

PROGRAMA DE REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:
SALTA, LA PAMPA Y CÓRDOBA

(AR-0120)

RESUMEN EJECUTIVO

PRESTATARIO Y GARANTE: República de Argentina

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS)

MONTO Y FUENTE:

BID:	US\$100 millones (CO)
Aporte local:	US\$ 67 millones
Total:	US\$167 millones

PLAZOS Y CONDICIONES FINANCIERAS:

Plazo de amortización:	20 años
Período de gracia:	5 años
Período de desembolso:	5 años
Tipo de interés:	variable
Inspección y vigilancia:	1%
Comisión de crédito:	0,75%
Moneda:	dólares norteamericanos de la Facilidad Unimonetaria

OBJETIVOS: Apoyar al gobierno argentino en sus esfuerzos por aumentar la eficiencia y promover la equidad en salud, a través de la implantación de nuevas modalidades de atención primaria de salud en las Provincias que atiendan los siguientes propósitos: a) orientar los servicios de salud hacia los grupos más necesitados, a partir de la utilización de criterios específicos de focalización; b) reconvertir los sistemas de provisión de servicios, organizados con base en la oferta pública, hacia sistemas guiados fundamentalmente por las necesidades y preferencias de los usuarios; c) sustituir la remuneración basada en salarios fijos con la introducción progresiva de sistemas alternativos de pago por los servicios, promoviendo incentivos económicos a la mejor atención médica; y, d) adoptar sistemas de salud de la familia y modelos más costo-efectivos de gestión de los servicios.

DESCRIPCIÓN: El programa incluiría la ejecución de tres componentes:

1. Componente Nacional del Programa (US\$22,3 millones)

El componente tiene como propósitos: (i) la reconversión de recursos humanos y la creación de estrategias de formación básica en Atención Primaria de

Salud (APS) para los Equipos de Salud de Familia (ESF) en las provincias y la adecuación de los sistemas e instrumentos de educación formal en salud; (ii) la adecuación de la estructura del MSAS para el nuevo modelo, en especial en lo que se refiere al montaje de sistemas de información, a los programas de comunicación social y al fortalecimiento institucional para la implantación y seguimiento del nuevo modelo; y, (iii) el financiamiento y apoyo técnico al diseño de proyectos de reforma de APS que sean solicitados por las provincias para ser considerados en una eventual nueva operación. El componente se subdivide en los siguientes tres subcomponentes detallados a continuación:

- a. Formación, Reconversión y Capacitación de Recursos Humanos (US\$15,2 millones): Este subcomponente comprende la reconversión de recursos humanos y la creación de estrategias de introducción de contenidos de APS en todos los procesos de formación y capacitación de personal, tales como capacitación de corto plazo, pregrado, residencias en APS, posgrado y educación continua. Las principales actividades de este subcomponente son: (i) el apoyo al diseño de planes de capacitación profesional de APS en las provincias; (ii) la capacitación de corto plazo en APS, incluso en el área de sistemas de gestión; (iii) la definición de perfiles requeridos para los profesionales de los ESF y mecanismos de certificación y recertificación; (iv) la revisión de los programas de pregrado de formación de médicos y otros profesionales de la salud, reorientándolos a la APS y salud de la familia; (v) la creación de residencias en APS para médicos y personal de enfermería en las universidades y centros de formación profesional en salud; y, (vi) el desarrollo de programas e instrumentos de educación continua en APS (cursos de posgrado, educación a distancia y sistemas de rotaciones) para los ESF.
- b. Adecuación de la estructura del MSAS vinculada al Nuevo Modelo de APS (US\$3,3 millones): Este subcomponente será desarrollado a través de tres actividades: (i) sistema de información de APS; (ii) programa de comunicación social; y, (iii) fortalecimiento institucional del MSAS.
- c. Preparación de Proyectos Provinciales (US\$3,8 millones): El MSAS proveerá recursos para la preparación de los proyectos provinciales, con base en: (i) la solicitud del proyecto por parte de la provincia, expresando la concordancia con los principios de la reforma de APS; (ii) la verificación de las condiciones para la

realización del proyecto provincial (diagnóstico de situación); (iii) la elaboración de un plan de acción preparatorio para el desarrollo del proyecto; (iv) la selección, en conformidad con las normas de competencia internacional, de la firma consultora que preparará el proyecto; y, (v) la elaboración del proyecto según la metodología pre-establecida.

2. Reforma de la Atención Primaria de Salud en la Provincia de Salta (US\$35,8 millones)

El componente tiene por objetivo implantar la reforma de APS en la Provincia de Salta. Los propósitos centrales del proyecto son la creación de Unidades de Salud de Familia (USF) estructuradas a través de nuevos sistemas de remuneración e incentivos de personal, la adecuación de la infraestructura, el establecimiento de estrategias de capacitación de personal con el apoyo del MSAS, y el fortalecimiento institucional del Ministerio, para las tareas de regulación, gestión y evaluación del nuevo modelo. El componente se estructura en cinco subcomponentes:

a. Sistema de Remuneración e Incentivos (US\$12,5 millones): La reconversión de recursos humanos se basará en la aplicación de incentivos que permitirán la adhesión de los empleados del sector público de salud provincial a un nuevo sistema de contratación, remuneración y gestión de personal, que tiene como meta el cambio progresivo del actual sistema basado en sueldos fijos a un sistema de pago por capitación. Bajo este nuevo sistema, el equipo de salud de la familia tendrá, según la preferencia de los usuarios, su remuneración vinculada a ingresos per cápita, en las áreas urbanas, e incentivos a la productividad, calidad y cobertura en las áreas perirurbanas y rurales.

El programa financiaría el pago de las capitaciones para los ESF con población a cargo focalizada por el programa. Los pagos serían decrecientes en el tiempo con miras a su absorción progresiva en el presupuesto de salud de la Provincia. Las demás capitaciones serán cubiertas por las Obras Sociales, medicina prepaga o por los gastos directos de las familias de mayor ingreso. Los valores per cápita serán ajustados según factores de riesgo (sexo, edad, etc.). La creación de unidades de salud de familia es abierta, tanto al sector público como al privado y a las Obras Sociales, a partir del modelo organizativo definido por el Programa.

b. Adecuación de Infraestructura (US\$10,2 millones)
Este subcomponente contempla el financiamiento de los procesos de refacción, readecuación y reequipamiento

de la infraestructura pública de atención primaria de salud en función de las necesidades de los servicios, con especial énfasis en los consultorios de médicos de familia y su equipo, así como a la mejoría de la red de referencia para derivar los pacientes del sistema de APS.

c. Sistemas de Información (US\$4,7 millones) Este subcomponente contempla la implantación de un sistema de identificación y registro de usuarios; la aplicación de mecanismos de focalización del programa a los grupos de bajo ingreso, la producción de datos de morbilidad y de costos para el establecimiento de sistemas de recuperación de costos; el establecimiento de sistemas de monitoreo y gestión de la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la capacidad de gestión de la información del Ministerio de Salud provincial. Aunque la gratuidad del sistema se destine solamente a los grupos de bajo ingreso (a través de la focalización), la identificación de los usuarios se extenderá a toda la población provincial. El nuevo sistema funcionará como puerta de entrada para todos los niveles de servicios de salud.

La identificación de los usuarios se basará en un sistema de tarjetas magnéticas de salud, que contendrá datos e informaciones relacionadas con: (a) características socioeconómicas; y, (b) afiliación a sistemas de salud (Obras Sociales, empresas de medicina prepaga y otros, etc). La informatización del sistema de atención primaria de salud permitirá que se construya una base de datos epidemiológica y de utilización de los servicios de salud.

d. Comunicación Social (US\$4,8 millones): El subcomponente financiará las estrategias de comunicación y difusión de información relacionada con el nuevo modelo de salud de la familia dirigida a grupos de interés directamente involucrados tales como médicos y profesionales de salud, gremios profesionales, universidades, prestadores y gestores de servicios de salud, Obras Sociales, e instituciones de medicina prepaga y usuarios de los servicios.

e. Fortalecimiento Institucional (US\$3,6 millones): El subcomponente contempla estudios y consultorías para el Ministerio de Salud de la Provincia destinadas a definir la estructura gerencial básica para el funcionamiento, gestión y monitoreo del nuevo sistema.

3. Reforma de la Atención Primaria de Salud en las Provincias de La Pampa y Córdoba (US\$101,5 millones)

La Provincia de La Pampa manifestó al MSAS su interés en participar en el Programa y elaboró por su cuenta un proyecto para ser sometido a la apreciación del MSAS y del Banco. Si bien dicho esfuerzo califica la Provincia para que pueda ser incluida en el programa, el proyecto presentado fue evaluado como preliminar. La Provincia de La Pampa, desarrollará su proyecto tomando como base la metodología utilizada para la preparación del proyecto de la Provincia de Salta. La preparación del proyecto de La Pampa será financiada con fondos de preinversión (préstamo 925/OC-AR).

El nuevo Gobierno de la Provincia de Córdoba manifestó al MSAS su intención de adherirse al Programa y se encuentra promoviendo esfuerzos para presentar, a la brevedad, un proyecto preliminar que lo calificará para participar del mismo, siguiendo los lineamientos que se detallan en el Reglamento Operativo. La preparación del proyecto de Córdoba será financiada con fondos de preinversión (préstamo 925/OC-AR).

**ROL DEL PROYECTO
EN LA ESTRATEGIA
DEL BANCO DEL
PAÍS Y DE SECTOR:**

En apoyo a las prioridades establecidas por el gobierno nacional, y atendiendo a los lineamientos de la Octava Reposición de Recursos, la acción del Banco en la Argentina se concentra en: (i) profundizar y consolidar la modernización del Estado realizada a nivel central y extenderla a los Gobiernos provinciales y municipales; (ii) reducir la pobreza y elevar la calidad de vida de la población con acciones dirigidas para proveer fuentes de empleo productivo y a aumentar la cobertura de los programas sociales; y, (iii) elevar la productividad y la competitividad de los sectores de bienes transables, utilizando un enfoque de defensa del medio ambiente, vía la provisión de infraestructura de apoyo y actividades que faciliten la modernización del aparato productivo y la integración regional. El programa propuesto atendería los dos primeros objetivos mencionados.

**REVISIÓN DE MEDIO
AMBIENTE Y
ASPECTOS SOCIALES:**

Para potenciar el impacto del Programa sobre los diferentes segmentos de la población, los componentes de comunicación social, adecuación de infraestructura y de formación y capacitación de personal, incluyen estrategias para la salud de la mujer y para pueblos aborígenes. Además, el Reglamento Operativo contiene las medidas de protección necesarias para asegurar la factibilidad ambiental de las inversiones físicas (primer nivel). Estas consideraciones ambientales y sociales serán aplicadas al proyecto de la Provincia de Salta. La preparación del Programa no requirió de la Evaluación de Impacto Ambiental (EIA) (ver pár. 4.22).

BENEFICIOS:

Entre los beneficios del Programa, se destacan: (a) la mejoría de la salud de la población, a través del

aumento de la cobertura de atención primaria, especialmente para los grupos de bajo ingreso y más vulnerables como mujeres y niños, con una adecuada focalización; (b) el aumento de la eficacia de los servicios, a través de la garantía de un paquete de prestaciones esenciales; (c) el aumento de la calidad y del grado de satisfacción del usuario, con la introducción de mecanismos de competencia y libre elección de médicos de familia; (d) la mejoría de la eficiencia de la atención médica, mediante la adecuación de los costos de personal de salud a mediano y largo plazo y la introducción de regímenes más flexibles de contratación; (e) el aumento del grado de equidad del sistema, a partir de la perspectiva de recuperación de costos de los servicios prestados a los beneficiarios de las Obras Sociales y sistemas de medicina prepaga, permitiendo destinar los recursos públicos para los grupos más necesitados; y, (f) la integración y jerarquización de la red de servicios de salud de forma coordinada con las reformas que vienen siendo implantadas en el país.

RIESGOS:

a. Coordinación con los otros proyectos que integran la reforma - El éxito del programa exige una buena articulación con otros proyectos que componen la reforma de salud en curso, como el Programa de Hospitales Públicos de Autogestión (PRESSAL), el Programa de Nutrición Materno Infantil (PROMIN) y el Programa de Reforma de Obras Sociales (PROS) financiados por el Banco Mundial. Para minimizar el riesgo de una posible desarticulación, se ha acordado preliminarmente con el MSAS que se deberán realizar algunos ajustes al PROMIN, a fin de que éste contribuya al establecimiento de un sistema de provisión de servicios basado en la demanda. Además, el MSAS ha coordinado esfuerzos con el PRESSAL y con el Programa de Reforma de las Obras Sociales en la misma dirección.

b. Aceptación del modelo por parte de los grupos de interés - El programa cambiará la condición laboral de los empleados públicos del sector salud, lo que podrá generar resistencias corporativas a las reformas. Para minimizar este riesgo, el Programa contempla, por un lado, la implementación de incentivos económicos para motivar su aceptación y, por otro, estrategias de comunicación social dirigidas a explicar las ventajas del programa y, con esto, reducir la resistencia a los cambios.

c. Falta de coordinación entre las actividades de capacitación y la implantación del modelo - El proyecto requerirá de una estrecha coordinación entre las tareas de capacitación previstas en el componente nacional y las necesidades de formación de personal

en las provincias. Para mitigar el riesgo de descoordinación, la Unidad Ejecutora Central (UEC) y las Unidades Ejecutoras Provinciales del Programa (UEP) acordarán la elaboración de una red PERT con la secuencia de actividades conjuntas y coordinadas para implantación de las actividades de capacitación y formación de personal en APS en cada proyecto provincial.

**CLÁUSULAS
CONTRACTUALES
ESPECIALES:**

Como condiciones contractuales previas al primer desembolso, se tienen previstas las siguientes: (i) conformación de la UEC con la estructura y el personal idóneo dentro del MSAS; y, (ii) puesta en vigencia, mediante Resolución del Ministro de Salud y Acción Social, del Reglamento Operativo del Programa previamente acordado con el Banco (pár. 3.3).

Como condiciones especiales previas al primer desembolso de los recursos correspondientes a los proyectos de Salta, La Pampa y Córdoba: (i) suscripción del contrato de préstamo subsidiario entre el Prestatario y la Provincia respectiva en base a una ley de endeudamiento provincial que autorice al Ejecutivo Provincial a contraer un préstamo de acuerdo con los términos y las condiciones del eventual contrato de préstamo del Banco (pár. 3.42); (ii) conformación de la Unidad Ejecutora Provincial con la estructura y personal idóneo dentro de los respectivos ministerios de salud provinciales (pár. 3.27); (iii) puesta en vigencia, del Reglamento Operativo del Programa y, (iv) demostración que se ha completado al menos dos terceras partes del catastro de la población objetivo provincial por el Sistema Único de Identificación y Registro de Familias Beneficiarias de Programas Sociales (SISFAM) (pár. 3.19). Como otras condiciones especiales para la ejecución del Programa se prevén las siguientes: (i) el primer desembolso de recursos del subcomponente de capacitación para cada una de las provincias estará condicionado a la presentación de las estrategias de capacitación y reconversión de recursos humanos de la provincia respectiva (párrafo 3.6); (ii) el primer desembolso de las actividades de reorientación hacia la APS de los programas de pregrado de formación de médicos y otros profesionales de la salud estará condicionado también a que el MSAS haya completado, a satisfacción del Banco, la preparación de los perfiles y protocolos de certificación del personal de salud, los cuales serían financiados con anterioridad por el mismo programa (pár. 3.12); (iii) para el funcionamiento del modelo, los ministerios de salud provinciales deberán suscribir contratos de gestión con los equipos y unidades de salud de familia para el gerenciamiento de los servicios, cuyo modelo de contrato deberá contar con la no objeción del Banco

(pár. 3.38); y, (iv) como medio para instituir el mecanismo de seguimiento del Programa, el contrato indicará las condiciones que aseguren la programación de actividades de seguimiento y evaluación tal como han sido acordadas con el prestatario (pár. 3.49 a 3.51).

**FOCALIZACIÓN EN LA
POBREZA Y
CLASIFICACIÓN DE
SECTOR SOCIAL:**

Esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social como se describe en los objetivos claves para la actividad del Banco contenidos en el Informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos. También esta operación califica como un proyecto orientado a la reducción de la pobreza (PTI) (ver pár. 4.32). El prestatario utilizará el 10% del financiamiento adicional (ver pár. 4.32). El proyecto especifica indicadores explícitos de desempeño para medir la reducción de pobreza y mejoramiento de la equidad social. La justificación para la clasificación PTI es el criterio automático de clasificación del sector, por ser este un Programa de Atención Primaria de Salud cuyos principales beneficiarios serán familias de bajos ingresos.

**EXCEPCIONES A LA
POLÍTICA DEL
BANCO:**

Ninguna.

ADQUISICIONES:

Se recomienda licitación pública internacional en los casos de: (i) licitaciones para obras de construcción superiores a US\$5 millones; y (ii) las adquisiciones de bienes destinados a la adecuación de las unidades de salud y fortalecimiento institucional por un monto superior a US\$350 mil; (iii) la contratación de firmas consultoras por un monto superior a US\$200 mil.

I. MARCO DE REFERENCIA

A. El cuadro social y de salud del país

- 1.1 Argentina presenta buenos indicadores sociales cuando se le compara con otros países de América Latina. El ingreso per cápita es superior a US\$9.300 para una población estimada en 35,7 millones. La esperanza de vida al nacer es de 72 años y la tasa de analfabetismo no llega al 4%.
- 1.2 El nivel de desempleo, que llegó al 17% de la población económicamente activa a fines de 1996 se redujo al 13% en el inicio de 1998. En 1997 el nivel de empleo creció 5,5% y en 1998 las estimativas indican un crecimiento menor. El país ha venido registrando altas tasas de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) como muestran los datos de 1997 (8,3%). En este mismo año, la inversión bruta fija aumentó 27%, en tanto que el consumo creció 7,7%. En el año de 1998 el crecimiento del PIB fue un poco menor (estimado en 4,5%). El "stock" de desempleados y de ocupados en el mercado informal de trabajo sigue elevado, aumentando las presiones de las familias de más bajo ingreso por políticas sociales. Las condiciones de saneamiento básico muestran que el 65% de las viviendas tienen acceso a la red de servicios de agua y el 58% cuentan con sistemas de eliminación de excretas.
- 1.3 La tasa de mortalidad infantil (19 por 1.000), aunque más baja que el promedio de América Latina, es mayor que en países vecinos como Uruguay y Chile. La tasa de mortalidad materna (38 por 100.000) es equivalente a la registrada en estos dos países (34 y 38 por 100.000, respectivamente). Las principales causas de mortalidad son las enfermedades crónicas, donde se destacan las cardiovasculares, los tumores malignos, las cerebrovasculares y las causas externas. Las enfermedades transmisibles, aunque representativas en la carga de enfermedad de las provincias más pobres del norte, no presentan situaciones tan graves como las encontradas en países vecinos como Paraguay, Bolivia y Brasil.
- 1.4 El cuadro sanitario entre las provincias argentinas es bastante heterogéneo. Las tasas de mortalidad materna son más elevadas en las provincias del norte, donde se destaca la de Formosa (184 por 100.000 nacidos vivos) y más bajas en regiones desarrolladas del país, como Buenos Aires y Córdoba (donde llegan a 20 por 100.000). Se registran grandes diferencias también en las tasas de mortalidad infantil, las cuales pueden variar de 15 por 1.000 (Capital Federal y Tierra del Fuego) hasta 34 por 1.000 (Chaco). Por otra parte, en regiones más pobres como Formosa, se presentan tasas de fecundidad superiores a los 3,5 hijos por mujer en edad reproductiva, mientras que en la Capital Federal esta tasa es menor a 1,6.

B. El sistema de salud argentino

- 1.5 En el Cuadro I.1 se presenta el gasto en salud en Argentina para el año 1995, en sus distintos sectores, representando un gasto per cápita de más de US\$550,00.

Cuadro I.1
Gasto en Salud en Argentina: 1995^{1/}

Sectores de Salud	Gasto en US\$ millones	Gasto como % del PIB	Distribución %
Sector Público	4676,0	1,67	23,2
a) Nacional	618,0	0,22	3,0
b) Provincial	3296,0	1,18	16,4
c) Municipios	762,0	0,27	3,8
Obras Sociales	7055,0	2,51	35,0
a) SSS	2939,0	1,05	14,6
b) PAMI	2392,0	0,85	11,9
c) Provinciales	1300,0	0,46	6,4
d) Otras	424,0	0,15	2,1
Sector Privado	8416,0	3,01	41,8
a) Planes de Salud	3874,0	1,38	19,3
b) Gasto Directo	4542,0	1,63	22,5
Total	20147,0	7,19	100,0

^{1/}Esta es la fecha más reciente de la cual se tienen datos

- 1.6 La elevada incidencia y la mortalidad temprana por enfermedades crónicas en el país caracteriza una situación donde no hay una prevención adecuada. Tal situación se agrava por la prevalencia de un modelo de salud centrado en el cuidado hospitalario con bajos niveles de atención primaria. Tal hecho representa gastos crecientes con poco impacto en la mejoría de los indicadores generales de salud del país. El sistema de salud en Argentina se divide en tres sectores: el público; las Obras Sociales y el privado.
- 1.7 El sector público está compuesto por hospitales federales de referencia nacional, administrados por el Ministerio de Salud, y por sistemas de salud de las Provincias y de los Municipios. Como se puede ver en el cuadro I.1, los mayores niveles de gasto corresponden a las Provincias. Dicho sector presta servicios a toda la población, sin recuperar costos, observándose que el 85% de los gastos se refieren a atención hospitalaria. El sistema se financia con recursos de los presupuestos de la Nación, de las provincias, y de los municipios. Las personas que dependen exclusivamente del sector público (24% de la población) representan el grupo más pobre. Además, este sector atiende gratuitamente parte de aquellas personas cubiertas por las Obras Sociales, aumentando de forma ineficiente los gastos del sistema, toda vez que los asegurados de las Obras Sociales pasan a ser financiados doblemente.
- 1.8 Las Obras Sociales son la estructura más importante de prestación de servicios de salud en Argentina, dando cobertura a 67% de la población. Fueron creadas en los años 40 como instituciones gerenciadoras de servicios de salud de la seguridad social administradas por representantes de los gremios sindicales y estructuradas por sector de actividad, con miras a cubrir todos los empleados del sector formal del mercado de trabajo y sus familias. Estas se subdividen en las Obras Sociales nacionales, reguladas a través de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), las Obras Sociales provinciales, destinadas a administrar los servicios de salud de los funcionarios públicos de las provincias; y, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP/PAMI). Además de estas tres, existen Obras Sociales que

prestan servicios a empleados de empresas que no están afiliadas a la SSS.

- 1.9 El sector privado corresponde a los planes de salud (o de medicina prepaga) y a los gastos directos efectuados por los consumidores de servicios. Se estima que los planes de salud cubren a tres millones de personas o 9% de la población. El sector privado representa el mayor componente de gasto en salud en el país, especialmente por la importancia que representan los gastos directos en medicamentos efectuados por las familias. Dicho sector ha crecido sustancialmente en los años noventa en función de la disminución de la calidad de los servicios de las Obras Sociales.

C. Principales problemas del sistema

1. Sector público

- 1.10 Los principales problemas del sector público son: (a) asistencia médica centrada en el hospital, generando baja capacidad de prevención; (b) bajo grado de eficiencia y autonomía de las unidades de salud; (c) ausencia de una capacidad de focalización y recuperación de costos, generando subsidios cruzados a los grupos de mayor ingreso que son miembros de Obras Sociales o medicina prepaga; (d) inexistencia de un paquete básico de prestaciones que permita mejorar la capacidad de resolución de los principales problemas de salud, sobretodo en el grupo materno-infantil de más bajos ingresos.

2. Obras Sociales

- 1.11 Las Obras Sociales, además de ser ineficientes, hasta hace poco tiempo venían presentando problemas relacionados con equidad, cobertura y calidad ^{1/}. Estos problemas, que hoy se encuentran en vías de solución, tenían como causas básicas: (a) el hecho de que el sistema estaba estructurado por sector de actividad y se organizaba en base a clientela cautiva, configuraba un monopolio para cada obra social, estableciendo presiones para bajar la calidad y aumentar los costos; y, (b) la capacidad de regulación estatal era baja en el sector. En el pasado reciente pocas Obras Sociales tenían organización para prestar un servicio de calidad, lo que generaba fuerte inequidad, al punto de que los usuarios de las Obras Sociales más débiles tenían que utilizar los servicios del sector público. Además, el sistema permitía la doble cobertura para familias cuyos cónyuges pertenecían, por sus vínculos laborales, a distintas Obras Sociales.

3. Sector privado

- 1.12 Los principales problemas que afectaban a los usuarios de los servicios de salud que presta el sector privado son: (a) la falta de un paquete de prestaciones básicas que asegure una atención de calidad con un costo mínimo para el cliente; y, (b) la ausencia de reglas de traspaso de elegibilidad para las personas que desean cambiar de planes de salud.

^{1/} Los problemas de las obras sociales y las soluciones fueron evaluados conjuntamente por el BID y el Banco Mundial. Un análisis detallado se encuentra en "Argentina: Facing the Challenge of Health Insurance Reform", IDB/REI Discussion Paper No. 18, Washington (DC), August 1997.

D. El Programa de reformas de salud del gobierno

- 1.13 Para solucionar las necesidades de focalización y equidad del sector público y los problemas de eficiencia, equidad, cobertura y calidad de las Obras Sociales, se encuentra en marcha la reforma del sistema de salud.

1. Sector público

- 1.14 En el sector público, la reforma tiene los siguientes objetivos: (i) cambiar el modelo de prestaciones, aumentando la oferta de la atención primaria; (ii) otorgar prioridad a la atención materno-infantil en las provincias; (iii) establecer un programa que garantice la autonomía de los hospitales, para que se cambien más eficientes y recuperen costos de los asegurados de las Obras Sociales y de la medicina prepaga; (iv) reemplazar gradualmente la estructura y el sistema de asistencia médica basado en la oferta, por otro que se estructure de acuerdo a las necesidades y preferencias de los usuarios; y, (v) promover y garantizar de calidad de los servicios de salud, a través de la acreditación de establecimientos asistenciales, la evaluación del desempeño del personal, la elaboración de normas y procedimientos que rijan la atención médica, la supervisión, la evaluación y el control de los servicios de salud. Para viabilizar dicha reforma, el Gobierno instituyó dos programas financiados por el Banco Mundial: el Programa de Nutrición Materno Infantil (PROMIN) y el Programa de Hospitales Públicos de Autogestión (PRESSAL).
- 1.15 El PROMIN empezó en 1992 con los objetivos de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil. Aunque este programa introduce cambios importantes, no ha estado dirigido a cambiar el mecanismo de entrega de los servicios, ya que está basado en un modelo de atención tradicional movido por la oferta centrada en puestos y centros de salud del sector público, con reglas poco flexibles en manejo de personal.
- 1.16 El PRESSAL empezó en 1995 buscando reconvertir hospitales públicos en entidades descentralizadas, con libertad para contratar y dispensar personal, administrar su presupuesto, recuperar costos de los usuarios de los seguros prepagos y de las Obras Sociales y cambiar el modelo de atención a través de la introducción de prácticas más costo-efectivas (uso de protocolos médicos y auditorías de servicios).

2. Obras Sociales

- 1.17 En las Obras Sociales, la reforma está orientada a garantizar la libertad de elección de los afiliados con miras a promover la competencia entre ellas por los clientes, mejorando la calidad de atención y la eficiencia. Para viabilizar dicha reforma, el Gobierno instituyó en 1996, con apoyo financiero del Banco Mundial, el Programa de Reforma de las Obras Sociales y INSSJP/PAMI. El programa tiene como objetivos redefinir la gestión y el ambiente institucional de las Obras Sociales, así como establecer un nuevo marco regulatorio que asegure su viabilidad técnica y financiera y la mejoría de su eficiencia en el uso de los recursos.

3. Sector privado

- 1.18 En el sector privado se pretende establecer una política de regulación para los seguros de salud. Tal política, todavía, se encuentra en fase inicial de negociación.

E. Limitaciones del programa de reformas

- 1.19 Aunque la Reforma de Salud de Argentina haya sido la mayor transformación de un sistema de salud en América Latina en los años 90, los esfuerzos de la reforma no serán suficientes sin que se lleven a cabo cambios estructurales en la forma de entrega de los servicios de salud en las provincias. La actual forma de entrega de servicios no está enmarcada dentro de una estrategia de prestación de servicios movida por la demanda y basada en la promoción y prevención de salud 2/. El programa que se propone viene a cubrir esta brecha a través de la introducción de un nuevo modelo de entrega de servicios de APS dirigido a complementar la reforma de las Obras Sociales y de los Hospitales de Autogestión.

F. Descripción del modelo de Atención Primaria de Salud (APS)

- 1.20 El Modelo de APS a ser desarrollado a nivel de las Provincias será el principal pilar de las reformas de salud en Argentina. Dicho modelo se basa en la reconversión y capacitación a gran escala de personal de salud para APS, con miras a introducir la promoción y prevención de salud, a reducir la derivación innecesaria a los niveles de mayor complejidad de los servicios y a transformar la estrategias de atención y las estructuras de gestión de los servicios de salud.
- 1.21 La reconversión y la capacitación de personal buscará introducir nuevos currículos y estrategias docentes en todas las etapas de la formación de personal de salud (pregrado, residencias, cursos de profesionalización y actualización, cursos de posgrado y mecanismos de educación continua) para crear las bases profesionales de la estrategia de APS. Aunque la demanda por cursos será definida por las provincias que se adhieran al programa, el MSAS tendrá la función básica de fomentar la preparación de los currículos en las universidades e instituciones formadoras y de establecer los mecanismos de certificación, recertificación y capacitación de docentes y los instrumentos de acreditación de los cursos e instituciones de formación de personal en APS. El cuadro I.2 muestra las necesidades estimadas de capacitación de personal de APS en Argentina y las metas de cobertura de dichas necesidades por el programa.

2/ En lo que se refiere a los servicios de atención primaria de salud, los programas movidos por la demanda son los que incluyen libre elección por parte de los usuarios y remuneración de los médicos basada en capitación. Los pagos por capitación permiten mayor control de costos, ya que la remuneración per cápita se basa en una canasta definida según riesgos estimados. También se espera que la competencia entre proveedores de servicios de salud por los pacientes genere mejoras en la calidad. Los servicios públicos de salud movidos por la oferta, por el contrario, son prestados por empleados públicos asalariados, cuya remuneración es independiente del valor o complejidad de los servicios que prestan, lo que no genera incentivos para bajar costos.

Cuadro I.2
Necesidad estimada de capacitación de personal en APS en Argentina en el año 2004
y capacidad de formación de personal a ser propiciada por el Programa

Categorías Profesionales	Necesidad Estimada	Recursos humanos en APS a ser formados en el país			
		Preexistentes	A ser capacitados o reconvertidos	Total	% de la necesidad
Médicos de familia	5.194	369	4.155	4.524	87
Enfermeros	7.791	308	5.455	5.763	74
Asistentes Sociales	5.194	0	4.068	4.068	78
Médicos-Equipo de Apoyo	9.869	0	7.795	7.795	79
Agentes Sanitarios	7.791	83	5.968	6.051	78
TOTAL	35.839	760	27.441	28.201	79

- 1.22 Al nivel de los servicios se pretende incentivar en las provincias la creación de Unidades de Salud de Familia (USF), gestionadas de forma autónoma por Equipos de Salud de Familia (ESF), las cuales serán financiadas a través de modelos de pago por capitación que reflejarán las preferencias de los usuarios. Las USF ofrecerán paquetes esenciales de servicios de atención primaria que responderán por las principales necesidades de salud y atención médica de las familias.
- 1.23 Las USF serán la única puerta de entrada al sistema y se encargarán de: (a) actividades de prevención y promoción de la salud; (b) cuidados básicos de atención primaria y; (c) referir a los pacientes a los niveles más complejos de jerarquía de servicios, siempre y cuando sea necesario, y acompañar y recibir los pacientes derivados de estos niveles después del tratamiento.
- 1.24 Las USF serán financiadas de acuerdo con los recursos que logren obtener a través del sistema de pago por capitación. Los Ministerios de Salud provinciales financiarán la capitación de familias de bajos ingresos identificadas por el sistema SISFAM ^{3/}. Las Obras Sociales, a su vez podrán financiar la atención de las familias afiliadas mediante la prestación del Programa Médico Obligatorio (PMO) u otros servicios. Por su parte, las familias de mayores ingresos podrán utilizar el sistema pagando de su propio bolsillo la cobertura de atención primaria en modalidades a ser contratadas.
- 1.25 El programa funcionará bajo diferentes modalidades específicas dependiendo de la ubicación geográfica (áreas urbanas, periurbanas y rurales). En las áreas urbanas, donde hay posibilidad de competencia, será posible establecer USF organizadas de forma independiente. En este caso, el Ministerio de Salud Provincial participará del sistema

^{3/} El Sistema de Identificación Único de Familias Beneficiarias (SIEMPRO/SISFAM) es un programa desarrollado por la Sub-Secretaría de Acción Social del MSAS, con el objetivo identificar las familias pobres para establecer subsidios en programas sociales.

a través: a) del financiamiento a los grupos focalizados, que serán identificados mediante la utilización de la ficha SISFAM ; b) del acompañamiento de los indicadores epidemiológicos y de salud de la población afiliada, los cuales serán remitidos sistemáticamente por las USF a los Ministerios; y, c) de la fiscalización y acreditación de las USFs a la luz del marco regulatorio del sistema y de su monitoreo.

- 1.26 En las áreas periurbanas y rurales, donde las condiciones de competencia no son posibles, las USF podrán ser entidades autónomas, correspondiendo al Estado establecer los sistemas de remuneración e incentivos para el pago a los profesionales, en función de la productividad, de la calidad de la atención, y del grado de satisfacción de los usuarios, medido éste último a través de encuestas continuas y de la capacidad de resolución para los problemas de salud que se presentan.
- 1.27 En las Provincias donde hay exceso de especialización de personal de salud (especialmente en los hospitales) el programa establecerá incentivos para la reconversión del personal para el nuevo modelo, a través de convenios laborales que cambien las actuales relaciones de trabajo.
- 1.28 El programa fue diseñado para ser implantado en todas las Provincias del país, siempre que éstas demuestren su compromiso e intención de cambiar su modelo de atención primaria de salud. El MSAS realizó una consulta nacional a todos los Ministerios de Salud de las 24 Provincias Argentinas. De estas, 17 firmaron una carta de adhesión al Programa (Corrientes, Chaco, Formosa, Misiones, Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, La Rioja, Catamarca, San Juan, La Pampa, Buenos Aires, Santa Cruz, Chubut, Mendoza y Río Negro).
- 1.29 El programa se implantará, inicialmente, en las Provincias de Salta, La Pampa y Córdoba ^{4/}. Con tal fin, para el caso de Salta que se constituyó como proyecto indicativo, fue contratada una firma consultora que formuló los lineamientos básicos para la implantación del programa en dicha Provincia. En La Pampa y Córdoba será utilizado el mismo procedimiento, debiendo la firma consultora ser contratada por el MSAS, según los lineamientos descritos en el capítulo III de este documento y en el Reglamento Operativo. El proyecto desarrollado para la Provincia de Salta se encuentra disponible para ser consultado como guión para preparación de otros proyectos provinciales.

G. La situación de salud en la provincia de Salta

- 1.30 Salta es una provincia considerada pobre cuando se le compara al promedio argentino. Con 1,0 millón de habitantes en 1996, de los cuales 50% residía en áreas rurales, presentaba un ingreso per cápita equivalente al 49% del promedio nacional. Cerca de 34% de la población provincial vive en hogares con necesidades básicas insatisfechas. La tasa de mortalidad infantil para 1998, estimada en 23,5 por mil, es superior en casi 25% a la registrada para el

^{4/} El nuevo Gobierno de la Provincia de Córdoba fue electo recientemente y empezará sus funciones en julio de 1999. El nuevo Gobierno comunicó al Banco su disposición en encaminar rápidamente una carta al MSAS manifestando su adhesión al programa de APS del Gobierno de la Nación.

promedio nacional, mientras que la tasa de mortalidad materna (122 por cien mil) es superior en más de tres veces a la del país como un todo.

- 1.31 Los principales problemas de salud en la Provincia son las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad temprana por enfermedades crónicas entre la población adulta; y las altas tasas de mortalidad materna e infantil, decurrentes de la baja cobertura de la población pobre de la Provincia, sobretudo en las áreas rurales y periurbanas. Dichos problemas serían fácilmente resueltos con una adecuada estrategia de atención primaria focalizada a estas poblaciones.
- 1.32 Se estima que las Obras Sociales Nacionales cubren 16% de la población; la Obra Social Provincial, 40%; y la medicina prepaga no alcanza cubrir 3%. El sector público provincial debería estar cubriendo el restante de la población, pero en la realidad 20% de quien es atendido en este sector es afiliado a la Obra Social Provincial y unos 5% a las Obras Sociales Nacionales y a la medicina prepaga. Por otro lado se estima que 25% de la población no tiene cobertura o la tiene de forma inadecuada. El modelo que se presenta en la sección F de este capítulo fue diseñado para solucionar los problemas que se presentan en situaciones análogas a las verificadas en la Provincia de Salta.

H. Estrategia del Banco

- 1.33 En apoyo a las prioridades establecidas por el gobierno nacional, y atendiendo a los lineamientos de la Octava Reposición de Recursos, la acción del Banco en la Argentina se concentra en: (i) profundizar y consolidar la modernización del Estado realizada a nivel central y extenderla a los Gobiernos provinciales y municipales; (ii) reducir la pobreza y elevar la calidad de vida de la población con acciones dirigidas para proveer fuentes de empleo productivo y a aumentar la cobertura de los programas sociales; y, (iii) elevar la productividad y la competitividad de los sectores de bienes transables, utilizando un enfoque de defensa del medio ambiente, vía la provisión de infraestructura de apoyo y actividades que faciliten la modernización del aparato productivo y la integración regional. El programa propuesto atendería los dos primeros objetivos mencionados.
- 1.34 El desafío del Banco en Argentina es apoyar el desarrollo económico y social de las provincias en sus procesos de reforma del Estado, ajuste fiscal y focalización de los programas sociales a los grupos marginados. Este proyecto atiende básicamente a estos propósitos en lo que se refiere a la reforma de las políticas de salud.
- 1.35 La última operación del Banco en el sector salud en Argentina (Préstamo 516/OC-AR) se concluyó en 1996. Este proyecto, de primera generación, tuvo como propósito construir 10 hospitales provinciales. Con el programa se construyeron solo cuatro, cancelándose, por lo tanto, parte de los recursos del préstamo, al cambiar las prioridades nacionales cuando se transfirió gran parte de la responsabilidad por el manejo de los hospitales públicos de la Nación hacia las provincias. Con este nuevo proyecto, el Banco inicia su participación en el financiamiento de proyectos caracterizados por reformas sectoriales.

II. EL PROGRAMA

A. Objetivo y propósitos

- 2.1 El objetivo del programa es aumentar la cobertura, promover la equidad y mejorar las condiciones de salud de la población, a través de una reforma en la organización, entrega y financiamiento de los servicios de la APS en las provincias, buscando aumentar su eficiencia y efectividad. Dicha reforma atenderá a los siguientes propósitos:
- a. orientar los servicios de salud hacia los grupos más necesitados, a partir de la utilización de mecanismos específicos de focalización;
 - b. reconvertir los sistemas de provisión de servicios organizados con base en la oferta pública, hacia sistemas guiados fundamentalmente por las necesidades y preferencias de los usuarios;
 - c. sustituir la remuneración basada en salarios fijos por otra basada en la introducción progresiva de sistemas alternativos de pago por los servicios, a través de incentivos económicos orientados hacia una mejor atención médica; y,
 - d. adoptar modelos de salud de la familia y sistemas más costo-efectivos de gestión de los servicios.

B. Componentes del Programa

- 2.2 El Programa será ejecutado por las Provincias, bajo el liderazgo del MSAS, que será el responsable por la estrategia nacional de capacitación de recursos humanos para atención primaria de salud, así como por su financiamiento y difusión al nivel nacional. La implantación inicial del programa será realizada en las Provincias de Salta, La Pampa y Córdoba. El Programa presenta tres componentes: (i) el Componente Nacional, destinado a modernizar los mecanismos institucionales del MSAS necesarios para implantar el nuevo modelo de APS, y a la reingeniería de los procesos de formación y capacitación de recursos humanos para salud (US\$22,3 millones); (ii) el Proyecto de Reforma de Atención Primaria de Salud en la Provincia de Salta (US\$35,8 millones); (iii) el Proyecto de Reforma de la Atención Primaria de Salud en las Provincias de La Pampa y Córdoba (US\$101,5 millones). El Anexo II-1 presenta el Marco Lógico del Programa.

1. Componente Nacional del Programa (US\$22,3 millones)

- 2.3 Este componente tiene como propósito: (a) la reconversión y la creación de estrategias de formación y capacitación de recursos humanos para los equipos de salud de la familia en las provincias y la adecuación y reorientación de los sistemas e instrumentos de educación formal en salud; (b) la adecuación de la estructura del MSAS vinculada con el programa de APS, en especial en lo que se refiere al montaje de sistemas de información, a los programas de comunicación social y al fortalecimiento institucional para el diseño, implantación y seguimiento del nuevo modelo; (c) el

financiamiento y apoyo técnico para el diseño de proyectos de reforma de la APS solicitados por las Provincias para su posterior implementación. Este componente se estructura en tres subcomponentes, a saber: (i) Formación, Reconversión y Capacitación de Recursos Humanos; (ii) Adecuación del MSAS al nuevo modelo de APS; y, (iii) Preparación de Proyectos Provinciales.

a. Formación, reconversión y capacitación de recursos humanos
(US\$15,2 millones)

- 2.4 Este subcomponente se encuentra dimensionado, por un lado, para atender las necesidades generales de formación y reconversión de recursos humanos para APS en el país. Por otro lado, está dimensionado para atender las necesidades de capacitación de personal que apoyen el montaje del modelo de APS en las provincias de Salta, La Pampa y Córdoba.
- 2.5 El subcomponente está orientado para intervenir en todos los procesos de formación y capacitación de personal en APS, tales como: (a) capacitación a corto plazo; (b) pregrado; (c) residencias en APS; (d) posgrado; y, (e) educación continua. El cuadro II.1 muestra las principales actividades, resultados y costos de este subcomponente.

Cuadro II.1
Actividades asociadas al proceso de formación, reconversión y capacitación de recursos humanos en el Programa

Procesos Involucrados	Actividades	Meta	Costo (US\$ millones)
1. Capacitación de corto plazo	1.1 Planes de capacitación profesional en APS	Diseño de tres planes provinciales de APS	1,0
	1.2 Capacitación de corto plazo en APS	Desarrollo de 2.000 talleres para las USF	5,0
2. Programas de pregrado	2.1 Perfiles para los profesionales de los ESF	Elaboración de perfiles	0,5
		Certificación y recertificación	1,5
	2.2 Revisión del Programa de pregrado para profesionales de salud	Financiamiento de cuatro universidades nacionales	0,9
3. Residencias	3.1 Creación de residencias en APS para médicos y otros profesionales	500 becas para médicos y enfermeros residentes	3,0
4. Programas de posgrado y educación continua	4.1 Desarrollo de programas e instrumentos de educación continua y posgrado	Financiamiento de 11 instituciones para el dictado de cursos de posgrado	3,3
TOTAL			15,2

- 2.6 Las principales actividades financiables de este subcomponente serán:

Capacitación de Corto Plazo

- (i) **Apoyo al diseño de planes de capacitación profesional en APS en las Provincias (US\$1 millón):** Se financiará, a través del Componente Nacional, el diseño de los planes y estrategias de capacitación de los profesionales de los ESF de las

Provincias financiadas por el programa, incluyendo la utilización de servicios de educación a distancia. El Componente Nacional financiará solamente las actividades relacionadas a los cursos, mientras que las Provincias financiarán becas a los profesionales a ser capacitados. Los recursos para los planes serán administrados directamente por las Provincias.

- (ii) **Capacitación de corto plazo en APS, incluyendo el área de sistemas de gestión (US\$5 millones):** Esta actividad financiará el diseño y desarrollo de aproximadamente 2.000 talleres (1 a 2 por USF a lo largo del programa), que propicien la difusión de técnicas e instrumentos de administración y gestión de APS, propiciando asistencia técnica a las mismas, mediante el desarrollo y distribución de materiales y el apoyo directo a las USF y centros de salud de las Provincias de Salta, La Pampa y Córdoba. Los recursos para el desarrollo de estas actividades serán transferidos por el MSAS para las provincias y gestionados por las mismas.

Pregrado

- (iii) **Definición de perfiles requeridos para los profesionales de los Equipos de Salud de la Familia (ESF) y mecanismos de certificación y recertificación (US\$2 millones):** Se financiará la contratación de empresas consultoras especializadas para: (i) la elaboración de los perfiles requeridos para los profesionales de los ESF (médicos familia, enfermeros y asistentes sociales con orientación en APS), buscando alcanzar estándares internacionales de especialización en APS (US\$500 mil); y, (ii) la preparación de las pruebas, exámenes y otras actividades de evaluación necesarias para la certificación de los profesionales (US\$1,5 millón).
- (iv) **Revisión de los programas de pregrado de formación de médicos y otros profesionales de la salud, reorientándolos a la APS y a la salud de la familia (US\$0,9 millón):** Se financiaría el montaje de módulos curriculares de APS para ser insertados en los currículos de pregrado de las carreras de salud. El financiamiento será dirigido a 4 Universidades Públicas Nacionales, con un costo promedio de US\$225 mil por Universidad. Los gastos elegibles para la preparación de cada proyecto incluyen consultorías destinadas al desarrollo de material docente, cursos de capacitación docente, equipamientos y otros recursos didácticos usados en la preparación de los cursos de APS para programas de pregrado.

Residencias

- (v) **Creación de residencias en APS para médicos y personal de enfermería en las universidades y centros de formación profesional en salud (US\$3 millones):** Se financiarán al rededor de 500 becas para médicos residentes y personal de enfermería, reorientando e incrementando los fondos destinados a la realización de residencias en medicina y enfermería de familia, a partir de una redistribución del presupuesto que el MSAS actualmente destina a programas de

residencia en profesiones de salud, con el objetivo de modificar el perfil por especialidad y la composición futura del cuadro de profesionales en salud de Argentina 5/.

Posgrado y Educación Continua

- (vi) **Desarrollo de programas e instrumentos de Educación Continua en APS (cursos de posgrado, educación a distancia y sistema de rotaciones) para los ESF (US\$3,3 millones):** Esta actividad, de carácter nacional, financiará a instituciones especializadas, en el dictado de cursos de posgrado, para la realización de las inversiones iniciales y ajustes de currículos y programas de APS, tomando como marco de referencia los perfiles establecidos para el sistema de certificaciones. Los recursos están dimensionados para financiar 11 instituciones especializadas, de prestigio nacional, a un costo promedio de US\$300 mil, las cuales deberán acreditar experiencia en la formación de recursos humanos en salud a nivel de posgrado. Los gastos elegibles en cada uno de los proyectos a ser presentados por las instituciones especializadas serán: readecuación de infraestructura, materiales y equipos; consultorías para el diseño de currículos y programas; y, capacitación docente (cursos, materiales, pasajes y viáticos).

b. Adecuación de la estructura del MSAS vinculada al nuevo modelo de APS (US\$3,3 millones)

- 2.7 Este subcomponente será desarrollado a través de tres actividades: (i) Sistema de Información para APS; (ii) Programa de Comunicación Social, y, (iii) Fortalecimiento Institucional del MSAS.

- (i) **Sistema de Información para APS (US\$1,7 millón):** Esta actividad involucra el monitoreo de las tareas de focalización, identificación y registro de los usuarios de bajo ingreso en salud desarrolladas en las provincias; el montaje de un sistema de información integrado con los sistemas provinciales destinado a producción de datos sobre morbilidad y costos de las enfermedades; el montaje de estrategias de monitoreo y gestión de la calidad de los servicios de APS por muestreo; y, la articulación institucional con los Ministerios de Salud provinciales, con miras a fortalecer su capacidad de producir, utilizar y reportar información asociada a APS. Serán financiados básicamente la contratación de empresas consultoras para el desarrollo de software del sistema de información de APS (US\$800 mil); la compra de equipamientos (US\$300 mil) y el mantenimiento de dichas actividades a lo largo de la existencia del proyecto (US\$600 mil), las cuales serán posteriormente incorporadas al presupuesto del programa.
- (ii) **Comunicación Social (US\$1,2 millón):** El programa financiará la contratación de empresas especializadas en mercadeo social para la implantación de las estrategias de comunicación y

5/ El MSAS financia regularmente residencias de medicina y enfermería, pero no en programas de salud de familia y APS.

difusión de información relacionada con el nuevo modelo de salud de la familia para: (a) grupos de interés tales como médicos y profesionales de salud; gremios profesionales; universidades; prestadores y gestores de servicios de salud; Obras Sociales e instituciones de medicina pre-paga; y, (b) usuarios de los servicios a través de: programas de radio y televisión, panfletos informativos, estrategias de información directa en los servicios, estrategias educativas en las escuelas y otros medios.

- (iii) **Fortalecimiento Institucional (US\$0,4 millón):** Se prevé la contratación de una empresa consultora internacional especializada en organización y administración de salud para estudiar y proponer cambios en la estructura administrativa de MSAS, buscando integrar y compatibilizar las tareas de coordinación, monitoreo y evaluación de programas de APS y salud de familia a ser implantados en las provincias, con las otras acciones de reforma del sector salud puestas en marcha por el MSAS.

c. Preparación de proyectos provinciales (US\$3,8 millones)

- 2.8 El MSAS proveerá recursos para la preparación de los proyectos provinciales, siempre y cuando exista la intención por parte del Ministerio de Salud Provincial de realizar la reforma en los marcos acordados para este Programa. El costo de preparación de cada proyecto provincial se estima entre US\$250 mil y US\$500 mil. Los fondos disponibles posibilitarán la preparación de 9 a 15 proyectos provinciales. Una vez preparados, los proyectos podrían ser sometidos a consideración del Banco como integrantes de una futura eventual operación.
2. Reforma de la atención primaria de salud en la Provincia de Salta (US\$35,8 millones)
- 2.9 En la Provincia de Salta, fue preparado un proyecto de APS por el Ministerio de Salud provincial, con apoyo de la empresa consultora Ernst & Young. El objetivo central del proyecto es la creación de USF's que se estructurarán a través de nuevos sistemas de remuneración e incentivos de personal; de la adecuación de la infraestructura; del establecimiento de estrategias de capacitación de personal con el apoyo del MSAS y del fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud Provincial, capacitándolo para las tareas de regulación, gestión y evaluación del nuevo modelo.
- 2.10 Las inversiones en entrenamiento, obras civiles y equipamientos solo serán realizadas en las unidades de salud reconvertidas al nuevo modelo, de acuerdo con los cambios previstos en el programa. El cumplimiento de esta condicionalidad será evaluado a través de los indicadores de monitoreo del programa anexados al contrato de préstamo.
- 2.11 Basado en esta estrategia, el componente se encuentra estructurado en cinco subcomponentes: (a) Sistema de Remuneración e Incentivos; (b) Adecuación de Infraestructura; (c) Sistemas de Información; (d) Comunicación Social; y, (e) Fortalecimiento Institucional.

a. Sistema de remuneración e incentivos (US\$12,5 millones)

- 2.12 La reconversión se basará en la adhesión de los empleados del sector público de salud provincial a un nuevo sistema de contratación y remuneración, que tiene como meta el cambio progresivo del actual sistema basado en sueldos fijos, a un sistema de pago por capitación, en las áreas urbanas e incentivos a la productividad, calidad y cobertura en las áreas periurbanas y rurales.
- 2.13 El Ministerio de Salud Provincial financiará el pago de las capacitaciones para los grupos focalizados. Las demás capacitaciones, mismo cuando cubiertas por USF's públicas, serán pagadas por las Obras Sociales, medicina prepaga o, eventualmente, por los gastos directos de las familias de mayor ingreso.
- 2.14 En las áreas geográficas donde el personal existente sea insuficiente para proveer los servicios de atención primaria, podrá haber, además de la reconversión y reasignación voluntaria de personal, la contratación de nuevo personal de salud de la familia.
- 2.15 Este subcomponente comprende tres actividades básicas: (i) reconversión de recursos humanos; (ii) implantación de incentivos y (iii) auditoría de calidad del sistema.
- (i) **Reconversión de Recursos Humanos (US\$6,1 millones):** Este subcomponente financiará el pago de becas para el personal que será reconvertido en equipo de salud de familia, a lo largo de su tiempo de capacitación y entrenamiento. Se prevé reconvertir cerca de 300 médicos (con y sin especialidad certificada); 1100 enfermeros y 900 agentes sanitarios.
- (ii) **Implantación de Incentivos (US\$5,6 millones):** las principales actividades financiables en este componente corresponden al pago de incentivos a la calidad y aumento de cobertura para los sistemas de salud de familia a ser implantados. Los incentivos estarán destinados, a lo largo del programa, a complementar la remuneración de cerca de 900 médicos, 1900 enfermeros y 1800 agentes sanitarios en las USF's que funcionarán bajo el nuevo modelo. Los recursos del programa para el financiamiento de incentivos serán decrecientes durante los cinco años de implementación del programa, con miras a ser absorbidos por los pagos regulares de capacitaciones a ser financiados con el presupuesto provincial.
- (iii) **Auditoría de Calidad (US\$0,8 millones):** Serán contratadas empresas especializadas que, bajo la orientación del Ministerio de Salud Provincial, desarrollarán encuestas para la evaluación semestral de la calidad del nuevo sistema, obedeciendo a los criterios desarrollados en los procesos de acreditación de USF's a ser establecidos.

b. Adecuación de infraestructura(US\$10,2 millones)

- 2.16 Serán financiados los procesos de construcción, refacción y readecuación de 25 centros de salud y cerca de 200 USF's y de reequipamiento de 25 centros de salud y 120 USF's, así como el mejoramiento de los sistemas de acceso a la red de referencia (hospitales de segundo y tercer nivel) para los pacientes

provenientes de las USF's. El Reglamento Operativo define las reglas básicas y los criterios de elegibilidad para el financiamiento de estas inversiones, las cuales surgen del relevamiento de las necesidades hecho por el Ministerio de Salud de la Provincia en 1998.

c. Sistemas de información (US\$4,7 millones)

2.17 Este subcomponente financia la implantación de un sistema de información epidemiológica y gerencial que permitirá: (a) apoyar la programación provincial de salud, supervisar la gestión de los servicios y recuperar costos; (b) mejorar los mecanismos de acceso a los servicios a partir del uso de sistemas de identificación y traspaso de información basados en tarjetas magnéticas, extendidas a toda la población de la Provincia; y, (c) identificar los usuarios de bajo ingreso para la adecuada focalización del programa. Las actividades a financiar involucrarán básicamente:

- (i) la adquisición de "software" (US\$1 millón) y equipamiento (US\$2,6 millones) para la implantación de sistemas y bases de datos para fortalecimiento de la capacidad de gestión de la información de los Ministerios de Salud provinciales;
- (ii) la contratación de firmas consultoras especializadas (US\$700 mil) para el diseño lógico de los sistemas de información y para la capacitación de cerca de 900 profesionales en las USF's que estarán integrados como usuarios y alimentadores de datos del nuevo sistema;
- (iii) la creación de sistemas de identificación de usuarios basadas en tarjetas magnéticas. Se prevé la emisión de tarjetas para toda la población (1 millón de personas) a un costo de US\$200 mil; y,
- (iv) la identificación de los usuarios de bajo ingreso, a partir del apoyo al catastro ya iniciado en la Provincia con base en la ficha SISFAM. La Provincia ya realizó el catastro de 2/3 de las familias ubicadas en regiones identificadas como áreas de necesidades básicas insatisfechas, localizadas en la Capital, Güemes y Orán. Se necesita de US\$200 mil para el catastro de la población restante (1/3) ubicada en las áreas rurales y de peor acceso.

d. Comunicación social (US\$4,8 millones)

2.18 El subcomponente financiará: (i) la contratación de una firma especializada para el diagnóstico y diseño de la estrategia provincial de comunicación social (US\$0,1 millón); (ii) la contratación de los medios de comunicación para difusión del programa de APS, destinados a producción de videos (US\$0,3 millón); publicidad (US\$0,1 millón); comerciales de televisión (US\$2 millones) y radio (US\$1,1 millón); producción y distribución de material gráfico (US\$1 millón); y, (iii) la contratación de consultores para desarrollar actividades de educación para la salud con miras a promover la autoresponsabilidad y el uso racional de tecnología, la participación comunitaria y el desarrollo de materiales y instructivos de "marketing" para el uso de los agentes de salud y de los equipos de salud de familia (US\$0,2 millón).

e. Fortalecimiento institucional (US\$3,6 millones)

- 2.19 Se desarrollarán actividades de fortalecimiento de los servicios y de las estrategias de programación en salud. Los gastos básicos corresponderán a estudios y consultorías para el Ministerio de Salud de la provincia con miras a: (a) definir y acompañar la canasta de prestaciones básicas del programa de atención primaria de salud; (b) definir la articulación institucional de los sistemas de vigilancia epidemiológica con las estrategias de atención primaria; (c) definir los sistemas de adquisición y gerencia de insumos básicos (medicamentos, vacunas, sangre y derivados) y provisión de exámenes de laboratorio; (d) definir las reglas, incentivos y modalidades de expansión del sistema y los medios para articular la integración de la atención primaria con los hospitales de autogestión, las Obras Sociales y las empresas de medicina prepaga; (e) definir una estrategia de integración del proyecto con programas cofinanciados por otras agencias; (f) definir los sistemas de relevamiento de costos y nuevas técnicas de manejo y elaboración de los presupuestos de salud provinciales; (g) establecer un sistema de rendición de cuentas, garantía de calidad de servicios y auditoría médica para el programa; y, (h) contratar una evaluación externa para el seguimiento del impacto del nuevo sistema de pago por capitación.

3. Reforma de la atención primaria en salud de las Provincias de La Pampa y Córdoba (US\$101,5 millones)

- 2.20 La Provincia de La Pampa manifestó al MSAS su interés en participar del Programa y elaboró por su cuenta un proyecto para ser sometido a la apreciación del MSAS y del Banco. Si bien dicho esfuerzo califica a la Provincia para que pueda ser incluida en el programa, el proyecto presentado fue evaluado como preliminar. Con base en esta consideración, la Provincia de La Pampa, con el apoyo de los recursos disponibles para la ejecución de proyectos provinciales, ejecutará su proyecto siguiendo los lineamientos que se detallan en el párrafo 3.26, tomando como modelo el proyecto preparado para la Provincia de Salta. La preparación del Proyecto de La Pampa será financiada con fondos de preinversión.
- 2.21 El nuevo Gobierno de la Provincia de Córdoba manifestó al MSAS su intención de implantar un programa de APS y se encuentra realizando esfuerzos para presentar un proyecto preliminar que lo califique para participar del mismo, siguiendo los lineamientos que se detallan en el párrafo 3.26. La preparación del Proyecto de Córdoba será financiada con fondos de la Facilidad de Preparación de Proyectos sobre la que se hace referencia a continuación.

C. Facilidad de Preparación de Proyectos (FPP) (US\$1,0 millón)

- 2.22 Para agilizar las tareas de preparación y ejecución del Programa, el Banco se encuentra negociando con el país la preparación de una FPP para financiar la UEC y las tareas para implementar las actividades del componente 1 y preparar y supervisar la elaboración de los proyectos provinciales de La Pampa y Córdoba, mientras se aprueba la operación, y el prestatario cumple con las condiciones previas al primer desembolso. Dicha PPF deberá estar aprobada antes que el proyecto sea considerado por el Directorio del Banco.

D. Administración y supervisión (US\$4,9 millones)

- 2.23 La UEC será financiada a lo largo de los cuatro años con recursos equivalentes a US\$4,9 millones. Se convino que el financiamiento del Banco será decreciente en el tiempo y que el Ministerio se compromete a incorporar en su estructura los consultores contratados para dicha unidad. Los recursos del financiamiento serán destinados al pago de remuneraciones (coordinadores, especialistas y técnicos), consultorías, equipamientos básico (informática, telecomunicaciones, reproducción y transmisión de documentos) y pagos de pasajes y viáticos necesarios para negociar, acompañar, supervisar y evaluar los proyectos provinciales que serán preparados y/o implementados.

E. Costo y financiamiento del Programa

- 2.24 El costo del Programa se calcula en el equivalente a US\$167 millones y será financiado con un préstamo de US\$100 millones con cargo de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco y con US\$67 millones de contrapartida nacional. A continuación se desglosan los costos de cada uno de los componentes.

Cuadro II.2
Presupuesto consolidado por componente
(en millones de US\$)

Categoría Presupuestaria	Fuentes de Financiación			
	BID/CO	Contraparte Local	Total	%
1. Administración y Supervisión	2,5	2,4	4,9	2,9
2. Componente Nacional	13,4	8,9	22,3	13,4
2.1. Formación, Reconversión y Capacitación de Recursos Humanos	9,1	6,1	15,2	
2.1.1. Definición de los Perfiles Profesionales de ESF	1,2	0,8	2,0	
2.1.2. Capacitación de Corto Plazo en APS	3,0	2,0	5,0	
2.1.3. Educación Continua en APS	2,0	1,3	3,3	
2.1.4. Diseño de la Capacitación de Personal en APS	0,6	0,4	1,0	
2.1.5. Aumento de las Residencias en APS	1,8	1,2	3,0	
2.1.6. Reorientación de los Programas de Pregrado	0,5	0,4	0,9	
2.2. Adecuación de la estructura del MSAS vinculada al nuevo modelo de APS	2,0	1,3	3,3	
2.2.1. Sistemas de Información para APS	1,0	0,7	1,7	
2.2.2. Programa de Comunicación Social	0,7	0,5	1,2	
2.2.3. Fortalecimiento Institucional	0,3	0,1	0,4	
2.3. Preparación de Proyectos Provinciales	2,3	1,5	3,8	
3. Reforma de APS en la Provincia de Salta	21,4	14,4	35,8	21,4
3.1. Sistema de Remuneración e Incentivos	7,5	5,0	12,5	
3.2. Adecuación de Infraestructura	6,1	4,1	10,2	
3.3. Sistemas de Información	2,8	1,9	4,7	
3.4. Comunicación Social	2,9	1,9	4,8	
3.5. Fortalecimiento Institucional	2,1	1,5	3,6	
4. Reforma de la APS en las Provincias de La Pampa y Córdoba	60,2	41,3	101,5	60,8
5. Facilidad de Preparación de Proyectos	1,0	-	1,0	0,6
SUBTOTAL	98,5	67,0	165,5	99,1
6. Costos Concurrentes (Evaluación)	0,5	-	0,5	0,3
7. Inspección y Vigilancia	1,0	-	1,0	0,6
TOTAL GENERAL	100,0	67,0	167,0	100,0

III. EJECUCION DEL PROGRAMA

A. Esquema organizativo para la ejecución del Programa

- 3.1 El Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS) será el organismo ejecutor del Programa en lo que corresponde al Componente Nacional, al mismo tiempo que ejercerá funciones de conducción general del Programa y de coordinación con las provincias participantes. Para tal fin, se ha organizado en el MSAS, dentro de la Subsecretaría de Atención Médica, la Unidad Ejecutora Central (UEC), la cual se apoyará en la estructura formal del Ministerio para la realización de sus actividades. Por su parte, en los Ministerios de Salud de las provincias de Salta, La Pampa y Córdoba, se constituirán Unidades Ejecutoras Provinciales (UEP) que serán las responsables de coordinar la ejecución de los proyectos de sus respectivas jurisdicciones.

B. Marco operativo

1. Ejecución del Componente Nacional

- 3.2 Este componente estará bajo la conducción de la UEC quien será la responsable de asegurar su ejecución eficaz y oportuna, dirigiendo la planificación e implantación de sus aspectos técnicos, financieros y administrativos, así como el seguimiento y evaluación del mismo. Por otra parte, le corresponderá asegurar la coherencia entre el Programa y otros proyectos con financiamiento externo y tendrá la responsabilidad de supervigilar la conducción de los proyectos provinciales a fin de asegurar que la ejecución de los mismos cumpla con los objetivos y metas trazadas para el Programa.
- 3.3 La UEC responderá directamente al Subsecretario de Atención Médica quien actuará como Director General del Programa. El Director General presidirá el Comité de Consulta y Coordinación que estará integrado por los directores de cada una de las áreas de MSAS involucradas en el Programa. La responsabilidad de este comité será promover y mantener la coordinación entre la UEC y la estructura organizativa formal del MSAS para los efectos de la ejecución del Programa. La UEC estará dirigida por un Coordinador General que estará apoyado por tres coordinadores de área: evaluación de estudios y proyectos; sistemas de información; y, operaciones y administración y finanzas. Adicionalmente, la UEC contará con un asesor jurídico, un especialista en monitoreo y control de gestión, y asesores/consultores en áreas específicas tales como comunicación social, fortalecimiento institucional, e infraestructura, equipamiento y medio ambiente. La presentación de la evidencia de la conformación de la UEC, con la estructura y personal idóneos y con base en términos de referencia aprobados por el Banco y la puesta en vigencia, mediante Resolución del Ministro de Salud y Acción Social, del Reglamento Operativo del Programa previamente acordado con el Banco, serán condiciones previas al primer desembolso de los recursos del Programa.
- 3.4 A continuación se presenta una visión panorámica de los aspectos relativos a la ejecución de la actividades ligadas al Componente Nacional

a. Formación, reconversión y capacitación de recursos humanos

- 3.5 Los cursos de formación, reconversión y capacitación estarán dirigidos a médicos, personal de enfermería y trabajadores sociales, otros auxiliares, así como también a los administradores del sistema de atención de salud y serán dictados a lo largo del periodo de ejecución del Programa.
- 3.6 Algunas de las actividades definidas en este subcomponente tienen alcance nacional, mientras otras, aunque desarrolladas como parte del Componente Nacional, serán dimensionadas como complemento de las actividades a ser desarrolladas en las provincias de Salta, La Pampa y Córdoba. A continuación, se especifican las actividades de este subcomponente y su alcance nacional o complementario a los proyectos de las citadas provincias. El primer desembolso de recursos para las actividades de este subcomponente para cada una de las provincias incluidas en el programa estará condicionado a que se haya obtenido la aprobación previa por parte del MSAS y del Banco de la estrategia de capacitación y reconversión de recursos humanos de la provincia respectiva.

(i) Reconversión y formación básica de los Equipos de Salud de la Familia (ESF)

Capacitación de Corto Plazo

- 3.7 Apoyo al diseño de planes de capacitación profesional en APS en las provincias. Cada provincia elaborará sus respectivas estrategias de capacitación con fondos del Componente Nacional. Sobre la base de estas estrategias, las provincias implementarán, con recursos propios, programas de capacitación. Se prevé la contratación de servicios de consultoría para la elaboración de los planes y estrategias provinciales de capacitación y de planes individualizados de capacitación para los profesionales de los ESF, incluyendo la utilización de servicios de educación a distancia. El MSAS acordará con las provincias, en función de las necesidades de éstas, la conveniencia de la contratación de consultores individuales o firmas consultoras.
- 3.8 Capacitación de corto plazo en APS e introducción de sistemas de gestión. El programa contratará estos servicios a través del mecanismo de licitación pública internacional, para lo cual convocará a entidades especializadas en capacitación y gestión, las cuales deberán acreditar experiencia en la gestión de unidades de salud de familia o en campos similares.

Pregrado

- 3.9 Definición de perfiles para los profesionales de los ESF y mecanismo de certificación y recertificación. Esta actividad, de carácter nacional, se desarrollará en el marco de la Comisión Nacional de Certificación y Recertificación Profesional, creada a partir del Decreto 1424/97. Dicha Comisión es coordinada por el Coordinador del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica es integrada por los Subsecretarios de Atención Médica y de Regulación y Fiscalización, por un representante del Ministerio de Cultura y Educación, por dos miembros del Consejo

Federal de Salud que integran el Consejo Asesor Permanente y por los representantes de la Academia Nacional de Medicina y de la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina en dicho Consejo.

- 3.10 Para la implantación del sistema de certificación y recertificación se contratará una firma consultora que tendrá a su cargo el desarrollo de los mecanismos de certificación y recertificación en APS, definiendo los instrumentos de evaluación, consensuando los mismos en el ámbito de las provincias y estableciendo los sistemas para su implementación y funcionamiento. Los perfiles y estándares mínimos deberán ser observados en todas las actividades de capacitación financiadas por el proyecto.
- 3.11 Reorientación hacia la APS de los programas de pregrado de formación de médicos y otros profesionales de la salud. Las universidades que deseen recibir los subsidios deberán presentar un proyecto detallando las necesidades de financiamiento para el mismo. El MSAS por intermedio de la UEC evaluará los proyectos y asignará los recursos necesarios.
- 3.12 Se dará preferencia a las Universidades Nacionales de Buenos Aires, Córdoba, Rosario y La Plata. Estas universidades han sido seleccionadas entre las siete universidades públicas nacionales, considerando que las mismas son las que capacitan a la mayor parte de los médicos que desarrollan su ejercicio profesional en las provincias de Salta, La Pampa y Córdoba ^{6/}. Sin embargo, estas universidades tendrán que presentar propuestas que cumplan con los criterios de calidad y los requisitos establecidos por el programa. La elegibilidad de esta actividad para desembolsos estará sujeta a que el Prestatario haya cumplido con las condiciones especiales previas al primer desembolso y que el MSAS haya completado, a satisfacción del Banco, la preparación de los perfiles y protocolos de certificación del personal de salud a que se hace referencia en los párrafos 3.8 y 3.9 de este documento.

Residencias

- 3.13 Las tres provincias tendrán que seleccionar los profesionales que participarán del programa, los cuales podrán ser seleccionados de los servicios públicos, de las Obras Sociales o privados. En el caso que los postulantes se encuentren en relación de dependencia con la administración provincial, éste tendrá el compromiso de mantener la vigencia del contrato y su remuneración durante el período de la residencia. Concluida la misma, el funcionario tendrá la obligación de continuar prestando servicios a la administración provincial por tres años cumpliendo tareas en el área específica de la capacitación adquirida, condición a ser estipulada mediante contrato entre el Ministerio de Salud de la Provincia y el funcionario.

^{6/} Las restantes universidades públicas nacionales con escuela de medicina son Corrientes, Cuyo (Mendoza) y Tucumán. Esta última ya tiene una marcada orientación a la APS por lo cual no requiere subsidio. La provincia de Mendoza no entraría en el programa por contar con un programa propio de APS y en el caso de la Universidad de Corrientes, podría considerarse en un futuro el subsidio a la misma, en caso que la provincia se incorpore al programa.

Posgrado y Educación Continua

- 3.14 Desarrollo de programas e instrumentos de educación continua en APS - Cursos de posgrado, educación a distancia y sistemas de rotaciones para los ESF: La UEC establecerá un sistema de acreditación de las instituciones especializadas en el dictado de cursos de posgrado y como resultado de dicho proceso procederá a seleccionar a las 11 instituciones que presenten las mejores propuestas. Dichas propuestas deberán presentar, además de los perfiles profesionales y esquemas de certificación en el marco de los estándares establecidos para el este Programa, orientación para la administración de los nuevos sistemas de salud de familia, transfiriendo destrezas para el nuevo esquema de entrega de los servicios de salud y ofreciendo elementos e instrumentos para la gestión de la unidades de salud de familia. Deberán presentar contenidos tales como: evolución de los sistemas de salud, políticas de desarrollo y administración, técnicas de evaluación, herramientas de gestión, administración de recursos humanos, ciencias económicas de la salud, administración de datos y tecnología de salud.
- 3.15 Los campos de especialización a nivel de posgrado elegibles serán: medicina de familia, enfermería de familia, APS para asistentes sociales, APS para otros profesionales de los equipos de salud orientado a médicos especialistas (excepto en medicina familiar), odontólogos, psicólogos, bioquímicos, farmacéuticos, etc., reconversión a la medicina de familia de médicos especialistas, preferentemente con especialidad en pediatría, clínica médica o tocoginecología, y capacitación interdisciplinaria para el trabajo en equipo en atención primaria. La demanda por estos cursos vendrá por el lado de los profesionales de la salud de las provincias que accederán a los mismos de acuerdo con criterios de selección y financiamiento establecidos en los respectivos proyectos provinciales.
- 3.16 El desarrollo del proyecto para el montaje y funcionamiento de la red de educación a distancia será ejecutado por una firma especializada que se contratará mediante competencia pública internacional, la cual tendrá a su cargo el diseño, desarrollo y administración de un sistema de educación a distancia para los profesionales del equipo interdisciplinario del primer nivel de atención. Las firmas que participarán de la competencia deberán acreditar experiencia en la implantación de sistemas de educación a distancia y en la capacitación de recursos humanos en salud. La red será financiada en forma decreciente con recursos del programa durante un período de dos años para luego quedar a cargo del MSAS. Pasados estos dos años, la red será autofinanciada mediante cargos a sus usuarios.
- 3.17 La administración del sistema de rotaciones consistirá en la implantación sistemática de las siguientes rutinas: (a) identificar en cada provincia la cantidad de rotantes potenciales y las USF o ESF que operarán como centros de rotación; (b) acordar con estos centros las actividades mínimas a desarrollar por el rotante y los mecanismos de supervisión y evaluación del programa; (c) asignar en cada centro tutor/es y supervisor/es de las rotaciones; (d) evaluar los resultados de las mismas e informarlas a las autoridades

sanitarias provinciales; y, (e) administrar y solventar los pasajes, viáticos, hospedaje y eventuales incentivos que correspondan al rotante.

- 3.18 Este sistema permitirá que periódicamente los profesionales que desarrollan sus actividades en áreas rurales o periurbanas hagan una pasantía (por una semana) en centros de excelencia en APS, contribuyendo al aumento de la calidad de la atención en las zonas con población en situación de pobreza. El montaje del proyecto para el desarrollo del sistema de rotaciones y su implementación en las Provincias de Salta, La Pampa y Córdoba será realizado por una firma consultora especializada que se contratará mediante concurso público internacional. Una vez implantado el proyecto, su administración se quedará a cargo del MSAS en coordinación con las provincias. Las firmas que participarán del concurso deberán demostrar experiencia en la organización y el gerenciamiento de sistemas de capacitación de personal.

b. Adecuación de la estructura del MSAS vinculada al nuevo modelo de APS

(i) Sistema de información para APS

- 3.19 El sistema de información servirá de base para la focalización del Programa, a través de la identificación de la población sin cobertura, lo que requerirá la aplicación de la ficha SISFAM/APS, para la cual, las provincias deberán firmar los convenios respectivos con el SIEMPRO para poder cumplir con la condición previa para el primer desembolso de los recursos destinados a sus proyectos provinciales. Esto implicará la realización del catastro de al menos dos terceras partes de su población objetivo como condición previa al primer desembolso. Dentro del plazo de un año, contado a partir de la vigencia del contrato de préstamo las provincias deberán haber concluido el catastro del total de la población objetivo provincial.
- 3.20 Para la ejecución de esta actividad se contratarán servicios de consultoría cuyos trabajos se estiman tendrán una duración aproximada de 12 a 18 meses. Su llamado a concurso y contratación se hará durante el primer año de ejecución del Programa. Los términos de referencia para esta contratación deberán contar con la no objeción del Banco y deberán incluir la orientación técnica para las provincias para la preparación de sus respectivos sistemas y para la capacitación y entrenamiento de los recursos humanos para su operación. Separadamente, una vez se tengan los resultados de la consultoría, se procederá a la adquisición del equipamiento físico mediante licitación pública internacional para el montaje del sistema interconectado.
- 3.21 La entrada de beneficiarios al sistema, una vez aplicada la ficha SISFAM/APS, se hará a través de una tarjeta magnética de identificación, lo que permitirá su inclusión en los diferentes módulos de prestación de servicios de salud y la operación y administración del sistema de recuperación de costos.

(ii) Programa de comunicación social

- 3.22 Se prevé que al cabo del primer año estén listas el 100% de la tareas de diseño del programa de tal modo que el personal de conducción del nivel central y provincial, tenga acceso al Plan Nacional de Comunicación y al Manual de Normas y Procedimientos.
- 3.23 Como parte de la estrategia de comunicación social se prevé la realización de encuentros de actualización, talleres y foros de trabajo para fortalecer la articulación intersectorial y multidisciplinaria de las áreas involucradas en la APS, bajo las siguientes modalidades: encuentros de actualización en planificación, gerenciamiento y evaluación de programas de comunicación social; encuentros con las Unidades de Comunicación Provinciales para sistematizar resultados discriminando logros y debilidades y reorientar planes de acción futuros; y, organización de talleres de APS para representantes de medios de comunicación social. A lo largo de la ejecución del Programa se prevé llevar a cabo: 50 encuentros a nivel central y 50 a nivel provincial de dos días de duración cada uno para fortalecer la articulación intersectorial y multidisciplinaria de las área involucradas en la APS; y, 25 encuentros a nivel central y 25 a nivel provincial con representantes de medios de comunicación social.
- 3.24 Para la realización de las actividades arriba descritas, se contratará una firma consultora especializada en el campo de la comunicación social con experiencia en el área de salud, preferiblemente en atención primaria. Las actividades de normatización y el desarrollo de las metodologías de difusión y evaluación y monitoreo se llevarán a cabo durante los dos primeros años de ejecución del Programa, mientras que los encuentros y talleres se llevarán a cabo a lo largo de los cinco años previstos de ejecución.

(iii) Fortalecimiento institucional del MSAS

- 3.25 El componente se desarrollará conforme un plan estratégico de fortalecimiento que se formulará durante el primer año de ejecución del proyecto. Las actividades de apoyo a la formulación del plan estratégico serán realizadas por una firma consultora, seleccionada por concurso internacional, especializada en el área de salud con experiencia en la formulación y diseño de planes de organización y gestión. Dichas actividades estarán dirigidas a analizar el modelo de gestión actual, sus problemas y posibles soluciones, teniendo en consideración los factores con que se cuenta (humanos, físicos y financieros). La implantación del plan estratégico se iniciará a partir del segundo año de ejecución, mediante la realización de talleres de divulgación y la puesta en marcha de las acciones propuestas.

c. Preparación de proyectos provinciales

- 3.26 La preparación de proyectos provinciales seguirá las siguientes etapas: (i) Precondiciones: presentación de la carta de adhesión de la provincia al Programa expresando la concordancia con los principios de la reforma de APS y, la solicitud formal de participación en el Programa mediante una comunicación escrita del

Gobernador de la provincia al Ministro de Salud de la Nación; (ii) Diagnóstico de situación: envío de una misión de identificación a la provincia por parte de la UEC para elaborar un documento preliminar que recogerá la información básica del proyecto; (iii) Plan de acción preparatorio del proyecto: acción conjunta de la UEC y el Ministerio de Salud provincial tendiente a formular un plan de acciones dirigidas a resolver los problemas identificados en el diagnóstico de situación y a preparar el programa de APS de la provincia; (iv) Convenio de asistencia inicial: será firmado entre el Ministerio de Salud provincial y el MSAS para la puesta en marcha del plan de acción preparatorio mediante la contratación de la firma consultora, el inicio de las actividades de comunicación social, la preparación de las estructuras de capacitación de recursos humanos y la definición de responsabilidades entre provincia y nación. La preparación del proyecto provincial deberá seguir los lineamientos metodológicos acordados con el Banco; y, (v) Evaluación y documentación final para la aprobación del proyecto provincial: el proyecto provincial preparado por la firma consultora será revisado y aprobado tanto a nivel provincial como de la UEC y la aceptación final del mismo deberá contar con la no objeción del Banco. Una vez aprobado, la provincia procederá a gestionar la aprobación del proyecto de ley de endeudamiento provincial y la Minuta de Convenio de Préstamo Subsidiario con la Nación.

2. Ejecución del Proyecto de Salta

- 3.27 Corresponderá a la Unidad Ejecutora Provincial (UEP) la responsabilidad de ejecutar el proyecto provincial en coordinación con la UEC. La UEP dependerá directamente del ministro provincial y será creada por resolución ministerial. Contará con un coordinador general, tres coordinadores técnicos (reconversión de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, monitoreo y control de gestión) y, un coordinador administrativo-financiero. Al igual que la UEC, se apoyará en la estructura organizativa de su propio ministerio provincial para coordinar la ejecución de las diferentes actividades del proyecto. La presentación de la evidencia de la conformación de la UEP y del reglamento operativo provincial serán condiciones especiales para el primer desembolso de los recursos correspondientes a los proyectos provinciales. (Esta condición será común para las otras dos provincias).
- 3.28 A continuación se presenta los lineamientos para la ejecución del proyecto.
- a. Sistema de remuneración e incentivos
- 3.29 Reconversión de recursos humanos. Las becas de especialización y los cursos de capacitación en APS serán asignadas por la UEP de acuerdo con la demanda generada por los ESF y las USF. Los cursos serán contratados con instituciones especializadas mediante licitación pública internacional (ver párrafos 3.7 y 3.8).
- 3.30 Implantación de incentivos. El sistema de incentivos deberá progresivamente convertirse en un sistema de pagos capitados. La evolución hacia este sistema de pagos capitados requerirá el desarrollo por parte de la UEP de planes específicos en los

proyectos provinciales para que la transición hacia tal sistema se diseñe de acuerdo con las características y necesidades propias de cada provincia. La implantación de este sistema deberá seguir los lineamientos metodológicos acordados con el Banco en el marco de proyecto aprobado para la provincia.

- 3.31 Auditoría de calidad. La calidad de la atención será certificada a través de una combinación de métodos clásicos de auditoría (revisión de historias clínicas, confección de indicadores, adecuación a normas) y métodos modernos de garantía de calidad (indicadores trazadores, encuestas de satisfacción, círculos de calidad, y otros). Para el desarrollo del sistema se auditoría se contratarán los servicios de una firma especializada de carácter internacional siguiendo los criterios metodológicos acordados con el Banco. Las propuestas de implantación con costos y calendarios serán evaluadas por la UEP. Esta actividad será desarrollada durante el primer año de ejecución del proyecto.

b. Adecuación de infraestructura, equipamiento, sistemas de información, comunicación social y fortalecimiento institucional

- 3.32 Las inversiones en infraestructura estarán dirigidas a financiar los estudios y las obras civiles necesarias para rehabilitar, mejorar, ampliar y construir instalaciones destinadas a la prestación de servicios de APS (centros de salud, puestos sanitarios, puestos fijos y consultorios médicos, en los cuales funcionarán las unidades de salud de familia).
- 3.33 Las inversiones en equipamiento podrán contemplar las siguientes adquisiciones: (i) dispositivos, máquinas e instrumentos destinados únicamente a la prestación de servicios de atención primaria en los centros de salud, los cuales deberán estar de acuerdo con las normas vigentes en la provincia y según las recomendaciones que surjan de los estudios de consultoría; y, (ii) equipo y material de informática destinado a los sistemas de información, los cuales deberán ser compatibles con las redes y los sistemas de los organismos públicos provinciales y las tecnologías de manejo de información en red (deberán ser entregados con garantía y disponibilidad de mantenimiento tanto para el hardware como para el software).
- 3.34 Considerando el carácter atomizado de las inversiones en infraestructura y su reducido monto por establecimiento, no se prevé la realización de competencia internacional para la ejecución de las obras. Por otra parte, para la adquisición de software y equipamiento, teniendo en cuenta la capacidad de generar economías de escala, se realizarán licitaciones públicas internacionales para los paquetes cuyos montos excedan el límite de US\$350 mil.
- 3.35 Las consultorías especificadas en el párrafo 2.17(ii) relativas al diseño lógico de los sistemas de información, deberán ser realizadas con base en mecanismos de licitación pública internacional.
- 3.36 En lo que se refiere a las consultorías y compras de servicios de publicidad, comerciales de televisión y radio, producción y

distribución de material gráfico previstas para el subcomponente de comunicación social, se prevé el uso de licitaciones internacionales (consultoría) o nacionales (compra de servicios) con base en las reglas del Banco, a partir de los lineamientos indicados en el reglamento operativo.

- 3.37 Por ende, los estudios detallados en el párrafo 2.19, relativos al subcomponente de fortalecimiento institucional, tendrán su financiamiento condicionado a la previa aceptación, por parte del Banco, de sus términos de referencia. Una vez aprobados dichos términos de referencia, los mismos deberán ser sometidos a licitación pública internacional.

c. Contratos de gestión para el gerenciamiento de los servicios

- 3.38 La forma de funcionamiento práctico del modelo será a través de contratos de gestión a formalizarse entre los ministerios de salud provinciales y los ESF y las USF. En los citados contratos se contemplarán las siguientes factores básicos: servicios a ser prestados, especialidad profesional, especialidades del personal auxiliar, remuneraciones e incentivos a la actividad del ESF y de la USF, dedicación horaria, localización y población a cargo, y mecanismo de evaluación del funcionamiento. Dentro del marco de estos contratos de gestión, se dará especial atención a la situación laboral del personal médico y auxiliar de los equipos de salud, ya que dicho personal podrá provenir de la planta propia del ministerio provincial y estarán regidos por el Estatuto de los Trabajadores de la Salud, o personal nuevo que se incorporará a partir del funcionamiento del sistema y estará cobijado por otros regímenes de contratación. El modelo de contrato de gestión que utilizará el Ministerio de Salud provincial deberá contar con la no objeción del Banco. (Esta condición será común también para los otros proyectos provinciales).

3. Ejecución de los proyectos de La Pampa y Córdoba

- 3.39 La ejecución de estos proyectos se regirá por sendos Reglamentos Operativos acordados entre el MSAS, estas Provincias y el Banco. La entrada en vigencia de estos reglamentos será condición previa al primer desembolso, de los recursos para los respectivos proyectos provinciales.
- 3.40 El Reglamento Operativo ordena la ejecución de los proyectos provinciales estableciendo: (i) el marco para la organización de la ejecución del proyecto (conformación de las UEPs, conformación de los equipos interdisciplinarios para las USF y los ESF, la definición del paquete básico de servicios, su costo y financiamiento, y el sistema de remuneración e incentivos); (ii) las normas generales para la ejecución de los proyectos (criterios de elegibilidad de las instituciones capacitadoras, criterios de elegibilidad de los programas de capacitación profesional, y criterios de elegibilidad de las inversiones en infraestructura y equipamiento); (iii) procedimientos de contratación; y, (iv) esquema de seguimiento, auditoría y evaluación. Este reglamento llevará como anexo la metodología acordada con el Banco para la elaboración de los proyectos provinciales.

C. Administración de los recursos del Programa

- 3.41 El Reglamento Operativo del Programa establece también los procedimientos para la administración de los recursos del Programa con responsabilidades claras tanto a nivel de la UEC como de las UEPs. Los recursos del Programa provendrán del eventual préstamo del BID, y de las respectivas contrapartidas de la Nación (Tesoro General de la Nación) y de las provincias (Tesoro Provincial). Dicho reglamento establece también los lineamientos para la aplicación de los recursos, tanto del préstamo como de las contrapartidas y define las restricciones para la aplicación de los mismos.
- 3.42 Por otra parte, el Reglamento Operativo establece los mecanismos para el desembolso de los recursos, tanto para el ejecutor nacional como para el ejecutor provincial, determina los requerimientos en materia de apertura de cuentas especiales para el Programa y del manejo de registros contables y define las obligaciones que condicionarán el traspaso de los recursos a las provincias. Con respecto a esto último, establece que el prestatario traspasará los recursos del Programa a las provincias en carácter de subpréstamos, para lo cual será necesario que las provincias de Salta, La Pampa y Córdoba suscriban con la Nación contratos de préstamo subsidiario siguiendo lineamientos previamente acordados con el Banco. Dichos contratos deberán establecer que los fondos de coparticipación federal serán la garantía que ofrezcan los gobiernos provinciales al gobierno federal, tanto para el repago de la deuda como para la asiganción oportuna de la contrapartida local para la ejecución de los proyectos provinciales. La presentación de la evidencia de la suscripción de dichos contratos será condición previa al primer desembolso de los recursos destinados a los respectivos proyectos provinciales. Los recursos serán traspasados a las provincias en las mismas condiciones que la Nación los recibe del Banco. Por su parte, la nación exigirá como garantía a las provincias que comprometan los fondos de la Coparticipación Federal de Impuestos, o el régimen que los reemplace, por el capital, intereses y comisiones.

D. Adquisiciones y contrataciones

- 3.43 Las adquisiciones de bienes y servicios relacionados y las contrataciones de obras de construcción se llevarán a cabo conforme a los procedimientos normales del Banco. La licitación pública internacional será obligatoria para adquisiciones cuyo valor exceda US\$5 millones para obras de construcción y US\$350.000 para bienes y servicios relacionados. Las licitaciones por debajo de los límites mencionados se harán con base en la legislación nacional. La contratación de los estudios y servicios de consultoría previstos en el Programa se llevarán a cabo de conformidad con los procedimientos normales del Banco. En el Anexo III-1 se presenta el calendario de adquisiciones del Programa.
- 3.44 Para los efectos de la ejecución del Programa, la UEC y las UEPs contarán con los servicios de especialistas en adquisiciones y contrataciones quienes apoyarán en todas las actividades relacionadas con esta materia. De ser necesario estos especialistas se apoyarán en la estructura con que actualmente

cuentan los ministerios a nivel central y provincial para llevar a cabo los procesos licitatorios.

- 3.45 Para las actividades del Programa que involucran la contratación de servicios de empresas o instituciones a través de licitación pública nacional o internacional, mediante el sistema de precalificación, se evaluará la capacidad técnica, administrativa, financiera y legal de las empresas o instituciones postulantes, de acuerdo con los criterios establecidos en el Reglamento Operativo (solvencia financiera, experiencia previa, antecedentes del personal capacitador, sistemas de apoyo gerencial, capacidad de realizar las actividades previstas en las provincias.) Dichas empresas o instituciones podrán presentarse en forma independiente o conjunta, mediante la conformación de consorcios con otras instituciones nacionales o extranjeras. Las propuestas serán evaluadas a nivel de la UEC cuando sean de alcance nacional y por las UEPs cuando estén ligadas a actividades contempladas en los respectivos proyectos provinciales.
- 3.46 Con el propósito de agilizar la ejecución del programa, solamente deberán contar con la aprobación previa del Banco: (i) los contratos de cursos superiores a US\$1 millón; (ii) las contrataciones de servicios por un monto superior a US\$50 mil para consultores individuales y US\$100 mil para firmas consultoras; y, (iii) las adquisiciones de equipamientos destinados a la adecuación de las unidades de salud y fortalecimiento institucional por un monto superior a US\$350 mil. Los documentos de apoyo a los procesos, por debajo de los montos indicados, se revisarán por muestreo ex-post. La documentación específica necesaria para todas aquellas convocatorias que serían revisadas de manera ex-post por el Banco deberían ser conservadas por el MSAS, a disposición del Banco, durante el período de ejecución del programa.

E. Calendario de desembolsos

- 3.47 Se ha previsto un período de ejecución del Programa de cinco años, a lo largo del período 1999 (2o. semestre) y 2004 (1er. semestre). El fondo rotatorio para esta operación se ha establecido en un tope de hasta 5% de los recursos del financiamiento. Con base en la programación efectuada, se prevé el siguiente calendario de desembolsos, en miles de US\$:

Cuadro III.1

FUENTE	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	TOTAL
BANCO	10.860	33.754	26.064	17.376	11.946	100.000
APORTE LOCAL	7.240	22.836	17.376	11.584	7.964	67.000
TOTAL	18.100	56.590	43.440	28.960	19.910	167.000
PORCENTAJE	11,0	34,0	26,0	17,0	12,0	100,0

F. Auditoría externa

- 3.48 El prestatario, por intermedio del organismo ejecutor, deberá presentar anualmente al Banco durante la ejecución del Programa, los estados financieros del Programa. La auditoría externa será realizada por una entidad de auditoría independiente aceptable para el Banco.

G. Sistema de seguimiento y evaluación

- 3.49 Dentro de los 30 días siguientes de cumplirse cada semestre de ejecución del Programa, el MSAS presentará a la consideración del Banco informes de progreso semestrales en relación con el desarrollo de la actividades del Programa. El informe que coincida con cada año de ejecución del Programa deberá, además, incluir el plan operativo para ese año, el estado financiero del Programa e información sobre las adquisiciones realizadas el año anterior y las planeadas para el año en curso. Con el fin de llevar un seguimiento y una evaluación de los resultados del Programa, estos informes incluirán un estado comparativo anual de los avances alcanzados en un grupo de indicadores de progreso acordados mutuamente entre el Banco y el MSAS.
- 3.50 Anualmente, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de preparación y entrega del informe de progreso semestral que coincida con cada año de ejecución del Programa, el Banco llevará a cabo una evaluación para analizar junto con el MSAS la información presentada, evaluar el progreso del Programa, las dificultades que hubieran surgido en la ejecución y la forma de superarlas.
- 3.51 Como parte del proceso de evaluación del Programa, se prevé llevar a cabo dos evaluaciones de impacto - una intermedia y una final - con base en los indicadores de impacto a ser acordados entre el MSAS y el Banco. Los resultados de la primera evaluación deberán ser presentados al Banco una vez se hayan comprometido el 50% de los recursos del Programa o a los 42 meses contados a partir de la vigencia de contrato de préstamo, según sea la circunstancia que se de primero, y tendrán como objetivo evaluar el estado de ejecución del Programa y verificar el grado de cumplimiento con las metas previstas, detectar problemas e introducir medidas correctivas sobre la marcha a fin de asegurar el alcance de los objetivos últimos del Programa. La evaluación final deberá ser desarrollada dentro de los seis meses previos a la fecha límite para el último desembolso del financiamiento y sus resultados presentados al Banco junto con la solicitud final de desembolsos.

IV. VIABILIDAD Y RIESGOS DEL PROGRAMA

A. Aspectos técnicos

- 4.1 La estrategia de atención primaria propuesta en el programa se caracteriza por mejorar el acceso de la población en general a los servicios básicos de salud, mejorando así la prevención de las enfermedades crónicas y el cuidado a las mujeres embarazadas y niños. Esta estrategia reducirá la morbilidad por enfermedades crónicas, proveerá una maternidad segura y la reducción de los riesgos de mortalidad infantil. Bajo estas condiciones, se espera que un efecto del Programa, sobretodo en las Provincias más pobres, será alcanzar la reducción de las tasas de mortalidad materna-infantil.
- 4.2 Además de estos efectos positivos, el Programa permitirá: (i) aumentar la equidad, a través de la mejoría de los niveles de salud de los grupos de bajo ingreso; y, (ii) disminuir los costos promedios de la atención primaria.
- 4.3 Por otra parte, el Programa cambiará la naturaleza de los servicios, aumentando la cobertura de la atención primaria, mejorando la capacidad de resolución de los servicios en la propia unidad de APS y evitando el acceso directo sin referencia así como la derivación innecesaria de pacientes a los hospitales y servicios de mayor complejidad.
- 4.4 Para obtener los objetivos de equidad, el Programa utiliza estrategias de focalización a grupos de bajos ingresos e implanta mecanismos de recuperación de costos de los servicios de salud prestados por el sector público a usuarios asegurados por las Obras Sociales y por empresas de medicina prepaga. Aún cuando hoy por hoy, son pocos los usuarios de las Obras Sociales o de la medicina prepaga que utilizan los servicios públicos de atención primaria en función de su mala calidad, la mejoría en la calidad de estos servicios los tornará más competitivos. En la medida en que las Obras Sociales se transformen en entidades gerenciadoras y compradoras de servicios, el sector público entrará a jugar un rol más activo como prestador. Esto también permitirá la generación de ingresos adicionales al sistema que contribuirá para asegurar la sostenibilidad del nuevo modelo.

B. Análisis económico financiero del Programa

- 4.5 Para estimar el impacto del programa de APS como un todo, se presenta a continuación un análisis de costo efectividad del proyecto de Salta, el cual se encuentra ya diseñado en su totalidad. Los resultados de este análisis darán pautas para afinar el diseño de los proyectos de Córdoba y La Pampa.
- 4.6 La efectividad del Programa se mide a través de los siguientes indicadores relacionados con la mejoría de la salud: (a) aumento de la cobertura; (b) la mejoría de la calidad de la cobertura; (c) reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna; y, (d) reducción de las tasas de hospitalización y referencia de pacientes a servicios de mayor complejidad.

- 4.7 En términos de costo, los proyectos provinciales tendrían los tres efectos siguientes: (a) un incremento de los costos de atención primaria como resultado del aumento de la demanda por estos servicios por parte de la población no cubierta y su impacto tanto en los costos de personal (pago por capitación o de incentivos en las unidades de APS en las áreas rurales y periurbanas), como en los gastos en medicamentos e insumos básicos; (b) una reducción, a mediano plazo, de los costos por servicios hospitalarios resultante de la mejoría de la eficiencia y efectividad de la atención primaria que evitará la derivación innecesaria de pacientes a los hospitales; y (c) el impacto de la recuperación de costos de los servicios prestados a los afiliados a las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga. Del balance de los elementos indicados en los literales (a) y (c), será posible identificar el impacto de cada proyecto en el presupuesto provincial.

C. Análisis económico financiero, Provincia de Salta

- 4.8 El Ministerio de Salud de la Provincia ha logrado resultados financieros positivos en los últimos cuatro años, como consecuencia de un esfuerzo por racionalizar el gasto. No obstante, se observan problemas de baja cobertura que necesitan ser solucionados con el Programa. Así, tanto en Salta, como en otras provincias pobres de Argentina, las necesidades de extender la cobertura pueden significar un aumento de costos, aunque la efectividad se eleve en proporción más alta que los costos.
- 4.9 En el cuadro IV.1 se presentan los resultados del análisis de efectividad del proyecto. A efectos del análisis se hicieron los siguientes supuestos: (a) cobertura: con la reforma, los servicios de APS abarcarán a todos los que no están cubiertos hoy en día y se recuperan los costos que esto implica; (b) se reconvierten los centros y puestos de salud actuales y se construyen los que se necesitan en las áreas rurales y periurbanas. Como se observa en el cuadro IV.1, estas dos acciones tienen impactos sobre el acceso de la población a los servicios (índices gini), sobre las tasas de mortalidad materna e infantil (por 1.000 y 100.000 nacidos vivos, respectivamente) y las tasas de egreso de los hospitales (porcentaje de pacientes cuya primera atención es hecha en un hospital). De las tres tasas anteriores, se construye un índice de efectividad conjunto.

Cuadro IV.1
Provincia de Salta
Indicadores de Efectividad del Programa

Indicador	Definición	Línea de Base (1998)	Situación Sin proyecto (2003)	Hipótesis A optimista (2003)	Hipótesis B pesimista (2003)
Cobertura	% de Personas Atendidas por el Sistema sobre la Población (1)	64%	69%	89%	84%
Accesibilidad	Número de Unidades de APS (2)	464	489	888	784
	Índice de Concentración de APS (3)	0,331	0,345	0,194	0,221
Efectividad	Mortalidad Infantil (4)	23,5	23,5	21,8	22,8
	Mortalidad Materna (5)	122	116	44	72
	Tasa de Egresos de Hospital (6)	12,6	15,0	8,8	9,5
	Índice de Efectividad (7)	100,0	98,3	142,8	135,0

Notas: (1) La cobertura, se refiere a la totalidad de la población de la provincia. La hipótesis es que, con la reforma, los servicios de APS incluirán la totalidad de los sin cobertura en la línea de base y parte de los que son cubiertos por otras modalidades de atención, recuperando los costos en que incurre el sistema; (2) incluyen los actuales centros y puestos de salud (que serán reconvertidos), adicionándose las unidades que deberán crearse en las áreas rurales y periurbanas; (3) corresponde al índice de gini de la concentración espacial de los centros de salud en relación a la población, tomando los distritos como unidad. Dicho índice varía entre 0 y 1, donde 0 representa la máxima equidad en la distribución. Los datos fueron contruidos en función de los planes de ubicación de unidades de APS en la provincia, detallados en el proyecto de Salta; (4) tasas por 1000 nacidos vivos; (5) tasas por 100.000 nacidos vivos; (6) porcentaje de personas cuyo primera atención es hecho en hospital sumado con las personas con derivación innecesaria para segundo y tercer nivel a partir de las consultas de APS; (7) Índice definido como un promedio aritmético del inverso de las variaciones de los indicadores de mortalidad materna infantil y la tasa de egresos hospitalarios.

- 4.10 Para la situación sin proyecto, se supone que la mortalidad infantil se mantendrá estable y que la mortalidad materna se reducirá siguiendo la tendencia histórica de los últimos cinco años (promedio de 1% anual). En la situación con proyecto, se prevén dos hipótesis. En la hipótesis optimista, la provincia: (i) alcanza la meta de cubrir 89% de la población con el nuevo sistema, a través de una fuerte reconversión y expansión de la red de APS; (ii) se aproxima a los valores nacionales en relación a los indicadores de mortalidad infantil y materna; y, (iii) reduce significativamente la transferencia innecesaria de pacientes hacia los servicios de segundo y tercer nivel. En la hipótesis pesimista, la provincia: (i) no alcanza totalmente sus metas en cuanto a cobertura y accesibilidad; (ii) mejora levemente sus cifras en relación a los indicadores de mortalidad infantil y materna; y, (iii) reduce levemente la transferencia hacia los servicios de segundo y tercer nivel.
- 4.11 Como se observa en el cuadro IV.1, en la situación "sin proyecto", la efectividad baja en comparación con la situación de partida (línea de base). Aunque la mortalidad infantil y materna se reduce acompañando la tendencia histórica del sistema, la derivación de pacientes a los hospitales sigue intensificándose. En las dos alternativas presentadas para la situación con proyecto, la efectividad medida en el año 2003 resulta superior a la línea de

base en 43% y 35% en las situaciones optimista y pesimista, respectivamente.

- 4.12 En el cuadro IV.2 se presentan los impactos del proyecto en el presupuesto de salud. Los efectos más importantes del nuevo modelo en relación a las partidas presupuestarias se manifiestan por la reducción de los gastos en personal de planta en 78% y por la aparición de un nuevo rubro de US\$96,7 millones por la contratación de servicios profesionales de apoyo para APS. Este rubro se refiere a los pagos por capitación (completo o parcial) y por incentivos.

Cuadro IV.2
Provincia de Salta
Presupuesto de Salud Primaria con y sin Proyecto
(En US\$ millones)

Rubros de Presupuesto	Línea de Base (1998)	Sin Proyecto (2003) (1)	Con Proyecto (2003) (2)	Variación (2)/(1)
Gasto Total	112,8	149,6	157,6	5,3%
Personal de Planta	89,5	114,2	25,5	-77,7%
Bienes de Consumo medicamentos (*)	16,9	23,5	23,5	-
Servicios	3,5	8,4	8,4	-
Bienes de Capital	0,5	0,7	0,7	-
Transferencias	2,4	2,8	2,8	-
Contrataciones	-	-	96,7	-
Ingreso Total	112,8	149,6	157,6	5,3%
Presupuesto	112,8	149,6	135,0	-8,1%
Recuperación por Consultas	-	-	11,3	-
Recuperación por Prestaciones	-	-	11,3	-
Índice Presupuestario	100,0	132,6	119,6	-9,8%

(*) No incluye el efecto posible del programa en la relación de los gastos de medicamentos en los hospitales

- 4.13 Como se observa en el cuadro IV.2, la introducción de un sistema de identificación de usuarios y recuperación de costos permitirá que los ingresos aumenten ligeramente por consultas (US\$11,3 millones) y otras prestaciones (US\$11,3 millones). En otras palabras, la reducción de la parte presupuestaria en salud en una situación de aumento de la cobertura como la pretendida en la Provincia de Salta, solamente sería posible en función de la recuperación de costos por consultas y prestaciones a ser propiciada en el marco del nuevo sistema. Sólo con el proyecto el Ministerio de Salud Provincial contará con el sistema de información e identificación de usuarios para contabilizar los costos de las prestaciones en cuentas individuales y con la calidad necesaria para atraer a los usuarios de los servicios de las Obras Sociales y medicina prepaga.

Cuadro IV.3
Síntesis de los Indicadores de Costo Efectividad

	Situación sin Proyecto	Situación con Proyecto (hipótesis optimista)	Situación con Proyecto (hipótesis pesimista)
1. Aumento de la efectividad con relación al año de la línea de base 1998	-1,7%	42,8%	35,0%
2. Aumento de la asignación presupuestaria	32,6%	19,6%	19,6%

4.14 De la comparación de los datos de efectividad con los gastos de presupuesto (Cuadro IV.3), se puede ver que en ambas hipótesis, la efectividad aumenta más que los gastos presupuestarios, lo que no pasa en la situación sin proyecto. En este sentido, el proyecto de Salta, tal como ha sido diseñado puede ser considerado costo-efectivo, ya que permitirá reducir los gastos unitarios de las consultas y prestaciones, entregando más servicios por las mismas unidades de gasto como efecto del aumento de la productividad del sector.

4.15 Dicho análisis no toma en cuenta otros aspectos de efectividad del proyecto difíciles de medir a priori, tales como los efectos indirectos en la reducción de los costos hospitalarios y menores gastos en insumos y medicamentos, derivados de menores tasas de hospitalización y del aumento del producto social de una población más saludable.

D. Viabilidad institucional del Programa

4.16 La viabilidad institucional del Programa como un todo gira alrededor de la capacidad del MSAS de orientar y darle seguimiento a las acciones de reforma en APS y de su capacidad para articular adecuada y oportunamente otras acciones de reforma que se vienen desarrollando dentro del marco de otros proyectos financiados con recursos del Banco Mundial. Igualmente, la viabilidad institucional del Programa está ligada a las circunstancias particulares que registra cada Provincia en términos de: (i) la aceptación de los principios del Programa por los actores institucionales involucrados (Ministerio de Salud Pública Provincial, los hospitales públicos de autogestión, las Obras Sociales, las empresas de medicina prepaga, las clínicas y sanatorios privados y, las agrupaciones de médicos y otros profesionales de salud) y su colaboración en su puesta en marcha; (ii) la capacidad de gestión del ministerio de salud provincial; y, (iii) la incorporación de la Obra Social Provincial y de las empresas de medicina prepaga a la implantación del modelo.

4.17 En lo que respecta a la capacidad del MSAS para orientar las acciones de reforma, se considera que con la creación de la UEC dentro de la Subsecretaría de Atención Médica y la ejecución de las acciones previstas en el Programa para adecuar la estructura del MSAS al nuevo modelo de APS, éste estará en condiciones de asegurar la ejecución eficaz y oportuna del componente nacional y de darle apoyo a las provincias en la ejecución de sus respectivos

proyectos. Particularmente, las acciones de fortalecimiento institucional previstas para el primer año de ejecución del Programa, le permitirán al MSAS fortalecer aquellas funciones y áreas vinculadas a la política de APS en sus aspectos conceptuales, normativos y de información (ver párrafos 3.30 y 3.31). Igualmente, el desarrollo del sistema de información para APS le permitirá al MSAS contar con una herramienta indispensable de gerenciamiento dirigida a mejorar la elaboración, control y seguimiento de las estadísticas de salud. Por otra parte, las actividades de comunicación social que se llevarán a cabo a nivel nacional le permitirán al MSAS sensibilizar y movilizar a los principales actores, creando un ambiente adecuado para la aceptación del nuevo modelo de APS.

- 4.18 En lo que concierne al proyecto de Salta, fue constatada la voluntad política de apoyar el Programa, tanto del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Economía de la Provincia como de las agrupaciones médicas las cuales participaron de forma activa en su diseño. Por su parte, el ministerio provincial ha promovido con éxito la integración de los hospitales a las actividades de atención primaria y ha trabajado en estrecha colaboración con la Obra Social provincial para la conformación del Seguro Provincial de Salud, instrumento a través del cual se canalizará el financiamiento de la atención de salud de la población. Esta alianza con la Obra Social provincial es estratégica ya que los objetivos constitutivos de esa institución son concordantes con los principios que guían la reforma del sistema de APS en Salta, garantizando a los asegurados la libre elección del establecimiento de salud y el pago de proveedores de atención primaria a través de sistemas de capitación.
- 4.19 En lo que se refiere a la capacidad de gestión del ministerio de salud provincial, se conformará la UEP la cual estará compuesta por funcionarios de planta del ministerio que han venido desarrollado exitosamente numerosos programas de salud y emprendido reformas que no han sido aun encaradas por otras provincias. Este grupo de funcionarios tiene experiencia en la implantación de proyectos de esta envergadura, ya que ha estado vinculado a la ejecución de proyectos financiados por el Banco Mundial, tales como el de Hospitales de Autogestión (PRESSAL) y el Programa Materno Infantil (PROMIN). Por otra parte, el ministerio de salud provincial, además de recibir recursos del Programa para su fortalecimiento institucional dentro del marco de los mismos objetivos que los recibirá el MSAS, se beneficiará de todas las actividades relacionadas con la reconversión y formación básica de los equipos de salud de la familia (ver párrafos 3.8 a 3.18) lo que le permitirá contar con el recurso humano capacitado necesario para la implantación del modelo. Cabe destacar que el ministerio de salud provincial se encuentra actualmente desarrollando una prueba piloto del proyecto la cual le permitirá probar los enlaces organizacionales e institucionales establecidos para el proceso de ejecución.
- 4.20 En lo que se refiere a la incorporación de las obra social provincial y de las empresas de medicina prepaga a la implantación del modelo, se considera que los nuevos esquemas de contratación, la ampliación del mercado, y la posibilidad de compartir el riesgo

con el sector público, son incentivos suficientes para atraer su participación. La incorporación de la obra social provincial contribuirá a eliminar el subsidio que ofrece hoy el sistema (ver párrafo 1.11), contribuyendo a mejorar los niveles de eficiencia del sistema.

E. Impactos ambientales, sociales y medidas propuestas

- 4.21 El impacto del Programa sobre el ser humano será muy positivo, al mejorar la salud de las poblaciones carentes y beneficiar en particular a la mujer y, en ciertas Provincias como Salta, la población aborigen (ver pár. 4.1 a 4.4 y 4.28). Para potenciar el impacto del Programa sobre estos segmentos de la población, los componentes de comunicación social y de capacitación de personal incluyen estrategias específicas.
- 4.22 El Programa intenta mejorar las condiciones de salud de los pueblos aborígenes de la Argentina, asegurando su acceso e inserción dentro del Programa, a partir del respeto a sus particularidades culturales y socioeconómicas. En particular, el Programa complementará las actividades que el MSAS tiene en curso: el Programa de Salud con los Pueblos Aborígenes y un componente del Programa de Atención a Grupos Vulnerables (Préstamo BID 1021/OC-AR, 996/SF-AR; componente de Atención a la Población Aborigen). El Proyecto Provincial contiene una Estrategia para Pueblos Aborígenes cuyos objetivos son: (i) asistir con acciones de Atención Primaria de la Salud a comunidades aborígenes, atendiendo problemas de salud prioritarios: alcoholismo, salud integral de la mujer, desnutrición, enfermedades de transmisión sexual, y salud dental; (ii) mejorar la accesibilidad de las comunidades aborígenes al sistema de salud; (iii) promover la participación de las comunidades aborígenes en la organización y gestión de los programas de salud que las afectan; (iv) generar espacios de dialogo intercultural que le den cabida la medicina tradicional aborigen. Además, tanto la UEC como las UEPs deberán apoyarse de un especialista en temas aborígenes.
- 4.23 La planta física que se espera financiar con el Programa, debido a que se trata del primer nivel de atención, consiste de estructuras y equipamientos relativamente simples y de bajo costo. Consistirá en la adecuación, expansión y nueva construcción de consultorios, puestos sanitarios, USF y centros de salud. Los servicios prestados pueden incluir atención de enfermería, pediatría, clínica médica, clínica quirúrgica, tocoginecología y salud bucal. Debido al pequeño porte, baja complejidad y corto período de construcción previsto en las obras contempladas en este Componente de Adecuación de Infraestructura, y como el equipamiento que será adquirido es de bajo riesgo, los impactos del Programa sobre el medio ambiente son mínimos. Para aprobación de proyectos se requiere: (i) el cumplimiento de los criterios listados en el pár. 3.42; (ii) cumplir con las Normas Técnicas Nacionales del Proyecto de Ley sobre Residuos Sólidos (MSAS 1991) y las Normas Técnicas Nacionales sobre el manejo de residuos Biopatológicos de unidades de atención de la Salud (Resolución Secretarial N. 394/94); (iii) capacitar el Equipo de APS sobre el tema residuos; y (iv) incluir en el Manual del Agente Sanitario el capítulo correspondiente a saneamiento ambiental que deberá incluir el manejo y disposición segura de

residuos patológicos. Además, incluir en dicho manual y los componentes pertinentes del Proyecto Provincial tareas de educación sanitaria y ambiental de las familias debidamente costeadas.

F. Beneficios esperados

- 4.24 Entre los beneficios del Programa, se destacan: (a) la mejoría de la cobertura de atención primaria, especialmente para los grupos de bajo ingreso y más vulnerables como mujeres y niños, a través de una adecuada focalización; (b) el aumento de la eficiencia de dichos programas, a través de la garantía de entrega de un paquete de prestaciones esenciales costo-efectivas; (c) el aumento de la calidad y del grado de satisfacción del usuario, con la introducción de mecanismos de competencia y libre elección de médicos de familia; (d) la reducción de los costos de la atención médica, mediante la adecuación de los costos de personal de salud a mediano y largo plazo y la introducción de regímenes más flexibles de contratación; (e) el aumento del grado de equidad del sistema, a partir de la perspectiva de recuperación de costos de los servicios a los afiliados a las Obras Sociales y usuarios de los sistemas de medicina prepaga, permitiendo destinar los recursos públicos para los grupos más necesitados; y, (f) la integración y jerarquización de la red de servicios de salud de forma coordinada con las reformas que vienen siendo implantadas en el país.
- 4.25 El proyecto es innovador en la medida que introduce mecanismos de pago por capitación y estructura los servicios de salud de acuerdo a la demanda, en una área como es la de la atención primaria de salud, la cual ha sido tradicionalmente manejada por el sector público por el lado de la oferta, con resultados poco alentadores en materia de eficiencia y cobertura, uso adecuado de los recursos y mejoramiento de los indicadores de salud.
- 4.26 Además de sus impactos positivos en la salud de la mujer como madre - grupo prioritario de atención - el Programa prevé el estímulo a la formación y contratación de mujeres bajo el nuevo modelo de salud de la familia. Tal hecho es plenamente factible en el ámbito del programa, ya que las mujeres constituyen la mayoría de los egresados de los cursos en salud y son un grupo más joven y menos insertado en las formas tradicionales del mercado de trabajo en salud, teniendo más disposición para participar en las estrategias definidas en el Programa. De esta forma, se prevé que el Programa podrá tener un fuerte impacto positivo en el cambio de las relaciones de género en los empleos en salud.

G. Riesgos y aspectos especiales

- 4.27 Coordinación con los otros proyectos que integran la reforma - El éxito del programa exige una buena articulación con otros proyectos que componen la reforma de salud en curso. Dicha coordinación es necesaria ya que permitirá la integración futura de los sistemas público provincial, Obras Sociales y medicina prepaga, a través de transferencias de recursos y compra de servicios. Para minimizar el riesgo de una posible desarticulación, se ha acordado preliminarmente con el MSAS que se deberán realizar algunos ajustes al PROMIN, a fin de que éste contribuya al establecimiento de un sistema de provisión de servicios basado en la demanda. Además, el MSAS ha coordinado

esfuerzos con el PRESSAL y con el Programa de Reforma de las Obras Sociales en la misma dirección. Para asegurar la articulación institucional entre estos programas se prevé acompañar el desarrollo de estas acciones mediante el seguimiento de los indicadores de impacto durante las revisiones anuales del programa.

- 4.28 Aceptación del modelo por parte de los grupos de interés - El programa cambiará la condición laboral de los empleados públicos del sector salud, lo que podrá generar resistencias corporativas a las reformas. Para minimizar este riesgo, el Programa contempla, por un lado, la implementación de incentivos económicos para motivar su aceptación y, por otro, estrategias de comunicación social dirigidas a explicar las ventajas del programa y, con esto, reducir la resistencia a los cambios.
- 4.29 Falta de coordinación entre las actividades de capacitación y la implantación del modelo - El proyecto requerirá de una estrecha coordinación entre las tareas de capacitación previstas en el componente nacional y las necesidades de formación de personal en las provincias. Para mitigar el riesgo de descoordinación, la UEC y la UEP de cada provincia acordarán la elaboración de una red PERT con la secuencia de actividades conjuntas y coordinadas para implantación de las actividades de capacitación y formación de personal en APS. Además, la UEC designará, desde el inicio del diseño de cada proyecto, un responsable por el procesamiento de cada proyecto provincial, el cual tendrá responsabilidad de elaborar y revisar dicha red PERT para evitar atrasos y pérdidas de recursos asociadas a demoras en el proceso de implantación del programa.

H. Beneficiarios

- 4.30 Los principales beneficiarios directos del programa, a corto plazo, serán los grupos más vulnerables que se encuentran sin cobertura de los servicios de salud en Argentina, en especial madres y niños de bajo ingreso, a los cuales se proporcionará una atención primaria de buena calidad, compuesta por acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de salud.
- 4.31 También será beneficiada, de forma indirecta, la totalidad de la población de las Provincias involucradas en el Programa, que tendrá acceso a un servicio de salud con mejor calidad, lo que posibilitará, incluso, elevar su expectativa de vida en función de la incorporación de actividades de prevención que hoy no son llevadas a cabo por los servicios de salud en Argentina, los cuales se caracterizan por ser de carácter esencialmente curativo.
- 4.32 Esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social como se describe en los objetivos claves para la actividad del Banco contenidos en el Informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos. También esta operación califica como un proyecto orientado a la reducción de la pobreza (PTI). El prestatario utilizará el 10% de financiamiento adicional. El proyecto especifica indicadores explícitos de desempeño para medir la reducción de pobreza y mejoramiento de la equidad social. La justificación para la clasificación PTI es el criterio automático de clasificación del sector, por ser este un Programa en Atención Primaria de Salud cuyos principales beneficiarios serán familias de bajos ingresos.

PROYECTO AR-0120
PROGRAMA DE REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: SALTA, LA PAMPA Y CORDOBA
MARCO LOGICO DEL PROGRAMA

RESUMEN NARRATIVO DE LOS OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Mejorar la eficiencia y promoción de la equidad en salud a través de la implantación de nuevas modalidades de atención primaria en salud (APS).	(i) Mejoría de los indicadores de salud materna e infantil y de morbilidad por enfermedades crónicas; (ii) Aumento de la participación de los gastos en atención primaria como % del gasto provincial en salud.	(i) registros de los sistemas de información de salud provinciales; (ii) Auditorias externas del programa.	El nuevo sistema de APS es comprendido y aceptado por la población beneficiaria y por los actores involucrados.
SUPUESTOS Los impactos del programa pueden ser alcanzados a través: (a) de la orientación de los servicios de salud hacia los grupos más necesitados, a través de mecanismos de focalización; (b) del aumento de la satisfacción de los usuarios a través de la implantación de mecanismos de libre elección de proveedores; (c) del aumento de la eficiencia y productividad de recursos humanos mediante la reconversión de personal a través de incentivos y de la introducción de pagos por capitación.	(i) aumento de la cobertura de salud en las provincias, en especial para los grupos de bajo ingreso; (ii) numero de unidades de APS en régimen de libre elección en las áreas urbanas como parte de las unidades de APS en cada provincia involucrada; (iii) aumento de la cantidad de profesionales de salud capacitados para APS.	(i) registros de los sistemas de información provincial y de informes del sistema SISFAM/APS; (ii) registros administrativos de los Ministerios de Salud Provinciales y auditorias externas del programa; (iii) matriculaciones de profesionales en los colegios médicos; certificados otorgados por instituciones capacitadoras en salud y contratos de capacitación con las provincias.	Los incentivos creados son adecuados para atraer los profesionales al nuevo sistema; El flujo de ingreso de profesionales de salud al nuevo sistema es adecuado a las necesidades del mismo.
COMPONENTES <u>Componente Nacional:</u> (a) Formación, reconversión y Capacitación de Recursos Humanos; (b) Adecuación de la estructura del MSAS vinculada al nuevo Modelo de APS; (c) Preparación de Proyectos Provinciales; <u>Componentes Provinciales (Salta, La Pampa y Córdoba):</u> (a) sistema de remuneración e incentivos; (b) adecuación de infraestructura; (c) sistemas de información; (d) comunicación social; (e) Fortalecimiento Institucional.	Metas cuantitativas a ser definidas en una matriz de indicadores de seguimiento. Conclusión de 9 a 15 proyectos provinciales Indicadores definidos en detalle en el marco lógico del Programa de Salta.	Monitoreo físico y financiero de las metas del programa por la Unidad de Ejecución Central del Programa. Monitoreo físico y financiero de las metas del programa por las Unidades de Ejecución Provincial y por la Unidad de Ejecución Central.	Fueron cumplidas las condiciones contractuales especiales enumeradas en el resumen ejecutivo del programa.

PROYECTO AR-0120
PROGRAMA DE REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: SALTA , LA PAMPA Y CORDOBA
MARCO LOGICO DEL PROGRAMA (continuación)

RESUMEN NARRATIVO DE LOS OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><u>TIVIDADES DEL COMPONENTE NACIONAL</u></p> <p>Formación, Reconversión y Capacitación de RH en APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Definición de los perfiles profesionales y mecanismos de certificación y recertificación; (ii) Capacitación de corto plazo; (iii) Programas de Educación Continua; (iv) Apoyo a las estrategias de capacitación en las provincias; (v) Aumento del número de residencias; (vi) Revisión de los programas de pregrado para profesionales de salud <p>Adecuación de la estructura del MSAS vinculada al nuevo modelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Sistema de Información para APS; (ii) Programas de comunicación social; (iii) Fortalecimiento Institucional; <p>Preparación de Proyectos Provinciales</p>	<p>El presupuesto del programa está detallado en el Cuadro II.2 (cuadro de costos) del capítulo II de la propuesta de préstamo.</p>	<p>Monitoreo físico y financiero de las metas del programa por las Unidades de Ejecución Provincial y por la Unidad de Ejecución Central.</p>	<p>Fueron cumplidas las condiciones contractuales especiales enumeradas en el resumen ejecutivo del programa</p> <p>Los recursos presupuestales para el programa son debidamente asignados cada año en el presupuesto de la nación de las tres provincias involucradas.</p>

PROYECTO AR-0120
PROGRAMA DE REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: SALTA , LA PAMPA Y CORDOBA
MARCO LOGICO DEL PROYECTO DE LA PROVINCIA DE SALTA

Mejoría de la eficiencia y promoción de la equidad en salud a través de la implantación de nuevas modalidades de atención primaria en salud (APS).	(i) Reducir la tasa de mortalidad infantil al valor equivalente al promedio nacional y reducir la tasa de mortalidad materna a 70 por 100.000 en 5 años. (ii) Aumento de la participación de los gastos en atención primaria como % del gasto provincial en salud. (iii) Participación de más de 10% de los gastos presupuestarios del Ministerio de Salud Provincial provienen de recuperación de costos.	(i) sistemas de información y registros administrativos del Ministerio de Salud Provincial; (ii) Auditorias externas del programa.	El nuevo sistema de APS es comprendido y aceptado por la población beneficiaria y por los actores involucrados. Adhesión jurisdiccional al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y al Plan Nacional de Área tipo para APS en los Hospitales Públicos de Autogestión; Articulación con otros programas de salud.
POSITOS Los impactos del programa pueden ser alcanzados a través: (a) de la orientación de los servicios de salud hacia los grupos más necesitados, a través de mecanismos de focalización; (b) del aumento de la satisfacción de los usuarios a través de la implantación de mecanismos de libre elección de proveedores.	(i) El porcentaje de la población atendida por APS pasa de 64% para 89% de la población en 5 años; (ii) son creadas 400 nuevas unidades de APS y reconvertidas otras 400. Por lo menos 60% de las mismas funcionaría en régimen de libre elección;	(i) registros de los sistemas de información provincial y de informes del sistema SISFAM/APS; (ii) registros administrativos de los Ministerios de Salud Provinciales y auditorias externas del programa.	Introducción del marco jurídico de la reforma, incluyendo la Ley de Endeudamiento y contrapartida provincial. Incorporación a la Ley de Presupuesto Provincial de las modificaciones emprendidas.

PROYECTO AR-0120
PROGRAMA DE REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: SALTA, LA PAMPA Y CORDOBA
MARCO LOGICO DEL PROYECTO DE LA PROVINCIA DE SALTA (continuación)

RESUMEN NARRATIVO DE LOS OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
COMPONENTES			
Sistema de Remuneración e Incentivos	Reconversión de 276 médicos a médicos de familia; 1140 enfermeros y 908 agentes sanitarios en personal de APS.	Registros administrativos del Ministerio de Salud Provincial y auditorías externas.	Aceptación del modelo por parte de los grupos de interés; funcionamiento del subcomponente de recursos humanos del componente nacional.
Adecuación de Infraestructura	Construcción de 25 centros de salud, 197 unidades de medicina familiar y consultorios y refacción de 2550 m2 de instalaciones; equipamiento de 25 centros de salud y 120 unidades de medicina familiar e consultorios	Certificados de finalización de obras, inspecciones oculares, factura de compras y documentación de la UEP.	Complemento, con recursos de la provincia no atados al proyecto, de construcción de 121 unidades de salud de familia y de equipamiento de 198 consultorios.
Sistema de Información	Equipamiento de informática: un servidor central y un software de base para 1 millón de historias clínicas, 1000 licencias de aplicación en 5 años, 822 kit de computación en 5 años; un servidor y kits de computación para 123 centros de salud; tarjetas para 1,0 millón de personas en 4 años; servicios de implantación, capacitación, conexión de internet y apoyo durante los 5 años del proyecto.	Registros de la UEP; inspecciones oculares, certificación del contador público, encuestas.	Adecuada provisión de energía y/o elementos substitutivos;
Comunicación social	Implantación del plan provincial de comunicación social para la estrategia de APS, con enfoques diferenciados a los grupos sin cobertura y a los segmentos donde habrá recuperación de costos.	Monitoreo físico y financiero de las metas del programa	Apoyo y concertación con los grupos de interés.
Fortalecimiento Institucional	Conformación de la UEP; implantación de la canasta de prestaciones básicas y su seguimiento; adecuación del sistema de adquisiciones y gerencia de insumos básicos y diagnóstico, articulación con otros subsistemas de salud; definición de los protocolos para uso de la epidemiología en los modelos de auditoría, informes anuales con el impacto del nuevo programa; elaboración de un sistema de levantamiento de costos, rendición de cuentas y elaboración de presupuestos provinciales de salud, de forma integrada.	Monitoreo físico y financiero de las metas del programa, registros contables con dictamen de auditor.	Puesta en marcha del funcionamiento del nuevo modelo.

CUADRO DE ADQUISICIONES DEL PROYECTO AR-0120
PROGRAMA DE REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: SALTA, LA PAMPA Y CORDOBA

ADQUISICIONES PRINCIPALES DEL PROYECTO	FINANCIAMIENTO (US MILES)			METODO DE ADQUISICIÓN	PRECALIFICACIÓN	PUBLICACIÓN DEL AEA		
	BID	LOCAL	TOTAL			Año	PRENSA	
							Inter	Na
Monente Nacional	.5500	2510	8010					
Formación y Capacitación de RH	2600	400	3000					
Diseño de Planes Provinciales de APS(consultoría)	600	400	1000	LPI	Sí	2000	Sí	Sí
Diseño de Perfiles p/ Prof de APS (consultoría)	500	-	500	LPI	Sí	2000	Sí	Sí
Sistemas de Certif. y Recertif. (consultoría)	1500	-	1500	LPI	Sí	2000	Sí	Sí
Sistemas de Información	800	650	1450			1999/2000	Sí	Sí
diag., Relevamiento y Des. (consultoría)	200	150	350	LPI	Sí	2000	Sí	Sí
Equipamiento (hardware y software)	600	500	1100	LPI	Sí			
Comunicación Social	400	300	700			1999	Sí	Sí
Metodología de Difusión (consultoría)	300	-	300	LPI	Sí	2000	Sí	Sí
Metodología/Normatización (consultoría)	-	200	200	LPI	Sí	2000		
Metodología – Eval./Monit. (consultoría)	100	100	200	LPI	Sí			
Fortalecimiento Institucional	200	160	360			2000/2001	Sí	Sí
Proy. Cambios en la Estructura (consultoría)	200	160	360	LPI	Si			
Preparación de Proyectos Provinciales	1500	1000	2500			2000/2001/	Sí	Sí
Consultorías p/preparación de proyectos	1500	1000	2500	LPI	Sí	2002		
Ma de la APS en la Provincia de Salta	5480	3920	9400					
Fortalecimiento Institucional	600	600	1000					
Sistemas de Gestión (consultorías)	600	400	1000	LPI	Sí	2000/2001	Sí	Sí
Comunicación Social	2400	1600	4000					
Campañas de Difusión (servicios)	2400	1600	4000	LPI	Sí	1999-2004	Sí	Sí
Sistemas de Información	2480	1920	4400					
Hardware y software	2000	1600	3600	LPI	Sí	2000-2004	Sí	Sí
Bases de Datos	480	320	800	LPI	Sí	2000-2004	Sí	Sí
TOTAL	10980	6430	17410					

Observación: Las licitaciones relacionadas a los proyectos de La Pampa y Córdoba serán definidas durante la preparación del respectivo proyecto provincial (Licitación Pública Internacional)

PROYECTO DE RESOLUCION

ARGENTINA. PRESTAMO /OC-AR. LA NACION ARGENTINA
PROGRAMA DE REFORMA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD:
SALTA, LA PAMPA Y CORDOBA

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la Nación Argentina, como Prestatario, para otorgarle un préstamo destinado a cooperar en el financiamiento de un Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud: Salta, La Pampa y Córdoba. Dicho financiamiento será por una suma de hasta cien millones de dólares (US\$100.000.000) de los Estados Unidos de América de la Facilidad Unimonetaria de los recursos del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los "Plazos y Condiciones Financieras" y a las "Condiciones Contractuales Especiales" del Resumen Ejecutivo de la Propuesta de Préstamo.