



MEMORANDO

EZSHARE-858219108-2
SCL/3/2017

Fecha: 5 de febrero de 2017

Para: José Luis Lupo
Representante, CSC/CAR

Ferdinando Regalia
Jefe División, SCL/SPH

De: Mario Sánchez
Jefe de equipo, SPH/CAR

Asunto: **ARGENTINA.** Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (AR-L1020) (1903/OC-AR). Informe de Terminación de Proyecto. Aprobación.

Proceso QRR:

El informe de Terminación de Proyecto (PCR) fue distribuido al QRR solicitando comentarios el 26 de diciembre de 2017. Los comentarios y acciones acordadas han sido documentados en el Informe de Resultados y Procedimientos adjunto

Asuntos no resueltos:

No existen asuntos pendientes.

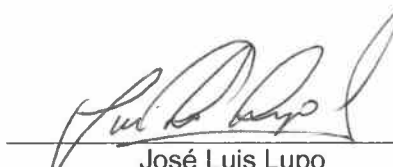
Resolución:

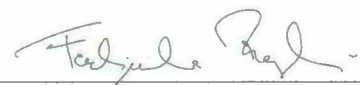
He examinado los documentos adjuntos y considero que dado que se incluyeron los comentarios que surgieron durante el proceso de QRR, recomiendo que el PCR de la referencia sea aprobado.

Documentos incluidos:

- Informe de Terminación de Proyecto
- Anexos
- Propuesta de Préstamo
- Informe de Resultados y Procedimientos

Aprobación:


José Luis Lupo
Representante, CSC/CAR


Ferdinando Regalia
Jefe de División, SCL/SPH



Informe de Terminación de Proyecto

PCR

Nombre del Proyecto: Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud

País: Argentina

Sector/Subsector: Salud/ Fortalecimiento del sistema de salud

Equipo de Proyecto Original: Hugo Flórez-Timorán (SCL/SPH), jefe; Silvia Raw (SCL/SPH); Rita Sorio (SPH/CBR); Gustavo Perochena (SPH/CAR); Mario Ferreira (PDP/CAR); Gumersindo Velásquez (FID/CAR); María Soledad Bos (SCL/EDU); Nicolás Noro Villagra (LEG/SGO).

Número de Proyecto: AR-L1020

Número de Préstamo: 1903/OC-AR

Fecha del QRR: 3 de enero de 2018

Fecha de Aprobación Final del PCR: 5 de febrero de 2018

PCR Equipo: Matilde Neret (SCL/SPH); Mario Sánchez (SPH/CAR); y Vanina Di Paola (CSC/CAR).





Índice

I. INFORMACIÓN BÁSICA	1
II. EL PROYECTO.....	2
A. CONTEXTO DEL PROYECTO	2
B. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	4
C. REVISIÓN DE LA CALIDAD DEL DISEÑO	6
III. RESULTADOS	7
A. EFECTOS DIRECTOS.....	8
B. EXTERNALIDADES.....	9
C. PRODUCTOS	9
D. COSTOS DEL PROYECTO.....	11
IV. IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO	14
A. ANÁLISIS DE LOS FACTORES CRÍTICOS	14
B. DESEMPEÑO DEL PRESTATARIO/AGENCIA EJECUTORA.....	15
C. DESEMPEÑO DEL BANCO	15
V. SOSTENIBILIDAD	15
A. ANÁLISIS DE FACTORES CRÍTICOS	15
B. RIESGOS POTENCIALES.....	16
VI. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	16
A. INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS.....	16
VII. LECCIONES APRENDIDAS.....	16

Anexos





Abreviaturas y Acrónimos

ACV	Accidentes Cerebrovasculares
APS	Atención Primaria de la Salud
CAPS	Centros de Atención Primaria de la Salud
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
DMT2	Diabetes Mellitus tipo II
HTA	Hipertensión Arterial
MAHT	Medicamentos antihipertensivos
MSAL	Ministerio de Salud de la Nación
PNA	Primer Nivel de Atención
PLP	Proyectos Locales Participativos
RISSS	Redes Integradas de Servicios de Salud



DEV

DEVELOPMENT EFFECTIVENESS
AND STRATEGIC PLANNING DEPARTMENT



I. Información Básica

DATOS BÁSICOS (MONTO EN US\$)

NO. PROYECTO: AR-L1007

TITULO: Programa de Apoyo a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Prestatario: República Argentina

Agencia ejecutora: Ministerio de Salud de la Nación

Fecha aprobación Directorio: 17 de octubre de 2007

Fecha efectividad contrato préstamo: 4 de noviembre de 2008

Fecha elegibilidad primer desembolso: 10 de julio de 2009

Préstamo: 1903/OC-AR

Sector: Salud/ Fortalecimiento del sistema de salud

Meses en ejecución

* desde aprobación: 83

* desde efectividad del contrato: 81

Instrumento de préstamo: Préstamo de Inversión

Períodos de desembolso

Fecha original desembolso final: 4 de mayo de 2014

Fecha actual desembolso final: 30 de septiembre de 2015

Extensión acumulativa (meses): 17

Monto préstamo

* **Monto original:** 230.000.000

* **Monto actual:** 230.000.000

* **Pari Passu:** 70 % BID; 30% LOCAL

Desembolsos

Monto a la fecha: 287.500.000

Costo Total del Proyecto: 328.500.000

Redireccionamiento

Este proyecto:

- recibió fondos de otro proyecto? [No]

- Envío fondos a otro proyecto? [No]

Reducción de Pobreza (PTI): Si

Equidad Social (SEQ): Si

Clasificación ambiental: C

Resumen de la Clasificación de Desempeño

OD	<input type="checkbox"/> Muy Probable(MP)	<input type="checkbox"/> Probable (S)	<input type="checkbox"/> Poco Probable (PP)	<input type="checkbox"/> Improbable (MI)
PI	<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (I)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)
SO	<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)



II. El Proyecto

a. Contexto del Proyecto

El impacto de las enfermedades crónicas en Argentina. Las enfermedades crónicas causan más de tres cuartas partes de los años de vida saludables perdidos por muertes prematuras o vividas con discapacidad en Argentina. Casi 40% de estas pérdidas se concentran en condiciones cardiovasculares, cánceres, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas¹. Las enfermedades crónicas más prevalentes comparten factores de riesgo: tabaquismo, dieta poco saludable y sedentarismo. Con el tiempo, estos comportamientos contribuyen a generar cambios fisiológicos y metabólicos como hipertensión arterial (HTA), sobrepeso y obesidad, hiperglicemia (niveles altos de azúcar en sangre) y colesterol elevado, que están biológicamente relacionados con el desarrollo temprano de estas enfermedades. La población argentina más vulnerable sufre desproporcionadamente a causa de las enfermedades crónicas: tiene una mayor prevalencia de factores de riesgo (Fleischer, et al., 2011); accede en menor proporción a los servicios de tamizaje que habilitarían su tratamiento (Jahangir, et. al; 2012) y está más propensa a gastos empobrecedores (Huffman, et al., 2011).

Políticas para prevenir y controlar las enfermedades crónicas. La forma más costo-efectiva de mitigar el impacto de las enfermedades crónicas es la implementación de medidas de salud pública de base poblacional, que promuevan estilos de vida saludable (medidas fiscales para desincentivar el consumo de alimentos no saludables y control del consumo de tabaco, por ejemplo). Sin embargo, también existen recomendaciones basadas en evidencia sobre cómo atender a quienes ya tienen o están en riesgo de desarrollar una enfermedad crónica (Cecchini, et al, 2010; Halpin, et al, 2010). Éstas apuntan a organizar un modelo de cuidado con un enfoque de Atención Primaria de la Salud (APS) y a través del desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (Vasan, et al; 2013). El enfoque de APS requiere que los servicios del Primer Nivel de Atención (PNA), de baja complejidad y de mayor presencia territorial, sean la “puerta de entrada” al sistema de salud. Para ello, deben atraer de manera continua a su población a cargo para conocer sus necesidades y atenderla de forma preventiva o curativa; así como tener una alta capacidad de resolución de consultas, derivando a niveles superiores solamente los casos clínicamente complejos. Las RISS son una expresión operativa del enfoque de APS. Caracterizan un modelo de organización cuyo objetivo principal es lograr que los servicios de salud se presten de manera coordinada y oportuna a través de los diferentes proveedores y niveles de complejidad clínica.

Barreras a la implementación de estas políticas en Argentina. La implementación de estas recomendaciones en Argentina enfrenta al menos tres dificultades. En primer lugar, el sistema de salud argentino es sumamente fragmentado. Coexisten tres subsistemas de cobertura de salud—obras sociales, seguros privados y público exclusivo—con superposición financiera y en la población atendida, con distintas garantías de servicio. A la par la gestión y el financiamiento de los servicios públicos de salud recaen primordialmente en los gobiernos provinciales y el de la Ciudad Autónoma

¹ Institute for Health Metrics and Evaluation.



de Buenos Aires (CABA). Esta multiplicidad de gestores, fuentes de financiamiento y subsistemas genera áreas operativas grises que dificultan la implementación de políticas de salud pública y el tránsito ágil, adecuado y continuo de la población a lo largo de las líneas de cuidado correspondientes a su condición de salud (Tobar, et al; 2012). En segundo lugar, en el sistema de salud argentino predomina un enfoque curativo y especializado para el tratamiento de las enfermedades crónicas. Esto ha favorecido el direccionamiento desproporcionado e inercial de recursos humanos y financieros a los niveles de mayor complejidad médica, a costa del PNA. A su vez, esto ha reducido la capacidad resolutive y por tanto la demanda de servicios al PNA (Tobar, et al; 2012). En tercer lugar, además de que un porcentaje significativo de la población no realiza consultas preventivas, muchos de aquellos diagnosticados con patologías crónicas o en alto riesgo de contraerlas no adhieren a los tratamientos farmacológicos que, con una alta efectividad, podrían controlarlos (Pearson, et al, 1993).

Plan Federal de Salud. El Plan Federal de Salud 2004-2007 presentó una propuesta de reforma al sistema de salud argentino, consensuada entre el Gobierno Nacional y las provincias, en la cual se estableció la estrategia de APS como organizadora del sistema. El principal objetivo de la reforma era modificar paulatinamente al sistema asistencial prevalente, 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. Este objetivo continuó siendo el eje de la política pública de salud a lo largo de la ejecución del Proyecto y sigue estando vigente actualmente.

Los Programas REMEDIAR y REDES. En el contexto de un país federal, en el que los principales financiadores y gestores de la salud pública son las provincias y la CABA, los programas nacionales son uno de los instrumentos que utiliza el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) para ejercer su función de ente rector del sistema de salud. Estos programas, a los que las provincias pueden adherir de manera voluntaria, buscan guiar, apoyar e incentivar a las jurisdicciones a implementar líneas de acción que ordenen el modelo de salud pública del país. El Proyecto que se analiza en este documento financió dos de los principales programas nacionales, REMEDIAR y REDES.

Con apoyo financiero del BID (1193/OC-AR), el Programa REMEDIAR surgió en 2002 como una de las respuestas a la severa crisis socioeconómica que afectó a Argentina a principios de siglo. Remediar se propuso incrementar la capacidad de resolución del PNA, dotándolo de medicamentos esenciales apropiados para dar respuesta a más de 80% de los motivos de consulta que ocurren en dicho nivel. El programa adquiriría los medicamentos de manera centralizada y los distribuía directamente a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), para ser dispensados de manera gratuita a sus consultantes. REMEDIAR continuó siendo implementado como un programa con crédito externo hasta 2015, apoyado por el Banco a través del Proyecto AR-L1020, que aquí se analiza, y de la primera fase del Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (AR-L1142). Ese año, el MSAL decidió transformar REMEDIAR en una política nacional, creando el Programa Cobertura Universal Medicamentos, programa que, con financiamiento totalmente nacional, mantiene los objetivos y lógica operativa de REMEDIAR.



Por otro lado, el Proyecto aquí analizado también financió la fase piloto del Programa REDES, que apunta a fortalecer redes de servicios de salud, partiendo de la clasificación activa de la población en riesgo sanitario. Como parte del programa, los ministerios de salud provinciales diagnostican el estado de sus redes de servicios sanitarios y desarrollan un plan de inversión para adquirir los bienes o servicios que permitan mejorar el funcionamiento de sus redes en un territorio específico. Estos planes reciben financiamiento de REDES, a partir del cumplimiento de acciones o hitos sanitarios auditados de manera externa. Actualmente REDES está constituido como una de las principales herramientas de política sanitaria del MSAL, y continúa siendo apoyado por el BID a través del proyecto AR-L1142—que finalizará a principios de 2018—y de la segunda fase del Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, AR-L1196, el cual tuvo su primer desembolso en noviembre de este año.

Ciclo del Proyecto. El proyecto fue aprobado por el Directorio Ejecutivo del BID en octubre de 2007. Su Contrato de Préstamo fue firmado en noviembre de 2008 y su primer desembolso fue realizado en julio de 2009. Su fecha de último desembolso original fue mayo de 2014. El Banco autorizó una única extensión a dicha fecha, llevando la finalización del proyecto a septiembre de 2015.

b. Descripción del Proyecto

i. Objetivo de Desarrollo

El objetivo del programa fue 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 APS. Sus objetivos específicos fueron: (i) desarrollar un modelo de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas, cuyos resultados sanitarios constituyeran medidas concretas y objetivas de la mejora del funcionamiento de las redes provinciales de APS; (ii) fortalecer la capacidad resolutive de los servicios de APS, consolidando los programas de gestión de suministros y de formación de recursos humanos 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.

ii. Componentes

Para lograr su objetivo, el Proyecto se estructuró en torno a tres componentes:



Componente	Objetivo del Componente
Componente 1. Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud—Programa REDES (US\$99,34 millones)	Este componente se orientó a fortalecer el funcionamiento en red de los servicios de salud, a través de proyectos provinciales que incorporaban la gestión de enfermedades crónicas, priorizando HTA y Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2).
Componente 2. Provisión de insumos estratégicos para los servicios de salud—Programas REMEDIAR y Médicos Comunitarios (US\$164,94 millones)	Este componente proveyó insumos estratégicos dirigidos al fortalecimiento de la gestión de las redes de servicios de salud.
Componente 3. Información, Monitoreo, Evaluación y Auditoría del Programa (US\$13,36 millones)	El objetivo de este componente fue contribuir al fortalecimiento del rol rector del MSAL 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 1 fue estructurado en dos subcomponentes que se describen a continuación:

Sub-componente 1.1. Asistencia Técnica para Proyectos Provinciales. Este sub componente se centró en el desarrollo de metodologías y herramientas para la gestión en red y brindó asistencia técnica en la formulación e implementación de proyectos de fortalecimiento de redes de servicios de salud a las provincias que adhirieron al programa.

Sub-componente 1.2. Implementación de Proyectos Provinciales. Los proyectos provinciales se formalizaron a través de convenios marco y de compromisos anuales de gestión entre el MSAL y los ministerios de salud provinciales. Estos compromisos vincularon las transferencias de recursos a ser financiados por este sub-componente a los resultados constatados y regularon las condiciones de intervención del programa. A efectos de que una provincia recibiera estos incentivos, fue requisito que la población cubierta por las redes priorizadas en los proyectos provinciales representara al menos el 30% de la población provincial con cobertura pública exclusiva.

Los recursos desembolsados deberían ser utilizados exclusivamente en actividades e inversiones directamente relacionadas con el fortalecimiento de las redes provinciales de APS. La correcta aplicación de estos recursos sería 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.

El Componente 2 fue estructurado en dos subcomponentes que se describen a continuación:

Sub-componente 2.1. Provisión de Insumos y Medicamentos Esenciales – Programa Remediar. Este sub-componente apoyó la consolidación del Programa Remediar del MSAL. Se incorporaron nuevos medicamentos contemplados en los



esquemas terapéuticos adoptados para la gestión de enfermedades priorizadas en los proyectos provinciales. Se financió 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 grabo-verificación de recetas por muestreo para el seguimiento del programa.

Sub-componente 2.2. Formación de Recursos Humanos para la APS. Este sub-componente dio continuidad al Programa Médicos Comunitarios del MSAL, el cual está enfocado en reorientar la formación de los recursos humanos hacia la APS. En ese sentido, se dotó 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, se incorporaría dentro de las líneas de investigación en servicio, una relacionada con la gestión de las patologías crónicas (especialmente HTA y DMT2) y se ofrecería 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 encontrasen trabajando en los CAPS. Se involucraría 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 subcomponente financiaría 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.

Componente 3. Información, Monitoreo, Evaluación y Auditoría del Programa.

Este componente se propuso financiar 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.

c. Revisión de la Calidad del Diseño

En términos generales, la calidad del diseño del proyecto fue satisfactoria. Sin embargo, el diseño de REDES subestimó las necesidades de fortalecimiento de las competencias organizacionales de las provincias y de los CAPS para poder implementar un esquema de financiamiento por cumplimiento de metas e hitos sanitarios. El sistema público de salud en el PNA tenía—y en menor medida continúa teniendo—una fuerte impronta materno-infantil. En ese marco, la estrategia de fortalecer las competencias organizacionales para implementar el Modelo de Cuidado de Enfermedades Crónicas a partir de talleres dirigidos a los gestores y efectores provinciales resultó insuficiente, como fue evidenciado por las dificultades que enfrentaron las jurisdicciones para cumplir las metas e hitos acordados, aun habiendo participado en los talleres. Ante estas dificultades, el MSAL comenzó a implementar una estrategia de “supervisión



capacitante” a nivel de CAPS, que contribuyó a resolver barreras técnicas y operativas específicas que enfrentaron los equipos de salud.

Por otro lado, las metas originales de nominalización, clasificación y seguimiento que debían cumplir las provincias fueron técnicamente sobreestimadas. Por un lado, la utilización del parámetro de población con cobertura pública exclusiva del Censo de 2001—año en el que la cobertura pública exclusiva se incrementó sustancialmente y de manera temporal debido a la crisis socioeconómica que enfrentó el país—sobre dimensionó el universo de personas a nominalizar, según quedó evidenciado por los datos del Censo de 2011. Asimismo, se utilizaron parámetros epidemiológicos de otros países de la región para estimar la población clasificable, que también resultaron sobredimensionados a la luz de los estudios que estuvieron disponibles en Argentina en 2011. Finalmente, los parámetros de propensión de la población a asistir a consultas de tamizaje o de seguimiento para el control de patologías crónicas resultaron extremadamente altos, inclusive para países desarrollados². Por otro lado, el diseño del Proyecto no tomó en cuenta las dificultades de los servicios de atención primaria para alcanzar a la población varonil, con menor tradición de uso de dichos servicios y mayores restricciones para acceder a ellos, relacionadas con su mayor participación en el mercado laboral. Alcanzar a esta población resultó particularmente crítico para el logro de las metas de desarrollo del programa debido a su mayor prevalencia de riesgo cardiovascular global. Sumado al incipiente desarrollo de una cultura organizacional del cuidado de enfermos crónicos en el PNA y al de las competencias para hacerlo, esta sobre estimación de metas generó un desincentivo para las jurisdicciones a su cumplimiento. En este marco, las metas de nominalización, clasificación y seguimiento de REDES fueron ajustadas en 2011.

Revisión de la Calidad del Diseño

☐ Muy Satisfactorio (MS) ☒ Plenamente Satisfactorio (PS) ☐ Menos que Satisfactorio (MS) ☐ Insatisfactorio (I)

III. Resultados

El Proyecto tuvo un nivel satisfactorio en cuanto al nivel de logro de sus indicadores de desarrollo. En términos generales, los indicadores de resultados originales se mantuvieron a lo largo de su ejecución. Se agregaron dos indicadores de resultados. Dadas las dificultades previamente discutidas para que los servicios del PNA logren atraer a la población varonil, el indicador de resultados original “Población clasificada por riesgo cardiovascular global” fue desagregado para la población varonil. Por otro lado, los indicadores de resultados originales estaban centrados en el programa REDES. Por ello, se agregó el indicador “Consultas por DMT2 e HTA que se registran en la red a la que está adscrita la población nominalizada, como proporción del total de consultas por las mismas” el cual se proponía medir la interacción entre la promoción a la asistencia a

² Las metas finales originales para REDES fueron: (i) el empadronamiento de al menos el 75% de la población mayor de seis años con cobertura pública exclusiva de las redes provinciales adheridas al programa; (ii) la clasificación por riesgo de al menos el 90% de la población que fuese preseleccionada con riesgo cardiovascular global moderado o alto; y (iii) el tratamiento de al menos al 80% de la población que hubiese sido clasificada con riesgo cardiovascular global moderado o alto con determinación de HTA y/o DMT2.



los CAPS por parte de la población de riesgo para estas patologías (REDES) y el acceso a soluciones medicamentosas a las consultas de esta población en los CAPS (REMEDIAR).

El siguiente cuadro analiza el nivel de cumplimiento de las metas de resultado del proyecto.

a. Efectos Directos

LOGRO DEL LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO (OD)	
Objetivo de Desarrollo: 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 APS.	
Resultados esperados: (i) desarrollar un modelo de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas, cuyos resultados sanitarios constituyeran 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 de formación de recursos humanos 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.	
Indicadores Claves de Efectos Directos	
<u>Efectos Directos Planeados:</u>	<u>Efectos Directos Logrados</u>
(1.1) Personas clasificadas por Riesgo Cardiovascular Global. Unidad de medida: Personas Línea de base: 0 Año de la línea de base: 2009 Meta: 232.979	Actual: 295.660 Atribución al programa: Media Comentarios: Las provincias utilizaron dos estrategias de clasificación, la clasificación en terreno y la clasificación por cruce de padrones de programas. El Reglamento Operativo del Programa (ROP) permitió ambas estrategias, con el objetivo de visibilizar y poder dar seguimiento a la población previamente clasificada, por fuera del marco de REDES. No obstante, la evaluación de impacto de REDES demostró un impacto positivo en el incremento en tamizajes atribuible al programa (EPCR01). Medio de verificación: Auditorías Médicas Externas ³
(1.2) Personas seguidas por Riesgo Cardiovascular Global mayor a 10%. Unidad de medida: Personas Línea de base: 0 Año de la línea de base: 2009 Meta: 81,002	Actual: 52.689 Atribución al programa: Alta Comentarios: Durante la ejecución de REDES se verificó un nivel estructuralmente bajo de seguimiento activo de la población con HTA y/o DMT2 en los CAPS. REDES fue el único programa enfocado en incrementar este indicador. Medio de verificación: Auditorías Médicas Externas
(1.3) Población empadronada en los CAPS en redes que reciben pagos por resultados. Unidad de medida: Personas Línea de base: 0 Año de la línea de base: 2009 Meta: 2.668.980	Actual: 2.734.348 Atribución al programa: Media Comentarios: La nominalización de niños y mujeres en edad fértil se realizó básicamente a partir del cruce con el padrón de beneficiarios del Plan Nacer. REDES fue el único programa dedicado a la nominalización del resto de los grupos etarios. Medio de verificación: Auditorías Médicas Externas.
(1.4) Varones clasificados por Riesgo Cardiovascular Global.	Actual: 100.806

³ Los informes cuatrimestrales de las Auditorías Médicas están disponibles para su consulta en los archivos del proyecto.



Unidad de medida: Personas Línea de base: 0 Año de la línea de base: 2009 Meta: 105.871 (1.5) Consultas por DMT2 e HTA que se registran en la red a la que está adscrita la población nominalizada, como proporción del total de consultas por las mismas Unidad de medida: Porcentaje Línea de base: 1 Año de la línea de base: 2009 Meta: 1,1	Atribución al programa: Alta Comentarios: REDES fue el único programa dedicado a la clasificación de la población adulta varonil. Medio de verificación: Auditorías Médicas Externas. Actual: 0,96 Atribución al programa: No se determinó. Comentarios: La línea de base del indicador fue normalizada a 1. La meta del programa representaba un incremento de 10%. La medición realizada en 2014 mostró un retroceso de 4%. Sin embargo, esta conclusión resulta inconsistente con un estudio financiado por el programa que sugiere que REMEDIAR y REDES lograron incrementar la prescripción de antihipertensivos entre 2011 y 2013, en comparación al nivel de 2010 (EPCR02). Medio de verificación: Recetas graboverificadas de REMEDIAR
Resumen de la Clasificación del logro de los Objetivos de Desarrollo (OD): [] Muy Probable(MP) [X] Probable (S) [] Poco Probable (PP) [] Improbable (MI) De los 5 indicadores de resultados utilizados para medir el logro de los OD del programa, 2 fueron sobre-cumplidos (nominalización y clasificación), 2 tuvieron un nivel de logro parcial (seguimiento y seguimiento de varones, aunque este último tuvo un nivel de logro de 95%) y uno no fue cumplido. Estrategia de País: En tanto el Programa promovió la reducción de la carga sanitaria de las enfermedades crónicas para la población de menores ingresos del país, fue consistente con el eje de reducción de la pobreza, la reconstitución del capital humano y la promoción de un desarrollo social sostenible e incluyente de la Estrategia País para el periodo 2004-2008 (GN-2328-1).	

Más allá del grado de logro de las metas de resultado del programa, el Componente 3 financió una serie de evaluaciones que evidencian su efectividad en el desarrollo. Entre los resultados evidenciados se destacan: (i) la efectividad de REDES para promover la mejora de procesos clínicos y sanitarios en el Primer Nivel de Atención e incrementar el acceso efectivo a servicios de salud en general, y en particular a tamizajes para hipertensión, hiperlipidemia e hiperglicemia y el tratamiento farmacológico de dichas patologías ([EPCR01](#))⁴; y (ii) la efectividad de REMEDIAR para reducir el gasto de bolsillo de la población con cobertura pública exclusiva y promover la equidad en el acceso a medicamentos esenciales entre quintiles de ingreso ([EPCR03](#) y [EPCR04](#)).

b. Externalidades

No se identificaron resultados no esperados.

c. Productos

El proyecto tuvo un nivel muy satisfactorio de logro en el cumplimiento de sus metas físicas a nivel de productos. El principal cambio que experimentó el Proyecto respecto a la programación de sus productos fue la inclusión del financiamiento de Proyectos

⁴ Ver "Evaluar para seguir adelante: Resultados del Programa Redes", del MSAL. La evaluación de impacto de REDES se realizó a través de una metodología cuasi-experimental, con base en el pareamiento de localidades similares con y sin REDES en las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo de 2005, 2009 y 2013.



Locales Participativos (PLP) en el componente 1 en 2010. El modelo RISS prevé que la comunidad tome un rol activo en la gestión de su estado de salud. Los PLP se dirigieron a dicho objetivo. A través de ellos se previó el financiamiento de pequeños proyectos de inversión presentados por las propias comunidades, con el fin de implementar acciones de prevención o atención consistentes con las características y demandas específicas locales.

El siguiente cuadro analiza el grado de cumplimiento de las metas físicas del Proyecto a nivel de producto.

PROGRESO EN LA IMPLEMENTACION (PI)		
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto	
Componente 1. Proyectos provinciales de fortalecimiento de redes de servicios de salud. Costo total Componente 1: US\$78,2 millones. Clasificación: Muy satisfactorio	<u>Productos Planeados</u>	<u>Fin de Proyecto</u>
	(1.1) 25 Proyectos jurisdiccionales para el fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud aprobados por el MSAL.	25
	(1.2) 129 Proyectos Locales Participativos finalizados (realizan rendición de cuentas al MSAL).	129
	(1.3) 99 Jurisdicciones implementando sus proyectos bajo un esquema de pago por resultados por año.	108
No se presentaron desviaciones significativas a nivel del cumplimiento de las metas de producto del Componente. No obstante, cabe aclarar que la meta originalmente prevista para los Proyectos Locales Participativos fue de 729 fue reducida en 2012 en acuerdo entre el Banco y el Ejecutor, dado que estos proyectos presentaban serios problemas de rendición.		
Reestructuración. El Componente no fue reestructurado.		
Componente 2. Planificación y Gestión de Insumos Estratégicos para los Servicios de Salud. Costo total Componente 2: US\$172,7 millones Clasificación: Muy satisfactorio	<u>Productos Planeados</u>	<u>Fin de Proyecto</u>
	(2.1) 114.344.696 tratamientos distribuidos en los Centros de Atención Primaria de la Salud.	117.656.498
	(2.2) 4.402 médicos capacitados en terapéutica racional en APS.	4.402
	(2.3) 6.590 integrantes de los equipos de salud de los Centros de Atención del PNA capacitados en Salud Social y Comunitaria.	6.590
No se presentaron desviaciones significativas a nivel del cumplimiento de las metas de producto del Componente. Cabe destacar que las metas originalmente programadas para los productos de este componente fueron sobre cumplidas.		
Reestructuración. El componente no fue reestructurado.		
Componente 3. Información, monitoreo y evaluación Costo total Componente 3: US\$1,5 millones Clasificación:	<u>Productos Planeados</u>	<u>Fin de Proyecto</u>
	(3.1) 15 Provincias apoyadas en sus sistemas informáticos para el procesamiento de información sobre la implementación de los proyectos provinciales.	15
	(3.2) 11 Estudios de evaluación de productos y resultados finalizado (presentado en un taller técnico).	10
No se presentaron desviaciones significativas a nivel del cumplimiento de las metas de producto del Componente.		
Reestructuración. El componente no fue reestructurado.		
Resumen del Progreso en la Implementación Clasificación (PI):		
[X] Muy Satisfactorio (MS) [] Satisfactorio (S) [] Poco Satisfactorio (I) [] Muy Insatisfactorio		



d. Costos del Proyecto

El siguiente cuadro refleja los costos del proyecto por categoría de inversión, de acuerdo con el sistema WLMS del BID.

Costo Total del Proyecto –Planeado (US\$)			Costo Total del Proyecto - Actual (US\$)		% Diferencia	
Nombre	BID	Aporte Local	BID	Aporte Local	BID	Aporte Local
Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud	230.000.000	57.500.000	230.000.000	59.558.757	0%	+3,58%
Proyectos provinciales de fortalecimiento de redes	88.340.000	11.000.000	77.394.029	541.531	-12.4%	-95%
Asistencia técnica para proyectos provinciales	12.980.000	-	7.209.884	539,098		
Implementación de proyectos provinciales	75.360.000	11.000.000	70.184.144	2.433		
Provisión de insumos estratégicos para los servicios de salud	119.740.000	45.200.000	135.281.005	48.820.801	+13%	+8%
Provisión de insumos y medicamentos esenciales	107.530.000	11.050.000	128.019.444	44.934.695		
Formación de recursos humanos	12.210.000	34.150.000	7.261.560	3.886.106		
Información, Monitoreo, Evaluación y Auditoría	13.100.000	260.000	11.448.873	1.502.625	-12.6%	+477%
Administración	8.820.000	540.000	5.876.093	6.636.106	-33.4%	+1.228
Costos financieros	-	500.000	-	2.057.694		+411%
Comisión de Crédito	-	500.000	-	2.057.694		

El siguiente cuadro muestra la distribución de costos por productos, originalmente planificada (P), anualmente planificada (P(a)) y realizada (A), de acuerdo con el Reporte de Monitoreo del Proyecto del Banco (PMR). Como puede observarse, los costos por producto son razonablemente similares para las tres categorías.

El componente 1 tuvo una ejecución financiera del 77% respecto a su presupuesto original, debido principalmente a las menores transferencias por cumplimiento de metas de seguimiento para los proyectos jurisdiccionales y a la reducción en el número de PLP financiados. Asimismo, el costo originalmente previsto de las actividades de capacitación (productos 2.2 y 2.3) resultó sobredimensionado, generando una ejecución de 36% de su presupuesto original. Lo mismo aconteció para el fortalecimiento de las plataformas informáticas provinciales (producto 3.1), que sólo ejecutó 26% de su presupuesto original. Los ahorros generados por esta sub ejecución financiera fueron redireccionados hacia el financiamiento de un mayor número de tratamientos provistos por REMEDIAR y al costo incremental de los gastos administrativos del Proyecto originados principalmente por la contratación de equipos de supervisión capacitante para apoyar a los equipos jurisdiccionales a lograr el cumplimiento de las metas establecidas en el marco de REDES.



Productos PROGRESO FINANCIERO (US\$)											
Componente 1: Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud					Costo revisado del componente: 78,260,947						
Producto		Unidad de Medida		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	FDP 2016
1.1	Proyectos jurisdiccionales para el fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación	Jurisdicciones	P	0	580.925	1.266.934	3.724.457	5.201.731	152.179		10.926.226
			P(a)	0	733.103	1.266.934	960.000	2.809.000	2.860.000	121.605	6.980.610
			A	0	580.925	853.000	1.429.000	2.143.000	1.853.080	137.350	6.996.355
1.2	Proyectos Locales Participativos finalizados (realizan rendición de cuentas al Ministerio de Salud de la Nación)	Proyectos	P	0	117.087	412.360	777.492	254.012	318.945		1.879.896
			P(a)	0	436.032	412.360	91.000	0	0	0	561.087
			A	0	117.087	215.000	153.000	76.000	0	0	561.087
1.3	Jurisdicciones implementando sus proyectos bajo un esquema de pago por resultados por año	Jurisdicciones por año	P		0	5.167.070	27.076.262	27.938.813	15.166.105		75.348.250
			P(a)		11.750	5.167.070	11.782.000	9.878.000	18.214.000	17.551.226	70.719.250
			A	0	0	623.000	9.748.000	15.869.000	26.928.024	7.504.287	60.672.311
Componente 2: Planificación y Gestión de Insumos Estratégicos para los Servicios de Salud					Costo revisado del componente: 172.728.360						
Producto		Unidad de Medida		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	FDP 2016
2.1	Tratamientos distribuidos en los Centros de Atención Primaria de la Salud.	Tratamientos	P	0	52.172.533	36.567.568	49.826.565	5.788.746			144.355.412
			P(a)	0	56.561.279	36.567.568	53.624.000	21.327.000	0	3.495.461	163.420.085
			A	0	52.172.533	42.997.000	46.055.000	13.148.000	5.552.091	3.774.822	163.699.446
2.2	Médicos capacitados en terapéutica racional en Atención Primaria de la Salud.	Médicos	P		825.921	1.111.426	1.458.309	1.418.578	1.290.766		6.105.000
			P(a)		1.167.935	1.111.426	1.818.000	964.000	44.000	0	3.165.932
			A	0	825.921	1.001.000	908.000	210.000	221.011	33.729	3.199.661
2.3	Integrantes de los equipos de salud de los Centros de Atención del Primer Nivel de Salud capacitados en Salud Social y Comunitaria.	Personas	P	0	178.343	3.520.977	6.374.920	5.451.538	4.195.546		19.721.324
			P(a)	0	778.623	3.520.977	775.000	1.870.000	0	0	6.142.343
			A	0	178.343	2.835.000	1.252.000	1.877.000	0	0	6.142.343



Componente 3: Información Monitoreo y Evaluación				Costo revisado del componente: 1,502,599						
Producto	Unidad de Medida		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	FDP 2016
3.1 Provincias apoyadas en sus sistemas informáticos para el procesamiento de información sobre la implementación de los proyectos provinciales	Provincias	P		117.783	398.359	1.461.820	1.149.539	1.503.420		4.630.921
		P(a)		782.461	398.359	463.000	939.000	0	0	609.350
		A	0	117.783	152.000	178.000	160.000	1.567	0	609.350
3.2 Estudios de evaluación de productos y resultados finalizado (presentado en un taller técnico)	Informes	P		15.892	60.577	521.587	721.381	220.583		1.540.020
		P(a)		99.038	60.577	290.000	705.000	237.000	0	893.249
		A	0	15.892	59.000	213.000	399.000	206.357	107.965	1.001.214

Otros costos

			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Costo
Administración del Programa		P	0	1.518.259	1.143.547	1.668.404	2.229.012	458.569		7.017.791
		P(a)	0	626.407	1.143.547	871.000	1.222.000	3.007.000	511.800	11.179.966
		A	0	1.518.259	1.074.000	790.000	6.130.000	1.155.907	811.709	11.479.875
Auditoría Externa		P	0	318.130	1.499.815	1.366.395	978.512	787.148		4.950.000
		P(a)	0	600.000	1.499.815	1.161.000	1.444.000	1.555.000	1.383.477	9.165.654
		A	0	318.130	792.000	1.033.000	2.042.000	3.597.047		7.782.177
Recursos Humanos		P	0	1.081.683	1.228.087	1.317.089	1.011.392	470.186		5.108.437
		P(a)	0	1.108.123	1.228.087	1.396.000	1.567.000	2.360.000	26.261	9.257.500
		A	0	1.081.683	1.214.000	1.483.000	3.162.000	2.290.556	111.839	9.343.078
Otros		P	5.404.974							5.404.974
		P(a)	5.404.974			0		0	0	5.404.974
		A	5.404.974				0	0	0	5.404.974

Costo total

			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Costo
Administración del Programa		P	5.404.974	56.926.556	52.376.720	95.573.300	52.143.254	24.563.447		286.988.251
		P(a)	5.404.974	62.904.751	52.376.720	73.231.000	42.725.000	28.277.000	23.089.830	287.500.000
		A	5.404.974	56.926.556	51.815.000	63.242.000	45.216.000	41.805.640	12.481.701	276.891.871



IV. Implementación del Proyecto

a. Análisis de los factores críticos

Al ser un programa piloto de una novedosa intervención sanitaria, REDES enfrentó varios desafíos técnicos y operativos. Como se mencionó anteriormente, el PNA del sistema público de salud argentino tiene una fuerte impronta materno-infantil, lo cual implicó que, al impulsar el Modelo de Cuidado de Enfermedades Crónicas desde dicho nivel, REDES se enfrentara a un significativo desafío cultural y en términos de capacidades de gestión por parte de los ministerios de salud provinciales y de sus respectivos efectores.

La estrategia original de REDES implicó brindar asistencia técnica a las jurisdicciones para el diagnóstico de las necesidades de fortalecimiento de sus redes, financiamiento para contribuir a resolver dichas necesidades, talleres de capacitación técnica y en gestión sanitaria y un esquema de pago contra indicadores sanitarios que reflejaban el modelo que se buscaba promover (nominalización de la población a cargo de los CAPS, clasificación activa de dicha población por riesgo y seguimiento activo de las personas con HTA y DBT2). Como se discutió en otras secciones de este documento, esa estrategia tuvo que ser fortalecida durante la ejecución. Se ajustaron las metas a alcanzar por las provincias, entendiendo que su cumplimiento no resultaba técnica ni operativamente viable. Asimismo, REDES modificó su esquema inicial de transferencias a las provincias, basado en anticipos que debían ser justificados por el cumplimiento de metas. Al resultar más desafiante de lo esperado, el cumplimiento de las metas llegó a convertirse en un cuello de botella para que las jurisdicciones accedieran al financiamiento que les permitiera cumplirlas. Para ello, el anticipo se transformó en un reconocimiento por la finalización del diagnóstico y la preparación de los proyectos jurisdiccionales. Por otro lado, REDES comenzó a implementar una estrategia de supervisión capacitante in situ a los CAPS, fuertemente basado en los resultados de las auditorías médicas cuatrimestrales. El retraso en la consecución de las metas provinciales fue el principal motivo por el que el Proyecto tuvo que tener una extensión de 14 meses en su plazo de ejecución.

Por otro lado, la implementación de los PLP demostró las dificultades fiduciarias que enfrentan los proyectos que son ejecutados por organizaciones comunitarias, no acostumbradas a los procesos de adquisiciones y rendición. Adicionalmente, la gran heterogeneidad de objetivos de estos proyectos inviabilizó su evaluación, con lo cual no resultaba factible determinar su valor agregado para el logro de los objetivos del programa. Como consecuencia, se tomó la decisión de discontinuar el financiamiento de los PLP, reasignando los recursos remanentes a otros productos. Cabe destacar que el financiamiento de los PLP representaba un porcentaje significativamente pequeño del costo del Proyecto, US\$1,88 millones, equivalente a 0,06% del presupuesto total, de los cuales se desembolsaron y rindieron al Banco poco más de una tercera parte.

Al ser un programa altamente consolidado en sus procesos operativos, REMEDIAR no enfrentó desafíos importantes en su ejecución. De hecho, su ejecución finalizó a finales de 2014, prácticamente dentro del plazo original para último desembolso.





Otro factor crítico de la ejecución fue la coordinación entre los tres principales programas del MSAL que apoyó el Proyecto, REMEDIAR, REDES y Médicos Comunitarios. De facto, estos tres programas se implementaron de manera independiente por distintas direcciones del MSAL. Esto limitó la posibilidad de generar sinergias entre REMEDIAR y REDES y entre REDES y Médicos Comunitarios. Al ser el seguimiento farmacológico un elemento clave del Modelo de Cuidados de Crónicos, REMEDIAR pudo haberse constituido en una herramienta para el seguimiento de esta población. Por otro lado, la formación de médicos comunitarios no se programó con base en las necesidades de fortalecimiento de las jurisdicciones para el cumplimiento de las metas de REDES.

b. Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora

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

Clasificación del Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora			
<input checked="" type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

c. Desempeño del Banco

El Ejecutor evaluó el desempeño del Banco como Muy Satisfactorio ([EPCR05](#)). Destacó que, tanto en el diseño como en la ejecución del préstamo, el Banco acompañó permanentemente en brindar soluciones a los desafíos encontrados, como así también se mostró predispuesto a incorporar sugerencias y respuestas a necesidades planteadas. Asimismo, destacó que la asistencia técnica y grado de flexibilidad del Banco fueron fundamentales para el logro de los objetivos del Préstamo. Finalmente, destacó el acompañamiento constante en el desarrollo de una agenda de evaluaciones y sistematización de aprendizajes.

Clasificación del Desempeño del Banco			
<input checked="" type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

V. Sostenibilidad

a. Análisis de Factores Críticos

Los resultados generados a partir de la implementación del Proyecto son altamente sostenibles. Como se mencionó anteriormente, REDES se ha consolidado como un programa nacional. Actualmente está iniciando su tercera fase, con la cual se espera alcanzar al menos a 70% de la población con cobertura pública exclusiva. Por otro lado, Cobertura Universal de Salud Medicamentos ha transformado a REMEDIAR de un programa con financiamiento externo a una política pública de salud. El MSAL sigue enfrentando un enorme desafío en cuenta a la promoción de la reconversión de los recursos humanos sanitarios para la implementación de la estrategia de APS, que





demanda un mayor número de médicos familiares que puedan resolver las consultas que se presentan en los CAPS. El modelo actual de formación por demanda no necesariamente responde a las demandas específicas a nivel territorial, ni implica la necesaria jerarquización de esta especialidad para incentivar la formación y retención de los médicos de familia en el sistema público del PNA.

b. Riesgos Potenciales

El principal riesgo que enfrenta la sostenibilidad del Proyecto es el hecho de que, hasta el momento, REDES no ha logrado formalizar las redes de servicios sobre las que actúa. Esto pone en riesgo que las provincias le den continuidad al modelo prestacional que está promoviendo el programa, en ausencia del mismo.

Clasificación de Sostenibilidad (SO)			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

VI. Evaluación y Seguimiento

a. Información sobre Resultados

El diseño original del Proyecto previó que las metas mismas de REDES se convirtieran en una medición de sus resultados, monitoreados y evaluados de manera externa a través de sus auditorías médicas. Sin embargo, esta estrategia resultaba insuficiente para atribuir esos resultados al Proyecto. No obstante, durante la ejecución del proyecto se diseñó una estrategia de evaluación cuasi-experimental, con base en el pareamiento de localidades similares con y sin REDES en las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo de 2005, 2009 y 2011, que contribuyó a establecer de manera robusta la efectividad del programa.

Por su parte, REMEDIAR fue evaluado en cuanto a su contribución en la reducción del gasto de bolsillo de sus beneficiarios y a la promoción de la equidad en el acceso a medicamentos esenciales. Adicionalmente, de una manera indirecta se buscó indagar sobre la efectividad sanitaria de REMEDIAR. Un estudio financiado por el Proyecto estableció que: (i) la prevalencia de muerte precoz (menores de 74 años) por accidentes cerebrovasculares (ACV) se redujo en Argentina entre los años 2000 y 2011; (ii) que el acceso a medicación antihipertensiva garantizados por REMEDIAR (MAHT) fue fundamental para que esta reducción se materializara en los departamentos más pobres del país; (iii) que otros determinantes de la muerte precoz por ACV, como tabaquismo, sedentarismo y dieta poco saludable se incrementaron para la población de menores recursos; y (iv) que si bien entre 2011 y 2013 se redujo la prescripción de MAHT a nivel del país, las localidades con REDES la vieron incrementada.

VII. Lecciones Aprendidas

A continuación, se presentan algunas de las lecciones aprendidas durante la ejecución del Proyecto.

La cultura predominantemente materno infantil de los servicios públicos del PNA se traduce en fuertes restricciones operativas para atender proactivamente a poblaciones





no tradicionales como, a los adultos con padecimientos crónicos o en riesgo de padecerlos y la población varonil económicamente activa. Reconociendo esta restricción, es recomendable que el diseño de programas dirigidos a promover el Modelo de Cuidados de Enfermedades Crónicas con base en la estrategia de APS incluyan estrategias integrales que combinen incentivos para su implementación, un estrecho acompañamiento en las competencias de meso y micro-gestión de los efectores de salud y estrategias para adecuar la oferta de servicios a las demandas y restricciones de las nuevas poblaciones a ser atendidas.

La efectividad de una estrategia de pago por resultados para promover cambios en la plataforma de servicios se ve limitada por la capacidad instalada de los gestores y efectores de los servicios de salud. Teóricamente, la función de pago puede generar incentivos y un marco para el reordenamiento organizacional de los servicios de salud. Sin embargo, estos servicios deben tener una capacidad mínima para poder responder a esta intervención. En este sentido, es recomendable que los programas que incluyan estrategias de pago por resultado incorporen estrategias de fortalecimiento y monitoreo activo e in situ de las competencias de gestión y atención de los servicios de salud. Asimismo, es importante que la estructura de resultados promovidos se vaya haciendo palatinamente más demandante conforme las capacidades de gestión se vayan fortaleciendo.

La falta de una estrategia explícita para promover la interacción entre distintos componentes de un proyecto puede convertirse en una oportunidad perdida para la generación de sinergias. Por ello, es recomendable que los proyectos identifiquen en su diseño estas potenciales sinergias y que prevean y monitoreen la implementación de mecanismos para promoverlas.

Los proyectos que promueven cambios organizacionales en la provisión de servicios enfrentan un riesgo de sostenibilidad generado por la dependencia de estos cambios a los incentivos e inversiones generados por el proyecto. En este sentido, es recomendable que, o bien estos proyectos se conviertan en políticas públicas, o que expliciten una estrategia para que los cambios organizacionales se mantengan cuando los proyectos dejen de ser implementados.





Anexos:

1. [Evaluación del Prestatario](#)
2. [Informe de cierre](#)



Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (AR-L1020) (1903/OC-AR)
Informe de Terminación de Proyecto (PCR)

Revisión de Calidad y Riesgo (QRR) – Informe de Resultados y Procedimientos

A. PROCESO QRR

El PCR fue distribuido al QRR solicitando comentarios el 26 de diciembre de 2017. El documento fue enviado a: Lupo, Jose Luis; Faria, Teresa Maurea; Rios, Sergio; Molina, Pablo; Falkner-Olmedo, Katharina; Aliaga, Miguel Angel; Ledesma, Lucrecia; SPD-SDV; Office of the Director - OVE; Treasury Client Solutions Group. Adicionalmente, se envió copia de la distribución a: SCL-SCL; Office of the Manager CSC; Executive VicePresident; Office of the Vice President, Sectors & Knowledge; Office of the Vice President for Countries; Vice Presidency for Finance and Administration; ESRNET; Regalia, Ferdinando; Neret, Matilde; SCL Operaciones; Florez Timoran, Hugo; Sorio, Rita Elizabeth; Velazquez, Gumersindo; Bos, Maria Soledad; Sanchez, Mario Alberto; Di Paola, Vanina Andrea; Cabrera, Amelia; Santelmo Bravo, Clarissa Helena; Guerra, Martha; e Izquierdo, Fanny.

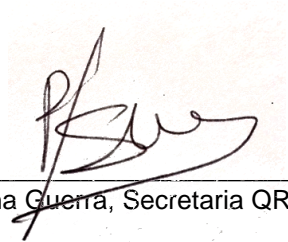
Los comentarios recibidos, así como acciones posteriores, han sido documentados en este Informe de Resultados y Procedimiento. No se realizó una reunión presencial.

B. Asuntos no resueltos

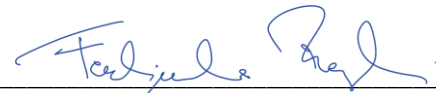
C. COMENTARIOS

Nombre/Dept.	Tema	Comentarios	Respuestas
Maya Iglesias, LEG/SGO	Costos del Proyecto	Muchas gracias por compartir el Informe de Terminación de Proyecto de la referencia (Informe) para revisión de LEG/SGO. Al respecto, a continuación, compartimos nuestros comentarios/recomendaciones: Considerando lo indicado en la tabla (p. 10) en relación con el costo planeado del proyecto y costo actual del mismo, recomendamos indicar en el Informe si existió una reasignación de recursos entre componentes, y de ser el caso, si se suscribió una modificación al contrato de préstamo.	Las transferencias de recursos entre categorías contables se describen en la sección “Costos del Proyecto”. Estas transferencias fueron solicitadas y acordadas por escrito a través de comunicaciones entre el prestatario y el Banco. Se procesaron conforme lo previsto en el OA-420.III.D, en cada caso a través de los procedimientos y sistemas previstos por el Banco (WLMS).
	Implementación del Proyecto	Considerando que el proyecto contó con una extensión del plazo de desembolsos (expirando el 30 de septiembre de 2015), recomendamos indicar en el Informe si para dichos efectos se suscribió una modificación al contrato de préstamo.	Las prórrogas fueron solicitadas y acordadas por escrito a través de comunicaciones entre el prestatario y el Banco. Se procesaron conforme a lo previsto en el OA-420.II.D., en cada caso a través de los procedimientos y sistemas previstos por el Banco (OPMAS en el caso de la primera prórroga y Convergencia en los siguientes casos).
		El Informe señala (p. 14) que se tomó la decisión de discontinuar el financiamiento de los proyectos locales participativos (PLP) debido a que la implementación de éstos demostró las dificultades fiduciarias que enfrentan los proyectos que son ejecutados por organizaciones comunitarias. Al respecto, recomendamos mencionar en el	El Contrato de Préstamo no sufrió modificaciones como resultado de la decisión de discontinuar el financiamiento de los PLP. El presupuesto originalmente previsto para estos proyectos fue de US\$1,88 millones, 0,06% del costo del Proyecto, de los cuales, US\$0,56 fueron desembolsados y

Nombre/Dept.	Tema	Comentarios	Respuestas
		Informe si el proyecto/contrato de préstamo sufrió alguna modificación para reflejar la decisión de discontinuar el financiamiento de los PLP.	rendidos al Banco. La decisión de discontinuar el financiamiento de los PLP se reflejó en las Planificaciones Operativas Anuales. Se amplió la discusión de las implicaciones financieras de discontinuar el financiamiento de los PLP en el penúltimo párrafo de la página 14.
		Recomendamos incluir en el Informe el Acta de Cierre del Proyecto. Actualmente el Informe incluye un enlace a una presentación titulada "Informe de Cierre del FEAPS" incluyendo conclusiones "para discusión"; el cual parecería no ser el Acta de Cierre final.	El Taller de Cierre tuvo como formato una presentación del Banco (adjunta) y una discusión abierta, que proveyó insumos para la elaboración del PCR. No se firmó un Acta de Cierre del Proyecto.



Martha Guerra, Secretaria QRR



Ferdinando Regalia, Jefe SCL/SPH