



Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles – Primera Operación (AR-L1142; 2788/OC-AR)

Equipo de Proyecto Original: Mario Sánchez (SPH/CAR), Jefe de Equipo; Javier Bedoya (LEG/SGO); Natalia Benasso (CSC/CAR); Pablo Ibararán (SCL/SPH); Claudia Pévere (SCL/SPH); Diana Pinto (SCL/SPH); Gumersindo Velázquez (FMP/CAR); e Ignacio Vinocur (FMP/CAR).

Equipo PCR: Mario Sánchez (SPH/CUR), Jefe de Equipo; Natalia Benasso (CSC/CAR); Martha Guerra (SCL/SPH); Roberto Laguado (FMP/CAR); y Teodoro Noel (FMP/CAR).

Índice

Enlaces electrónicos.....	ii
INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. CRITERIOS CENTRALES. RENDIMIENTO DEL PROYECTO	2
2.1 Relevancia	2
a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país.....	2
b. Alineación estratégica	4
c. Relevancia del diseño	4
2.2 Eficacia	14
a. Declaración de objetivos de desarrollo del proyecto.....	14
b. Resultados logrados	15
c. Análisis contrafactual	20
d. Resultados imprevistos	23
2.3 Eficiencia.....	23
2.4 Sostenibilidad.....	29
a. Aspectos generales de sostenibilidad	29
b. Salvaguardas ambientales y sociales.....	29
III. CRITERIOS NO CENTRALES	30
3.1 Desempeño del Banco	30
3.2 Desempeño del Prestatario	30
IV. Hallazgos y recomendaciones	30

Enlaces electrónicos

1. [Resumen de la Matriz de Efectividad del Desarrollo \(DEM\)](#)
2. [Versión final del Informe de seguimiento de proyecto \(PMR\)](#)
3. [Lista de verificación PCR](#)
4. [Referencias bibliográficas](#)

Acrónimos y abreviaturas

ACV	Accidentes Cerebrovasculares
ANMAT	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
CPE	Cobertura Pública Exclusiva
CUS	Cobertura Universal de Salud
DBT	Diabetes tipo 2
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
ENFR	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo
FEAPS	Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud
HTA	Hipertensión Arterial
MINSAL	Ministerio de Salud de la Nación
PNA	Primer Nivel de Atención
PJI	Proyectos Jurisdiccionales de Inversión
PMR	Reporte de Monitoreo de Proyectos
RCVG	Riesgo Cardiovascular Global
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RITA	Registro Institucional de Tumores de Argentina
SITAM	Sistema de Información de Tamizaje
OR	Odds Ratio

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO

NÚMERO DE PROYECTO:	AR-L1142
TÍTULO:	PROGRAMA MULTIFASE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES – PRIMERA OPERACIÓN
INSTRUMENTO DE PRÉSTAMO:	INVERSIÓN MULTIFASE
PAÍS:	ARGENTINA
PRESTATARIO:	REPÚBLICA ARGENTINA
PRÉSTAMO (S):	2788/OC-AR
SECTOR / SUBSECTOR:	SALUD/SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE APROBACIÓN POR EL DIRECTORIO:	26 DE SEPTIEMBRE DE 2012
FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CONTRATO DE PRÉSTAMO:	6 DE MAYO DE 2013
FECHA DE ELEGIBILIDAD PARA EL PRIMER DESEMBOLSO:	20 DE AGOSTO DE 2013

MONTO DEL PRÉSTAMO

CANTIDAD ORIGINAL:	US\$150.000.00
CANTIDAD ACTUAL:	US\$150.000.00
PARI PASSU:	US\$50.000.00
COSTO TOTAL DEL PROYECTO:	US\$200.000.00

MESES EN EJECUCIÓN

DESDE APROBACIÓN:	60,5 MESES
DESDE LA EFECTIVIDAD DEL CONTRATO:	52 MESES

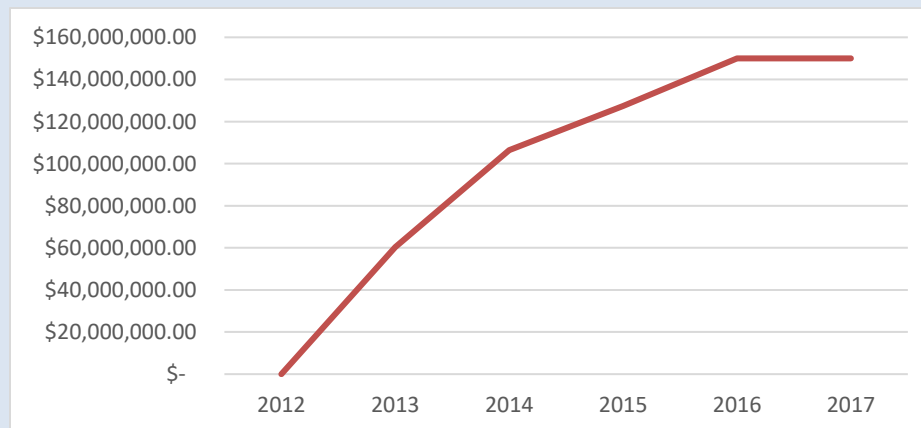
PERIODOS DE DESEMBOLSOS

FECHA ORIGINAL DE DESEMBOLSO FINAL:	6 DE NOVIEMBRE DE 2016
FECHA ACTUAL DE DESEMBOLSO FINAL:	6 DE SEPTIEMBRE DE 2017
EXTENSIÓN ACUMULATIVA:	10 MESES
EXTENSIÓN ESPECIAL:	NINGUNA

DESEMBOLSOS

CANTIDAD TOTAL DE DESEMBOLSOS HASTA LA FECHA:	US\$150.000.000
-----------------------------------------------	-----------------

GRÁFICO DE DESEMBOLSOS



REDIRECCIONAMIENTO. ¿TIENE ESTE PROYECTO?

FONDOS RECIBIDOS DE OTRO PROYECTO?	NO
FONDOS ENVIADOS A OTRO PROYECTO?	NO

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS ECONÓMICO EX POST:
METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EX POST:

COSTO - BENEFICIO
 CUASI - EXPERIMENTAL

CLASIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD DE DESARROLLO:

Parcialmente exitoso

Calificaciones del desempeño del proyecto en los PMR:

No.	PMR Fecha	Etapas de PCR		Desembolsos reales (millones de USD)
1	Enero – Dic 2013	1	SATISFACTORIO	0.0
2	Enero – Dic 2014	2	SATISFACTORIO	60.4
3	Enero – Dic 2015	2	SATISFACTORIO	46.0
4	Enero – Dic 2016	2	SATISFACTORIO	21.0
5	Enero – Dic 2017	3	SATISFACTORIO	22.6
6	Enero – Dic 2018	3	SATISFACTORIO	0.0

PERSONAL DEL BANCO

POSICIONES	EN PCR	EN LA APROBACIÓN
VICEPRESIDENTE VPS	Ana María Rodríguez, a.i.	Santiago Levy
VICEPRESIDENTE VPC	Alexandre Meira da Rosa	Roberto Vellutini
GERENTE DE PAÍS	José Luis Lupo	José Luis Lupo
GERENTE SECTORIAL	Marcelo Cabrol	Héctor Salazar
JEFE DE DIVISIÓN	Ferdinando Regalía	Ferdinando Regalía
REPRESENTANTE DE PAÍS	José Luis Lupo	Hugo Flórez Timorán
JEFE DE EQUIPO DEL PROYECTO	Mario Sánchez	Mario Sánchez
JEFE DE EQUIPO DEL PCR	Mario Sánchez	Mario Sánchez

Tiempo y costo (directo) del personal:

Ciclo de proyecto de etapa	# de semanas de personal	USD (incluidos los gastos de viaje y asesoría)
Preparación	36,18	210.236,83
Supervisión	66,89	37.750,15
Total	103,07	247.986,98

DECLARACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL PROYECTO / PROGRAMA: El fin del proyecto es promover el modelo de cuidado de pacientes con enfermedades crónicas con enfoque de atención primaria y a través del funcionamiento de redes integradas de servicios. Específicamente el proyecto se propone, con énfasis en la población sin cobertura de seguros de salud: (i) darle continuidad al proceso de jerarquización del primer nivel de atención; (ii) incrementar el acceso de la población a tamizajes que permitan su clasificación por riesgo sanitario; y (iii) incrementar la proporción de la población con riesgo sanitario que es atendida de manera continua por el sistema de salud.

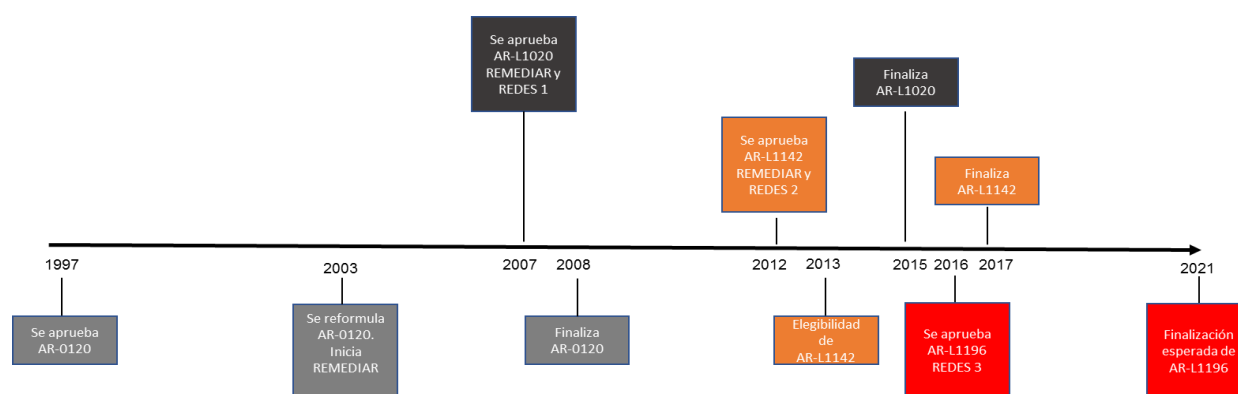
I. INTRODUCCIÓN

Este documento analiza el desempeño y presenta las lecciones aprendidas de la primera operación del “Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles” (AR-L1142; 2788/OC-AR). El Proyecto fue aprobado por el Directorio Ejecutivo del BID en septiembre de 2012, a través de un Préstamo de Inversión por US\$150 millones, con US\$50 millones de contrapartida.

La ejecución del Proyecto atravesó dos periodos de gobierno: el segundo periodo de la administración Fernández de Kirchner (diciembre de 2011-diciembre de 2015) y el actual periodo de la administración Macri. El Proyecto alcanzó elegibilidad para desembolsos en agosto de 2013 y, habiendo ejecutado la totalidad de sus recursos de financiamiento, finalizó en septiembre de 2017, mismo mes en el que se declaró la elegibilidad para desembolsos de la segunda operación del Programa Multifase, actualmente en ejecución¹.

El diseño del Proyecto se fundamentó en los desarrollos operativos y las lecciones aprendidas que generó la implementación de dos operaciones previamente financiadas por el BID: “Reforma de la Atención Primaria²” (1999-2008) y “Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, FEAPS³” (2007-2015). La primera de estas operaciones financió el diseño y la implementación del Programa REMEDIAR. Además de continuar el financiamiento de REMEDIAR, el FEAPS apoyó el desarrollo y la primera etapa de implementación del Programa REDES. El Proyecto que aquí se analiza continuó financiando REMEDIAR y la segunda etapa de REDES. La segunda fase del programa ya no incluye el financiamiento de medicamentos y financia la tercera etapa de REDES.

Figura 1. Ciclo de proyecto de las operaciones del BID apoyando los Programas REMEDIAR y REDES



¹ AR-L1196; 3772/OC-AR.

² AR-0120; 1193/OC-AR. En respuesta a la crisis económica y social de 2001-2002, este proyecto fue reformulado en 2003, incluyendo por primera vez una línea de financiamiento al programa REMEDIAR.

³ AR-0120; 1903/OC-AR.

II. CRITERIOS CENTRALES. RENDIMIENTO DEL PROYECTO

2.1 Relevancia

a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país

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

El manejo costo-efectivo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) es uno de los principales desafíos sanitarios de la Argentina. Estas patologías comprenden, entre otras, a las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En conjunto, fueron responsables de casi 76% de la carga de enfermedad en 2017, es decir, los años saludables de vida perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidad—un incremento de más de un punto porcentual respecto al nivel de 2012, año de aprobación del Proyecto [1]. Aunque su prevalencia es mayor en los centros urbanos y en las zonas de mayor desarrollo del país, también son la principal causa de muerte prematura en las regiones más pobres, donde coexisten con una alta incidencia de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y metabólicas [2] [3]. Adicionalmente, las ECNT infringen costos económicos sustanciales. Por ejemplo, sumando ingresos laborales perdidos y gastos médicos directos, las enfermedades cardiovasculares generan costos anuales cercanos a medio punto del Producto Interno Bruto argentino [4]. Por otro lado, las ECNT afectan financieramente más a los más pobres, ya que suelen tener mayor exposición a factores predisponentes [5], menor acceso a los servicios de tamizaje que habilitarían su tratamiento oportuno [6] y menores posibilidades de evitar que estas patologías generen gastos empobrecedores [7].

El crecimiento de las ECNT en el perfil epidemiológico de Argentina es, en buena medida, producto de su envejecimiento poblacional y de la reducción de la mortalidad por causas materno-infantiles e infecciosas [2]. Sin embargo, Las ECNT más prevalentes comparten factores de riesgo, cuya prevalencia, en general, se ha venido incrementando en Argentina: tabaquismo, dieta poco saludable y sedentarismo [8]. Con el tiempo, estos comportamientos contribuyen a generar cambios fisiológicos y metabólicos como Hipertensión Arterial (HTA), sobrepeso y obesidad, hiperglicemia (niveles altos de azúcar en sangre) y colesterol elevado, que están biológicamente relacionados con el desarrollo temprano de las ECNT. Un factor que contribuye a incrementar la carga de enfermedad ocasionada por ECNT es la falta de realización de tamizajes que permitan su detección y tratamiento oportuno. Con base en la Encuesta Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR) de 2013—no disponible al momento de diseñar el Proyecto—el Cuadro 1 presenta la prevalencia de los principales factores de riesgo para ECNT en Argentina y el de la realización de tamizajes para su detección, a nivel nacional, por sexo, cobertura de seguro de salud y quintiles de ingreso. El Cuadro también muestra la tendencia entre las encuestas de 2005 y 2009 y la de 2013. La ENFR de 2018 aún está finalizando su etapa de levantamiento de información.

Cuadro 1. 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 ingresos

Factor de riesgo	Nacional		Varones	Mujeres	Con cobertura	Sin cobertura	Primer quintil	Quinto quintil
Fumador	25,1	↓	29,9	20,5	-	-	28,2	23,0
No consume mínimo de frutas y verduras	94,1	≈	95,8	94,6	-	-	96,6	93,0
Actividad física baja	54,7	↑	51,8	57,4	-	-	53,4	52,2
Sobrepeso	37,1	↑	43,3	31,3	-	-	35,5	36,3
Obesidad	20,8	↑	22,9	18,8	-	-	21,4	18,8
Hipertensión arterial	34,1	≈	31,4	36,4	-	-	38,5	29,0
Hiperlipidemia	29,8	↑	29,7	29,9	-	-	30,0	29,1
Colesterol alto	9,8	↑	9,1	10,4	-	-	10,1	9,1
Sin control de presión arterial	17,6	↓	22,2	13,4	12,8	28,8	25,8	12,6
Sin control de colesterol	22,5	↓	28,6	15,3	17,2	41,6	34,2	12,8
Sin control de glucemia	23,2	↓	29,2	17,1	16,3	39,3	34,2	13,8
Sin mamografía	34,4	↓	-	-	30,2	48,0	48,7	20,1
Sin Papanicolaou	28,4	↓	-	-	23,6	39,6	37,1	21,0
Sin rastreo de cáncer de colon	75,5	-	76,8	74,3	72,5	88,8	83,5	65,7
Fuente: Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo 2005, 2009 y 2013. Los símbolos indican tendencias entre las tres encuestas.								
Nota 1: Salvo para los siguientes factores, las estimaciones se basan en población mayor de 18 años: (i) sin control del colesterol (35+ para varones, 45+ para mujeres); y (ii) sin mamografía (50-70); sin Papanicolaou (25-65); sin rastreo de cáncer de colon (50-75).								
Nota 2: Para los factores clínicos, las mediciones refieren a "alguna vez", excepto para los siguientes que refieren a "en los últimos dos años": (i) control y prevalencia de hipertensión; (ii) sin mamografía; y (iii) sin Papanicolaou.								

El Plan Federal de Salud 2011-2016 fue diseñado y promovido por el Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL), y fue aprobado—aunque no de manera vinculante—por el Consejo Federal de Salud, conformado por los ministerios de salud provinciales y el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este Plan estableció metas sanitarias y de gestión a ser alcanzadas en 2016, incluyendo una meta de reducción de mortalidad por eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, a la cual el Proyecto se propuso contribuir a nivel de impacto. En el marco de un país federal, este Plan planteó un conjunto de estrategias para guiar los planes y programas nacionales y jurisdiccionales. El Proyecto se alineó directamente con dos de ellas: (i) regionalizar y fortalecer la capacidad resolutoria de las redes de atención; y (ii) priorizar las intervenciones que prevengan y minimicen los problemas de salud responsables de las principales causas de muerte y patologías prevalentes.

Por otro lado, los objetivos y el diseño del Proyecto resultaron plenamente alineados con la principal estrategia sanitaria de la actual administración del Gobierno Nacional: la política de Cobertura Universal de Salud (CUS). El objetivo principal de esta política es promover que toda persona acceda de manera efectiva y con calidad a los servicios de salud que requiera, sin que ello suponga dificultades financieras. Dentro de los principales ejes de esta política se incluyen tres directamente alineados con los objetivos y productos del Proyecto: el fortalecimiento de los servicios del Primer Nivel de Atención (PNA), la consolidación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y la implementación de una Historia Clínica Electrónica a nivel federal.

b. Alineación estratégica

Los objetivos y el diseño del proyecto estuvieron plenamente alineados con las prioridades corporativas del Grupo BID y con las Estrategias de País vigentes durante su ciclo de implementación.

El Proyecto resultó consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional (UIS) 2010-2020 (AB-3008), alineándose con el desafío de desarrollo de inclusión social e igualdad, respondiendo de manera directa al reto 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. Aunque no se especificó en la Propuesta de Préstamo, el Proyecto también se alineó con el área transversal de igualdad de género y diversidad, contribuyendo de manera directa a responder al desafío de reducir la exclusión al acceso efectivo por causas de género, ya que 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. Adicionalmente, el programa contribuyó al Marco de Resultados Corporativos 2016-2019 (GN-2727-6), mediante su impacto en el Indicador de Desarrollo de los Países “Beneficiarios que reciben servicios de salud”, logrando tamizar a más de 137.000 personas con Cobertura Pública Exclusiva (CPE, sin seguro de salud) por Riesgo Cardiovascular Global (RCVG). El programa también resultó 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), y 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, estableciendo como una de las prioridades de la actuación del Banco controlar la creciente incidencia de ECNT.

En su diseño, el Proyecto resultó consistente con el documento “Actualizaciones de Estrategias de País” (GN-2570), vigente en 2012, particularmente con su el objetivo de la Estrategia del Banco para Argentina de modernizar los mecanismos de gestión, seguimiento y evaluación de los programas sociales. Del mismo modo, el Proyecto resultó consistente con la actual Estrategia del Banco para Argentina 2016-2019 (GN-2687), específicamente con su objetivo de fortalecer y reorientar los servicios y redes de salud para una mejor gestión de las ECNT.

c. Relevancia del diseño

El diseño del Proyecto resultó plenamente relevante para los desafíos epidemiológicos y organizacionales propios de la Argentina, y mantuvo su relevancia durante la etapa de ejecución.

Hay evidencia contundente de que las reducciones más significativas en la carga de enfermedad por ECNT se logrará por acciones que disminuyan la prevalencia de sus factores comunes. Se estima que hasta 80% de las enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y diabetes tipo II son prevenibles [9] [10]. 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 los servicios de salud familiar.

Por otro lado, también hay recomendaciones basadas en evidencia sobre cómo atender a quienes ya tienen o están en riesgo de desarrollar una ECNT, a través del Modelo de Cuidados de Pacientes con ECNT [11] [12]. Estas recomendaciones apuntan a organizar un modelo de cuidado con un enfoque de atención primaria y a través del funcionamiento de RISS. El enfoque de atención primaria requiere que los servicios del PNA, de baja complejidad y amplio despliegue territorial, sean la “puerta de entrada” al sistema de salud. Para ello, deben atraer a la población para su atención preventiva o curativa y resolver la mayoría de las consultas en este nivel [13]. 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, el funcionamiento de RISS precisa 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. Esta información permite el desarrollo de registros con base poblacional o geográfica para conocer la prevalencia de enfermedades, sus desenlaces y la efectividad de diferentes opciones terapéuticas.

Sin embargo, la implementación de estas recomendaciones enfrenta, al menos, tres dificultades en Argentina. En primer lugar, su sistema de salud es muy fragmentado, lo cual obstaculiza la realización de acciones de salud pública y la implementación de líneas de cuidado continuas. Coexisten tres subsistemas de cobertura de salud—obras sociales, seguros privados y el sistema público—con superposición financiera y en la población que atienden y distintas garantías de servicio. A la par, la gestión y el financiamiento de los servicios sanitarios públicos recae mayoritariamente en los gobiernos subnacionales. Esta multiplicidad de gestores, fuentes de financiamiento y subsistemas genera áreas grises normativas que obstruyen la implementación de políticas de salud pública. Asimismo, dificultan el tránsito ágil, comprehensivo y continuo de la población a lo largo de las líneas de cuidado correspondientes a su condición de salud [14].

En segundo lugar, en el sistema de salud argentino predomina un enfoque curativo y especializado para el tratamiento de ECNT. Esto ha favorecido el direccionamiento desproporcionado e inercial de recursos humanos y financieros a los niveles de mayor complejidad médica, a costa del PNA. A su vez, esto reduce la capacidad resolutive y por tanto la demanda de servicios del que debería ser el principal punto de contacto de la población con el sistema sanitario. Adicionalmente, este énfasis en la complejidad médica ha devenido en una baja capacidad de gestión para la atención preventiva de patologías crónicas en los entes subnacionales. De manera particular, la mayoría de ellos no cuentan con sistemas de información sobre la atención de estas patologías, para su vigilancia epidemiológica o la evaluación de políticas sanitarias [15].

En tercer lugar, al igual que en la mayoría de los países de la región, una proporción significativa de la población argentina, particularmente la de menores ingresos y educación, no suele realizar consultas preventivas de salud para identificar oportunamente su nivel de riesgo. 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 [16]. Adicionalmente,

el campo de economía del comportamiento destaca el factor de “preferencias inconsistentes en el tiempo” para prevenir las ECNT y buscar atención oportuna [17].

Objetivos del Proyecto. El objetivo general del Proyecto fue promover el Modelo de Cuidado de Pacientes con ECNT, con enfoque de atención primaria y a través del funcionamiento de RISS. Específicamente el proyecto se propuso, con énfasis en la población con CPE (27% de la población en 2012 y 31% en 2017): (i) darle continuidad al proceso de jerarquización del PNA—promovido por el FEAPS; (ii) incrementar el acceso de la población a tamizajes que permiten su clasificación por riesgo sanitario; y (iii) incrementar la proporción de la población con riesgo sanitario que es atendida de manera continua por el sistema de salud. Para alcanzar estos objetivos, el Proyecto fue constituido en tres componentes.

Componente 1: Expansión de Redes. Este componente tuvo como objetivo contribuir a que desde las jurisdicciones se fortaleciera la gestión de ECNT y a que se desarrollaran y consolidaran redes formales de servicios y cuidados sanitarios del PNA, así como vasos comunicantes formales con los niveles de complejidad médica superior, bajo el modelo RISS.

El componente financió la expansión del Programa REDES del MINSAL, originalmente diseñado como un piloto y financiado por el FEAPS. Este programa, que se ha ampliado sustancialmente y continúa siendo implementado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social con recursos de la segunda fase del programa, se propone cambiar el enfoque con el que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires gestionan la salud de su población. Específicamente, apunta a promover el Modelo de Atención de Personas con ECNT, integrando servicios de salud a lo largo de líneas de cuidado, partiendo de la clasificación activa de la población en riesgo sanitario y del seguimiento de la población de mayor riesgo bajo esquemas terapéuticos determinados desde el PNA. Por su complejidad de atención y prevalencia, REDES ha venido utilizando la HTA y la DBT como “trazadoras” de las redes de proveedores de servicios que conforman las líneas de cuidado de ECNT.

Las jurisdicciones que voluntariamente adhieren y cumplen los criterios de elegibilidad de REDES son elegibles a recibir financiamiento para su Proyecto Jurisdiccional de Inversión (PJI), con el que adquieren bienes o servicios orientados a fortalecer el PNA y al funcionamiento en red de sus servicios de salud. En una primera etapa—financiada por el FEAPS, REDES abarcó territorios específicos en los que residía 30% de la población de la jurisdicción, incrementando su cobertura a 40% y 70% en el marco de la primera y segunda fase del Programa Multifase.

En su primera etapa, los PJI fueron financiados de manera capitada con el fin de incentivar la realización de los siguientes actos sanitarios: (i) empadronamiento de la población con CPE e identificación preliminar de su RCVG⁴; (ii) clasificación clínica de la población con RCVG medio o alto de acuerdo con el tamizaje preliminar; y (iii) seguimiento a pacientes con RCVG medio o alto, determinado clínicamente, de acuerdo con esquemas terapéuticos predeterminados.

⁴ Se define como la probabilidad de un individuo de contraer una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años, basado en el número de factores de riesgo o teniendo en cuenta la magnitud de cada uno de ellos.

El cumplimiento de estas acciones fue verificado de manera externa a través de una auditoría médica.

Al finalizar su primera etapa en 2014, las 24 jurisdicciones del país habían adherido a REDES. La implementación de esta etapa (REDES 1) generó importantes aprendizajes sobre los desafíos que implica reenfocar la gestión de las ECNT en las jurisdicciones⁵. Se destacó que la lógica predominantemente materno-infantil con la que operan los servicios sanitarios al interior de las jurisdicciones se traduce en fuertes restricciones operativas para atender proactivamente a poblaciones no tradicionales como, por ejemplo, la población varonil económicamente activa. Por otro lado, también evidenció que reorganizar la lógica de atención de los servicios locales requiere una capacidad de gestión por parte de los ministerios de salud jurisdiccionales que, en la mayoría de los casos, resultaba incipiente. Asimismo, quedó claro que la sostenibilidad del modelo de atención promovido desde REDES y su ágil expansión requieren el desarrollo o la consolidación de sistemas informáticos jurisdiccionales que redujeran la carga administrativa sobre los servicios y permitieran la programación estratégica de acciones, así como su monitoreo y evaluación. Por último, se evidenció que el esquema de incentivos que propuso originalmente REDES resultó demasiado exigente para las jurisdicciones, independientemente de su capacidad de gestión, lo cual generó un círculo vicioso entre el lento financiamiento de los PJI y la realización de acciones necesarias para cumplir las metas comprometidas.

Con base en estos aprendizajes, el Programa Multifase se ha abocado a consolidar y expandir el modelo de atención promovido por Redes. La primera fase del programa, a cargo del financiamiento de REDES II, se propuso fortalecer las capacidades de gestión jurisdiccionales a través de: (i) el fortalecimiento de sus equipos técnicos; (ii) un esquema de acompañamiento in situ desde el MINSAL enfocado particularmente en aspectos operativos (supervisión capacitante); (iii) la capacitación de los equipos de salud de los Centros de Atención Primaria (CAPS) en temas críticos de atención de la salud desde el PNA y gestión de servicios en red; y (iv) el desarrollo o consolidación de sistemas informáticos jurisdiccionales para el seguimiento nominalizado de prestaciones sanitarias.

Asimismo, se agregó al esquema de financiamiento de los PJI un conjunto de incentivos al logro del cumplimiento de las metas de REDES 1 y a su expansión paulatina. El esquema de incentivos promovido para REDES 2 fue ajustado con base en proyecciones epidemiológicas y poblacionales actualizadas y dirigido, no solo al cumplimiento oportuno de acciones sanitarias, sino al establecimiento de sistemas jurisdiccionales de gestión de servicios en red, como el de referencia y contrareferencia y la programación de turnos. Asimismo, el esquema actualizado de incentivos puso mayor peso en el desafío más demandante del modelo: el seguimiento continuo y permanente de pacientes de alto RCVG, cumpliendo con estándares de atención⁶. El Recuadro 1 resume el esquema de incentivos de REDES en el marco del Programa Multifase.

⁵ Para una discusión detallada de estos aprendizajes, consultar el [PCR del FEAPS](#).

⁶ En apoyo a la implementación de Redes, en 2012 se aprobó la Cooperación Técnica "Apoyo analítico para el manejo integral de enfermedades cardiovasculares" (ATN/OC-13313-AR) que, entre otros, ha permitido evaluar

Recuadro 1. Esquema de incentivos de financiamiento de REDES en el marco del Programa Multifase

Las jurisdicciones que, sobre la base de su PJI original (REDES 1, financiado por FEAPS) alcanzaron 60% y 30% de las metas de empadronamiento y clasificación, respectivamente, fueron elegibles para pasar a una segunda etapa de 18 meses (Redes 2), con financiamiento de esta primera fase del Programa Multifase. Durante este periodo las mencionadas jurisdicciones: (i) siguieron recibiendo reembolsos por cumplir con el remanente de sus metas de clasificación y seguimiento de Redes 1; (ii) fueron elegibles para recibir financiamiento para extender la base poblacional de Redes de 30% a 40% de la población con CPE; y (iii) fueron elegibles para recibir financiamiento para el seguimiento de pacientes crónicos, tanto de su proyecto original como para los que sean identificados en esta etapa de expansión de Redes.

Las jurisdicciones que no lograsen cumplir con las metas para pasar a REDES 2, no recibirían reconocimiento financiero por el equivalente a la población nominalizada y clasificada de la primera etapa de Redes, pero: (i) podrían seguir recibiendo financiamiento para el seguimiento de los pacientes crónicos que se identifiquen, tanto de la etapa original de Redes como de la segunda etapa; y (ii) recibirían reconocimiento financiero por el equivalente a las metas de empadronamiento y clasificación del 10% adicional de la población de la jurisdicción. En la práctica todas las jurisdicciones lograron acceder a Redes 2.

Las jurisdicciones que al finalizar los 18 meses de Redes 2 alcanzaran 90% y 60% de sus metas de empadronamiento y clasificación, respectivamente, sobre la base poblacional de 40%, serían elegibles para pasar a una tercera etapa de 18 meses (REDES 3), con financiamiento de la segunda fase del Programa Multifase. Durante este periodo: (i) seguirían recibiendo desembolsos por cumplir con el remanente de sus metas de clasificación y seguimiento de las etapas anteriores; (ii) tendrían financiamiento para extender la base poblacional de Redes a 70% de la población; y (iii) recibirían financiamiento continuo para el seguimiento de pacientes crónicos, tanto de sus etapas anteriores como para los que sean identificados en la tercera etapa de expansión de Redes. A la fecha, 22 jurisdicciones han logrado transitar a Redes 3.

Con el propósito de ampliar el espectro de ECNT cubierto por REDES, este componente también financió la implementación y evaluación de un programa piloto de tamizaje de cáncer colorrectal en el PNA. Con base en los resultados de la evaluación del piloto, la segunda fase del programa está financiando su expansión a todo el país.

Componente 2: Provisión de servicios estratégicos. El objetivo de este componente fue promover el acceso racional a medicamentos esenciales para consultas que se atienden en el PNA, particularmente garantizando la atención y el seguimiento farmacológico de pacientes de RCVG moderado o alto.

El Componente financió la continuación de REMEDIAR. Si bien originalmente se previó que la segunda fase continuara financiando REMEDIAR bajo un esquema de financiamiento externo decreciente, la actual administración del Gobierno Nacional decidió acelerar este proceso. El Programa Cobertura Universal de Salud – Medicamentos funciona bajo la misma lógica operativa de REMEDIAR, siendo plenamente financiado con recursos nacionales.

REMEDIAR buscaba incrementar la capacidad de resolución del PNA, dotándolo de medicamentos esenciales a ser dispensados de manera gratuita. Los medicamentos que conformaban los “Botiquines REMEDIAR” estaban diseñados para dar respuesta a más de 80% de los motivos de consulta que ocurren en el PNA. A través de un proceso centralizado de

distintas estrategias de promoción de acceso a tamizajes preventivos en el PNA—particularmente por parte de la población varonil—con base en los preceptos de la Economía del Comportamiento.

compra y distribución directa de medicamentos, REMEDIAR logró alcanzar a todos los CAPS del país.

Además de contribuir a darle continuidad al proceso de jerarquización del PNA, las operaciones del Programa Multifase apuntaban a que REMEDIAR se constituyera en un instrumento clave para el manejo comprehensivo y continuo de ECNT. La primera fase inició un proceso de informatización de la dispensa de medicamentos, que permitiría al personal de los CAPS de mayores niveles de consulta hacer seguimiento farmacológico proactivo de su población a cargo. La segunda etapa financiaría la expansión de este proceso. Asimismo, financiaría la distribución de nuevos medicamentos para la reducción de colesterol (estatina) y el control de segunda línea de hipertensión (amlodipina), en CAPS participando en el Programa REDES, extendiéndose, eventualmente, a todo el país en la siguiente operación. Estos medicamentos son costo-efectivos [18], cuando son adecuadamente prescritos, razón que motivó su distribución inicial en una fase piloto a CAPS objeto de la auditoría médica de REDES.

El componente también previó financiamiento para el desarrollo de un plan de acción para la certificación de procesos operativos clave de REMEDIAR y la implementación de la normativa de trazabilidad de medicamentos de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Adicionalmente previó el financiamiento de obras menores de remodelación edilicia y equipamiento básico para unidades de gestión de medicamentos, orientadas al cumplimiento de buenas prácticas de almacenamiento.

Por último, el componente previó la capacitación de personal sanitario en cuanto a uso racional de medicamentos, terapéutica racional de la atención primaria de la salud y manejo de medicamentos.

Componente 3: Consolidación de sistemas de información de salud pública. El objetivo de este componente fue facilitar el análisis de información para mejorar la gestión sanitaria y administrativa, a nivel de efectores, jurisdicciones y gobierno nacional. El componente financiaría un catastro de todos los CAPS del país, con el fin de identificar su capacidad de atención y de informatización de sus procesos; la implementación de soluciones tecnológicas para informatizar e integrar los procesos que se implementan en al menos mil CAPS, particularmente para el registro de prescripción y dispensación de medicamentos (incluyendo el desarrollo de un módulo de seguimiento a pacientes crónicos a partir de la dispensación de medicamentos por parte de Remediar) y los procesos de empadronamiento, clasificación y seguimiento de REDES.

Contemplando la inclusión de la línea de cuidado del cáncer en el Programa Multifase, el componente también previó financiar equipamiento informático, servicios de digitalización y capacitación de personal sanitario para la consolidación de dos sistemas de información para patología neoplásica. El Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA) examina casos diagnosticados o tratados en hospitales en términos de las características demográficas, descripción del tumor y de los tratamientos administrados y eventos acontecidos. Por su parte, el Sistema de Información de Tamizaje (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.

El Cuadro 2, presenta gráficamente la lógica vertical del proyecto y la Tabla 1 la evolución de sus indicadores y metas de impacto y resultados, los cuales resultaron consistentes a lo largo de la ejecución del Proyecto.

Cuadro 2. Lógica vertical de la primera fase del Proyecto

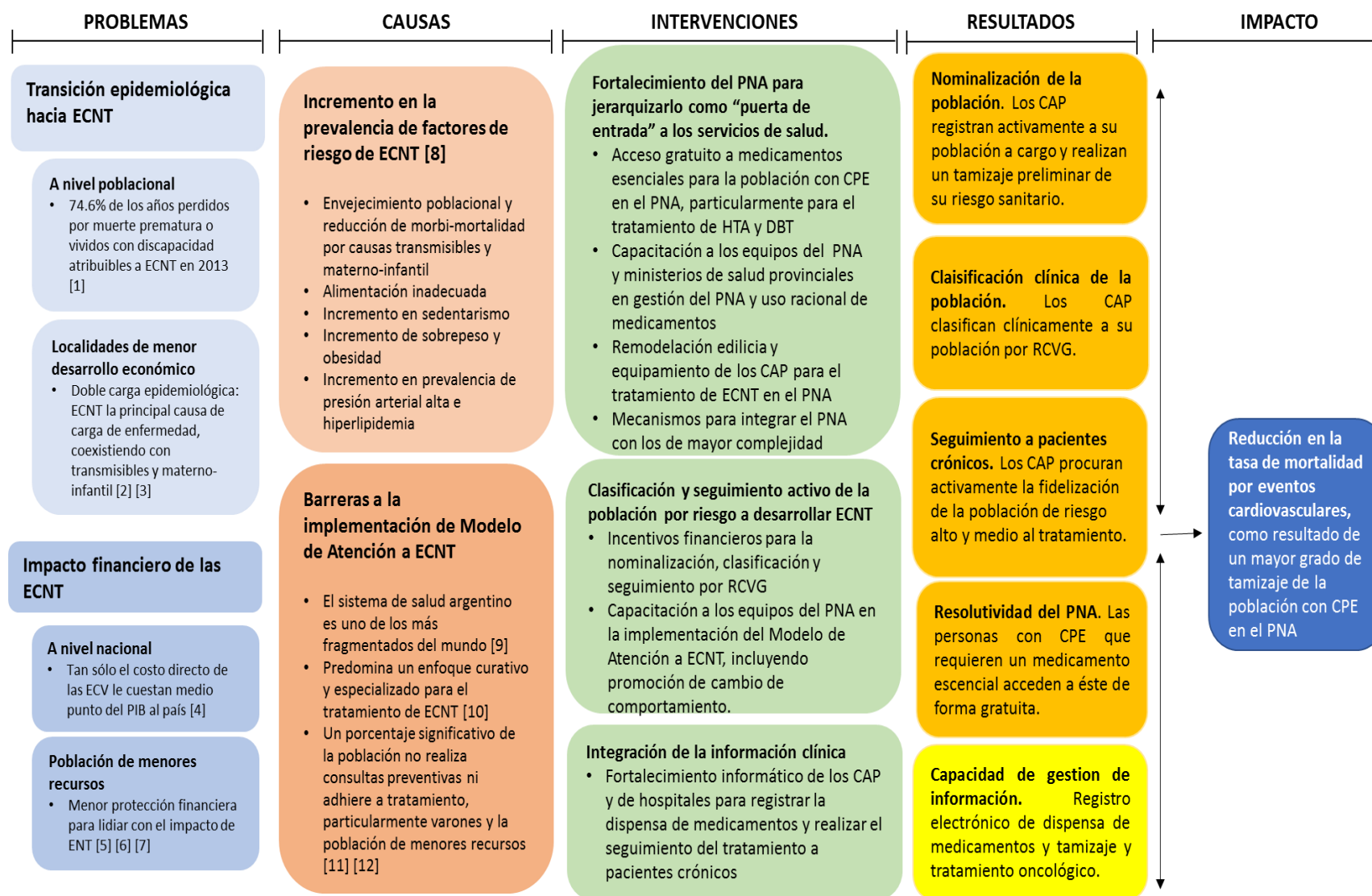


Tabla 1. Matriz de resultados a la aprobación del Proyecto, a 60 días de haber alcanzado elegibilidad para desembolsos y al cierre del Proyecto

Indicadores	A la aprobación (Propuesta de Préstamo, septiembre de 2012)			A los 60 días de haber alcanzado elegibilidad (octubre de 2013) ⁷			Al finalizar el proyecto (agosto de 2017)			Comentarios
	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta	
Contribuir a la disminución de la morbilidad asociadas a ECNT										
Impacto										
1.1 Tasa de Mortalidad ajustada por edad por eventos cardiovasculares (por 100 mil habitantes)	Tasa	213,6	180	Tasa	211,32	180	Tasa	211,32	180	
Resultados										
1.1 Personas de 40 a 64 con CPE clasificadas por RCVG	Personas	56.024	74.699	Beneficiarios	295.660	418.515	Beneficiarios	295.660	407.708	
1.2 Hombres de 40 a 64 con CPE, clasificados por RCVG	Personas	26.976	35.968	Beneficiarios	100.806	162.219	Beneficiarios	100.806	154.758	
2.1 Personas clasificadas con RCVG mayor a 10% que alguna vez realizaron una consulta de seguimiento posterior a su clasificación ⁸	Personas	14.006	18.675	Personas	52.689	75.616	Personas	52.689	144.345	
3.1 Población con cobertura pública exclusiva mayor a seis años empadronada.	Personas	0	4.528.983 ⁹	Personas	2.734.158	3.674.828	Personas	2.803.466	4.528.983	
4.1 Porcentaje de consultantes en CAPS con CPE a quienes	Porcentaje	88	95	Porcentaje	87	95	Porcentaje	86	88	

⁷ En su Matriz de Resultados, la Propuesta de Préstamo previó que sería necesario ajustar la Línea de Base del Proyecto una vez culminada la implementación del FEAPS, lo cual sucedió a mediados de 2014. Durante el Taller de Arranque del proyecto se actualizaron sus metas, quedaron reflejadas en el [Informe Semestral para el segundo semestre de 2013](#). Las metas de resultados alcanzadas por REDES 1 se reflejaron por primera vez en el [Informe Semestral para el segundo semestre de 2014](#) y en el [PCR del FEAPS](#). La Línea de Base que se presenta en estas columnas es la actualizada a 2014 y la meta es la acordada en el Taller de Arranque, adicionando la Línea de Base actualizada.

⁸ La Propuesta de Préstamo hacía mención a personas “bien seguidas de acuerdo a las guías de atención médica para RCVG del MSN”. A partir del Taller de Arranque se incluyó una versión operativa de este concepto, conforme al modelo promovido explícitamente por REDES.

⁹ Esta fue la meta conjunta de REDES 1 y REDES 2. A partir del Taller de Arranque se distinguió la meta de la primera etapa como línea de base de la segunda.

Indicadores	A la aprobación (Propuesta de Préstamo, septiembre de 2012)			A los 60 días de haber alcanzado elegibilidad (octubre de 2013) ⁷			Al finalizar el proyecto (agosto de 2017)			Comentarios
	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta	
que les prescribieron medicamentos que los recibieron de REMEDIAR ¹⁰										
CAPS con capacidad para reportar prestaciones nominalizadas de dispensa de medicamentos y/o seguimiento de pacientes.	CAPS	0	750							Durante el Taller de Arranque se decidió no categorizar estos indicadores como de resultado, por considerarlos demasiado cercanos a su respectivo indicador de producto.
% de pacientes cargados al RITA	Porcentaje	0	25							
Reportes de seguimiento a pacientes con tumores emitidos por el SITAM.	Reportes	0	1							

¹⁰ La Propuesta de Préstamo hacía mención a que los medicamentos fueran cubiertos de manera gratuita. Esto daba pie a confusión, porque también podían contabilizarse los medicamentos provistos de manera gratuita por parte de las jurisdicciones. A partir del Taller de Arranque se hizo específico el indicador para la cobertura de REMEDIAR.

2.2 Eficacia

a. Declaración de objetivos de desarrollo del proyecto.

Como se mencionó en la sección anterior, el objetivo general del Proyecto fue promover el Modelo de Cuidado de Pacientes con ECNT, con enfoque de atención primaria y a través del funcionamiento de RISS. Específicamente el proyecto se propuso, con énfasis en la población con CPE: (i) darle continuidad al proceso de jerarquización del PNA—promovido por el FEAPS; (ii) incrementar el acceso de la población a tamizajes que permiten su clasificación por riesgo sanitario; y (iii) incrementar la proporción de la población con riesgo sanitario que es atendida de manera continua por el sistema de salud.

A nivel de impacto, se decidió alinear el proyecto al PFS, particularmente a su indicador “Tasa de mortalidad por causas cardiovasculares”. Como se discutió en la sección anterior, Para lograr este objetivo resultaba necesaria la implementación de acciones de salud pública y de salud familiar. El Proyecto contribuyó específicamente a implementar esta segunda dimensión de la estrategia del MINSAL.

Para medir la eficacia del Proyecto en la consecución de sus objetivos específicos, se propuso un conjunto de indicadores que diera cuenta de la implementación del Modelo de Cuidado de Pacientes Crónicos, el cual prevé que los equipos del PNA conozcan el riesgo sanitario de su población y realicen proactivamente el seguimiento de los casos de alto riesgo.

A nivel de resultados se propusieron los siguientes indicadores:

1. Personas de 40 a 64 años con CPE clasificadas por RCVG;
2. Varones de 40 a 64 años con CPE clasificadas por RCVG¹¹;
3. Personas clasificadas con RCVG mayor a 10% que alguna vez realizaron una consulta de seguimiento posterior a su clasificación.

Aunque estos tres indicadores corresponden directamente al modelo prestacional promovido por REDES, la lógica del Proyecto otorgó a REMEDIAR un papel fundamental en su consecución y en su capacidad de tener un impacto sanitario. La disponibilidad de medicamentos gratuitos en el PNA es un mecanismo clave para atraer a la población a los CAPS para su eventual clasificación, mientras que la disponibilidad de medicamentos gratuitos para atender a pacientes crónicos de bajos ingresos desde dicho nivel es fundamental para reducir la tasa de eventos cardiovasculares.

A nivel de resultados intermedios se propusieron originalmente cinco indicadores.

4. Población con CPE mayor a 6 años empadronada;

¹¹ Como muestra el Cuadro 1, la población varonil suele realizar menos consultas de tamizaje para hipertensión, hiperlipidemia o colesterol alto. Es por ello que el indicador de clasificación se desagregó para dar seguimiento a esta población.

5. Porcentaje de consultantes en CAPS con CPE a la que le fueron prescribieron medicamentos que los recibieron por parte de REMEDIAR;
6. CAPS con capacidad para reportar prestaciones nominalizadas de dispensa de medicamentos y/o seguimiento de pacientes;
7. Porcentaje de pacientes cargados al RITA;
8. Reportes de seguimiento a pacientes con tumores emitidos por el SITAM.

Durante el Taller de Arranque de la operación se tomó la decisión de eliminar los tres últimos indicadores de la clasificación de resultados intermedios, debido a su cercanía lógica con sus respectivos indicadores de productos.

b. Resultados logrados

Como puede observarse en la Tabla 2, el Proyecto alcanzó un nivel de logro altamente satisfactorio a nivel de resultados, parcialmente insatisfactorio a nivel de resultados intermedios y altamente satisfactorio a nivel de productos.

Entre 2013 y 2017, Argentina logró una reducción de casi 30 muertes de origen cardiovascular—manteniendo la estructura de edad constante—por cada 100 mil habitantes, de acuerdo con la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del MINSAL. Aunque a los fines de este documento no corresponde realizar un análisis de la contribución del Proyecto a la consecución de este impacto, un estudio cuasi experimental determinó que la interacción de REDES (promoción de la demanda) y REMEDIAR (intervención de oferta) incrementó la prescripción de medicamentos antihipertensivos para la población con RCVG de bajos ingresos, reduciendo la muerte prematura por accidentes cerebrovasculares [\[19\]](#).

Por otro lado, las metas del Proyecto tuvieron varios ajustes a lo largo de su implementación. El Cuadro 2 presenta la evolución de las metas de resultado de en distintos momentos del ciclo de proyecto. Asimismo, refleja el nivel de logro utilizando como métrica las metas acordadas durante el Taller de Arranque del Proyecto—parámetro actualmente utilizado por el BID para analizar la eficacia de los proyectos—y durante el último ejercicio de programación anual del proyecto.

Cuadro 2. Metas y logro del Proyecto relacionadas con el Modelo de Cuidados de Crónicos

Indicador	Aprobación del Proyecto	Taller de arranque	Última actualización en la planificación de resultados en el PMR	Logrado	Logro respecto a Taller de arranque	Logro respecto a última actualización del PMR
Clasificados	74,699	418,515	407,708	442,332	106%	108%
Clasificados varones	35,968	162,219	154,756	149,081	92%	96%
Seguidos	18,675	75,616	144,345	135,211	179%	94%

Tabla 2. Matriz de Resultados logrados

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de base	Año de línea de base	Metas y alcance real		% Alcanzado respecto a lo planificado	Medios de verificación
Disminución de tasa de mortalidad por eventos cardio y cerebrovasculares							
Tasa de Mortalidad ajustada por edad por eventos cardiovasculares	Tasa	211,32	2007	P	180	100	Informes de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud
				P(a)	180		
				A	180,67		
Personas clasificadas por Riesgo Cardiovascular Global							
1.1 Personas de 40 a 64 años de edad, con cobertura pública exclusiva, clasificadas por Riesgo Cardiovascular Global	Beneficiarios	295.660	2014	P	407.708	100	Auditorías médicas externas y último Informe Semestral del MINSAL.
				P(a)	411.031		
				A	442.332		
1.2 Hombres de 40 a 64, con cobertura pública exclusiva, que son clasificados por Riesgo Cardiovascular Global	Beneficiarios	100.806	2014	P	154.758	96	Auditorías médicas externas y último Informe Semestral del MINSAL.
				P(a)	165.103		
				A	149.081		
Personas con riesgo cardiovascular alto bien seguidas							
2.1 Personas clasificadas con riesgo cardiovascular global mayor a 10% que alguna vez realizaron una consulta de seguimiento posterior a su clasificación	Personas	52.689	2014	P	144.345	94	Auditorías médicas externas y último Informe Semestral del MINSAL.
				P(a)	215.351		
				A	135.211		
Población con cobertura pública exclusiva empadronada							
3.1 Población con cobertura pública exclusiva mayor a 6 años empadronada	Personas	2.803.466	2014	P	4.528.983	83	Auditorías médicas externas y último Informe Semestral del MINSAL.
				P(a)	3.743.836		
				A	3.752.235		
Consultantes a los que les prescribieron medicamentos que los reciben de REMEDIAR							
4.1 Porcentaje de consultantes en centros de atención primaria con cobertura pública exclusiva que les prescribieron medicamentos que los recibieron de REMEDIAR	Porcentaje	86	2012	P	95	12.5	Encuesta de consultantes a CAPS
				P(a)	90		
				A	88		

Producto	Unidad de Medida	Valor de Línea de base	Año de línea de base	Metas y alcance real		% Alcanzado	Medios de verificación
1.1 Proyectos jurisdiccionales bajo la modalidad "Redes 2" aprobados	Proyectos	0	2012	P P(a) A	15 24 24	100	Informes semestrales de progreso
1.2 Provincias ejecutando proyectos provinciales "Redes 2" por año	Provincias	0	2012	P P(a) A	15 76 76	100	Informes semestrales de progreso
1.3 Personal sanitario capacitado	Personal sanitario	0	2012	P P(a) A	3.000 10.664 9.110	100	Informes semestrales de progreso
1.4 Informe de evaluación del piloto de cáncer colorrectal finalizado	Informe	0	2012	P P(a) A	1 2 2	100	Informes semestrales de progreso
1.5 Evaluación cuali-cuantitativa de los factores condicionantes a la aplicación y adherencia a las normas de evaluación de RCVG en efectores del Primer Nivel de Atención finalizada	Informe	0	2012	P P(a) A	1 2 2	100	Informes semestrales de progreso
1.6 Estudios de caso de estrategias innovadoras provinciales evaluadas	Estudios	0	2012	P P(a) A	10 12 12	100	Informes semestrales de progreso
2.1 Tratamientos con medicamentos esenciales distribuidos.	Tratamientos	0	2012	P P(a) A	92.877.880 111.885.799 111.885.799	100	Informes semestrales de progreso
2.2 Unidades de dispensa de medicamentos equipadas para la mejora en la gestión clínica	Unidades de dispensa de medicamentos	0	2012	P P(a) A	1.360 1.481 1.481	100	Informes semestrales de progreso
2.3 Nuevos tratamientos (estatinas y amlodipina) distribuidos	Tratamientos	0	2012	P P(a) A	101.250 513.149 513.149	100	Informes semestrales de progreso
2.4 Informe de identificación de procesos críticos para conseguir la certificación de procesos de Remediar aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación	Informe	0	2012	P P(a) A	1 1 1	100	Informes semestrales de progreso
2.5 Personal sanitario capacitado en uso racional de medicamentos	Personal sanitario	0	2012	P P(a) A	4.000 8.830 8.830	100	Informes semestrales de progreso

Producto	Unidad de Medida	Valor de Línea de base	Año de línea de base	Metas y alcance real		% Alcanzado	Medios de verificación
2.6 Estudios y evaluaciones para el Programa Remediar finalizados	Estudios	0	2012	P P(a) A	5 6 6	100	Informes semestrales de progreso
Informe sobre Sistemas de Información a nivel de Centros de Atención Primaria de la Salud	Informe	0	2012	P P(a) A	1 1 1	100	Informes semestrales de progreso
3.2 Centros de atención primaria de la salud informatizados	Centros de atención primaria de la salud	0	2012	P P(a) A	1.000 1.476 1.476	100	Informes semestrales de progreso
3.3 Hospitales que reportan al Registro Integral de Tumores de la Argentina	Hospitales	0	2012	P P(a) A	10 24 24	100	Informes semestrales de progreso
3.4 Provincias cuyos hospitales han sido incorporados al Sistema de Información de Tamizaje	Hospitales	5	2012	P P(a) A	7 12 12	100	Informes semestrales de progreso

Donde: P = Planificado; P (a) = Objetivo anual revisado; A = real.

Como refleja la Figura 1, la Propuesta de Préstamo del Proyecto fue presentada al Directorio del BID previo a que finalizara REDES 1, dando pie a que la Matriz de Resultados previera que se realizaría una actualización de la línea de base—y, por ende, de sus metas—para sus indicadores de resultados, una vez que finalizara el FEAPS. Dicha información estuvo disponible a finales de 2013, permitiendo que la Matriz de Resultados se actualizara durante el Taller de Arranque. El desempeño de REDES 1 rebasó con creces la expectativa que se tenía al momento de aprobar el Proyecto aquí analizado. Cabe recalcar que REDES representa una innovación a nivel regional respecto a la atención de enfermedades crónicas—el FEAPS lo presentó como un proyecto piloto—lo cual implicó un proceso de aprendizaje durante su implementación. En consecuencia, la Matriz de Resultados actualizada reflejó una línea de base mucho más alta y metas más ambiciosas. Como parte del proceso de gestión del Proyecto acordado con el Banco, al inicio de cada ciclo anual se revisaron las metas esperadas para productos e indicadores de resultados. Como puede verse en el Cuadro 2, éstas últimas tuvieron un alto grado de coincidencia respecto a las previstas en el Taller de Arranque, con la excepción de la meta de seguimiento de pacientes con RCVG medio o alto, la cual fue incrementada.

Utilizando como métrica las metas previstas en el Taller de Arranque o en la última actualización de la programación anual, el Proyecto tuvo un nivel de logro altamente satisfactorio respecto a sus indicadores de resultado.

La meta de resultado intermedio referida a empadronamiento de la población con CPE en localidades donde se implementó Redes también tuvo un nivel satisfactorio de cumplimiento. Sin embargo, la meta de resultado intermedio relacionada con el nivel de demanda satisfecha de medicamentos esenciales por parte de REMEDIAR tuvo un nivel de logro sustancialmente menor al programado. Más allá del alto nivel de cobertura de la demanda que alcanzaba el programa en 2012 (86%), se evidenciaba como una oportunidad de mejora lograr una mayor coordinación con las jurisdicciones y sus respectivos servicios de salud en la estimación de la demanda. Entendiendo que esa mayor coordinación demandaba previamente el fortalecimiento de las competencias técnicas locales, el Proyecto previó la implementación de experiencias piloto que informaran una estrategia para el fortalecimiento de estas competencias y, paulatinamente, para una posible devolución de la responsabilidad de estimación de la demanda a los gobiernos jurisdiccionales. A la postre, esta línea de trabajo no alcanzó el nivel de prioridad necesario dentro del MINSAL, por lo que no se implementó. REMEDIAR continuó operando de una forma sustancialmente similar a su esquema tradicional—con mejoras marginales en sus procesos operativos—por lo que, a la postre, sus resultados superaron sólo marginalmente los que había obtenido anteriormente (88%). También se debe señalar que, a diferencia de las metas de resultado para REDES, basadas en análisis epidemiológicos y en la experiencia propia de un programa orientado a resultados, la meta propuesta para cobertura de demanda de medicamentos no tuvo un fundamento técnico.

Las metas a nivel de producto fueron plenamente alcanzadas. A juzgar por el grado de cumplimiento de las metas físicas de producto, en términos generales se puede concluir que dichas metas fueron establecidas a niveles razonables. Los productos que muestran un nivel de

sobrecumplimiento sustancial se concentran en el rubro de capacitación, de bajo costo unitario en dólares, que fue disminuyendo a lo largo del Proyecto producto del proceso devaluatorio.

A través de la implementación de esta operación, el MINSAL logró cumplir plenamente los Hitos Activadores de la segunda fase del programa, actualmente en ejecución. El Cuadro 3 presenta estos hitos y su nivel de cumplimiento, según lo evidenciado por el MINSAL durante el proceso de preparación de la segunda fase del programa¹².

Cuadro 3. Cumplimiento de los hitos activadores de la segunda operación

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

c. Análisis contrafactual

Los resultados alcanzados por el Proyecto son atribuibles al mismo, a juzgar tanto por la lógica vertical del Proyecto como con base en un conjunto de evaluaciones y estudios realizados en el marco de la operación. El Cuadro 4 sintetiza esta evidencia.

¹² La Propuesta de Préstamo de la operación AR-L1196, discute con mayor detalle el logro de estos hitos.

Cuadro 4. 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 a 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 significativamente en Argentina 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 índice de 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 autofocalización 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 Walle, 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 cual es 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 aprendizaje, ahorro financiero, y alcance de las principales patologías prevalentes en los centros de atención (CAPs)	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 incrementa el acceso de medicamentos y se focaliza en los sectores de menores recursos	1) Durante 2003, el 50 por ciento de los consultantes a CAPs bajo programa recibieron los medicamentos prescritos en la consulta gratis, en tanto ese mismo porcentaje para los CAPs sin programa es del 40 por ciento. Este hecho sugiere un mejor desempeño de los Centros con Programa. 2) A partir de la estimación de un modelo probit 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. 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. 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 por ciento en los individuos pertenecientes al primer quintil de ingresos y del 9,3 por ciento para los del segundo
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	Seis intervenciones individuales (tratamiento de hipertensión, colesterol, tabaquismo y estrategias clínicas combinadas para reducir el riesgo cardiovascular a 10 años) y dos intervenciones basadas en la población (cooperación entre gobierno, asociaciones de consumidores y cámaras de panaderías para reducir la cantidad 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 fueron introducidas 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 masivos de comunicación) 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 (vi) reducción del colesterol alto con terapia de statins \$ 70,994.

Los resultados alcanzados respecto al empadronamiento, clasificación y seguimiento de la población en riesgo fueron verificados en terreno por una auditoría externa. Como se discutió en la primera sección de este documento, los CAPS no suelen ser utilizados por la población para la realización de tamizajes—particularmente por parte de la población varonil—siendo éste precisamente uno de los objetivos pretendidos por REDES. En la práctica, sólo se identifican dos posibles intervenciones para que una persona haya logrado ser clasificada o seguida en un CAPS: la propia presencia de REDES o la existencia en la jurisdicción de un programa específico, como, por ejemplo, un programa de diabetes. El Reglamento Operativo del Proyecto le permitió explícitamente al MINSAL realizar el pago de una clasificación o seguimiento “nuevo” o de uno que hubiese sido realizado en el marco de un programa específico. Las auditorías médicas externas de REDES reportan explícitamente el origen de las clasificaciones. Según estas auditorías, realizadas cuatrimestralmente entre 2011 y 2017, al menos 51% de las clasificaciones fueron promovidas a través de dispositivos implementados específicamente en el marco de REDES, a través del modelo de búsqueda activa propio del programa.

Por otro lado, la [evaluación de impacto de REDES 1](#) refuerza el argumento lógico de la atribución de sus resultados. La evaluación utiliza una metodología de diferencias en diferencias con pareamiento entre distritos con y sin REDES¹³. Las ENFR de 2005 y 2009, levantadas previo a la implementación de REDES 1, proveen información basal a nivel distrital respecto a una serie de indicadores altamente próximos a los indicadores de resultados del Proyecto, como “medición de presión arterial en el último año” y “tratamiento farmacológico de hipertensión arterial”. La ENFR de 2013 provee información de seguimiento a estos indicadores—la ENFR de 2018 permitirá realizar una evaluación ex post de REDES 2.

Con relación a la medición de tensión arterial, el efecto atribuible a REDES presentó una razón de probabilidades significativa (OR por sus siglas en inglés) de 1,61¹⁴. Para el caso de tratamiento hipertensivo, la evaluación arrojó un OR significativo de 2,37¹⁵.

[Otra investigación](#) analiza empíricamente el impacto atribuible a REMEDIAR y a REDES en conjunto sobre la tasa estandarizada de muerte prematura por accidentes cerebrovasculares (ACV). Según ese estudio, aunque a nivel poblacional esta tasa se redujo significativamente en Argentina entre 2000 y 2011, las condiciones socioeconómicas de los distritos y la prescripción de antihipertensivos a nivel distrital se asociaron significativamente a una mayor reducción en las muertes prematuras por ACV. Mientras en los distritos de mayor ingreso la prescripción de

¹³ La evaluación definió como “distritos de tratamiento” a aquellos en los que al menos un CAPS participaba en el programa y tomó en cuenta únicamente localidades en jurisdicciones que en 2013 hubiesen tenido al menos dos años de implementación de REDES.

¹⁴ Un valor de OR mayor a uno significa que una persona en la localidad de tratamiento tuvo una mayor probabilidad de una respuesta afirmativa para la variable de análisis. En el caso de medición de tensión arterial, por ejemplo, la evaluación de impacto encuentra que una persona en una localidad REDES tuvo una probabilidad 68% mayor a realizarse una medición en el último año respecto a otra que vivía en una localidad en la que REDES no tenía presencia.

¹⁵ Aunque la evaluación no contempló el pareamiento de localidades para otros indicadores disponibles en las ENFR, encontró un OR favorable para REDES, aunque al límite de la significancia estadística, en cuanto a medición de colesterol (1,45), y tendencias no significativas en el tratamiento hipolipemiente (2,48), en el tratamiento de la diabetes (1,68) y en la medición de la glucemia (0,90).

antihipertensivos 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 en la prescripción de antihipertensivos en todo el país, excepto en los centros bajo REDES, donde aumentaron.

Si bien estos estudios refieren al impacto de REDES en sus primeros años de implementación, es razonable suponer que sus resultados son relevantes para REDES 2. Por un lado, y como se discutió anteriormente, el programa ha venido experimentando un proceso de aprendizaje que lo ha llevado a superar continuamente su nivel de productividad. Por otro lado, resulta razonable suponer que la población y los efectores incorporados al universo de atención en la segunda etapa de REDES no modificarán sustancialmente las características promedio del grupo de tratamiento, ya que la población continúa siendo la de cobertura pública exclusiva. En todo caso, este supuesto será verificable en 2019, cuando estén disponibles los datos de la ENFR de 2018.

Por otro lado, el indicador de resultados intermedios relacionado con la cobertura de prescripciones de medicamentos esenciales para la población con CPE por parte de REMEDIAR fue monitoreado a través de encuestas externas a consultantes de CAPS, específicamente diseñadas para ese propósito. Más allá de que esas encuestas arrojaron que el progreso en la cobertura de REMEDIAR resultó menor al esperado, es importante destacar que otros estudios dan cuenta de la efectividad del programa 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 su impacto en la [equidad al acceso a medicamentos](#) esenciales entre quintiles de ingreso.

d. Resultados imprevistos

No se evidenciaron resultados imprevistos.

2.3 Eficiencia

La implementación del Proyecto resultó altamente eficiente, ya sea utilizando como métrica la metodología para el monitoreo de proyectos utilizada por el BID (PMR) o dos ejercicios de análisis Beneficio-Costo de la interacción entre REMEDIAR y REDES. Asimismo, las evaluaciones de REMEDIAR discutidas en la sección anterior dan cuenta de su impacto en términos de incrementar la eficiencia distributiva del gasto público en términos de acceso a medicamentos esenciales.

Durante toda su ejecución, el proyecto mantuvo una calificación satisfactoria según la metodología del PMR. Dicha metodología mide cinco índices que se combinan en un indicador sintético¹⁶. Los índices miden desviaciones en términos de costo y tiempo con respecto al plan

¹⁶ Los cinco indicadores de desempeño son: (i) desembolsos históricos acumulados por el proyecto y comparado con la curva de desembolso histórica de 10 años de desembolsos en todos los proyectos de Argentina; (ii) índice de costo de desempeño anual, CPI(a); (iii) índice de costos de desempeño acumulado, CPI; (iv) índice de cronograma anual, SPI(a); y (v) índice de cronograma acumulado, SPI. Un proyecto se considera satisfactorio cuando su indicador sintético es igual o mayor a 2,5.

acumulado y al plan anual del Proyecto y a la planificación de la duración de este, estimada cuando al alcanzar elegibilidad para desembolsos. El proyecto logró desembolsar la totalidad de sus recursos de financiamiento en noviembre de 2016. Requirió una prórroga del plazo de desembolsos de 10 meses, hasta septiembre de 2017, para completar la ejecución del programa.

Aunque el componente REDES tuvo un alto nivel de eficiencia en su ejecución, varias jurisdicciones experimentaron dificultades significativas para invertir los recursos desembolsados por el Proyecto, aunque hubiesen logrado cumplir los hitos activadores para el financiamiento de sus PJI, debido al poco dinamismo de sus circuitos administrativos de compra y controles internos. Esto implicaba un riesgo de desarrollo, al reducir el impacto de REDES por el retraso en el fortalecimiento de la capacidad de resolución de los efectores del PNA, y un potencial riesgo fiduciario, debido a que las transferencias realizadas por podrían seguir pendientes de inversión al finalizar el Proyecto, más allá de que el Banco las hubiese reconocido como inversión. Como medidas de mitigación, entre otros: (i) se fortaleció la capacidad del MINSAL para acompañar a las jurisdicciones en sus procesos de adquisición; (ii) se incorporaron condiciones que promovieron la ejecutabilidad de los PIJ en los Compromisos de Gestión que firman los ministerios de salud jurisdiccionales con el de Nación; y (iii) se incorporaron condiciones mínimas de ejecución como elementos para monitorear la elegibilidad de las jurisdicciones para participar en REDES 3. Estas medidas han resultado en una aceleración en el compromiso de las inversiones por parte de las jurisdicciones.

La Tabla 3 resume los costos del proyecto. Los costos por producto guardaron una alta correspondencia con los originalmente previstos.

Para la aprobación de la segunda fase del programa se realizó un [análisis costo-beneficio ex ante de REDES](#). Los beneficios del programa se computaron a partir de la suma de: (i) el ahorro en costos médicos directos por el número de eventos asociados a HTA y DBT que se evitaron a partir del incremento atribuible al programa—según la evaluación de impacto de REDES 1—en el número de personas con estos padecimientos que fueron tratados; y (ii) la valuación del ahorro en valor presente neto por los años de vida prematura que se evitaron de forma atribuible al programa, comparando tasas de mortalidad entre distritos REDES y no REDES¹⁷. Estos beneficios fueron comparados contra el costo total de REDES, arrojando una razón beneficio-costos de 1,4, con una tasa de descuento de 3%, recomendada por la Organización Mundial de la Salud para este tipo de programas. En este análisis se realizaron dos ejercicios de sensibilidad. El primero concluyó que una disminución de 30% en el costo ahorrado por los eventos evitados no implicaría una razón beneficio-costos menor a uno para REDES. El segundo, analiza la variación en la atribución a REDES de la diferencia en la prescripción de medicamentos antihipertensivos y para el tratamiento de la DBT en la costo-efectividad de REDES—supuesto que a la postre fue confirmado empíricamente [19]—concluyendo que a partir de 40% de atribución el programa sería costo-efectivo.

¹⁷ Según las ENFR de 2005 y 2009, los distritos sin REDES tenían valores de línea de base superiores a los de REDES para los indicadores de impacto, por lo que esta estimación corresponde razonablemente con un efecto mínimo.

A los fines de este informe, se [actualizó el ejercicio de análisis costo beneficio](#), con las siguientes modificaciones: (i) se utilizaron los resultados alcanzados por REDES 2; (ii) se utilizaron las prevalencias de HTA y DBT de la ENFR de 2013; (iii) se amplió su alcance para evaluar la costo-efectividad de la intervención compuesta de promoción de la demanda por medicamentos para el tratamiento de HTA y DBT (REDES) y el aseguramiento de la disponibilidad gratuita de su oferta (REMEDIAR); y (iv) en el análisis de sensibilidad, se relajó el supuesto implícito en el ejercicio ex ante, de que las personas que acceden a medicamentos REMEDIAR no hubiesen podido acceder a ellos en el mercado, dado su bajo nivel de ingresos. En el escenario más benigno para el Proyecto, en el que ninguna persona con CPE hubiese accedido a medicamentos para el tratamiento de HTA y/o DBT, el Proyecto alcanza una razón beneficio-costos de 14,5. En el extremo opuesto, es decir, si las personas hubiesen accedido de cualquier forma a los medicamentos en el mercado, el Proyecto alcanza una razón beneficio-costos de 1,2.

Tabla 3 Costos del proyecto¹⁸

Producto			2013	2014	2015	2016	2017	Costo
Costo revisado del Componente								
Componente 1: Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de Servicios de Salud								41,639,043.00
1.1	Proyectos jurisdiccionales bajo la modalidad "Redes 2" aprobados.	P		1,000,000.00	1,000,000.00			2,000,000.00
		P(a)		2,305,059.00	2,502,548.00	1,341,515.00	7,711.00	3,840,236.00
		A	0.00	580,653.00	2,124,820.00	1,127,052.00	7,711.00	3,840,236.00
1.2	Provincias ejecutando proyectos provinciales "Redes 2" por año.	P		11,000,000.00	26,500,000.00			37,500,000.00
		P(a)		1,129,651.00	11,541,599.00	20,455,811.00	7,190,115.00	34,501,033.00
		A	0.00	425,116.00	9,672,117.00	17,213,685.00	8,079,081.00	35,389,999.00
1.3	Personal sanitario capacitado.	P	0.00	1,000,000.00				1,000,000.00
		P(a)	0.00	663,818.00	943,394.00	423,958.00	111,926.00	1,612,017.00
		A		358,742.00	762,652.00	378,697.00	64,740.00	1,564,831.00
1.4	Informe de evaluación del piloto de cáncer colorrectal finalizado.	P	0.00	2,100,000.00				2,100,000.00
		P(a)	0.00	1,253,352.00	898,293.00	820,042.00	360,738.00	1,525,477.00
		A	11,140.00	653,730.00	369,703.00	130,166.00	206,139.00	1,370,878.00
1.5	Evaluación cuali-cuantitativa de los factores condicionantes a la aplicación y adherencia a las normas de evaluación de Riesgo Cardiovascular Global en efectores del Primer Nivel de Atención finalizada.	P	0.00	100,000.00				100,000.00
		P(a)	0.00	100,000.00	59,250.00	0.00	0.00	0.00
		A	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.6	Estudios de caso de estrategias innovadoras provinciales evaluadas.	P	0.00	100,000.00	200,000.00			300,000.00
		P(a)	0.00	68,574.00	254,060.00	122,755.00	14,545.00	160,280.00
		A	0.00	40,644.00	78,073.00	27,018.00	3,922.00	149,657.00

¹⁸ Para programas multifase, se debe preparar una tabla separada de costos para cada fase. Para PBLs, no se requiere la descomposición de los costos por componente.

Producto			2013	2014	2015	2016	2017	Costo
								Costo revisado del Componente:
Componente 2: Provisión de servicios estratégicos								138,167,047.00
2.1	Tratamientos con medicamentos esenciales distribuidos.	P	36,000,000.00	48,360,000.00	42,180,000.00			126,540,000.00
		P(a)	36,000,000.00	63,514,263.00	24,937,562.00	0.00	0.00	135,137,694.00
		A	45,240,472.00	59,890,581.00	29,720,317.00	286,324.00	0.00	135,137,694.00
2.2	Unidades de dispensa de medicamentos equipadas para la mejora en la gestión clínica.	P	0.00	3,200,000.00	4,800,000.00			8,000,000.00
		P(a)	0.00	1,466,000.00	6,109,746.00	0.00	0.00	1,396,908.00
		A	0.00	126,011.00	1,150,586.00	120,311.00	0.00	1,396,908.00
2.3	Nuevos tratamientos (estatinas y amlodipina) distribuidos.	P	0.00	1,500,000.00	3,500,000.00			5,000,000.00
		P(a)	0.00	480,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00
		A	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2.4	Informe de identificación de procesos críticos para conseguir la certificación de procesos de Remediar aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación.	P	0.00	100,000.00				100,000.00
		P(a)	0.00	273,000.00	42,324.00	0.00	0.00	52,310.00
		A	0.00	10,950.00	41,360.00	0.00	0.00	52,310.00
2.5	Personal sanitario capacitado en uso racional de medicamentos.	P	0.00	350,000.00	700,000.00			1,050,000.00
		P(a)	0.00	1,435,858.00	1,033,489.00	0.00	0.00	1,571,565.00
		A		590,404.00	958,907.00	22,254.00	0.00	1,571,565.00
2.6	Estudios y evaluaciones para el Programa Remediar finalizados.	P	0.00	100,000.00	210,000.00			310,000.00
		P(a)	0.00	60,000.00		0.00	0.00	8,570.00
		A		0.00	8,570.00	0.00	0.00	8,570.00
								Costo revisado del Componente:
Componente 3: Consolidación de sistemas de información de salud pública								7,149,872.00
3.1	Informe sobre Sistemas de Información a nivel de Centros de Atención Primaria de la Salud.	P	0.00	3,000,000.00				3,000,000.00
		P(a)	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
		A		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
		P	0.00	800,000.00	1,200,000.00			2,000,000.00
3.2	Centros de atención primaria de la salud informatizados.	P(a)	0.00	412,306.00	967,998.00	811,507.00	69,449.00	2,398,119.00

Producto			2013	2014	2015	2016	2017	Costo
3.3	Hospitales que reportan al Registro Integral de Tumores de la Argentina.	A		342,613.00	1,113,877.00	872,180.00	106,422.00	2,435,092.00
		P	0.00	1,000,000.00				1,000,000.00
		P(a)	0.00	931,125.00	650,284.00	275,511.00	188,280.00	1,286,234.00
3.4	Provincias cuyos hospitales han sido incorporados al Sistema de Información de Tamizaje.	A	5,973.00	260,058.00	480,866.00	351,057.00	190,839.00	1,288,793.00
		P	0.00	1,000,000.00				1,000,000.00
		P(a)	0.00	337,267.00	1,228,953.00	890,422.00	698,186.00	3,465,519.00
		A	7,419.00	516,908.00	1,081,968.00	1,161,038.00	573,145.00	3,340,478.00
Otros costos			2013	2014	2015	2016	2017	Costo
Comisiones		P	0.00	250,000.00	250,000.00			500,000.00
		P(a)	0.00	250,000.00	0.00	0.00	0.00	500,000.00
		A		0.00	0.00	500,000.00	0.00	500,000.00
Imprevistos		P		1,000,000.00	1,000,000.00			2,000,000.00
		P(a)		1,000,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00
		A		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Administración		P	100,000.00	3,000,000.00	3,400,000.00			6,500,000.00
		P(a)	100,000.00	3,000,000.00	3,498,891.00	1,585,853.00	1,641,640.00	12,544,038.00
		A		2,028,283.00	5,981,026.00	2,893,089.00	1,050,591.00	11,952,989.00
Total			2013	2014	2015	2016	2017	Costo
Costo total		P	36,100,000.00	78,960,000.00	84,940,000.00			200,000,000.00
		P(a)	36,100,000.00	78,680,273.00	54,668,391.00	26,727,374.00	10,282,590.00	200,000,000.00
		A	45,265,004.00	65,824,693.00	53,544,842.00	25,082,871.00	10,282,590.00	200,000,000.00

2.4 Sostenibilidad

a. Aspectos generales de sostenibilidad

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

Más allá de que REDES 3 cuente con financiamiento hasta 2021 con recursos de la segunda fase del Programa Multifase, este programa se ha constituido en uno de los ejes operativos de la política de Cobertura Universal de Salud (CUS) de la actual administración del Gobierno Nacional [20]. Por otro lado, Cobertura Universal de Salud - Medicamentos ha transformado a REMEDIAR de un programa con financiamiento externo a una política pública de salud plenamente financiada con recursos nacionales.

En buena medida, la CUS vino a mitigar dos de los principales riesgos que enfrenta la sostenibilidad de REDES: (i) lograr que los incentivos, la capacitación del personal sanitario y el acompañamiento a las jurisdicciones, tanto para la búsqueda activa de la población en riesgo como para el desarrollo de vasos comunicantes entre el PNA y los niveles de complejidad superior, impactaran de manera permanente en el modelo prestacional de las jurisdicciones; y (ii) coordinar su implementación a nivel territorial con otros programas del MINSAL que comparten el objetivo de fortalecimiento del PNA, particularmente con el Programa SUMAR, financiado por el Banco Mundial, que aunque hasta la fecha ha sido preponderante en la atención materno-infantil, prevé extenderse fuertemente a la cobertura de ECNT en los próximos años. En el marco de la CUS, el MINSAL está promoviendo que las provincias inicien un proceso de transformación de su modelo prestacional en el PNA, capaz de atender a su población a cargo de manera activa, incluyendo la implementación del Modelo de Cuidados de Crónicos, y ha promovido que las jurisdicciones creen unidades ejecutoras únicas para sus programas de financiamiento externo, con el fin de garantizar la coherencia y complementariedad entre estos programas.

El proceso electoral que vivirá Argentina en 2019 podría ser considerado un riesgo a la continuidad de REDES o CUS Medicamentos. Sin embargo, este riesgo se considera bajo, dado el alto consenso a nivel político y federal respecto a la pertinencia de estas intervenciones, 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: actualmente 22 de las 24 jurisdicciones han logrado cumplir los requisitos para transitar a REDES 3.

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.

El Cuadro 5 resume la evaluación del Proyecto conforme a sus criterios centrales. Analizando la totalidad de estos criterios, el desempeño del proyecto es evaluado como Parcialmente Satisfactorio.

Cuadro 5. Resumen de la evaluación global del Proyecto, según las Dimensiones Centrales

Dimensión	Evaluación
Relevancia	Excelente
Efectividad	Parcialmente insatisfactorio ¹⁹
Eficiencia	Excelente
Sostenibilidad	Excelente

III. CRITERIOS NO CENTRALES

3.1 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. 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.

3.2 Desempeño del Prestatario

El desempeño del Prestatario resultó altamente satisfactorio. Los equipos técnicos del MINSAL 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

La evidencia generada por esta operación sugiere que es costo-efectivo promover activamente el tamizaje de la población para detectar padecimientos o riesgo de padecer ECNT, particularmente cuando es acompañada por políticas que garanticen el acceso a los medicamentos que requiere su tratamiento. A lo largo de este documento se hizo referencia a investigaciones que concluyen que la implementación del Modelo de Cuidado de Pacientes Crónicos que, entre otros, implica la búsqueda activa de la población desde el PNA para su clasificación por riesgo sanitario y seguimiento, constituye una forma efectiva para atender este

¹⁹ Conforme a las Guías para la preparación de Informes de Cierre de Proyecto de 2018, un proyecto es Parcialmente Insatisfactorio si más del 50% de sus objetivos de desarrollo fueron plena o altamente alcanzados y al menos uno de estos objetivos es evaluado como insatisfactorio.

tipo de padecimientos. Asimismo, hay amplia evidencia de la costo-efectividad de la prescripción de los medicamentos para el tratamiento de ECNT que enmarcó este Proyecto. Sin embargo, la evidencia sobre la costo-efectividad de promover el Modelo de Crónicos desde el PNA es escasa, por lo que esta operación realiza aportes analíticos que pueden ser útiles para el diseño de políticas y proyectos dirigidos a la atención de ECNT.

La sostenibilidad de largo plazo del Proyecto implica traducir los incentivos financieros y la capacitación y acompañamiento técnico a las jurisdicciones en cambios estructurales a la plataforma prestacional de servicios. El FEAPS arrojó como una de sus lecciones aprendidas que hay una relación biunívoca entre los incentivos financieros basados en desempeño y la capacidad prestacional y de gestión de los efectores de servicios de salud: aunque los programas de financiamiento por desempeño pueden contribuir a generar esas capacidades, parecerían existir niveles mínimos bajo los cuales esos programas tendrían bajo impacto. Esa lección fue incorporada en el diseño de REDES 2 y, su desempeño sugiere que mecanismos como la supervisión capacitante a los proveedores de servicios de salud fueron fundamentales para el logro de sus metas. No obstante, este tipo de mecanismos, per se, no constituye una modificación estructural al modelo prestacional u organizacional de los servicios de salud. Por ello, este documento destaca la inserción de REDES en el marco de la política de Cobertura Universal de Salud como un elemento crítico para su sustentabilidad.

El Marco de Resultados del Proyecto originalmente aprobado perdió pertinencia con la actualización de la información del desempeño de REDES. Haber tenido esto en cuenta desde el diseño, permitió ajustar la Matriz, manteniéndola vigente como una herramienta relevante para la gestión del Proyecto, sin comprometer el proceso de rendición de cuentas. Por ello, es recomendable que en proyectos donde exista incertidumbre sobre el marco de resultados, debido a la falta de información actualizada (ya sea de línea de base o sobre el potencial desempeño del proyecto), se explicita esto desde el diseño y se prevean los mecanismos y los tiempos en que se actualizará la métrica contra la cual se medirá el desempeño del proyecto. Esto es particularmente relevante para el caso de proyectos que constituyan una innovación.

El financiamiento a los PJI redujo su impacto potencial en algunas jurisdicciones, debido a los tiempos excesivos que enfrentaron para la realización de las adquisiciones previstas en sus planes, constituyendo también un potencial riesgo fiduciario para el Gobierno Nacional y para el Banco, dado que los recursos transferidos podrían no haber sido ejecutados durante el ciclo de vida del Proyecto. Por ello, es recomendable que en proyectos que transfieran recursos a entidades subnacionales para su ejecución se analice la conveniencia de realizar un análisis ex ante las normas y procedimientos fiduciarios de estas, y que se prevean mecanismos para fortalecer su capacidad de gestión financiera y de adquisiciones.

Tabla 4
Hallazgos y recomendaciones

Hallazgos	Recomendaciones
Dimensión 1: Técnico-sectorial	
Hallazgo # 1 La evidencia generada por esta operación sugiere que es costo-efectivo promover activamente el tamizaje de la población para detectar padecimientos o riesgo de padecer ECNT, particularmente cuando es acompañada por políticas que garanticen el acceso a los medicamentos que requiere su tratamiento.	Recomendación # 1: Los proyectos dirigidos a atender ECNT deberían considerar incluir componentes de búsqueda activa de personas que las padecen o que están en riesgo de padecerlas.
Hallazgo # 2. La sostenibilidad de largo plazo del Proyecto implica traducir los incentivos financieros y la capacitación y acompañamiento técnico a las jurisdicciones en cambios estructurales a la plataforma prestacional de servicios	Recomendación # 2: El diseño de los proyectos que provean financiamiento contra el logro de resultados o la implementación de procesos deben tomar en cuenta que estos mecanismos podrían no ser suficientes para realizar un cambio estructural en la plataforma prestacional y prever mecanismos adicionales para lograrlo.
Hallazgo # 3. El Marco de Resultados del Proyecto originalmente aprobado perdió pertinencia con la actualización de la información del desempeño de REDES. Haber tenido esto en cuenta desde el diseño, permitió ajustar la Matriz, manteniéndola vigente como una herramienta relevante para la gestión del Proyecto, sin comprometer el proceso de rendición de cuentas.	Recomendación # 3: En contextos de alta incertidumbre para el diseño de la Matriz de Resultados de un proyecto—particularmente si este constituye una innovación—es importante prever desde el diseño los mecanismos explícitos a través de los cuales se realizará su actualización, a fin de no comprometer el proceso de rendición de cuentas.
Dimensión 2: Fiduciaria	
Hallazgo # 4: El financiamiento a los PJI redujo su impacto potencial en algunas jurisdicciones, debido a los tiempos excesivos que enfrentaron para la realización de las adquisiciones previstas en sus planes, constituyendo también un potencial riesgo fiduciario para el Gobierno Nacional y para el Banco, dado que los recursos transferidos podrían no haber sido ejecutados durante el ciclo de vida del Proyecto	Recomendación # 4: En el contexto de proyectos que transfieran recursos a entidades subnacionales para su ejecución se recomienda analizar la conveniencia de realizar una evaluación ex ante las normas y procedimientos fiduciarios de estas, y prever mecanismos para fortalecer su capacidad de gestión financiera y de adquisiciones.