

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

**ARGENTINA**

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE  
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

**(AR-L1020)**

Propuesta de Préstamo

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Hugo Flórez-Timorán (SCL/SPH) Jefe; Silvia Raw (SCL/SPH), Rita Sório (SPH/CBR), Gustavo Perochena (SPH/CAR), Mario Ferreira (PDP/CAR), Gumersindo Velásquez (FID/CAR), María Soledad Bos (SCL/EDU), Javier Cayo (LEG/SGO), Nicolás Noro Villagra (LEG/SGO), Federico Tobar (consultor); y Claudia Pévere (SCL/SPH) y Patricia Reyna (SCL/SCL); quienes asistieron en la producción del documento.

## INDICE

I.	MARCO DE REFERENCIA.....	5
A.	El sector .....	5
1.	Situación de la salud.....	5
2.	El sistema de salud .....	
3.	Caracterización del subsistema público de salud .....	2
B.	Estrategia del país en el sector.....	4
C.	Estrategia del programa .....	5
D.	Estrategia del Banco en el país.....	5
E.	Coordinación con otras agencias de cooperación internacional.....	6
II.	EL PROGRAMA.....	6
A.	Objetivos y descripción .....	6
B.	Estructura del programa .....	7
1.	Componente 1: Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud .....	7
2.	Componente 2: Provisión de insumos estratégicos para los servicios de salud.....	10
3.	Componente 3: Información, Monitoreo, Evaluación y Auditoría del Programa .....	11
C.	Costo y financiamiento.....	12
III.	EJECUCION DEL PROGRAMA .....	12
A.	Prestatario, garante y organismo ejecutor .....	12
B.	Ejecución y administración del proyecto .....	13
C.	Aspectos relativos a la ejecución del Sub-componente 1.2: Implementación de Proyectos Provinciales.....	14
D.	Adquisición de bienes y servicios .....	16
E.	Período de ejecución y calendario de desembolsos.....	17
F.	Fondo rotatorio .....	17
G.	Gestión de recursos, registros contables y control de desembolsos .....	17
H.	Condiciones especiales.....	18
I.	Auditorías .....	18
J.	Seguimiento y evaluación.....	19
IV.	VIABILIDAD Y RIESGOS .....	20
A.	Viabilidad institucional .....	20
B.	Viabilidad financiera .....	21
C.	PTI/SEQ .....	21
D.	Salvaguardas ambientales.....	21
E.	Beneficios .....	22
F.	Riesgos .....	22

Referencias electrónicas	
Datos socioeconómicos básicos	<a href="http://www.iadb.org/RES/index.cfm?fuseaction=externallinks.countrydata">http://www.iadb.org/RES/index.cfm?fuseaction=externallinks.countrydata</a>
Cartera en ejecución	<a href="http://portal.iadb.org/approvals/pdfs/ARsp.pdf">http://portal.iadb.org/approvals/pdfs/ARsp.pdf</a>
Programa Tentativo de Préstamos	<a href="http://opsgsl/ABSPRJ/tentativelending.ASP?S=AR">http://opsgsl/ABSPRJ/tentativelending.ASP?S=AR</a>
Plan de adquisiciones/ Medios de verificación Anexo II	<a href="#">Anexo II - Plan de Adquisiciones</a>

**ANEXOS:**

ANEXO I

MARCO LÓGICO

APÉNDICES:

RESOLUCIONES

## SIGLAS Y ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de la Salud
BM	Banco Mundial
CAPS	Centro de Atención Primaria de Salud
COFESA	Consejo Federal de Salud
DEP	Documento Estándar del Programa
DMT2	Diabetes Mellitus Tipo 2
ENFR	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo
HTA	Hipertensión arterial
INSSJP	Instituto Nacional de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados
MD	Mediano desarrollo
MSAL	Ministerio de Salud
PFS	Plan Federal de Salud
PMC	Programa Médicos Comunitarios
POA	Plan Operativo Anual
PROAPS	Programa de Atención Primaria de la Salud
PTI	Proyecto focalizado en la pobreza
RM	Riesgo Medio
RO	Reglamento Operativo
SEQ	Proyecto que promueve la equidad social
SPS	Secretaría de Programas Sanitarios
UDPP	Unidad de Desarrollo de Planes Provinciales
UEC	Unidad Ejecutora Central del Programa
UEPP	Unidad Ejecutora Provincial del Programa
UTPMC	Unidad Técnica del Programa Médicos Comunitarios
UTPR	Unidad Técnica del Programa Remediar
UFI-S	Unidad de Financiamiento Internacional de Salud
UME	Unidad de Monitoreo y Evaluación
URM	Uso Racional de Medicamentos

**RESUMEN DEL PROYECTO**  
**ARGENTINA**  
**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA**  
**SALUD**  
**(AR-L1020)**

<b>Términos y Condiciones Financieras <sup>1</sup></b>				
Prestatario: República Argentina			Plazo de amortización:	25 años
			Período de Gracia:	5.5 años
			Desembolso:	5.5 años
Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud de la Nación			Tasa de interés:	Ajustable
<b>Fuente</b>	<b>Monto</b>	<b>%</b>	Comisión de inspección y vigilancia:	0
BID (CO)	230,0	80	Comisión de crédito:	0,10%
Local	57,5	20		
Otro Cofinanciamiento	0		Moneda:	Dólares de la Facilidad Unimonetaria
Total	287,5	100		

**Esquema del Proyecto**

**Objetivo del proyecto:** El objetivo del Programa es fortalecer el funcionamiento en red de los servicios públicos de salud en las provincias argentinas, como parte del proceso de implementación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Los objetivos específicos son: (i) desarrollar un modelo de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas, cuyos resultados sanitarios constituyan medidas concretas y objetivas de la mejora del funcionamiento de las redes provinciales de APS; (ii) fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios de APS, consolidando los programas de gestión de suministros y formación de los recursos humanos de salud orientados a la promoción y prevención; y (iii) fortalecer el rol rector del Ministerio Nacional y los Ministerios Provinciales implantando un sistema de monitoreo y evaluación de gestión por resultados del funcionamiento de las redes de APS.

**Condiciones contractuales especiales:** (i) resolución ministerial de constitución de la UEC del FEAPS; (ii) contratación y designación formal del Coordinador General del Programa; y (iii) no objeción del Banco al Reglamento Operativo del Programa. Asimismo, como condición previa y especial al inicio de cada Proyecto Provincial, la UEP deberá presentar evidencia al Banco de la aprobación del Proyecto Provincial de Fortalecimiento de Redes y los respectivos Convenio Marco y Compromiso Anual de Gestión suscritos con la Provincia. (pár. 3.22)

**Excepciones a las políticas del Banco:** No

**El proyecto es coherente con la Estrategia de**

**País:** Si ☐ No ☐

**El proyecto califica como:** SEQ ☐ PTI ☐ Sector ☐ Geográfica ☐ % de beneficiarios ☐

**Fondo rotatorio:** Para la ejecución de la operación se establecerá un fondo rotatorio equivalente al 10% del monto del Préstamo. (pár. 3.19)

**Adquisiciones:** El Programa comprende la adquisición de bienes y la contratación de servicios de consultoría. Dichas actividades serán adquiridas y contratadas conforme a lo dispuesto en las “Políticas para la adquisición de obras y bienes financiados por el BID” (Documento GN-2349-7) y las “Políticas para la selección y contratación de consultores financiados por el BID” (Documento GN-2350-7). (pár. 3.13 y 3.14)

**Fecha Verificación del CESI:** 21 de junio de 2007

La tasa de interés, la comisión de crédito, y la comisión de inspección y vigilancia que se mencionan en este documento se establecen según lo dispuesto en el documento FN-568-3-Rev. El Directorio Ejecutivo puede modificarlas tomando en consideración los antecedentes existentes a la fecha, así como la respectiva recomendación del Departamento de Finanzas. En ningún caso la comisión de crédito podrá superar el 0,75%, ni la comisión de inspección y vigilancia el 1%.(\*)

(\*) En lo que respecta a la comisión de inspección y vigilancia, en ningún caso el cargo podrá superar en un semestre dado el monto que resultaría de aplicar el 1% al monto del préstamo, dividido por el número de semestres incluido en el plazo original de desembolso.

## **I. MARCO DE REFERENCIA**

### **A. El sector**

#### **1. Situación de la salud**

- 1.1 Argentina se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica y epidemiológica. La tasa de fecundidad ha bajado a 2,3%, la esperanza de vida alcanza a 74,6 años y la proporción de la población mayor de 60 años es de 14,6%, sólo inferior a Uruguay y Cuba en la Región. La tasa de mortalidad infantil bajó de 26 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 13,3 en 2005, y la tasa de mortalidad de menores de 5 años de 29 por 1.000 nacidos vivos a 15,5 en el mismo período, lo que demuestra que Argentina tiene alta probabilidad de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud. Frente al envejecimiento de la población y los logros obtenidos en la prevención de enfermedades infecciosas, el gran desafío para el país es el control de las enfermedades crónicas.
- 1.2 Hace más de una década, las enfermedades crónicas empezaron a predominar sobre las transmisibles en la composición de las causas de muerte en Argentina. En 2005, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de muerte, representando 30% de todas las defunciones en el país. Aunque hay marcadas diferencias entre las distintas provincias del país, y todavía persisten relativamente altos niveles de mortalidad infantil en las más pobres, en todas ellas las muertes por enfermedades crónicas superan las causadas por enfermedades infecciosas.
- 1.3 Las enfermedades crónicas están fuertemente asociadas a factores de riesgo relacionados con el comportamiento individual, como el tabaquismo, el sobrepeso, la inactividad física y la alimentación no saludable<sup>1</sup>. En 2006, el Ministerio de Salud (MSAL) llevó a cabo la primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) que provee información crítica para el diseño de políticas sectoriales. Según la encuesta, la prevalencia de consumo de tabaco es de 33,4% y la evolución del tabaquismo muestra dos características: un incremento en el consumo por mujeres y una reducción en la edad promedio de inicio entre los jóvenes. La prevalencia de sobrepeso es de 49,1%, incluyendo 14,6% de obesidad; y 46,2 % de la población realiza un nivel bajo de actividad física, sea en el tiempo libre o en empleo. A su vez la obesidad, así como la inactividad física, el menor consumo de frutas y verduras y el mayor agregado de sal están inversamente relacionados al nivel de ingreso y de educación de la población.

---

<sup>1</sup> Para mayor información sobre los factores de riesgo y sus impactos ver, World Health Organization, *Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (The World Health Report 2002).

- 1.4 Entre los factores de riesgo más importantes y con mayor peso sobre el sistema de salud están la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2). La HTA explica aproximadamente 17% de las muertes en Argentina, y constituye uno de los principales motivos de consulta médica. La diabetes es un importante predictor de muerte prematura y está asociada a una elevada carga de morbilidad y baja calidad de vida, incluyendo la ceguera y las amputaciones. Al igual que los factores de riesgo mencionados anteriormente, la prevalencia de HTA y de diabetes es también más elevada en la población de bajos ingresos.

## **2. El sistema de salud**

- 1.5 El sistema argentino de salud es altamente fragmentado y heterogéneo. Está compuesto por tres subsistemas: el público, el de seguridad social y el privado. El subsistema público, financiado con recursos fiscales, está abierto a toda la población, pero es utilizado primordialmente por la población de bajos ingresos, que no tiene otro tipo de cobertura. El subsistema de seguridad social está compuesto de múltiples seguros sociales de afiliación obligatoria, dirigidos a los trabajadores del sector formal y funcionarios públicos así como sus grupos familiares, y financiados por aportes patronales, contribuciones con base en los salarios de los beneficiarios y co-pagos. El sistema incluye Obras Sociales Nacionales y Provinciales y el Instituto Nacional de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados (INSSJP). Finalmente, el subsistema privado consiste en seguros voluntarios y empresas de medicina prepaga, financiados por cuotas directas a estas instituciones. Estos tres subsistemas se caracterizan por ser poco coordinados e integrados. No existe una normativa general que los regule, generando así coberturas diferenciadas, distintos niveles de gasto per cápita, y sobreoferta de servicios coexistiendo con problemas de accesibilidad. Esto se traduce en una agenda pendiente de retos de eficiencia y equidad que el sistema de salud deberá enfrentar.
- 1.6 Dada la fragmentación del sistema, no existe un padrón único de beneficiarios que permita precisar la cobertura de cada subsector. La ENFR estima que aproximadamente 35% de la población total depende del subsistema público. Sin embargo la variación de esta cobertura a nivel provincial es significativa, oscilando desde 15% en Tierra del Fuego y Santa Cruz hasta el 50% en las provincias del noreste argentino, incluyendo Formosa y Chaco.

## **3. Caracterización del subsistema público de salud**

- 1.7 El subsistema público es altamente descentralizado, compuesto por el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), los 24 Ministerios Provinciales, sus organismos dependientes y descentralizados y los municipios. El MSAL tiene a su cargo la planificación y coordinación del sector, pero carece de instrumentos efectivos para ejercer dichas funciones. Los Ministerios Provinciales son responsables por la formulación de las políticas de salud en su territorio, así como la prestación de servicios, que a su vez está delegada a los municipios u otras instituciones. Esto significa que la fragmentación y heterogeneidad que caracteriza el sistema de

salud argentino en su totalidad, también se observa al interior del subsector público. Si bien la descentralización permite mayor adaptabilidad a condiciones locales, también ha llevado a distintos niveles de financiamiento y de cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios públicos.

- 1.8 A pesar de la existencia de distintas modalidades de organización a nivel provincial, en todas ellas los servicios están jerarquizados por nivel de complejidad y territorializados los cuales son elementos necesarios para el funcionamiento de redes de atención primaria. Sin embargo, en general hay una indefinición del modelo de atención, lo que debilita el funcionamiento de los servicios en red y la implantación efectiva de la estrategia de atención primaria. Los servicios de salud siguen centrados en la demanda espontánea por atención a enfermedad, con poco énfasis en la promoción y prevención, y en la continuidad y seguimiento de los pacientes. Sólo el 18% de los centros de atención primaria de la salud (CAPS) reportan que la mayor parte de sus consultas son programadas. Los CAPS tampoco funcionan efectivamente como puerta de entrada al sistema de salud. De cada 100 consultas en el sector público, 57 se realizan a través de hospitales y sólo 43 a través de los CAPS; esta situación es más dramática para la población sin aseguramiento que en 63% de los casos utiliza primero el hospital público antes que el CAPS<sup>2</sup>. Los mecanismos de referencia y contra-referencia son débiles y coexisten distintos estándares de tratamiento, ya que no se cuentan con protocolos de atención y guías clínicas.
- 1.9 Previo a la crisis económica de 2001, los esfuerzos de reforma del sector se concentraron en el subsistema de la seguridad social, principalmente en la reforma de las Obras Sociales Nacionales. La llegada de la crisis cambió el foco de atención hacia el subsistema público. Con la caída en el nivel de actividad y el aumento del desempleo, hubo una reducción de la población cubierta tanto por la seguridad social como por seguros voluntarios, y esto derivó en un aumento en la demanda de servicios públicos. Entre el 1997 y el 2001, la población no asegurada aumentó de 36% a 42%. En el primer quintil, este aumento fue más pronunciado pasando de 65% a 77%, mientras que en el segundo aumentó de 38% a 51%. Este aumento de la demanda por servicios públicos evidenció dificultades en la provisión pública dada las restricciones fiscales, lo cual se reflejó principalmente en la falta de insumos básicos y medicamentos esenciales.
- 1.10 A fin de dar respuesta a la crisis, en marzo de 2002 se aprobó un Decreto de Emergencia Sanitaria, el cual incluyó la implementación de la Política Nacional de Medicamentos. Esta política promueve el uso racional de medicamentos y la prescripción de medicamentos por nombre genérico y crea el Programa Remediar de compras centralizadas y distribución gratuita de medicamentos esenciales a través de los CAPS. El Programa Remediar, financiado con recursos del Banco (1193/OC-AR), contribuyó a revertir la tendencia histórica al alza de los precios de los medicamentos y logró asegurar a la población sin cobertura y en situación de pobreza el acceso en forma gratuita a medicamentos esenciales. Hasta el

---

<sup>2</sup> MSAL, *Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud* (2005).



momento Remediar ha beneficiado a más de 12,5 millones personas. El 94% de sus beneficiarios pertenece a hogares pobres y el 71% se encuentra bajo la línea de indigencia; a su vez el 86% de los beneficiarios no posee cobertura en seguros de salud<sup>3</sup>. Asimismo, Remediar se ha constituido en un medio importante para fortalecer la atención primaria de la salud, al desarrollar un sistema logístico eficiente que ha permitido colocar medicamentos a disposición del primer nivel de atención.

- 1.11 En forma paralela a la instrumentación de políticas de emergencia, se aceleró el proceso de revitalización del Consejo Federal de Salud (COFESA), inicialmente establecido en 1981. El COFESA está integrado por el Ministro de Salud de la Nación y los Ministros Provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y se ha convertido en un importante espacio de coordinación de desarrollo sectorial. En el contexto de la crisis, se empezó a discutir una estrategia sectorial de mediano plazo basada en un consenso entre Nación y las provincias, tomando en cuenta las especificidades de cada una de ellas, que se materializó en el Plan Federal de Salud.

## **B. Estrategia del país en el sector**

- 1.12 El Plan Federal de Salud no presenta una propuesta de reforma drástica, sino más bien un sendero de reformas flexible para adaptarse a las distintas realidades de cada provincia y desarrollarse con el tiempo. Entre las propuestas consensuadas, quizás la más importante es el establecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) como organizadora del sistema, otorgándole prioridad absoluta. El objetivo es modificar al sistema asistencial actual, en el cual servicios aislados responden a la demanda espontánea por atención a enfermedad, hacia uno basado en la programación de la misma, con énfasis en la promoción, la prevención y la continuidad de la atención. El modelo propuesto se basa en fortalecer los CAPS como puerta de entrada a la red de atención, responsable por una población nominada en su área de influencia, lo que permitirá que conozcan a sus beneficiarios y cubran sus necesidades en base a criterios de riesgo.
- 1.13 Se entiende que el Plan Federal ha sido un paso importante para avanzar en la articulación de las políticas sanitarias entre las distintas jurisdicciones. Los avances en la ejecución del Plan Federal se basan en un fuerte ejercicio de las funciones de rectoría y regulación por parte del Ministerio de Salud de la Nación y de los Ministerios Provinciales, y en la implementación de acuerdos de gestión entre la Nación y las Provincias, que permitan construir un nuevo modelo de organización respetando las condiciones específicas de cada jurisdicción.

---

<sup>3</sup> SIEMPRO 2003–Encuesta de evaluación de Remediar. Para mayor información sobre el Programa Remediar, ver MSAL 2007. “El Programa Remediar: Gestión y Resultados de un Modelo Innovador en APS”.

Maceira, D., I. Apella y E. Barbieri. “Análisis del Programa Remediar: Notas sobre Evaluación y Seguimiento” (Nota Técnica OVE/NT-01/30, 2005)

## **C. Estrategia del Programa**

- 1.14 El presente Programa apoyará la implementación del Plan Federal de Salud, a través del fortalecimiento de redes de servicios estructuradas en base de la estrategia de atención primaria en salud. La estrategia de intervención del Programa parte de la premisa que las redes de atención no se consolidan en abstracto sino en respuesta a problemas de salud específicos y que la sostenibilidad de las acciones requiere el logro de efectos sanitarios concretos. Por lo tanto, el Programa se enfocará en la gestión de enfermedades crónicas, priorizando la Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus 2 (DMT2). El control adecuado de estas dos patologías actuará como un proxy adecuado del fortalecimiento de la red, dado que abarca esfuerzos de promoción y prevención primaria y secundaria, identificación y evaluación del riesgo del paciente, y continuidad en el tratamiento y seguimiento a largo plazo. El éxito de estos esfuerzos depende del acercamiento del primer nivel de atención a la población cumpliendo su rol de puerta de entrada al sistema.
- 1.15 En ese sentido, el Programa propuesto se estructura en dos grandes áreas de intervención: (i) proyectos provinciales de fortalecimiento de redes, que se beneficiarán de asistencia técnica e incentivos otorgados en función del cumplimiento de indicadores relacionados con la gestión de las patologías seleccionadas; y (ii) la provisión de insumos claves para el funcionamiento de redes, a través de la adecuación y consolidación de programas nacionales, como el Programa Remediar y el Programa Médicos Comunitarios.

## **D. Estrategia del Banco en el país**

- 1.16 La Estrategia del Banco con el País 2004-2008 (GN-2328-1) tiene como uno de sus ejes principales la reducción de la pobreza, la reconstitución del capital humano, y la promoción de un desarrollo sostenible. El fortalecimiento de la atención primaria de salud, focalizado hacia la población de bajos ingresos dependiente del subsector público, contribuye a estos objetivos y le da continuidad a las acciones anteriores del Banco en el sector.
- 1.17 El Banco ha tenido una fuerte presencia en el sector. En marzo de 2000, se aprobó el Programa de Atención Primaria de la Salud, el PROAPS (1193/OC-AR), que tenía como objetivo promover la equidad y mejorar las condiciones de salud de la población por medio de una reforma en la organización, entrega y financiamiento de los servicios de Atención Primaria en Salud en tres provincias.
- 1.18 En el marco de la Emergencia Sanitaria declarada luego de la crisis de 2001, el Programa PROAPS, como otros préstamos de la cartera social, fueron reformulados y redireccionados al Plan de Emergencia Social. De esta forma se mantuvo el programa original en la Provincia de Córdoba, y se redistribuyeron recursos hacia el Programa Remediar e intervenciones complementarias a nivel nacional. En el componente de la Provincia de Córdoba se ha avanzado en la formación de Equipos de Salud Familiar, la capacitación de médicos en APS y el

diseño e implementación de un Plan Director de obras de infraestructura en los CAPS. El PROAPS se encuentra cercano a su desembolso final en septiembre del 2007, por lo que se han acordado las acciones para su articulación con el nuevo Programa.

- 1.19 El Banco también está apoyando acciones de salud a nivel provincial en el contexto de programas más amplios. En diciembre del 2005 se aprobó el Programa de Apoyo a la Inversión en los Sectores Sociales de la Provincia de Buenos Aires (1700/OC-AR) y en agosto del 2006 se aprobó el Programa de Desarrollo Social de la Provincia de Córdoba (1765/OC-AR). Ambos préstamos tienen un componente de salud, que financia principalmente obras físicas y equipamiento. El Programa propuesto complementa estas acciones a través del fortalecimiento de la estrategia de APS e introduciendo incentivos para el logro de resultados.

#### **E. Coordinación con otras agencias de cooperación internacional**

- 1.20 La Unión Europea está apoyando la implementación del Plan Federal, a través del proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de APS. Este Programa contempla el fortalecimiento institucional de los Ministerios Provinciales en siete provincias de las regiones Noreste y Noroeste así como inversiones en equipamiento.
- 1.21 El Banco Mundial está financiando el Programa Nacer que tiene por objetivo mejorar el acceso a un paquete de servicios materno-infantiles a nivel provincial, y el Programa de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública, que tiene por objetivo fortalecer la capacidad rectora de los Ministerios de Salud Nacional y Provinciales. Estos programas financiados por el Banco Mundial, así como el programa propuesto apoyan la implementación del Plan Federal y están orientados a introducir cambios consensuados en la relación entre la Nación y las Provincias y entre éstas y los prestadores de servicios.
- 1.22 Todos estos programas y el Programa propuesto se ejecutan a través de compromisos de adhesión por parte de las provincias y acuerdos de gestión basados en el cumplimiento de metas, tal como lo prevé el Plan Federal.

## **II. EL PROGRAMA**

### **A. Objetivos y descripción**

- 2.1 El objetivo del Programa es fortalecer el funcionamiento en red de los servicios públicos de salud en las provincias argentinas, como parte del proceso de implementación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Los objetivos específicos son: (i) desarrollar un modelo de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas, cuyos resultados sanitarios constituyan medidas concretas y objetivas de la mejora del funcionamiento de las redes provinciales de APS; (ii) fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios de APS, consolidando los programas de gestión de suministros y formación de los recursos humanos de

salud orientados a la promoción y prevención; y (iii) fortalecer el rol rector del Ministerio Nacional y los Ministerios Provinciales implantando un sistema de monitoreo y evaluación de gestión por resultados del funcionamiento de las redes de APS.

## **B. Estructura del Programa**

### **1. Componente 1: Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud (US\$88,34 millones)**

- 2.2 Este componente se orientará a fortalecer el funcionamiento en red de los servicios de salud, a través de proyectos provinciales que incorporan la gestión de enfermedades crónicas, priorizando HTA y DMT2. En ese marco, este componente financiará asistencia técnica para la formulación e implementación de los proyectos y un fondo de incentivos a ser distribuido en función del cumplimiento de indicadores relacionados con la gestión de dichas patologías.
- 2.3 **Sub-componente 1.1: Asistencia Técnica para Proyectos Provinciales:** Este sub-componente se centrará en el desarrollo de metodologías y herramientas para la gestión en red y brindará asistencia técnica en la formulación e implementación de proyectos de fortalecimiento de redes de servicios de salud, a las provincias que se adhieran al Programa. Para la formulación de los proyectos provinciales se ha desarrollado una guía metodológica para elaborar el diagnóstico de situación de las redes a intervenir<sup>4</sup> y se han definido y acordado los contenidos mínimos de dichos proyectos<sup>5</sup>.
- 2.4 Estos contenidos se refieren a: (i) caracterización epidemiológica de la Provincia en las patologías crónicas priorizadas; (ii) información básica sobre la red o redes a ser fortalecidas en el marco del Programa, en términos de cobertura geográfica, población total, población indígena y población sin cobertura de salud; (iii) caracterización y análisis de situación de dichas redes de servicios, respecto al modelo de gestión, efectores responsables de la gestión de las patologías priorizadas, capacidad instalada, procesos e indicadores; y (iv) plan de acción que contenga la línea de base y las metas de los indicadores de resultados acordados, mecanismo de ejecución, acciones de empadronamiento, actividades de promoción y prevención, organización de los servicios para clasificación y seguimiento de pacientes, acciones de adecuación cultural y aplicación de salvaguardas ambientales cuando corresponda, indicadores de calidad técnica de servicios, encuesta de satisfacción de usuarios, cronograma y costos de implementación.
- 2.5 Se espera que cada provincia, sobre la base del diagnóstico inicial defina la combinación de actividades más pertinentes para el fortalecimiento de sus redes. Ello implica que cada proyecto, además de incorporar las acciones necesarias para el logro de los indicadores que liberen los incentivos, se podrá orientar a

---

<sup>4</sup> [Guía metodológica para elaborar el diagnóstico de situación de las redes provinciales](#)

<sup>5</sup> [Contenido mínimo de los proyectos provinciales](#)

desarrollar actividades de fortalecimiento de sus redes de atención, en términos de mejorar sus sistemas de organización, programación, referencia y contrarreferencia, recursos humanos y capacitación, información y seguimiento, logística, infraestructura, así como mecanismos de participación comunitaria.

- 2.6 A efectos de asegurar una adecuada formulación e implementación de estos proyectos, se implementará un proceso de capacitación en servicio dirigido a todos los involucrados en la gestión de los establecimientos y servicios de las redes en cada provincia, además de los equipos de salud y profesionales médicos responsables de la aplicación de los esquemas terapéuticos. Con este fin se desarrollarán talleres de capacitación en gestión de redes, formulación de proyectos provinciales y de gestión clínica.
- 2.7 Este sub-componente será ejecutado de manera centralizada por el MSAL, con el objeto de garantizar, a través de actividades de asistencia técnica, la aplicación homogénea de una modalidad de intervención que se ajuste a criterios de eficiencia y calidad, respetando las realidades e iniciativas provinciales. En ese marco se financiarán servicios de consultoría, equipos técnicos especializados en gestión de redes y gestión de enfermedades crónicas, la organización de talleres y el personal requerido para reforzar las capacidades técnicas de los equipos de contraparte provincial.
- 2.8 **Sub-componente 1.2: Implementación de Proyectos Provinciales:** Los proyectos provinciales se formalizarán a través de convenios marco y compromisos anuales de gestión entre la Nación y la Provincia. Estos compromisos vincularán las transferencias de recursos (incentivos), a ser financiados por este sub-componente, a los resultados constatados y regularán las condiciones de intervención del Programa. A efectos que una provincia reciba estos incentivos, será requisito que la población cubierta por las redes priorizadas en los proyectos provinciales represente al menos el 30% de la población provincial que sólo cuenta con cobertura de los servicios públicos de salud.
- 2.9 Las metas finales del Componente son: (i) **empadronamiento** de al menos el 75% de la población mayor de 6 años que sólo cuenta con cobertura de servicios públicos de las redes provinciales adheridas al Programa; (ii) **clasificación por riesgo** de al menos el 90% de la población que haya sido preseleccionada con riesgo cardiovascular global moderado o alto clasificada según esquema terapéutico; y (iii) **tratamiento** de al menos al 80% de la población que haya sido clasificada con riesgo cardiovascular global moderado o alto con determinación de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 tratada según esquema terapéutico. El incentivo global asignado a cada provincia será desembolsado cuatrimestralmente en términos per cápita en función del grado de avance de las metas mencionadas. Este incentivo será distribuido en un 20% para empadronamiento, 40% para clasificación por riesgo y 40% para tratamiento<sup>6</sup>. El

6

[Justificación del monto per capita por empadronamiento, clasificación y tratamiento](#)

Cuadro II-1 describe cada uno de los indicadores y su relación como proxy de fortalecimiento de las redes.

**Cuadro II-1: Proxies de fortalecimiento de las redes de APS**

PROXY	DESCRIPCIÓN	PORQUE ES UN PROXY PARA EL FORTALECIMIENTO DE REDES DE APS
% población mayor de 6 años que sólo cuenta con cobertura de servicios de salud pública empadronada	Los servicios de salud registran a la población que reside en su área geográfica a través de búsqueda activa (actividades extramuros) y pasiva (consultas en los CAPS). Adicionalmente, se verifica que los individuos no tengan otra cobertura de salud (obras sociales, seguros privados).	<ul style="list-style-type: none"> <li>La meta incentiva a los servicios de salud a llevar a cabo actividades extramuros para identificar su población beneficiaria.</li> <li>Como resultado del proceso de empadronamiento, cada CAPS tendrá una población nominada sobre la cual es responsable y puede programar sus acciones en función de la problemática local, lo cual es una característica esencial de la APS.</li> <li>Cada beneficiario estará asignado a un CAPS, que será su puerta de entrada al sistema de salud.</li> </ul>
% de la población que haya sido preseleccionada con riesgo cardiovascular global moderado o alto clasificada según esquema terapéutico	Durante el proceso de empadronamiento se aplica una encuesta rápida sobre los principales factores de riesgo a todos aquellos mayores de 12 años. Los que tienen más de dos factores de riesgo son derivados a una consulta en un CAPS en donde se hará la clasificación definitiva del riesgo cardiovascular global del paciente. Esta consulta incluye un examen médico y estudios de laboratorio estructurados según el esquema terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La meta incentiva a los CAPS a programar consultas preventivas para aquellos que tienen factores de riesgo.</li> <li>Para cumplir con la orientación del esquema terapéutico, el CAPS tiene que coordinar con los laboratorios existentes desde la primera visita.</li> <li>La clasificación orienta la asignación de recursos a intervenciones costo-efectivas en función del riesgo de cada paciente.</li> </ul>
% de la población que haya sido clasificada con riesgo cardiovascular global moderado o alto tratada según esquema terapéutico	Una vez clasificados, los pacientes serán tratados según el esquema terapéutico, el cual especifica el número de visitas anuales, el tipo de examen físico y los estudios de laboratorio que deben realizarse en cada visita, los medicamentos recomendados y los criterios para derivar pacientes a especialistas y hospitales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bajo el esquema terapéutico, el médico generalista en el primer nivel de atención es responsable por el seguimiento del tratamiento del paciente y coordina su atención.</li> <li>Para cumplir con el esquema terapéutico es necesario el funcionamiento en red de los CAPS, unidades de diagnóstico (laboratorio e imágenes) y servicios de segundo y tercer nivel.</li> <li>Incentiva el desarrollo y utilización de sistemas de referencia y contra-referencia.</li> <li>Disminuye la variación en la práctica médica, contribuyendo a un aumento en la calidad.</li> </ul>

2.10 Con el objeto de asegurar la sostenibilidad de la lógica de intervención del Programa, los recursos desembolsados deberán ser utilizados exclusivamente en actividades e inversiones directamente relacionadas con el fortalecimiento de las

redes provinciales de APS, que serán definidas en detalle en los respectivos proyectos provinciales, y que se enmarquen dentro de los siguientes rubros: asistencia técnica (consultorías individuales y firmas consultoras), capacitación, incentivos al personal de las redes seleccionadas hasta un máximo del 50 % de los fondos recibidos en el marco del proyecto durante cada año calendario, infraestructura (obras menores de rehabilitación), mantenimiento de edificios y equipos, equipamiento, acciones extramuros y de promoción. La correcta aplicación de estos recursos será verificada por el MSAL como parte de las revisiones anuales de ejecución de los proyectos provinciales, cuyos resultados condicionarán la continuidad del financiamiento de dichos proyectos.

## **2. Componente 2: Provisión de insumos estratégicos para los servicios de salud (US\$119,74 millones)**

- 2.11 Este componente proveerá insumos estratégicos dirigidos al fortalecimiento de la gestión de las redes de servicios de salud, adecuándolos a la estrategia del Programa, a través de los siguientes sub-componentes:
- 2.12 **Sub-componente 2.1: Provisión de Insumos y Medicamentos Esenciales – Programa Remediar:** Este sub-componente apoyará la consolidación del sistema de gestión de insumos y medicamentos esenciales, implementado por el Programa Remediar del MSAL. Este Programa se ha caracterizado por haber logrado altos estándares de eficiencia y transparencia para garantizar el acceso de medicamentos en el primer nivel de atención de la red pública de servicios de salud. Asimismo, se incorporarán nuevos medicamentos contemplados en los esquemas terapéuticos adoptados para la gestión de enfermedades priorizadas en los proyectos provinciales. Se financiará la adquisición de insumos básicos y medicamentos esenciales, la distribución logística de los mismos, la capacitación de los recursos humanos de los servicios en el uso racional de medicamentos y la gravoverificación de recetas por muestreo para el seguimiento del Programa.
- 2.13 **Sub-componente 2.2: Formación de Recursos Humanos para la APS:** Este sub-componente dará continuidad al Programa de Médicos Comunitarios, el cual está enfocado en reorientar la formación de los recursos humanos hacia la atención primaria de salud. En ese sentido, se dotará a los profesionales, que se desempeñan en los servicios, de capacidades operativas para intervenir en las comunidades, con énfasis en la promoción de salud y prevención de enfermedades y en el uso de herramientas de investigación científica aplicada a la intervención de problemas sanitarios locales. Complementariamente a ello, a partir del 2008, se incorporará dentro de las líneas de investigación en servicio, una relacionada con la gestión de las patologías crónicas (especialmente HTA y DMT2) y se ofrecerá un módulo de actualización en esquemas terapéuticos para tratamiento de los enfermos crónicos, dirigido a los egresados del Postgrado de Salud Social y Comunitaria que se encuentren trabajando en los CAPS.
- 2.14 Asimismo, se involucrará a estos profesionales en la implementación de los proyectos provinciales de fortalecimiento de las redes de servicios, especialmente

en las actividades de promoción, empadronamiento, clasificación por riesgo y tratamiento de los pacientes de las patologías crónicas priorizadas. Este sub-componente financiará los costos de gestión y tutoría universitaria de los postgrados de Salud Social y Comunitaria y de Metodología de la Investigación para la Salud Comunitaria y de los cursos de actualización permanente en servicio, la producción de material didáctico y actividades de investigación.

### **3. Componente 3: Información, Monitoreo, Evaluación y Auditoría del Programa (US\$13,10 millones)**

- 2.15 El objetivo de este componente es contribuir al fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios Provinciales implantando un sistema de monitoreo y evaluación de gestión por resultados del funcionamiento de las redes adheridas al Programa. El componente financiará acciones tendientes a promover actividades de monitoreo de los procesos, productos, y resultados del Programa; inversiones en equipamiento e interconectividad para fortalecer la gestión de las redes y los servicios; y la contratación de los servicios de las auditorías previstas para el Programa.
- 2.16 **Información y Monitoreo:** Considerando que el MSAL, en el marco del Plan Nacer, ha desarrollado un sistema de información para el monitoreo de sus acciones a nivel provincial y de los servicios, cuya estructura se adecua a las necesidades del nuevo Programa, se utilizará el mismo con las adaptaciones necesarias para el registro y seguimiento de los indicadores del Componente 1 y en concordancia con el sistema único de información sanitaria. Este sistema de información y monitoreo permitirá que la información necesaria fluya en tiempo y forma entre los distintos niveles de gestión (Redes, Provincia y Nación). Dado el nivel de desarrollo relativo de capacidades de las provincias y sus servicios de salud, el Programa prevé inversiones que garanticen un nivel mínimo de interconectividad y de esa forma un manejo adecuado de información básica para la atención en red de pacientes. Asimismo, se prevé el financiamiento de recursos físicos (hardware y software), tecnología de conectividad y capacitación y asistencia técnica a los usuarios y responsables en los distintos niveles jurisdiccionales.
- 2.17 Para el monitoreo del Programa, se financiará el diseño y la implementación de un sistema que permita monitorear los indicadores de propósito y producto acordados en el marco lógico. En el caso de las metas de los proyectos provinciales, se realizará una auditoría operativa y una auditoría médica que verificarán la veracidad de los informes presentados por las provincias y que desencadenaron el pago de los incentivos (ver párrafos 3.23 y 3.24). El monitoreo proporcionará también los datos de soporte a los informes semestrales y anuales remitidos al Banco, y proveerá insumos para los estudios de evaluación del Programa.
- 2.18 **Evaluación:** Se financiarán una serie de evaluaciones de determinados sub-componentes y actividades del Programa con el objetivo de valorar ciertas acciones propuestas con relación a los objetivos, impactos y/o resultados



esperados del Programa y aplicar medidas correctivas de ser necesario. Estas evaluaciones se harán por consultores externos con el fin de garantizar independencia e imparcialidad en sus resultados. Se tienen previstos financiar, entre otras, las siguientes evaluaciones: (i) Evaluación del curso de URM que permita conocer el impacto del curso en la práctica médica; (ii) Dos encuestas de satisfacción del FEAPS con el fin de conocer el nivel de información y la calidad de los servicios recibidos en el marco del Programa; (iii) Evaluación de la eficiencia de los procesos del sistema de gestión de insumos y medicamentos de Remediar; y (iv) Evaluación multidimensional del PMC que busca identificar la pertinencia y adecuación de los contenidos a las necesidades de los sistemas locales de salud; los resultados sanitarios de los servicios que cuentan con médicos comunitarios desde el año 2005 y las perspectivas de inserción laboral de los egresados en el sistema de salud.

### C. Costo y financiamiento

- 2.19 El costo total de este Programa de inversión, a ejecutarse en cinco años, se ha estimado en US\$287,5 millones, de los cuales el Banco financiará US\$230 millones y los restantes US\$57,5 millones provendrán de la contrapartida local. La desagregación de los costos del Programa se detallan en el cuadro siguiente:

**Cuadro II-2: Costos del Programa (US\$ millones)**

Componente	BID	Local	Total
<b>Componente 1. Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de Redes</b>	<b>88,34</b>	<b>11,0</b>	<b>99,34</b>
1.1 Asistencia Técnica para Proyectos Provinciales	12,98	0,0	12,98
1.2 Implementación de Proyectos Provinciales	75,36	11,0	86,36
<b>Componente 2. Provisión de Insumos Estratégicos para los Servicios de Salud</b>	<b>119,74</b>	<b>45,20</b>	<b>164,94</b>
2.1 Provisión de Insumos y Medicamentos Esenciales	107,53	11,05	118,58
2.2 Formación de Recursos Humanos para la APS	12,21	34,15	46,36
<b>Componente 3. Información, Monitoreo, Evaluación y Auditoría</b>	<b>13,10</b>	<b>0,26</b>	<b>13,36</b>
<b>Administración del Programa*</b>	<b>8,82</b>	<b>0,54</b>	<b>9,36</b>
<b>Costos financieros</b>	<b>0,0</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>
Comisión de Crédito	0,0	0,50	0,50
Comisión de Inspección y Vigilancia	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>230,0</b>	<b>57,50</b>	<b>287,50</b>

\* gastos operativos, consultorías, actividades de comunicación y otras actividades necesarias para la ejecución del Programa.

## III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

### A. Prestatario, garante y organismo ejecutor

- 3.1 El Prestatario será la República Argentina y el Organismo Ejecutor del Programa el Ministerio de Salud de la Nación, por intermedio de su Secretaría de Programas Sanitarios (SPS).

**B. Ejecución y administración del proyecto**

- 3.2 La Secretaria de Programas Sanitarios (SPS), además de sus Direcciones de línea, cuenta dentro de su estructura con unidades ejecutoras de los programas de financiamiento externo, como el Plan Nacer y el Proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública financiados por el Banco Mundial; el Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria financiado por la Unión Europea; y los Programas Remediar y Médicos Comunitarios que vienen siendo financiados por el BID en el marco del PROAPS (Contrato de Préstamo 1193/OC-AR) y cuyas estructuras serán integradas a la estructura del FEAPS.
- 3.3 Considerando que esa es la práctica operativa del MSAL, para los efectos del presente Programa, la SPS constituirá una Unidad Ejecutora Central del Programa (UEC), la cual será responsable de la ejecución general del Programa. Asimismo, la UEC articulará y coordinará su accionar con los distintos programas en curso de la Dirección de Epidemiología del MSAL dependiente de la SPS, como los Programas Nacionales de Prevención y Control de la Diabetes y de Enfermedades Cardiovasculares, el Programa Nacional de Control de Tabaco, entre otros, y con otras Direcciones como la de Estadísticas e Información de Salud.
- 3.4 La UEC contará con una Coordinación General, responsable de la ejecución general del Programa, de la cual dependerán cuatro unidades de línea:
- (i) Unidad de Desarrollo de Proyectos Provinciales (UDPP), responsable de asistir a las provincias en la elaboración y ejecución de sus planes de fortalecimiento de las redes de servicios de salud, así como, de coordinar la articulación en dichos proyectos con las acciones de provisión de medicamentos, formación de recursos humanos y con los programas del MSAL responsables de la gestión de las patologías crónicas priorizadas;
  - (ii) Unidad Técnica del Programa Remediar (UTPR), responsable del desarrollo de las actividades de provisión de medicamentos e insumos esenciales y de la capacitación en uso racional de medicamentos;
  - (iii) Unidad Técnica del Programa Médicos Comunitarios (UTPMC), responsable de la implementación de las acciones de formación de recursos humanos para la APS previstas en el Programa; y
  - (iv) Unidad de Monitoreo y Evaluación (UME), responsable de la implementación del sistema de monitoreo y evaluación del Programa, el proceso de coordinación, elaboración y seguimiento del Plan Operativo Anual, el seguimiento y auditoría de los indicadores de proceso, producto y resultado del Programa y de los planes provinciales, el control de calidad del mecanismo de empadronamiento y de los sistemas de monitoreo provinciales, y de liderar las acciones de evaluación del Programa.

- 3.5 Asimismo, en su organización interna, la Coordinación General determinará las áreas de apoyo y funciones transversales necesarias para la implementación y coordinación del Programa.
- 3.6 La administración del Programa estará a cargo de la Unidad de Financiamiento Internacional de Salud (UFI-S) del Organismo Ejecutor, la cual será responsable de la administración de los recursos, la gestión financiera del mecanismo de transferencia de incentivos a las provincias, y la elaboración y ejecución del plan de contrataciones en coordinación con la UEC.
- 3.7 El Componente 1 se ejecutará de manera centralizada para los aspectos de asistencia técnica para proyectos provinciales (sub-componente 1.1) y en forma descentralizada para la implementación de los mismos (sub-componente 1.2). En el caso de este último sub-componente, cada Ministerio Provincial definirá la instancia interna de su estructura responsable de la ejecución de las actividades del Programa. Dicha instancia, que se constituirá en la Unidad Ejecutora Provincial del Programa (UEPP), será asistida técnicamente y supervisada por la UEC, y será responsable de: (i) realizar el diagnóstico de las redes de atención provincial; (ii) priorizar las redes en que se intervendrá; (iii) establecer la línea de base de los indicadores previstos en el Programa; (iv) diseñar, ejecutar y monitorear el plan provincial de fortalecimiento de las redes priorizadas; (v) elaborar, negociar y administrar los compromisos de gestión con las redes y sus efectores; (vi) implementar y gestionar el sistema de monitoreo del Programa en las redes priorizadas; y (vii) preparar y presentar los informes cuatrimestrales de cumplimiento de metas e indicadores.
- 3.8 Los Componentes 2 y 3 se ejecutarán en forma centralizada. En el caso del Componente 2, como se mencionó anteriormente, se aprovechará las estructuras de los Programas Remediar y Médicos Comunitarios, establecidas en el marco de la ejecución del PROAPS. Para las actividades de formación y capacitación de recursos humanos se contratarán universidades o instituciones especializadas. Asimismo, para la distribución de insumos y medicamentos esenciales se contratará empresas operadoras logísticas y para las actividades de evaluación a firmas especializadas, universidades y/o centros de investigación.

**C. Aspectos relativos a la ejecución del Sub-componente 1.2: Implementación de Proyectos Provinciales**

- 3.9 La implementación de los proyectos provinciales estará regulada por los siguientes instrumentos:
  - (i) *Convenios Marco* entre el MSAL y los Ministerios Provinciales que decidan adherirse al Programa, que contendrán todos los aspectos técnicos, administrativos y financieros relativos a la ejecución de los proyectos y la participación de las provincias, en términos de ámbito de acción a nivel de red, población objetivo, metas, mecanismo operativo y financiero de

incentivos y sanciones, requisitos de auditoria, y sistema de monitoreo y evaluación por resultados<sup>7</sup>.

- (ii) *Compromisos Anuales de Gestión* entre el MSAL y los Ministerios Provinciales adheridos al Programa, que incluirán las metas, el plan de trabajo y el presupuesto del período.

- 3.10 Se constituirá un fondo de incentivos que ascenderá a US\$75 millones, a ser distribuido en aproximadamente 3 años entre las provincias que se adhieran al Programa. En principio, estos recursos serán asignados a las 24 provincias del país (distribución primaria) en función a la población que sólo cuenta con cobertura de servicios públicos de salud<sup>8</sup>. Cada año se llevará a cabo una revisión, conjunta Nación-Provincia, de los avances en la implementación de los proyectos provinciales. En caso que una provincia presente avances limitados se dará por concluido el respectivo compromiso de gestión<sup>9</sup>. Los recursos no utilizados pasarán a integrar un fondo de distribución secundaria, que será asignado, de forma proporcional, a las jurisdicciones que vengán cumpliendo con las metas comprometidas y tengan interés de ampliarlas.
- 3.11 Los incentivos serán desembolsados a través de transferencias del MSAL a la provincia sobre la base del nivel de cumplimiento reportado de las metas definidas en el Numeral 2.9 medidas en términos de número de personas. El valor unitario de estos incentivos para cada uno de los indicadores será fijado en el RO del Programa. A efectos de la justificación de dichos desembolsos, el Banco aceptará como respaldo el informe de cumplimiento. Estos respaldos serán verificados periódicamente por la auditoría operativa (empadronamiento) y la auditoría médica (clasificación por riesgo y tratamiento).
- 3.12 **Anticipo:** A efectos que las provincias que se adhieran al Programa inicien la ejecución de las actividades requeridas para la puesta en marcha del proyecto provincial, el MSAL les otorgará un desembolso inicial de hasta un 15% del monto tope asignado. La presentación y aprobación del proyecto provincial y la suscripción del Convenio Marco y respectivo Compromiso Anual de Gestión son condiciones previas a dicho desembolso. Este anticipo será deducido de los primeros desembolsos cuatrimestrales de los incentivos, de forma tal que la transferencia regular contra el cumplimiento de resultados se hará efectiva una vez deducido el 100% de dicho anticipo. El Convenio Marco y el Reglamento Operativo (RO) del Programa establecerán el mecanismo a ser aplicado por el MSAL para la recuperación de los anticipos no justificados por las Provincias, sin perjuicio de ello, el MSAL se hará cargo ante el Banco de los anticipos no justificados.

---

<sup>7</sup> [Modelo de Convenio Marco](#)

<sup>8</sup> [Distribución por provincia del incentivo global](#)

<sup>9</sup> En el RO del programa se definirá en detalle los criterios para clasificar el nivel de avance de los planes provinciales y el procedimiento para dar por terminados los casos clasificados como “de avance limitado”.

**D. Adquisición de bienes y servicios**

- 3.13 El Programa comprende la adquisición de bienes y la contratación de servicios de consultoría. Dichas actividades serán adquiridas y contratadas conforme a lo dispuesto en las “Políticas para la adquisición de obras y bienes financiados por el BID” (Documento GN-2349-7) y las “Políticas para la selección y contratación de consultores financiados por el BID” (Documento GN-2350-7). En el Anexo II se presenta el plan de adquisiciones para los primeros 18 meses de ejecución.
- 3.14 Las licitaciones públicas internacionales serán obligatorias para la adquisición de bienes por montos estimados iguales o mayores a US\$500.000; por montos menores a US\$500.000 e iguales o mayores a US\$100.000 se deberán realizar licitaciones públicas nacionales; y por montos inferiores a US\$100.000 se deberá utilizar el método de comparación de precios. Para la contratación de servicios de consultoría cuyos montos estimados de contrato sean iguales o mayores a US\$500.000 se deberá constituir una lista corta de seis firmas con alta representación geográfica y realizar publicidad nacional e internacional; por montos menores a US\$500.000 e iguales o mayores a US\$200.000 se deberá elaborar una lista corta de seis firmas que podrá ser de consultores nacionales y realizar publicidad nacional e internacional; y por montos menores a US\$200.000 se deberá elaborar una lista corta de seis firmas que podrá ser de consultores nacionales, y realizar publicidad nacional.
- 3.15 Considerando que el criterio de elegibilidad de los incentivos a ser desembolsados en el sub-componente 1.2 es el cumplimiento de las metas definidas en el numeral 2.9, no se exigirá el uso de las políticas de adquisiciones del Banco en la aplicación de dichos recursos por parte de las provincias. Esto no constituye excepción a las políticas del Banco en materia de adquisiciones, dado que dichos incentivos serán desembolsados contra resultados previamente constatados.
- 3.16 **Modalidad de supervisión de los procesos de adquisición por parte del Banco.** La modalidad de supervisión será ex-post, conforme a lo estipulado en Numeral 4 del Apéndice I de los documentos GN-2349-7 y GN-2350-7 y de acuerdo al procedimiento estipulado en el RO del Programa. El sistema de revisión ex-post entrará en vigencia una vez se haya acordado entre el Ejecutor y el Banco la aplicación de un modelo de Documento Estándar del Programa (DEP) para cada tipo de procedimiento aplicable. El Plan de Adquisiciones será la base para que anualmente el Banco, en acuerdo con el Ejecutor y en base a la relevancia, jerarquía y riesgos de cada actividad, identifique los procesos de adquisición que estarán sujetos a revisión ex-ante. Durante la ejecución del Programa, el Banco realizará una revisión ex-ante de las extensiones de plazo de ejecución u otras modificaciones contractuales y de cesiones de contratos cuando se trate de licitaciones públicas internacionales.
- 3.17 **Plan de Contrataciones.** Antes de la emisión del primer llamado a presentación de propuestas u ofertas o de la contratación de cualquier obra, provisión de bienes o servicio de consultoría, el Prestatario deberá presentar al Banco, para su

aprobación y revisión, un plan de contrataciones que cubra un período de 18 meses y que incluya estimaciones del costo de los contratos, fuentes de financiamiento, la agrupación de los procesos, los métodos de contratación por proceso y los procedimientos aplicables para el examen del Banco. Conforme a lo previsto en las políticas citadas en el Numeral 3.13, el Prestatario presentará cada año al Banco, para su revisión y aprobación, una actualización de este plan por un período de 18 meses. Todo proceso de contratación se llevará a cabo de acuerdo con la actualización más reciente del plan de adquisiciones aprobado por el Banco.

**E. Período de ejecución y calendario de desembolsos**

- 3.18 El plazo para comprometer los recursos del financiamiento del Programa será de 54 meses y su plazo de desembolsos de 66 meses a partir de la vigencia del Contrato de Préstamo. El calendario tentativo de desembolsos se indica en el Cuadro III-1.

**Cuadro III-1: Calendario Estimado de Desembolsos (US\$ Millones)**

<b>Fuente</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>	<b>Total US\$</b>	<b>%</b>
<b>BID</b>	16,6	54,6	64,6	59,4	34,8	230,0	80
<b>Local</b>	4,15	13,65	16,15	14,85	8,7	57,5	20
<b>Total</b>	20,75	68,25	80,75	74,25	43,5	287,5	100
<b>% Año</b>	7,22	23,74	28,09	25,83	15,13	100	100

**F. Fondo rotatorio**

- 3.19 Para la ejecución de la operación se constituirá un fondo rotatorio a ser depositado en la cuenta bancaria específica que el Prestatario haya habilitado para el Programa. Considerando el flujo de fondos proyectado para la ejecución de actividades y contrataciones, especialmente por los recursos requeridos para la compra de medicamentos, se estima establecer un fondo rotatorio por el equivalente de hasta 10% del monto del Préstamo. La UEC deberá presentar al Banco informes semestrales de situación del fondo rotatorio, dentro de los 60 días siguientes al cierre de cada semestre calendario.

**G. Gestión de recursos, registros contables y control de desembolsos**

- 3.20 La suscripción y administración de todos los contratos de bienes y servicios serán responsabilidad de la UEC, así como, efectuar y registrar los pagos que deriven de dichos contratos y mantener la contabilidad financiera correspondiente a las transacciones y desembolsos durante la ejecución del Programa.
- 3.21 Asimismo, la UEC, en coordinación con la UFI-S, será responsable de: (i) mantener cuentas bancarias separadas y específicas para el manejo de los recursos del Banco y de la contrapartida local; (ii) presentar oportunamente las solicitudes de desembolso y justificaciones de gastos elegibles; (iii) mantener adecuados sistemas de información para la administración contable y financiera

del Programa, integrados con la contabilidad oficial, así como un sistema de administración de contratos y de control de proyectos y la correspondiente estructura de control interno, para el manejo de los recursos del BID y de la contrapartida local, de acuerdo a los requerimientos del Banco; (iv) preparar y presentar los informes financieros del proyecto, del fondo rotatorio semestralmente y otros informes financieros que sean requeridos por el Banco, entre ellos, los estados financieros auditados del Programa; y (v) mantener un adecuado sistema de archivo de la documentación de respaldo de los gastos elegibles para la verificación del Banco y de los auditores externos.

## **H. Condiciones especiales**

- 3.22 Adicionalmente a las condiciones generales previas al primer desembolso que se establezcan en las Normas Generales del Contrato de Préstamo, el Prestatario deberá presentar evidencia al Banco del cumplimiento de las siguientes condiciones especiales previas al primer desembolso: (i) resolución ministerial de constitución de la UEC del FEAPS; (ii) contratación y designación formal del Coordinador General del Programa; y (iii) no objeción del Banco al RO del Programa. Asimismo, como condición previa y especial al inicio de cada Proyecto Provincial, la UEC deberá presentar evidencia al Banco de la aprobación del Proyecto Provincial de Fortalecimiento de Redes y los respectivos Convenio Marco y Compromiso Anual de Gestión suscritos con la Provincia.

## **I. Auditorías**

- 3.23 **Auditoría operativa-financiera:** Durante la ejecución del Programa, el Prestatario, por intermedio de la UEC, presentará anualmente los estados financieros auditados del Programa. La auditoría del Programa será efectuada por una firma de auditores externos independiente aceptable al Banco o la entidad de fiscalización nacional conforme a lo que sea acordado entre el gobierno y el Banco. Esta auditoría deberá realizarse conforme a los requerimientos del Banco (Documentos AF-100, AF-300 y AF-500). De corresponder, en la selección y contratación de la firma se utilizarán los procedimientos establecidos en los Documentos de Licitación de Auditoría Externa (Documento AF-200), y dicho proceso se realizará en base a los lineamientos establecidos en los Términos de Referencia para la Auditoría Externa de Proyectos Financiados por el BID (Documento AF-400), previamente aprobados por el Banco. Los estados financieros anuales del Programa serán presentados dentro de los 120 días de finalizado el año fiscal y los de cierre dentro de los 120 días del último desembolso.
- 3.24 Adicionalmente, los auditores deberán emitir informes semestrales de auditoría financiera y operativa que incluirán:
- a. Informe intermedio financiero al 30 de junio: Este informe debe incluir un dictamen sobre el examen integrado de los procesos de adquisiciones y la documentación de soporte de las solicitudes de desembolso presentadas al

Banco en el semestre inmediatamente anterior. Los requerimientos necesarios para este trabajo están establecidos en el documento AF-500.

- b. Informe semestral de auditoría operativa al 30 de junio y 31 de diciembre: Este informe debe incluir una evaluación del cumplimiento de los parámetros operativos del Programa, de los índices de efectividad acordados y confirmación de la operatividad, estado de funcionamiento y seguridad de sus sistemas de información. Asimismo, como parte de la verificación del desempeño del componente 1 del Programa, incorporará la revisión de la consistencia y pertinencia del procedimiento de cruce de bases de datos de padrones para constatar el registro legal de identificación de las personas empadronadas y su pertenencia al grupo objetivo del Programa; la validación del mecanismo de registro y monitoreo de los indicadores desarrollados por el Programa; la constatación por muestreo de los registros y nivel de cumplimiento del indicador de empadronamiento a nivel de las redes y servicios adheridos al Programa. Los términos de referencia de esta auditoría deben ser acordados previamente entre el MSAL y el Banco.

3.25 **Auditoría médica:** Esta auditoría verificará el nivel de cumplimiento de los indicadores de clasificación por riesgo y de adhesión al tratamiento según esquema terapéutico de los pacientes de las patologías priorizadas en cada red tomando como base una muestra aleatoria de las planillas clínicas de pacientes. Los informes de esta auditoría deberán ser emitidos al 30 de junio y 31 de diciembre durante el primer año de ejecución y al 31 de diciembre en los años siguientes. Los términos de referencia de esta auditoría serán acordados previamente entre el MSAL y el Banco.

3.26 Los informes intermedios financiero, operativo y médico deberán ser presentados dentro de los 60 días de finalizado el semestre completo correspondiente. Los costos de las auditorías formarán parte del costo del Programa y serán financiados utilizando los recursos del préstamo.

## **J. Seguimiento y evaluación**

3.27 La UEC presentará informes semestrales con información sobre los siguientes aspectos: (i) desempeño en el cumplimiento de los objetivos y resultados acordados en cada POA para cada componente, incluyendo el análisis y seguimiento de los riesgos que los afectan y medidas implementadas para mitigarlos; (ii) estado de ejecución y situación del plan de adquisiciones; (iii) cumplimiento de las cláusulas contractuales del Contrato de Préstamo; y (iv) estado de ejecución financiera del presupuesto del Programa, por categoría de inversión y fuente de financiamiento, que como mínimo incorpore las inversiones acumuladas a inicio del semestre, las realizadas durante el semestre reportado y acumuladas al final del semestre reportado, y saldo por ejecutar, incluyendo el fondo rotatorio. Además, el informe del segundo semestre de cada año calendario incluirá lo siguiente: (i) el POA para el año siguiente; (ii) el plan de adquisiciones



actualizado para los 18 meses siguientes; y cuando corresponda, las acciones previstas para implementar las recomendaciones de la auditoría externa.

- 3.28 Al primer año de ejecución del Programa se realizará una misión técnica, con el objeto de analizar la experiencia de la implementación del Programa y, de ser necesario, acordar ajustes, en especial en los aspectos relacionados con el Componente 1, tales como los indicadores y patologías seleccionados, el mecanismo de incentivos, el sistema de información y monitoreo, el relacionamiento Nación – Provincias, entre otros temas relevantes.
- 3.29 Como parte del seguimiento del Programa se realizará una evaluación intermedia de implementación y otra final de resultados. Esta última se centrará en los indicadores especificados en el Marco Lógico y los beneficios esperados, y extraerá lecciones aprendidas. La evaluación intermedia se contratará al finalizar los 24 meses de la ejecución, o al constatar el desembolso del 40% de los recursos, cualquiera que ocurra primero. La evaluación final se contratará dentro del plazo de seis meses antes de la fecha del último desembolso o al constatar el desembolso del 90% de los recursos del financiamiento, cualquiera que ocurra primero. El Organismo Ejecutor contratará una firma especializada independiente para realizar estas evaluaciones, de conformidad con términos de referencia acordados con el Banco.

#### **IV. VIABILIDAD Y RIESGOS**

##### **A. Viabilidad institucional**

- 4.1 Considerando que la presente operación dará continuidad a los Programas Remediar y Médicos Comunitarios, que han sido financiados en parte por el Contrato de Préstamo 1193/OC-AR (PROAPS) y que servirán de base para la constitución de la UEC del FEAPS, se realizó una evaluación de la capacidad institucional técnica, administrativa-financiera y de adquisiciones de las instancias responsables de la ejecución de dicho Programa. Los resultados de esa evaluación han mostrado que la Unidad Ejecutora del PROAPS tiene en promedio Mediano Desarrollo (MD) en su capacidad, lo cual implica un Riesgo Medio (RM). En la evaluación se destacó las capacidades y experiencia desarrolladas por el MSAL en el área de adquisiciones para la provisión de medicamentos, lo que justifica la adopción del mecanismo de supervisión ex-post de adquisiciones para la presente operación. Asimismo, dicha evaluación incorpora cinco recomendaciones para fortalecer las capacidades de la Unidad Ejecutora y concluyó que, una vez que éstas sean implementadas, se estará con capacidad de administrar el proyecto satisfactoriamente. El MSAL se ha comprometido a implementar las citadas recomendaciones de manera previa al inicio de la ejecución del nuevo Programa. Cabe indicar que estas recomendaciones son de baja complejidad y en parte se refieren a autorizaciones de acceso a sistemas de información.
- 4.2 La relación entre el MSAL y los Ministerios Provinciales para la ejecución del Componente 1, se instrumentará por intermedio de Convenios Marco y

Compromisos Anuales de Gestión (párrafo 3.9). Esta modalidad, prevista en el Plan Federal de Salud, viene siendo utilizada con muy buenos resultados en la ejecución del Plan Nacer, que también tiene un sistema similar de transferencia de recursos al que se implementará en el FEAPS para la distribución de los incentivos.

## **B. Viabilidad financiera**

- 4.3 La participación del financiamiento del Banco representa una suma modesta comparada con el presupuesto provincial y nacional destinados a la salud. En el caso del Componente 1, los incentivos que se transfieren a las provincias para el fortalecimiento de las redes de servicios de salud representan menos del 2% del gasto provincial en salud. Este monto no es significativo al compararlo con el gasto provincial total pero se espera que impulse una mayor asignación de los recursos provinciales existentes hacia la APS. En el caso del Componente 2, que se ejecuta centralmente por el MSAL, los recursos representan menos del 3% del presupuesto anual del MSAL en el 2007. Esto significa que estos gastos podrían eventualmente ser asumidos por el Gobierno Nacional.

## **C. PTI/SEQ**

- 4.4 Por ser una operación del sector salud, esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social (SEQ), como se describe en los objetivos clave para la actividad del Banco contenidos en el informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos (AB-17-04). También califica automáticamente como un proyecto orientado a la reducción de la pobreza (PTI), dado que sus recursos apoyan la implementación de la estrategia de atención primaria de la salud.

## **D. Salvaguardas ambientales**

- 4.5 El Programa obtuvo una clasificación “C” y no ha generado ninguna directiva de política según el formulario de cumplimiento de salvaguardias ambientales y sociales.
- 4.6 Los incentivos a ser transferidos a las provincias podrán ser utilizados en gastos predeterminados por la Nación, entre ellos, inversiones en obras menores de rehabilitación de infraestructura que no presentan riesgos ambientales. Asimismo, la metodología de diagnóstico y formulación de los proyectos provinciales prevé la aplicación de la normativa nacional para el manejo de residuos hospitalarios en los efectores que forman parte de las redes de servicios participantes del Programa.
- 4.7 Los proyectos provinciales también contemplarán acciones específicas de adecuación cultural y promoción de la participación de poblaciones indígenas como beneficiarios del Programa, de acuerdo a la realidad de cada provincia. El Programa de Postgrado en Salud Social y Comunitaria cuenta con módulos orientados a la formación del personal de la salud en temas enfocados en la

inclusión social, equidad y cultura, así como en los aspectos relacionados a la prevención y cuidado del medio ambiente.

#### **E. Beneficios**

- 4.8 El Programa tendrá un impacto sanitario concreto a través de la implantación de una estrategia de control de enfermedades crónicas, especialmente enfocada en HTA y DMT2 y orientada hacia la población pobre que depende del sistema público de salud. La identificación y empadronamiento de personas hasta ahora no diagnosticadas, el desarrollo de actividades de promoción y de prevención primaria y secundaria, el seguimiento de las personas clasificadas con riesgo moderado y alto de acuerdo a un esquema terapéutico basado en evidencias, contribuirá a una disminución de la morbilidad y de la mortalidad prematura por eventos cardiovasculares. El impacto sobre la calidad de vida y productividad de los beneficiarios, principalmente los diabéticos, puede ser sustancial, disminuyendo la discapacidad por amputaciones y ceguera.
- 4.9 Por otro lado, el desarrollo de acciones de control de enfermedades crónicas tendrá un impacto sobre la organización, resolutivez, efectividad y calidad de los servicios de salud, fortaleciendo su funcionamiento en red. Consistente con el compromiso con la Atención Primaria de Salud expresado en el Plan Federal de Salud, las intervenciones contempladas en el Programa están centradas en el primer nivel de atención, identificado como puerta de entrada al sistema y responsable por una población nominada. La búsqueda activa de familias en el proceso de empadronamiento permitirá expandir la cobertura de salud, acercar los servicios a la población beneficiaria y descongestionar los hospitales. La adopción de esquemas terapéuticos uniformes resultará en una mejora de la calidad clínica, la utilización de intervenciones de alto costo-efectividad, énfasis en acciones programadas de promoción y prevención, y el desarrollo de sistemas de referencia y contrarreferencia.

#### **F. Riesgos**

- 4.10 **Participación de las Provincias.** El logro del objetivo del Componente 1 del Programa radica en gran medida en la decisión de las provincias de adherirse y participar en el mismo. De igual forma, considerando que la asignación de los incentivos a las Provincias se hará en función a la población que sólo cuenta con cobertura de servicios públicos de salud, ello implica que alrededor del 40% de los recursos debería ser asignado a la Provincia de Buenos Aires, por lo que su participación resulta aún más relevante para la viabilidad del Programa. Con el objeto de mitigar el riesgo de no contar con la participación de la mayoría de las provincias y en especial de la Provincia de Buenos Aires, el MSAL, en el ámbito del COFESA, ha informado a los Ministros Provinciales respecto a los aspectos conceptuales de la operación. Como resultado de ello ha recibido de veinte provincias manifestaciones escritas de intención de adherir y participar en el FEAPS, entre las que se encuentra el pedido de la Provincia de Buenos Aires.

- 4.11 **Operador Logístico.** Una de las características del sistema de gestión de insumos y medicamentos esenciales del MSAL es que su proceso de distribución es tercerizado. Ello le ha permitido mejorar su eficiencia y cobertura en la entrega de kits de medicamentos a los CAPS. Sin embargo, la oferta de operadores logísticos con capacidad de brindar servicios a nivel nacional es reducida, lo cual en las últimas convocatorias realizadas en el marco del PROAPS se ha traducido en incrementos considerables en el valor de los servicios. Con el objeto de prever que esta situación no afecte la operatoria del sistema, el MSAL y el Banco, durante la ejecución del Programa, analizarán distintas opciones de ampliación del período o alcance de los servicios, a efectos de asegurar una mayor concurrencia de ofertas más competitivas.

PROGRAMA FEAPS AR-L1020 MARCO LÓGICO				Anexo I
RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	
<b>FIN</b>				
Contribuir a mejorar el estado de salud de la población argentina y disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad debido a enfermedades crónicas	<i>Tres años después de finalizado el Programa:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tasas de internaciones por eventos cardiovasculares y metabólicos disminuyen</li> </ul>	Estadísticas hospitalarias nacionales		
<b>PROPÓSITO</b>				
Redes de prestaciones de servicios de salud basadas en la estrategia de APS fortalecidas	<i>Para cada red de servicio provincial adherida, al finalizar el Programa:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Al menos el 75% de la población mayor de 6 años que sólo cuenta con cobertura de servicios de salud pública de las redes adheridas al Programa empadronada</li> <li>Al menos el 90% de la población que haya sido preseleccionada con riesgo cardiovascular global moderado o alto clasificada según esquema terapéutico</li> <li>Al menos 80% de los pacientes clasificados con riesgo cardiovascular global moderado o alto con determinación de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus 2 en tratamiento según esquema terapéutico</li> </ul>	Auditoria operativa (cruce de base de datos de padrones y muestreo)  Estudios periódicos de validación de resultados del Programa (Auditoria médica por muestreo de fichas clínicas en CAPS)	MSAL y ministerios provinciales siguen invirtiendo en campañas orientadas a la promoción de comportamientos saludables.	

COMPONENTES/PRODUCTOS			
<b>Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud</b>			
1.1. Asistencia Técnica para Proyectos Provinciales	<i>Al finalizar el programa:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>80 talleres de capacitación en gestión de redes realizados</li> <li>18 Proyectos Provinciales aprobados y reflejados en acuerdos de gestión entre Nación y Provincias celebrados</li> <li>80 talleres de capacitación y actualización en gestión sanitaria y esquemas terapéuticos realizados</li> <li>Guía de Práctica Clínica de HTA y DTM2 aprobada y diseminada</li> </ul>	Informes de progreso del programa	Las provincias firman y mantienen el compromiso de gestión para ejecutar los proyectos provinciales.  La provincia de Buenos Aires aprueba y ejecuta su proyecto provincial.
1.2 Implementación de Proyectos Provinciales	<i>Al finalizar el programa:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>18 Proyectos Provinciales ejecutados conforme a lo programado y revisados anualmente por la Nación</li> </ul>	Informes de progreso del Programa	Los médicos de los CAPS utilizan el esquema terapéutico
<b>2. Provisión de insumos estratégicos para los servicios de salud</b>			
2.1 Provisión de insumos y medicamentos esenciales – Programa Remediar	<i>Al finalizar el programa:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>151.800.000 tratamientos con medicamentos esenciales distribuidos</li> <li>700.000 tratamientos para HTA y DMT2 distribuidos</li> <li>6.000 médicos capacitados en el uso racional de medicamentos</li> </ul>	Informes de progreso de Programa	Se presentan ofertas competitivas para la contratación del operador logístico.
2.2 Formación de Recursos Humanos para la APS	<i>Al finalizar el programa:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.855 profesionales de la salud finalizaron el Postgrado</li> </ul>	Informes de progreso del Programa	El Gobierno de la Nación garantiza los recursos para

	<p>en Salud Social y Comunitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 6.500 profesionales de la salud finalizaron el Postgrado en Metodología de la Investigación.</li> <li>▪ 10.500 profesionales recibiendo actualización permanente en servicio.</li> <li>▪ 90 % de los participantes del Programa Médicos Comunitarios tienen vinculo laboral con los CAPS</li> <li>▪ 75% de los CAPS pertenecientes a las redes financiadas tienen por lo menos 1 participante del Programa Médicos Comunitarios entre su personal</li> </ul>		dar continuidad al PMC
<b>3. Información, Monitoreo y Evaluación del Programa</b>			
	<p><i>Al finalizar el primer año del programa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manual de procedimiento para monitoreo elaborado</li> <li>▪ Evaluación del curso de Uso Racional de Medicamentos finalizada</li> <li>▪ Evaluación de la eficiencia de los procesos de Remediar finalizada</li> <li>▪ Evaluación del Programa Médicos Comunitarios finalizada</li> </ul> <p><i>Al finalizar el programa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encuestas de satisfacción del FEAPS finalizadas</li> <li>▪ Evaluación intermedia finalizada</li> <li>▪ Evaluación final finalizada</li> </ul>	Informes de progreso del Programa	

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCION

Argentina. Préstamo /OC-AR a la República Argentina  
Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de  
Atención Primaria de la Salud

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República Argentina, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa de fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$230.000.000, que formen parte de los recursos de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen de Proyecto de la Propuesta de Préstamo.