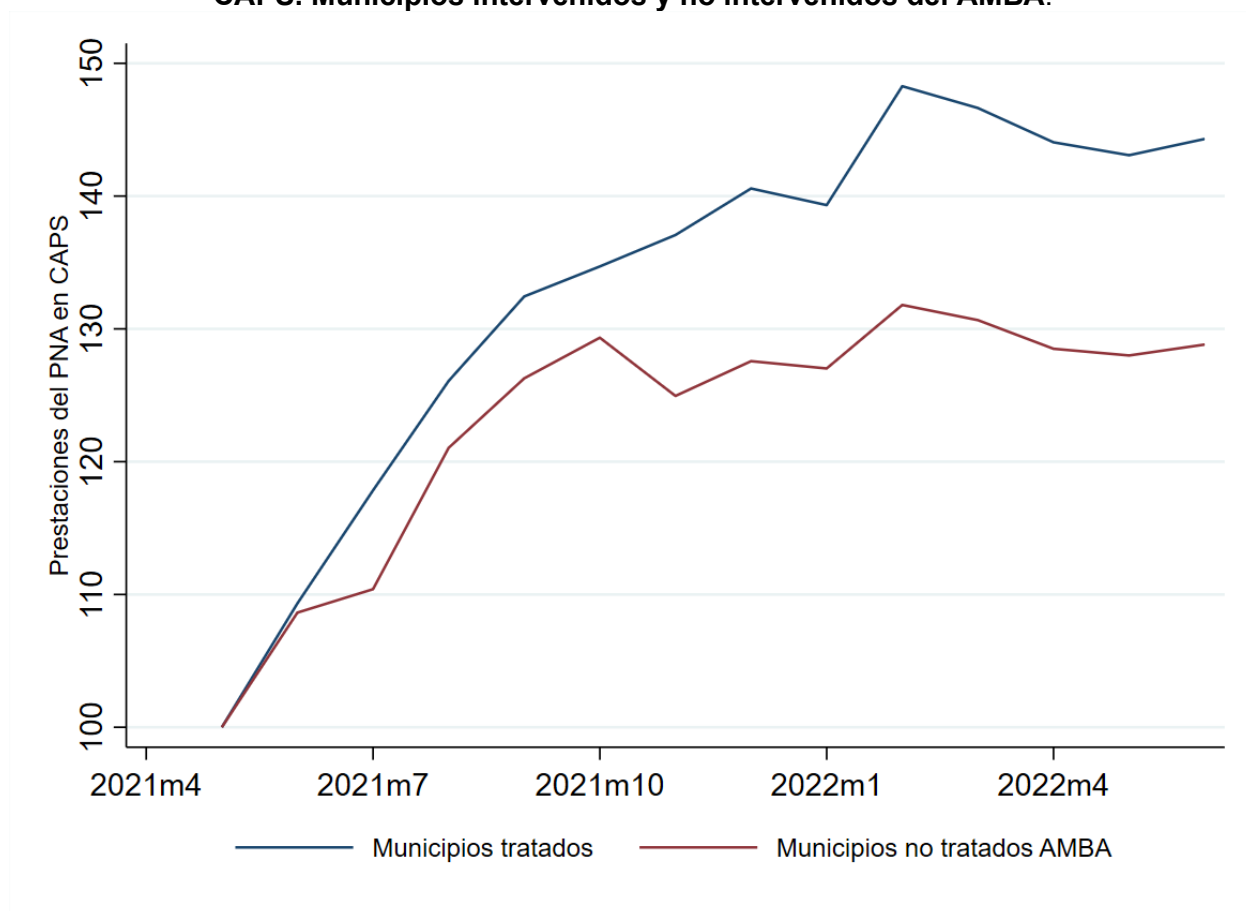


Figura 2.B Evolución de la cantidad promedio de prestaciones de la CEB realizadas en CAPS. Municipios intervenidos y no intervenidos del AMBA.



ODE2. Incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia en toda la PBA. Como se mencionó en la sección de Relevancia en este documento, la literatura muestra que para incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia es necesario que los servicios hospitalarios y prehospitalarios se brinden cumpliendo con estándares de calidad. En el marco del PBR, la verificación del cumplimiento de estos dos resultados fue realizada por una firma externa. A su vez, para alcanzar esos estándares es necesario brindar el equipamiento y los insumos adecuados, capacitar al personal, y la adopción del sistema de triage. Por otra parte, existe evidencia empírica robusta y externamente válida respecto de que la implementación del sistema triage reduce los tiempos de espera en guardias. Por ejemplo, una evaluación en el Instituto Materno Infantil de Recife, Brasil, del sistema de triage que desarrolló la OMS para la referencia de niños que acuden al departamento de emergencias mostró una reducción en el tiempo requerido para referenciar a los niños que necesitaban atención de urgencias [\[11\]](#). En consulta con el OE y los OS, el equipo de proyecto verificó que en el momento de la implementación no hubo otras intervenciones de donantes, cambios de política no relacionados con la operación, factores de mercado o eventos naturales, que pudieran explicar las mejoras observadas en los estándares de calidad del SAME, el cumplimiento de estándares en las guardias hospitalarias, o el tiempo de espera entre el triage y la consulta en esos hospitales específicos.

ODE3. Mejorar la oportunidad de la dispensa de medicamentos oncológicos y paliativos en toda la PBA. Como se mencionó en la sección de Relevancia, para mejorar la oportunidad

de la dispensa de medicamentos para el cáncer es necesario que los medicamentos oncológicos solicitados estén disponibles en un plazo de tiempo inferior a los 30 días (R12), y que los pacientes que requieren medicamentos paliativos reciban la prescripción (R13). En el marco del PBR, el cumplimiento de estos resultados fue realizado por una auditoría externa que verificó que se hayan alcanzado las metas previstas. Por otro lado, en consulta con el OE, el Equipo de Proyecto verificó que no existió otra fuente de financiamiento que lógicamente pueda ser asociada al cumplimiento de estos resultados. Sin embargo, la temática del cáncer adquirió mayor jerarquía dentro del MS al crearse en mayo de 2020 el Instituto Provincial del Cáncer (IPC).

d. Resultados no anticipados

No se observaron resultados no anticipados.

Calificación de efectividad: la calificación propuesta por la administración se encuentra disponible en el [EE#3](#). Más del 50% de los objetivos específicos del proyecto se alcanzaron o superaron en su totalidad y son al menos parcialmente atribuibles al proyecto.

II.3 Eficiencia

- a) Análisis costo-beneficio de la mejora en la accesibilidad y resolutivez del PNA en un conjunto de municipios del AMBA.

Este apartado presenta el análisis económico para el ODE1, siguiendo la metodología propuesta en el análisis ex ante, pero actualizando los parámetros en función de los costos y resultados efectivamente alcanzados en el proyecto. Como se mencionó en el apartado de Efectividad, el proyecto consiguió un incremento en el porcentaje de beneficiarios con CEB dentro de la población con cobertura pública exclusiva en los 16 Municipios que adherirán a la Red AMBA de 21,3% a 23,3%. Ese incremento implicó que se logró aumentar la cobertura efectiva para 75.578 personas, por lo que se ajustó este parámetro que en el análisis ex ante había supuesto un incremento de la cobertura de entre 158.000 y 189.600, dependiendo del escenario considerado.

Por su parte, los costos totales del ODE1 ascendieron a US\$ 23.239.413 (ver Tabla 4), un valor inferior al que estaba originalmente previsto (US\$ 72.100.000). Para ser consistentes con el análisis ex ante, a los costos directos del proyecto se le adicionan los costos operativos asociados a la contratación adicional de personal para la totalidad del período en que se consideran los beneficios. La próxima sección ofrece una discusión sobre aspectos vinculados a la sostenibilidad de estos costos. La información fue provista por el MS y en el análisis ex post se han ajustado los montos respecto de los asumidos en el análisis ex ante para reflejar el cambio en las metas del indicador de CAPS que cumplen con estándares de la Red AMBA (66 en lugar de los 150).

El análisis utiliza los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVADs) para cuantificar los beneficios que se obtienen de la implementación de líneas de atención de la salud de eficiencia probada, y monetiza dichos beneficios expresados en años de vida productivos multiplicándolos por el producto interno bruto per cápita de la población beneficiada. Se considera un horizonte temporal de 7 años para la estimación de los costos y beneficios (2020-2026).

Para calcular los beneficios en términos de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) se recurrió a las estimaciones disponibles en la literatura. Una de las fuentes utilizadas es el programa CHOICE de la Organización Mundial de la Salud [19]. El detalle sobre los AVAD asociados a las líneas de atención de la CEB se presentan en el [Análisis Económico](#). Para asignar un valor monetario a los AVAD se presume que cada AVAD equivale a un año de productividad plena. Basado en este supuesto el aumento en productividad se puede valorar utilizando el PIB per cápita en dólares corrientes de Argentina que de acuerdo con las estimaciones del *World Economic Outlook* del Fondo Monetario Internacional (FMI) ascenderá a 12.187 dólares en 2022. Los valores del PIB de los años posteriores son tomados de la misma fuente.

Se utiliza una tasa de descuento del 3%, que resulta más adecuada para evaluar proyectos sociales que la tasa de 12% que es comúnmente utilizada para evaluar proyectos de infraestructura de transporte o energía. Existe una amplia literatura teórica y empírica que justifica utilizar valores relativamente bajos de la tasa para el análisis de proyectos sociales ya que estos proyectos tienen importantes externalidades, se realizan en el mediano y largo plazo, y la monetización de los beneficios no es tan directa [20].

Como resultado del análisis ex post, se observa que en el proyecto resultó económicamente rentable. La ratio beneficio-costo resultó 5,1 en el escenario que combina los supuestos más favorables respecto del impacto en AVADs y tasa de descuento, y 2,2 en el escenario más conservador, que aplica una tasa de descuento de 12% y no considera el impacto de las inmunizaciones. Estos resultados están alineados con los simulados en el análisis ex ante, aunque se observa una mayor eficiencia en este componente respecto de lo previsto al momento de aprobación del proyecto. Por ejemplo, para el escenario más favorable, el valor actual de los beneficios en análisis ex post cae de US\$ 734 millones a US\$ 364 millones, mientras que el valor actual de los costos totales cae de US\$ 196 millones a US\$ 71 millones, siendo la ratio de beneficio-costo un 37% más alta en el análisis ex post.

b) Análisis costo-beneficio de la mejora en la oportunidad de la dispensa de medicamentos oncológicos y paliativos en toda la PBA.

Este apartado presenta el análisis económico para el ODE3, siguiendo la metodología planteada en la evaluación económica ex ante y actualizando el valor de los parámetros a los resultados obtenidos en el proyecto. En particular, la estimación del valor económico de este ODE se centra en el medicamento oncológico que tiene mayor peso en el presupuesto destinado a fármacos del MS de PBA: el Trastuzumab, una droga utilizada en el tratamiento del cáncer de mama. De acuerdo con información del MS, en el marco del proyecto un promedio de 714 personas por año con diagnóstico de cáncer de mama recibió el medicamento en sus diferentes presentaciones.

Los beneficios se estiman a partir de los Años de Vida Ajustados por Calidad (QALY) vinculados al tratamiento con esa droga. Los costos y el impacto en términos de QALY se toma de Garrison et al [21], ajustándolos para reflejar la diferencia salarial entre Argentina y Estados Unidos. Esto implica que el costo por QALY asciende a US\$9.250. Para asignar un valor monetario a los QALY se utiliza el PIB per cápita en dólares corrientes de Argentina que de acuerdo con las estimaciones del *World Economic Outlook* del Fondo Monetario Internacional (FMI).

Bajo estos supuestos y con una tasa de descuento de 3%, el proyecto resultó costo-efectivo, generó un VAN de US\$477.875 y una relación beneficio-costo de 1,04. Las conclusiones son

robustas al uso de una tasa de descuento de 12%, y están alineadas a los valores obtenidos en la evaluación económica ex ante.

c) Análisis costo-beneficio de incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia en toda la PBA

El impacto es la reducción en la morbi-mortalidad por accidentes, fue monetizado considerando el valor presente de los ingresos futuros ganados por vidas salvadas. Para ello, se utilizó una tasa de descuento del 3% y una tasa de desempleo de largo plazo del 8%. Se asumió que la intervención tendrá efectos por 5 años.

De acuerdo con datos del MS de PBA, cada ambulancia atiende en promedio a 40.000 personas, lo cual implica, tomando las estimaciones conservadoras de Kobusingye et al [\[22\]](#) sobre las muertes evitables gracias al sistema de emergencias, un total de 28 vidas salvadas por ambulancia, que se dividen de la siguiente forma: 12 muertes por trauma evitadas, 8 por accidentes cardiovasculares y 8 por accidentes de obstetricia.

En el análisis económico ex ante se había supuesto que el proyecto incorporaría un total de 176 ambulancias, pero la meta finalmente alcanzada asciende a 88 ambulancias. Consecuentemente, los costos se redujeron de los US\$27.100.000 que se habían asumido en la evaluación económica ex ante a los US\$10.400.339 efectivamente invertidos. Al tener una vida útil de 3 años, la PBA tendrá operativas 88 ambulancias en 2021, 2022 y 2023. Esto permitirá salvar 2.464 vidas en cada uno de esos años, que se computan como beneficios del proyecto asumiendo el supuesto conservador de que perciben el salario mínimo, vital y móvil, equivalente a US\$ 4.167 durante 30 años de vida laboral. El análisis económico ex post diferencia las vidas salvadas por las diferentes causas según la edad promedio del grupo, y estima los años de ingreso y egreso del mercado laboral según esas edades.

Del análisis se desprende que los beneficios totales en valor presente ascienden a US\$285.759.144, que resultan inferiores a los US\$635 millones estimados en la evaluación económica ex ante. Estos valores luego se ajustan para dar cuenta de que el servicio de emergencia solo atiende a un porcentaje de las emergencias (el escenario base supone que el 30%, mientras que escenarios alternativos proveen un análisis de sensibilidad sobre este supuesto). Los beneficios totales ajustados en la evaluación ex ante ascendían a US\$111 millones mientras que utilizando los parámetros de la evaluación ex post, los beneficios ajustados se estiman en US\$ 34 millones.

Bajo estos supuestos, la ratio beneficio-costo ex post del ODE2 fue 3,5, superior a la que se había estimado ex ante.

Conclusión. Se realizó un análisis costo-beneficio ex post en donde las ratios beneficio-costo para todos los ODE resultaron superiores a 1. La eficiencia total del proyecto se vio favorecida por la reasignación de recursos financieros entre componentes. En el caso del ODE1, ante la reducción de los recursos los beneficios se redujeron menos que proporcionalmente a la caída en los costos, por lo que la ratio beneficio costo se vio incrementada respecto del análisis ex ante. La ecuación económica del ODE3 prácticamente no se vio afectada. Finalmente, en el ODE2 también se registraron ganancias de eficiencia al reducirse los costos en mayor medida que los beneficios generados. El cuadro a continuación presenta el VPN para dos tasas de descuento alternativas y la TIR para cada ODE.

Tabla 3: Resultados de la evaluación económica ex post

	VPN (3%) en millones de dólares	VPN (5%) en millones de dólares	TIR
ODE1	110	98	65%
ODE2	24	16	110%
ODE3	0.47	0.45	50%

Calificación de eficiencia: la calificación propuesta por la administración se encuentra disponible en el [EE#3](#).

Tabla 4 Costos del Proyecto

		2020	2021	2022	Costo total USD
ODE1. Mejorar la accesibilidad y resolutiveidad del PNA en un conjunto de municipios del AMBA.	CAPS que cumplen con estándares de servicio de la Red AMBA	6.059.900	9.427.249	0	15.487.149
	CAPS que instalan HCE por año	0	657.070	0	657.070
	Municipios que implementan su plan para el cumplimiento de los estándares de RRHH en salud de la Red AMBA para mejorar la capacidad prestacional de los CAPS	0	7.177.403	0	7.177.403
	Total ODE1	6.059.900	17.261.722	0	23.321.622
ODE2. Incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia en toda la PBA	Municipios con SAME operando que cumplen los estándares de calidad	0	10.327.742	0	10.327.742
	Diseño de un modelo de supervisión de SAME en los municipios	0	127.403	0	127.403
	Guardias que cumplen con estándares del Plan Integral de Guardias, incluyendo el sistema triage	16.900.000	0	0	16.900.000
	Plan Provincial Estratégico para la pandemia de COVID-19 diseñado/puesto en operación	9.736.000	0	0	9.736.000
	Red de diagnóstico provincial para COVID-19 operativa	2.700.000	0	0	2.700.000
	Camas de terapia intensiva adicionales disponibles para su utilización durante la emergencia COVID-19	45.450.511	0	0	45.450.511
	Total ODE2	74.786.511	10.455.145	0	85.241.656
ODE3. Mejorar la oportunidad de la dispensa de medicamentos oncológicos y paliativos en toda la PBA	Medicamentos solicitados al banco de drogas oncológicas que están disponibles dentro de los 30 días para la dispensa		41.373.119	0	41.373.119
	Pacientes que reciben dos o más dispensas por dolor en los últimos 12 meses	0	63.604	0	63.604
	Total ODE3		41.436.723	0	41.436.723
Total		80.846.411	69.153.589	0	150.000.000

Nota: Los costos de administración del proyecto se prorrataron en los ODE.

II.4 Sostenibilidad

a. Aspectos Generales de Sostenibilidad

Se identificaron riesgos con probabilidad baja pero alto impacto para la continuidad de los resultados. Si bien se han identificado potenciales medidas de mitigación y existe interés por parte de la PBA para implementarlas, su ejecución puede resultar técnica y políticamente compleja. Por otro lado, el desempeño del OE y de los OS en materia de salvaguardas ambientales fue satisfactorio.

Las intervenciones del proyecto mejoraron la accesibilidad y resolutiveidad del PNA en el AMBA, incrementaron la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia, y mejoraron la oportunidad de dispensa de los medicamentos oncológicos y paliativos. Al momento del cierre de la operación, los resultados vinculados a los ODE han sido alcanzados y no existen riesgos residuales para su cumplimiento.

Respecto de la capacidad del proyecto de sostener estos resultados en el tiempo, se identifica un riesgo de carácter financiero de nivel bajo para la continuidad de los resultados vinculados a los ODE1 y ODE2. Para la Implementación de las actividades de mejora en la accesibilidad y resolutiveidad del PNA comprendidas en el ODE1, el MS de la PBA suscribió convenios de colaboración y adhesión con cada uno de los municipios participantes. Los convenios incluían un esquema de cofinanciamiento decreciente para la implementación y ejecución del proyecto de la Red AMBA: (i) los primeros 24 meses se transferían 100% de los recursos requeridos para financiar los gastos corrientes generados por el fortalecimiento del PNA; (ii) del mes 25 al 26, 75%; (iii) del mes 27 al 48, 50%; y (iv) del mes 49 al 60, 25%. A partir del mes 25, el municipio debería absorber las proporciones del gasto que el MS dejaría de cubrir. Un esquema similar se implementó para los convenios de SAME comprendidos en el ODE2: estos contemplaban tanto la entrega de recursos físicos (ambulancias equipadas, indumentaria, equipos de comunicación) a cada uno de los municipios en función de la cantidad de habitantes como transferencias para financiar el funcionamiento del sistema (personal médico, paramédico y administrativo, insumos, combustible), por los tres años sucesivos a la firma, en aporte provincial decreciente (100% de los costos de mantenimiento el primer año, 50% en el segundo y 25% en el tercero).

De esta forma, la sostenibilidad de los resultados depende en parte de la capacidad de los municipios para asumir el financiamiento de SAME y Red AMBA. Tanto los recursos disponibles como los costos de estos servicios varían fuertemente entre municipios. Por ejemplo, los costos de proveer servicios de emergencias en los municipios rurales, donde la población está más dispersa, son superiores, en total y por habitante, a los costos que afrontan los conglomerados urbanos del interior de la PBA.⁸ Con apoyo técnico del Banco, a través de la CT AR-T1238, la PBA llevó adelante una serie de trabajos analíticos con el fin de identificar y poner en marcha posibles acciones de mitigación para los municipios en donde los recursos no resultasen suficientes para afrontar el financiamiento paulatino del SAME y la Red AMBA y de esa forma sostener los resultados del proyecto. Se identificaron dos recomendaciones que están siendo consideradas por la PBA: (i) modificar el régimen de coparticipación secundaria (de la provincia a los municipios), incorporando variables vinculadas al PNA,⁹ y (ii) mejorar la obtención y

⁸ El costo estimado anual del SAME por habitante a valores de agosto de 2021 es de \$926 en municipios rurales, \$387 en conglomerados urbanos medianos y \$243 en grandes conglomerados del interior de la PBA.

⁹ De acuerdo con la Ley Provincial 10.820, los criterios de asignación secundaria de recursos coparticipables son los siguientes: (i) 35% en proporción directa al número de camas, perfil de complejidad y porcentaje ocupacional

administración de recursos a través del sistema de recupero SAMO (Sistema de Administración Organizado), mediante el cual los efectores del sector público pueden facturar a las obras sociales en concepto de retribución por la atención a sus afiliados¹⁰, o mediante convenios directos con la seguridad social en aquellos lugares en que el único prestador es el sector público. Ambas estrategias requieren fortalecer la implementación de la HCE en todos los establecimientos de la provincia, siendo esta una de las inversiones del proyecto, así como el desarrollo de un sistema de información de servicios de emergencia integrado y automatizado a nivel provincial, que pueda centralizar la gestión del recupero de costos, en el que la provincia está invirtiendo en el marco del PROFIR 2.

Por último, es altamente probable que el proyecto logre sostener los resultados vinculados a la oportunidad de dispensa de medicamentos oncológicos en el ODE3, dado que la red de distribución y los profesionales capacitados permanecerán luego de que el proyecto haya finalizado. Además, la sostenibilidad se ve favorecida por la creación, en mayo de 2020, del Instituto Provincial del Cáncer (IPC) en el ámbito del MS de la PBA, que jerarquizó la problemática y unificó y reorganizó áreas que funcionaban fragmentadas bajo la órbita de la cartera sanitaria. El IPC posee un enfoque integral, que contempla la prevención y detección temprana y el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno, y tiene un despliegue territorial a través de 76 delegaciones. En cuanto a medicamentos paliativos, se identifica un riesgo de carácter económico con probabilidad baja relacionado con la continuidad de la producción pública de medicamentos para el dolor. Una acción de mitigación en caso de que se materialice este riesgo sería el cambio de proveedor.

Tabla 5. Análisis de sustentabilidad

Resultado	Riesgo	Clasificación del riesgo	Impacto	Aspectos que contribuyen a la sustentabilidad
OE1. Mejorar la accesibilidad y resolutiveidad del PNA en un conjunto de municipios del AMBA	Que cambien las prioridades y/o que se deteriore la situación fiscal a nivel municipal, lo cual podría implicar un recorte del presupuesto disponible para financiar la participación de los municipios en el convenio con Red AMBA	Bajo	Los CAPS dejan de cumplir con los estándares de servicio.	El gobierno de la PBA está estudiando modificar los mecanismos de coparticipación secundaria, para promover la equidad e incentivar la inversión en el PNA. También está trabajando para fortalecer el sistema de recupero con el que

de camas de los establecimientos con internación en cada municipio; (ii) 25% en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos (con o sin internación) de cada municipio; (iii) 10% en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación en cada municipio; (iv) 20% en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada municipio; (v) 10% en forma proporcional al número de establecimientos sin internación de cada municipio. Estos criterios contienen un sesgo en favor de los municipios que cuentan con establecimientos con internación (hospitales), desincentivando el PNA. Los indicadores que rigen la coparticipación secundaria pueden modificarse a través de Resoluciones conjuntas, sin necesidad de modificar la Ley.

¹⁰ Por diferentes motivos vinculados a la falta de capacitación, falta de sistemas de validación, valores SAMO muy bajos que no generan los incentivos, entre otros, los efectores públicos no llevan a cabo el registro de todas las prestaciones que realizan a personas con cobertura de obra social. De acuerdo con las entrevistas realizadas, los ingresos por recupero de costos de la actividad de Emergencias son nulos o muy bajos (estimados en un 5% de las prestaciones cuando, de acuerdo con cálculos en base a tasas de uso, debería representar el 70%).

				cuentan todos los efectores del sector público, y de esta forma incrementar el financiamiento de los CAPS.
OE2. Incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia en toda la PBA	Que cambien las prioridades y/o la que se deteriore la situación fiscal a nivel municipal, lo cual podría implicar un recorte del presupuesto disponible para financiar la participación de los municipios en los convenios con SAME	Bajo	Los municipios con SAME operando dejan de cumplir los estándares de calidad	El gobierno de la PBA está estudiando modificar los mecanismos de coparticipación secundaria, para promover la equidad e incentivar la inversión en el PNA. También está trabajando para fortalecer el sistema de recupero con el que cuentan todos los efectores del sector público, y de esta forma incrementar el financiamiento de los CAPS.
OE3. Mejorar la oportunidad de la dispensa de medicamentos oncológicos y paliativos en toda la PBA	Que se reduzca la producción pública de medicamentos para el dolor	No significativo	No podría sostenerse la provisión	El gobierno de la provincia recurriría a un cambio de proveedor.

b. Salvaguardas ambientales y sociales

En cumplimiento de la OP-703 (Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias del BID), la operación fue categorizada B.13 y para su ejecución se aplicaron los sistemas de gestión socioambiental nacional de Argentina, de acuerdo con la Directiva B.16, desarrollándose un análisis de equivalencias y aceptabilidad de los sistemas nacionales con respecto a las salvaguardas ambientales y sociales del BID.

En el análisis se concluyó que era aceptable utilizar los sistemas nacionales, identificando equivalencias de cumplimiento parcial para las que se diseñó un Plan de Acción Ambiental y Social. Adicionalmente, como parte del diseño del PROFIR 2, se llevó a cabo un análisis de la capacidad y desempeño socioambiental de esta primera operación con el fin de evaluar la implementación de las políticas de salvaguardas del BID. El desempeño socioambiental del organismo ejecutor se consideró adecuado para el alcance del PROFIR I, pero se considera necesario reforzar la capacidad de la PBA en monitoreo socioambiental para adaptarse a futuras operaciones de la CCLIP que cuenten con un mayor alcance en las intervenciones a financiar y en las que se requiera mayor capacidad técnica para resolver problemas de cumplimiento o desempeño socioambiental.

Calificación de sostenibilidad: la calificación de la Administración se encuentra disponible en el [EE#3](#). Se realizó un análisis de la sustentabilidad y se identifican riesgos menores no mitigados para la continuidad de los resultados.

III. CRITERIOS NO CENTRALES

III.1 Desempeño del Banco

El Banco tuvo un buen desempeño durante la preparación y supervisión del proyecto. En la etapa de preparación, el OE destaca haberse beneficiado del amplio trabajo sectorial y de programación operativa liderado por el Banco, particularmente en lo relacionado al desarrollo de la Teoría de Cambio del proyecto y la planificación de la ejecución por resultados. El involucramiento proactivo del Banco en la ejecución permitió que los hitos del ciclo de vida de la operación se cumplan en tiempos muy cortos: por ejemplo, entre la firma del contrato de préstamo y la elegibilidad total pasaron menos de 15 días, cuando el promedio para las operaciones de PBA es 4 meses, mientras que el primer desembolso se produjo dos días después de que el préstamo adquiriera elegibilidad (el promedio para PBA en esta métrica es superior a los tres meses). Durante la etapa de ejecución, el Banco brindó asistencia técnica continúa relacionada con el logro de las metas de los IVD. En particular, el acompañamiento del Banco a la gestión financiera del proyecto resultó clave, debido a que la modalidad de desembolsos por resultados resultaba novedosa para el OE y los OS. La aprobación de la Cooperación Técnica “Apoyo al Programa de Fortalecimiento e Integración de Redes de Salud de la Provincia de Buenos Aires” (AR-T1238; ATN/ OC-17632-AR), ha contribuido a fortalecer los sistemas de gestión provincial, particularmente en lo relacionado a la gestión de riesgos socioambientales en la ejecución de obras, así como a desarrollar productos analíticos relacionados con la efectividad (evaluaciones) y la sostenibilidad de los resultados del programa.

III.2 Desempeño del prestatario

El desempeño del EO y los OS para implementar el programa hacia el cumplimiento de los objetivos específicos resultó satisfactorio, destacándose la articulación, coordinación y colaboración permanente entre las tres dependencias involucradas en la ejecución. Adicionalmente, la implementación del programa contó con el compromiso de funcionarios de máxima jerarquía de la PBA, lo que facilitó el cumplimiento de los resultados y la ejecución rápida del programa. Esto último fue producto de la fuerte priorización del sector salud por parte de la sociedad y de todos los niveles de gobierno durante la pandemia por COVID, lo que impulsó acciones tanto para responder de manera directa e inmediata a la pandemia como otras inversiones más estructurales que requería el sector. Este impulso contribuyó a que el programa fuera altamente priorizado por las autoridades y se ejecutara muy rápidamente, finalizando en un plazo menor al originalmente previsto.

IV. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

A continuación, se enumeran una serie de lecciones aprendidas y recomendaciones identificadas en los procesos de consulta para la elaboración de este informe, las cuales se han beneficiado de la reflexión de las contrapartes de la PBA, en el marco del Taller de Cierre del programa.

IV.1 Dimensión técnica-sectorial

Hallazgo #1

La implementación del SAME a través de convenios con municipios en donde la provincia entregaba recursos físicos y realizaba transferencias para financiar, de manera decreciente, los gastos de funcionamiento durante los primeros tres años, dio lugar a una fragmentación del sistema y, en particular, a una falta de información centralizada a nivel provincial que impedía la adecuada coordinación de los servicios y el eficiente recupero de costos por parte del subsistema público. Si bien el proyecto financió entre sus productos críticos de fortalecimiento institucional (asociado a desembolsos) un modelo de supervisión de SAME en los municipios, que contemplaba el reporte periódico de los datos de producción por parte de estos últimos, la ausencia de un sistema integrado implicó desafíos para el acceso efectivo y oportuno por parte de la provincia a esta información. Esta lección aprendida se incorporó al diseño del PROFIR 2, que se enfoca en la consolidación de una Red de Servicios de Emergencia de la PBA que promueva una atención eficiente por medio del manejo integrado de la información generada por dichos servicios.

Hallazgo #2

Un segundo hallazgo a nivel técnico sectorial, relacionado con la temporalidad de los IVD *vis a vis* los resultados no vinculados a desembolsos, surge a partir del indicador asociado al ODE1 cuya brecha no logró cerrarse durante el proyecto. El proyecto planteó tres indicadores para medir la consecución ese objetivo específico: R2 y R3 representan resultados intermedios, que dan cuenta de un incremento en la capacidad prestacional que cumple con atributos de calidad, y estaban vinculados a desembolsos, mientras que R1 es un resultado final, que mide la cobertura efectiva de los servicios del PNA, y no estaba vinculado a desembolsos. La cobertura efectiva de los servicios de salud requiere considerar dimensiones adicionales a la cobertura nominal, la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios: incluye una dimensión de uso, que depende principalmente de la demanda por parte de la población. Por esta razón, es esperable que la consecución de R1 requiera de una temporalidad más extensa que el caso de los resultados intermedios. Cuando se alcanzaron las metas de estos últimos, el proyecto desembolsó la totalidad de los recursos, dando lugar a un cierre 13 meses antes de lo provisto. Si bien la ejecución acelerada no es en sí misma algo negativo, la medición anticipada de R1 y la naturaleza de este indicador de reflejar con mayor rezago el resultado de las inversiones pueden ser, junto a otros factores como el impacto de la pandemia, causas que expliquen por qué la meta propuesta no se alcanzó en su totalidad al momento de preparación de este informe.

IV.2 Dimensión organizativa y de gestión

Hallazgo #3

La conformación de un equipo específico para el seguimiento, monitoreo y preparación de la documentación de respaldo para la verificación externa del cumplimiento de los resultados (armado de carpetas completas para los diversos auditores), así como la generación de capacidades en la preparación de la rendición de los gastos asociados para la obtención de los resultados, la mejora de los sistemas de información y el desarrollo de una cultura de medición sistemática del desempeño del proyecto a través del seguimiento de indicadores fueron clave para ejecutar correctamente el programa estructurado como un PBR.

Hallazgo #4

Si bien de acuerdo con las directrices para procesar préstamos del Banco con garantía soberana basados en resultados (GN-2869-3) el organismo ejecutor debe contar con sistemas sólidos de medición y monitoreo del desempeño del proyecto y no se requiere la presentación de instrumentos de gestión que son requeridos en préstamos de inversión tradicionales (como el Plan Anual de Operación), la práctica durante la ejecución del proyecto, y en acuerdo con el OE y los OS, fue que el Banco apoyara la implementación y el monitoreo de las acciones del proyectos, haciendo uso y compartiendo la información de seguimiento del POA sistemáticamente a lo largo del ciclo de vida de la operación, lo que resultó en un desempeño ágil y efectivo del proyecto.

IV.3 Dimensión relacionada con la gestión del riesgo

Hallazgo #5

Los riesgos que se habían identificado en el Anexo II de la Propuesta de Préstamo no se materializaron. Sin embargo, durante la ejecución del proyecto tuvo lugar un evento inesperado y con alto impacto sobre la sociedad en general y el sector salud en particular, como fue la pandemia por COVID. La existencia de un objetivo específico destinado a mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia permitió incluir productos alineados con ese objetivo y que resultaron críticos para la gestión de la pandemia. La inclusión de la mejora de la respuesta de los servicios entre los objetivos específicos de una operación puede contribuir a amortiguar el impacto de un evento de salud pública de magnitud severa, por lo que se recomienda considerar su inclusión en función del riesgo presente en el contexto específico y la lógica vertical de la intervención.

Tabla 6
Hallazgos y Recomendaciones

Hallazgos	Recomendaciones
Dimensión 1: técnica-sectorial	
Hallazgo # 1 La falta de reporte sistemático y regular de los datos de producción por parte de los municipios dificulta la coordinación provincial de los servicios de emergencias.	Recomendación #1 desarrollar un sistema de información integrado para consolidar una Red de Servicios de emergencia a nivel provincial que permita una mejor coordinación y planificación de los servicios, mayor equidad regional en el acceso y una mayor sustentabilidad financiera (mediante el recupero centralizado de costos).
Hallazgo # 2 En los PBR, el logro de los indicadores vinculados a desembolsos puede implicar que la operación cierre antes del plazo de ejecución previsto.	Recomendación #2 Considerar la temporalidad de los resultados no atados a desembolsos al momento de diseñar las metas y los plazos de ejecución.
Dimensión 2: organizativa y de gestión	
Hallazgo # 3 La conformación de un equipo específico para el seguimiento, monitoreo y preparación de la documentación de respaldo para el cumplimiento de los resultados, así como la generación de capacidades en la preparación de la rendición de los gastos asociados para la obtención de los resultados, fueron clave para ejecutar correctamente el programa estructurado como un Préstamo Basado en Resultados (PBR).	Recomendación # 3 Generar capacidades específicas para la gestión de préstamos que utilizan este instrumento de financiamiento, tales como: equipos específicos responsables del seguimiento, monitoreo y preparación de la documentación de respaldo para la verificación externa del cumplimiento de los resultados y rendición de gastos asociados, mejora de los sistemas de información y el desarrollo de una cultura de medición sistemática del desempeño del proyecto a través del seguimiento de indicadores
Hallazgo #4 El uso de herramientas de gestión y monitoreo como el POA, aun cuando no sean requeridas para procesar préstamos basados en resultados, resultan útiles para dar seguimiento a las actividades del proyecto.	Recomendación #4 Desarrollar y actualizar las herramientas de gestión y monitoreo del proyecto, incluyendo los productos necesarios para el cumplimiento de los resultados, brindar apoyo del Banco al OE según sea necesario.
Dimensión 3: gestión del riesgo	
Hallazgo # 5 La existencia de un objetivo específico destinada a mejorar la capacidad de respuesta de los servicios permitió incluir productos alineados con ese objetivo y que resultaron críticos para la gestión de la pandemia	Recomendación # 5 La inclusión de la mejora de la respuesta de los servicios de emergencia entre los objetivos específicos de una operación puede contribuir a amortiguar el impacto de un evento de salud pública de magnitud severa, se recomienda evaluar en

	<p>cada contexto específico el nivel de este riesgo y la lógica de la intervención para considerar su inclusión.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anexo

Figura A.1. Línea de tiempo de la finalización de las obras. Cantidad de CAPS por municipio.

