

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

**URUGUAY**

**PROYECTO PARA GESTIÓN DE GOBIERNO ELECTRÓNICO EN EL SECTOR  
SALUD II**

**(UR-L1143)**

**SEGUNDA OPERACIÓN INDIVIDUAL BAJO LA LÍNEA DE CRÉDITO  
CONDICIONAL PARA PROYECTOS DE INVERSIÓN (CCLIP) PARA EL  
PROGRAMA DE GOBIERNO ELECTRÓNICO EN EL SECTOR SALUD**

**(UR-X1009)**

**PROPUESTA DE PRÉSTAMO**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Roberto Fernández (ICS/CUR), Jefe de Equipo; Rita Sório (SPH/CUR), Jefe de Equipo Alterno; Pedro Farías, Alejandro Pareja, Raimundo Arroio, y Melissa Gonzalez (IFD/ICS); Alonso Chaverri (LEG/SGO); David Salazar y Abel Cuba (FMP/CUR), y Juan Martín Seijo (CSC/CUR).

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El presente documento no ha sido aprobado por el Directorio. Si el Directorio lo aprueba con modificaciones, se pondrá a disposición del público una versión revisada que sustituirá y reemplazará la versión original.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN DEL PROYECTO.....</b>	<b>1</b>
<b>I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS.....</b>	<b>2</b>
A. Antecedentes, Problemática y Justificación .....	2
B. Objetivos, Componentes y Costo.....	9
C. Indicadores Claves de Resultados.....	12
<b>II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS .....</b>	<b>12</b>
A. Instrumentos de Financiamiento .....	12
B. Riesgos Ambientales y Sociales .....	13
C. Riesgos Fiduciarios .....	13
D. Otros Riesgos del Proyecto .....	13
<b>III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....</b>	<b>14</b>
A. Resumen de los Arreglos de Implementación .....	14
B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados.....	17

ANEXOS	
Anexo I	Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) - Resumen
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

ENLACES ELECTRÓNICOS	
<b>REQUERIDOS</b>	
1.	<a href="#">Plan de Ejecución Plurianual (PEP)</a>
2.	<a href="#">Plan de Monitoreo y Evaluación</a>
3.	<a href="#">Plan de Adquisiciones</a>
<b>OPCIONALES</b>	
1.	<a href="#">Análisis Económico del Proyecto</a>
1a.	<a href="#">Tablas de Análisis Costo-Beneficio</a>
1b.	<a href="#">Tablas de Análisis de Sensibilidad Costo-Beneficio</a>
2.	<a href="#">Presupuesto Detallado</a>
3.	<a href="#">Plan de Desembolso del Programa</a>
4.	<a href="#">Agenda Uruguay Digital 2020</a>
5.	<a href="#">Investigación sobre la Utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en el Sector Salud de Uruguay</a>
6.	<a href="#">Logro de resultados de la primera operación individual bajo la CCLIP 3007/OC-UR</a>
7.	<a href="#">Impacto en la organización y las Tecnologías de la Información (TI) de los prestadores de servicios de salud</a>
8.	<a href="#">Filtro de Política de Salvaguardias (SPF) y Formulario de Evaluación de Salvaguardia para la Clasificación de Proyectos (SSF)</a>

ABREVIATURAS	
AGESIC	Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento
ARF	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CCLIP	Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión
CO	Capital Ordinario
ESE	Esquema de Seguimiento y Evaluación del Proyecto
FONASA	Fondo Nacional de Salud
HCE	Historia Clínica Electrónica
HCEN	Historia Clínica Electrónica Nacional
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MR	Matriz de Resultados
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MREMR	Matrices de Registro de Riesgo, Evaluación y Mitigación de los Riesgos del Proyecto
MSP	Ministerio de Salud Pública
OE	Organismo Ejecutor
PA	Plan de Adquisiciones
PD	Presupuesto Detallado
PDP	Plan de Desembolsos del Programa
PEP	Plan de Ejecución Plurianual
PME	Plan de Monitoreo y Evaluación
PMR	Informe de Monitoreo de Progreso
POA	Plan Operativo Anual
SMU	Colegio Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TI	Tecnologías de la Información
TIR	Tasa Interna de Retorno
UCP	Unidad Coordinadora del Proyecto
UDELAR	Universidad de la República
VAN	Valor Actual Neto

**RESUMEN DEL PROYECTO**  
**URUGUAY**  
**PROYECTO PARA GESTIÓN DE GOBIERNO ELECTRÓNICO EN EL SECTOR SALUD II**  
**(UR-L1143)**  
**SEGUNDA OPERACIÓN INDIVIDUAL BAJO LA LÍNEA DE CRÉDITO CONDICIONAL PARA PROYECTOS DE**  
**INVERSIÓN (CCLIP) PARA EL PROGRAMA DE GOBIERNO ELECTRÓNICO EN EL SECTOR SALUD**  
**(UR-X1009)**

Términos y Condiciones Financieras					
<b>Prestatario:</b> República Oriental del Uruguay				<b>Facilidad de Financiamiento Flexible<sup>(a)</sup></b>	
				<b>Plazo de amortización:</b>	25 años
<b>Organismo Ejecutor (OE):</b> El Prestatario, a través de la Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC)				<b>Período de desembolso:</b>	3 años
				<b>Período de gracia:</b>	5 años <sup>(b)</sup>
<b>Fuente</b>	<b>Monto (US\$)</b>	<b>%</b>	<b>Monto CCLIP(US\$)</b>	<b>Tasa de interés:</b>	Basada en LIBOR
<b>BID (Capital Ordinario):</b>	6.000.000	85	18.000.000	<b>Comisión de crédito:</b>	(c)
				<b>Comisión de inspección y vigilancia:</b>	(c)
<b>Local:</b>	1.000.000	15	3.000.000	<b>Vida Promedio Ponderada Original (VPP):</b>	15 años <sup>(d)</sup>
<b>Total:</b>	7.000.000	100	21.000.000	<b>Moneda de aprobación:</b>	Dólares estadounidenses con cargo al Capital Ordinario (CO)
Esquema del Proyecto					
<b>Objetivo de la CCLIP:</b> Contribuir a una mejora en la calidad y eficiencia del sistema de salud, por medio de una mayor capacidad de gestión y monitoreo de los servicios de salud y del avance hacia un modelo de atención centrado en la prevención. <b>Objetivo del segundo programa:</b> Mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud incrementando la eficiencia en el acceso a la información médica por parte de los distintos actores del sistema de salud, a través de: (i) consolidar la plataforma de Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN); y (ii) facilitar una mayor producción e intercambio de información clínica en formato digital por parte de los prestadores de salud.					
<b>Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento:</b> No se establecen condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso.					
<b>Excepciones a las políticas del Banco:</b> Ninguna.					
Alineación Estratégica					
<b>Desafíos<sup>(e)</sup>:</b>	SI <input type="checkbox"/>	PI <input type="checkbox"/>	EI <input type="checkbox"/>		
<b>Temas Transversales<sup>(f)</sup>:</b>	GD <input type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	IC <input checked="" type="checkbox"/>		

<sup>(a)</sup> Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-1) el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda y de tasa de interés. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta aspectos operacionales y de manejo de riesgos.

<sup>(b)</sup> Bajo las opciones de reembolso flexible de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FFF), cambios en el periodo de gracia son posibles siempre que la VPP original del préstamo y la última fecha de pago, documentadas en el contrato de préstamo, no sean excedidas.

<sup>(c)</sup> La comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de los cargos financieros del Banco, de conformidad con las políticas correspondientes.

<sup>(d)</sup> La Vida Promedio Ponderada (VPP) original del préstamo podría ser menor de acuerdo a la fecha efectiva de firma del contrato de préstamo.

<sup>(e)</sup> SI (Inclusión Social e Igualdad); PI (Productividad e Innovación); y EI (Integración Económica).

<sup>(f)</sup> GD (Igualdad de Género y Diversidad); CC (Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental); y IC (Capacidad Institucional y Estado de Derecho).

## I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS

### A. Antecedentes, Problemática y Justificación

- 1.1 **Antecedentes.** Uruguay ha implementado una reforma del sector salud desde 2007, con el objetivo de lograr la cobertura universal a la atención integral en salud, tendiendo a la cohesión social con equidad, calidad, sostenibilidad y justicia distributiva. Con la reforma se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Ley 18.211), y se separaron las funciones de política de salud, regulación y gestión del sector en su conjunto, que quedaron a cargo del Ministerio de Salud Pública (MSP); de la provisión de servicios de salud, que compete a un conjunto de prestadores públicos y privados. La reforma introdujo cambios estratégicos en tres ámbitos: (i) el modelo de atención, con énfasis en la prevención, y en la continuidad de la atención de los usuarios basado en el vínculo con el equipo de salud de referencia en el primer nivel de atención; (ii) el modelo de financiamiento, con la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que se nutre de aportes y contribuciones de los trabajadores, los jubilados y aportes del gobierno; y (iii) el modelo de gestión, con la rectoría del MSP, en cuyo ámbito opera la Junta Nacional de Salud (JUNASA) responsable de regular y controlar a las organizaciones prestadoras de salud. La reforma ha sido exitosa en incrementar la cobertura y la equidad en el acceso a la salud<sup>1</sup>. No obstante, existen desafíos pendientes vinculados a continuidad de la atención médica y aprovechamiento racional de los recursos humanos, físicos y tecnológicos.
- 1.2 Uruguay enfrenta retos derivados de una transición epidemiológica y demográfica avanzada. La realidad epidemiológica ha cambiado mucho en los últimos años, desde el predominio de enfermedades infectocontagiosas a inicios del siglo XX, a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles<sup>2</sup>. Asimismo, el país ha experimentado una rápida transición demográfica: el crecimiento poblacional es bajo (0,34% promedio anual entre 2010/17, según las Naciones Unidas), ha aumentado la esperanza de vida que en la actualidad alcanza los 77 años, y los adultos mayores de 65 años pasaron de 7,6% en 1963 a 14,1% en 2016.
- 1.3 El gasto público en salud se duplicó entre 2000 y 2014, representando el 6,1% del Producto Interno Bruto en 2014; en tanto que el gasto público en salud per cápita se incrementó de US\$186 a US\$1.027 en el mismo período, tendencia semejante

---

<sup>1</sup> El porcentaje de población sin cobertura de salud se redujo de 4,2% en 2004, a 1,5% en 2016 (fuente: Ministerio de Salud Pública - MSP). En equidad de acceso, entre 2006 y 2011, se quintuplicó la cantidad de personas de los deciles 1º y 2º que accedieron a la atención de su salud, como parte de sus beneficios laborales y se cuadruplicó la cantidad de personas del tercer decil con acceso incorporado a sus beneficios laborales. Fuente: Victoria Arbulo et al (2012) "Análisis de la cobertura poblacional del SNIS y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional de Salud", MSP, Uruguay; y Anuario Estadístico Nacional, Instituto de Estadística y Censos.

<sup>2</sup> Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (MSP, 2013) un 29,9% de la población entre 15 y 64 años padece de hipertensión y 6% padece de diabetes. A una tasa promedio nacional de hospitalizaciones (11,07% de los afiliados totales), estos usuarios generan 75.416 hospitalizaciones al año.

a otros países de la región. En América Latina y el Caribe, el gasto público en salud como porcentaje del gasto público total se incrementó 41% entre 2000-2012<sup>3</sup>. Esta tendencia al crecimiento del gasto continuará impulsada por el envejecimiento poblacional, el incremento de enfermedades crónicas, la demanda para expandir la cobertura de prestaciones, y la adopción de avances tecnológicos y medicamentos de mayor costo<sup>4</sup>.

- 1.4 En este contexto, se hace necesario mejorar la calidad del gasto desde la oferta mediante: (i) el impulso a la prevención; (ii) la mayor eficiencia en la prestación de servicios; y (iii) la introducción de mecanismos de competencia entre prestadores. Algunos instrumentos promovidos por la reforma de la salud son: (i) acuerdos de complementación de servicios, mediante los cuales prestadores públicos y privados acuerdan el intercambio en la utilización de servicios, a efectos de garantizar una atención integral de salud a los ciudadanos, propendiendo a la calidad y eficiencia por medio de una oferta racional de recursos en salud<sup>5</sup>; y (ii) pago por cumplimiento de metas asistenciales, que consiste en un pago complementario por desempeño desde el FONASA a los prestadores de salud, contra metas vinculadas a las prioridades sanitarias definidas por MSP. Desde el lado de la demanda, el SNIS jerarquiza aspectos tales como: (i) transparencia acerca del desempeño de los prestadores y elección libre por parte de los usuarios de su prestador de servicios de salud<sup>6</sup>; (ii) derecho de los usuarios a una decisión informada sobre su situación de salud; y (iii) participación de los usuarios y los trabajadores de la salud en la toma de decisiones y el control del funcionamiento del sistema de salud.
- 1.5 En 2013 el Directorio Ejecutivo del Banco aprobó el otorgamiento de una Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) para el “Programa de Gestión de Gobierno Electrónico en el Sector Salud” (en adelante, el programa) (UR-X1009). El objetivo general del programa es contribuir a una mejora en la calidad y eficiencia del sistema de salud, por medio de una mayor capacidad de gestión y monitoreo de los servicios de salud y del avance hacia un modelo de atención centrado en la prevención. El primer préstamo individual bajo la CCLIP<sup>7</sup> identificó como problemática principal: (i) el insuficiente conocimiento sobre el estado sanitario de la población y las prestaciones de servicios de salud brindadas; y (ii) los desfases entre la oferta y la demanda de servicios de salud a nivel local, que afectan negativamente la calidad y eficiencia.

---

<sup>3</sup> De la Maisonneuve, C. & Oliveira Martins, J. (2013). “*Public Spending on Health and Long-term Care: A new set of projections*”, *OCDE Economic Policy Papers*, No. 6, *OECD Publishing, Paris*.

<sup>4</sup> Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2015. Marco Sectorial de Salud y Nutrición. BID, Washington DC.

<sup>5</sup> La complementación de servicios entre prestadores refiere a uno de los objetivos centrales del SNIS en que se busca la racionalización de los recursos humanos y tecnológicos. Para ello, se pretende que las capacidades instaladas se utilicen óptimamente mediante la prestación de los servicios a los pacientes en aquellas instalaciones que disponen de mayor capacidad de atención evitando la sobre o subutilización de recursos.

<sup>6</sup> De modo tal de promover una sana competencia entre los prestadores por la atracción de los usuarios.

<sup>7</sup> El Proyecto 3007/OC-UR de Gestión de Gobierno Electrónico en el Sector Salud aprobado por Resolución DE-124/13 fue el primer Préstamo Individual bajo la CCLIP UR-X1009. Este proyecto tiene plazo de último desembolso contractual en noviembre de 2017 y se encuentra 100% desembolsado por parte del Banco. El Banco otorgó una extensión de 12 meses al plazo de último desembolso de este préstamo (cuyo plazo original fue de 36 meses), a causa de tiempos destinados a articular y negociar con los múltiples actores institucionales del sector salud.

- 1.6 **Principales logros alcanzados con la primera operación del programa.** Como se aprecia en [el cuadro adjunto](#), “Logro de resultados de la primera operación individual bajo la CCLIP 3007/OC-UR”, los cinco indicadores de resultados del programa están significativamente cumplidos o sobre-cumplidos.
- 1.7 Una aproximación preliminar a la evaluación de esta primera operación “[Impacto en la organización y las Tecnologías de la Información \(TI\) de los prestadores de servicios de salud](#)”<sup>8</sup> muestra que los productos alcanzados tuvieron como resultado la incorporación y utilización de TI por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud y un efecto positivo tanto en la calidad como en la eficiencia del servicio.
- 1.8 Lo anterior evidencia que el programa ha estimulado la adopción y uso de sistemas de Historia Clínica Electrónica (HCE) por parte de los prestadores de salud.
- 1.9 Para esta segunda operación individual bajo la CCLIP, se ha identificado como problema principal la limitada calidad de los servicios de salud<sup>9</sup> asociada al nulo intercambio de información clínica de los usuarios entre distintos prestadores<sup>10</sup>. Por medio de la primera operación se diseñó, desarrolló y testeó una red privada para la interconexión de instituciones relacionadas al ámbito de salud (“Red Salud”), así como una plataforma tecnológica para la HCEN las cuales hacen posible el intercambio de datos clínicos entre prestadores y el almacenamiento de datos claves de los eventos asistenciales. No obstante, por causas que se exponen a continuación, esta red aún no ha entrado en fase operativa, y por ello el intercambio efectivo de datos clínicos de los usuarios entre los distintos prestadores de servicios aún no se ha iniciado.
- 1.10 Como consecuencia del nulo intercambio de datos clínicos entre prestadores, hay un bajo número de diagnósticos médicos formulados que utilizan información clínica previa proveniente de otro prestador de salud<sup>11</sup>. De acuerdo con diversos

---

<sup>8</sup> Este análisis -encargado por la Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC) a la empresa Equipos MORI- constituye uno de los tres estudios previstos en el [Plan de Monitoreo y Evaluación \(PME\)](#) elaborado y aprobado en oportunidad de la preparación de la primera operación individual de préstamo del programa. Las metodologías para los estudios pueden ser consultadas en el [PME](#).

<sup>9</sup> De acuerdo con Ross et al (2000) en “La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe”, en Revista Panamericana de Salud Pública (Vol. 8 No. 1-2, Julio/Agosto 2000), p. 1: “En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.”

<sup>10</sup> Efectivamente, hoy día el 0% de la población se ve beneficiada del intercambio de información clínica entre prestadores de servicios de salud. Fuente: entrevistas con directivos de instituciones prestadoras integrales de salud y con representantes de AGESIC.

<sup>11</sup> La oferta de servicios de salud en Uruguay está conformada por un conjunto de prestadores integrales y parciales de salud. La pieza clave del sistema son los prestadores integrales: más de 98% de la población se encuentra afiliada a un prestador integral, institución que tiene la responsabilidad de proveer por sí o por intermedio de otros prestadores a todos sus afiliados los servicios de salud que necesita. De los 44 prestadores integrales existentes, tres pertenecen al sector público y atienden a cerca de 40% de la



estudios internacionales, este problema incide en el tiempo requerido para llegar a un diagnóstico, así como en su certeza<sup>12</sup>. Por otra parte, estas deficiencias son generadoras de estudios repetidos, los cuales aumentan los costos de la atención y eventualmente exponen al paciente a posibles efectos adversos innecesarios (por ejemplo, radiaciones)<sup>13</sup>. Por lo anterior, la escasez de intercambio de datos clínicos de pacientes entre prestadores termina impactando en la calidad de los servicios de salud. Los principales factores causales de esta problemática son los siguientes:

- 1.11 **Insuficiente cobertura de la plataforma nacional de intercambio de datos clínicos**<sup>14</sup>. La primera versión de plataforma de HCEN desarrollada con el primer préstamo aún no tiene un uso efectivo; operó en etapa de prueba en 2016 con participación de múltiples prestadores de salud<sup>15</sup>. Dado que no se encuentra operativo el intercambio, aún es nulo el número de pacientes con datos clínicos en la plataforma de HCEN. Esto incide en el problema principal pues en la medida que no hay datos clínicos almacenados en la HCEN, aún no se produce el intercambio de datos clínicos de usuarios entre distintos prestadores de salud<sup>16</sup>. Varios elementos inciden en este resultado: (i) inexistencia de un marco normativo que regule la relación y el intercambio mandatorio de información clínica entre prestadores y el MSP por intermedio de la plataforma de HCEN, y defina el modelo de gobernanza del sistema<sup>17</sup>; (ii) insuficiente cobertura de los conjuntos mínimos de datos a ser incluidos en las hojas clínicas por parte de los prestadores: con la primera operación se definieron conjuntos mínimos de datos para las hojas clínicas de registro de consultas médicas de urgencia/emergencia intra y extra hospitalaria, de consultas médicas no urgentes centralizadas y en domicilio y del egreso de internación y de consulta odontológica (en el marco de un prestador integral). No obstante, aún no se dispone de hojas uniformizadas para: informe de imagenología (mamografía, ecografía, radiología convencional, tomografía axial computada, resonancia nuclear magnética), informes de estudios de citología y

---

población, y 41 pertenecen al sector privado y atienden al 58% de la población. Los prestadores parciales abarcan una diversidad de entidades, tales como servicios de atención médica de emergencia, clínicas de radiología, tomografía y otros estudios diagnósticos, y clínicas médicas especializadas.

<sup>12</sup> Según Chaudhry B, Wang J, Wu S. "Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency and costs of medical care" (Ann Intern Med. 2006; 144: E12-22), una revisión sistemática de 257 estudios demuestra que la HCE mejora la calidad del servicio de salud principalmente a través del papel que ejerce para aumentar la adhesión a prácticas basadas en las guías clínicas. En el mismo artículo, se constató una disminución de las reacciones adversas a medicamentos y de errores graves de medicación no detectados. Según el Manual del Expediente Clínico Electrónico (2011) de la Secretaría de Salud del Gobierno de México: "El equipo médico cuenta con toda la información del paciente (análisis de laboratorio, tratamientos, alergias, diagnósticos, etc.) misma que facilita la toma de decisiones para elegir el tratamiento a seguir".

<sup>13</sup> Fuente: información provista por directivos de instituciones prestadoras integrales de servicios de salud en entrevistas con el equipo de proyecto BID.

<sup>14</sup> Actualmente el 0% de la población nacional posee datos clínicos en la plataforma en la HCEN.

<sup>15</sup> En el evento denominado "Conectatón", los equipos técnicos de los prestadores comprobaron la viabilidad de intercambiar datos clínicos con otros prestadores desde sus propios sistemas institucionales, por intermedio de la plataforma de HCEN.

<sup>16</sup> Los medios alternativos de intercambio de datos clínicos entre prestadores, como por ejemplo el intercambio de historias clínicas tradicionales impresas en papel tampoco han funcionado. Las trabas burocráticas y administrativas son citadas por los prestadores de salud como las principales causas de esta situación.

<sup>17</sup> El país no cuenta con una normativa que ampare y regule el intercambio de información clínica de pacientes entre distintos prestadores. Con apoyo de la primera operación se realizó un relevamiento de la normativa vigente sobre los servicios de salud y los datos clínicos. Dicho relevamiento ha servido como punto de partida para la adecuación normativa que se instrumentará con apoyo de la segunda operación.

anatomía patológica, informes de laboratorio, y hojas de registro de tratamiento de radio y quimioterapia; (iii) falta de capacidad de la plataforma de HCEN para manejar elevados volúmenes de datos clínicos provenientes de los múltiples prestadores: en su versión actual la plataforma de HCEN tiene una capacidad de almacenamiento de 50 millones de documentos. El sistema de salud de Uruguay realiza un volumen de atenciones y estudios médicos cercano a 45 millones por año (21 millones de consultas con médicos; 24 millones de estudios de laboratorio, radiología convencional, ecografía, eco-doppler, tomografía, resonancia magnética y endoscopia; y 420.000 de egresos de internación hospitalaria). Por tanto, una vez que el sistema entre en producción, su capacidad requerirá de una ampliación de capacidad, de lo contrario colapsaría pasado un año de operación; y (iv) necesidad de mitigar el riesgo de amenazas cibernéticas que pueden afectar la seguridad de la información, con el consiguiente perjuicio para la confianza de los ciudadanos y la reputación de los organismos públicos involucrados<sup>18</sup>.

- 1.12 **Escasa producción y almacenamiento de información clínica digital<sup>19</sup> por parte de los prestadores de salud.** Debido a que aún es limitada la utilización de medios digitales para almacenar y gestionar la información clínica de sus usuarios por parte de los prestadores de salud<sup>20</sup>, ello limita la capacidad de los prestadores para compartir datos de sus usuarios en la plataforma de HCEN y así poder intercambiarla con otros prestadores<sup>21</sup>. Por tanto, este factor condiciona el intercambio de información clínica entre prestadores. Varios factores inciden en este problema: (i) son escasos los sistemas de gestión de historias clínicas a nivel de prestadores que permiten intercambiar información con otros prestadores, por no haberse adoptado la totalidad de los estándares<sup>22, 23</sup>; (ii) existe una gran brecha de madurez de los distintos prestadores en cuanto a incorporación de TICs en apoyo a la gestión sanitaria<sup>24</sup>; (iii) no se dispone de sistemas de información y

<sup>18</sup> Los problemas específicos (iii) y (iv) de este párrafo están dentro de la órbita del OE, mientras que (i) el queda fuera de su responsabilidad, por tratarse de una normativa de resorte presidencial; y el (ii) depende del MSP en tanto órgano rector del sistema de salud.

<sup>19</sup> Esta escasez se puede evidenciar en que tan solo 17.198 mujeres se benefician de mamografías en formato digital. Esto representa el 7,2% de las mujeres del de las mujeres del tramo etario 40-74 años afiliadas al prestador integral público y 2,5% del total nacional de mujeres.

<sup>20</sup> De acuerdo con el relevamiento realizado para el estudio de "Impacto en la organización y las Tecnologías de la Información (TI) de los prestadores de servicios de salud", más de 40% de los 44 prestadores integrales disponen de datos clínicos digitales solo para una parte menor de sus usuarios. En 2016, 57% de los prestadores declararon disponer de historias clínicas almacenadas en formato digital para la totalidad o casi todos sus usuarios. Este indicador es revelador de las posibilidades aún existentes de avanzar en el reemplazo de historias en papel por historias digitales, con las consiguientes ganancias de eficiencia por menor gasto en papel y en costos de personal para el manipuleo de las historias clínicas en soporte papel.

<sup>21</sup> En la actualidad, es nulo el número de médicos que suben datos y realizan consultas a la base de la HCEN.

<sup>22</sup> En la actualidad, solo dos prestadores integrales - ASSE y la Asociación Española - en un total de 41 han adoptado la totalidad de los estándares. En los servicios de internación en hospital e intervenciones quirúrgicas, la adopción de los estándares de HCEN alcanzan a 50% y 43% respectivamente. Por otra parte, se ha constatado que la implementación del sistema de gestión de historias clínicas electrónicas en la especialidad de oncología desarrollado con la primera operación de la CCLIP ha contribuido a la adopción de los estándares nacionales de la HCEN en numerosos centros de salud. Fuente: AGESIC.

<sup>23</sup> Desde la implementación del sistema de transmisión de estudios por imágenes en el marco del primer proyecto individual de la CCLIP, 2.130 estudios por imágenes fueron analizados en un centro de salud distinto al de la toma. Esto corresponde a distintos centros de salud pertenecientes a la red de ASSE, prestador público de salud con presencia en todo el país, que brinda servicios a cerca de 35% de la población nacional; en virtud de ello, no constituyen intercambios de datos clínicos entre distintos prestadores de salud sino distintas locaciones de un mismo prestador.

<sup>24</sup> Según una evaluación realizada en 2016 por la firma Equipos a encargo de AGESIC, 48% de las instituciones

gestión (tales como facturación de servicios, prescripción de medicamentos, indicación de análisis de laboratorio, indicación de radiografías o tomografías) que apoyen la complementación de servicios de salud entre distintos prestadores<sup>25</sup>; y (iv) la información existente acerca de la prescripción y entrega de medicamentos es deficiente y no permite ejercer un control efectivo<sup>26, 27</sup>.

- 1.13 **Experiencia del Banco y lecciones aprendidas.** Desde 2008, el Banco ha apoyado la implementación de un sistema de gestión de servicios de emergencia en hospitales públicos y privados de Uruguay basado en HCE mediante recursos de cooperación técnica<sup>28</sup>. Este proyecto contribuyó a generar cultura de gestión digital en la comunidad de los médicos y generaron eficiencia en la gestión de las emergencias a nivel de cada prestador; no obstante, los proyectos no incursionaron en el intercambio de datos clínicos entre distintos prestadores de salud. Como lecciones aprendidas de la implementación de la primera operación individual bajo la CCLIP UR-X1009 en Uruguay, se destaca que: (i) los prestadores y otras entidades del sector salud mostraron interés en participar voluntariamente en ámbitos de consulta instrumentados desde el proyecto, y colaboraron en el diseño de productos y actividades; y (ii) los prestadores mostraron una alta valoración por disponer de una orientación técnica para sus inversiones en el área de tecnología informática. El Banco ha apoyado además a la República Dominicana en la implementación de un sistema de gestión de servicios de salud, incluyendo un subsistema de referencia y contrareferencia (proyecto de préstamo 2623/OC-DR). También el Banco ha brindado apoyo a El Salvador en el desarrollo de herramientas para la gestión de los servicios de salud – por medio del “Programa Integrado de Salud” (3608/OC-ES), que abarcó sistemas de historias clínicas electrónicas, gestión de citas médicas, gestión de medicamentos, seguimiento clínico, laboratorio, e imagenología. Asimismo, en Costa Rica el Banco apoya la creación de un sistema de información de

---

del sector salud se encontraban en los niveles cero (7%) y uno (41%) del modelo de madurez de instituciones de salud en materia de Tecnología, Información y Comunicación. El nivel cero corresponde a la no utilización de aplicaciones informáticas en apoyo al ámbito sanitario, y el nivel 1 corresponde a un nivel básico, con aplicaciones únicamente para laboratorio, farmacia y datos primarios del paciente.

<sup>25</sup> Por decisión del MSP, a inicios de 2017 se implementó una experiencia pionera en complementación de servicios en la ciudad de Florida, mediante la cual los servicios de atención de emergencia pediátrica pasaron a ser brindados en un único centro de salud, en tanto que los niños continúan su atención fuera de la emergencia con su prestador de salud habitual. De esta forma, el prestador de emergencias unificadas y el resto de los prestadores complementan sus servicios. No obstante, persiste el desafío de la comunicación de los actos médicos entre los médicos de ambas instituciones. En la actualidad, el módulo de complementación se encuentra en proceso de desarrollo y aún no se realizan consultas de datos clínicos de estos pacientes niños mediante la HCEN. Por tal motivo, el número de consultas asistenciales de usuarios pediátricos afiliados a la administración de Servicios de Salud del Estado atendidos en el servicio de emergencia del prestador complementario en la ciudad de Florida aún es nulo.

<sup>26</sup> Según el estudio “Estado de Situación Farmacéutica: Acceso, Uso racional y Dispensación de Medicamentos en Uruguay: Informe 2013”, elaborado por encargo de Organización Panamericana de la Salud, MSP y Universidad de la República (UDELAR), un 25% de los medicamentos expedidos por las farmacias comunitarias, no tuvieron como respaldo una receta médica, lo cual es evidencia de inseguridad y falta de control en la expedición de los medicamentos.

<sup>27</sup> El problema específico (iv) se encuentra en la órbita de control del OE, mientras que los tres problemas restantes corresponden a la órbita de decisiones de las entidades públicas y privadas del sector salud. Cabe recordar que el MSP integra el comité de dirección del programa.

<sup>28</sup> Se trata de los proyectos de Mejora de la Gestión y la Productividad del Sistema de Salud de Uruguay (ATN/ME-10681-UR), financiado por FOMIN, y HCE en Hospitales Públicos de Uruguay (ATN/JF-13956-UR), financiado por el Fondo Especial de Japón.

adolescentes (Proyectos GRT/HE-13629-CR y GRT/HE-15420-CR) el cual intercambia información con otros sistemas de información de organismos estatales de educación, protección y seguro social.

- 1.14 **Estrategia del proyecto.** A efectos de avanzar en la superación de estas limitaciones, la estrategia se basará en consolidar la implementación de la HCEN, con vista a contribuir a la calidad y eficiencia del sistema de salud. El beneficiario principal es la ciudadanía en su totalidad que gozará de una atención de salud más eficaz, oportuna y segura. Dado que los desarrollos propuestos implican cambios en la forma de prestar los servicios de salud, se desplegarán acciones para neutralizar eventuales resistencias a su utilización derivadas del desconocimiento sobre cómo incorporar estas herramientas en la prestación cotidiana de los servicios de salud<sup>29</sup>. Por esta razón, se incluirán acciones destinadas a favorecer la adopción y uso de los productos y servicios del proyecto.
- 1.15 **Elegibilidad de la operación bajo la CCLIP.** Se ha verificado el cumplimiento de las condiciones de elegibilidad para el otorgamiento de una nueva operación individual bajo el Convenio de Línea de Crédito Condicional UR-X1009 del 11 de diciembre de 2013: (i) el proyecto se enmarca dentro de los sectores y componentes definidos bajo la CCLIP; (ii) los objetivos del proyecto guardan relación con la estrategia país del Banco y además está incluido en el programa país<sup>30</sup>; (iii) se mantiene el Organismo Ejecutor (OE), Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC); (iv) los resultados obtenidos por AGESIC en la primera operación individual son satisfactorios y se sustentan en los indicadores de productos y resultados reportados en los Informes de Monitoreo de Progreso (PMR) del Banco, así como en el [informe de evaluación reportado en el ¶1.7](#), lo cual permite prever al equipo de proyecto y a las autoridades nacionales el desempeño satisfactorio del nuevo proyecto propuesto; (v) respecto a la ejecución financiera de la primera operación individual 3007/OC/UR, el Banco ha desembolsado el 100% de los recursos de dicho préstamo y éstos se encuentran plenamente comprometidos por el OE; (vi) el prestatario y el OE han cumplido las condiciones contractuales del contrato de préstamo y las políticas de desembolso y adquisición de bienes y servicios del Banco, incluyendo estados financieros auditados; y (vii) el prestatario se ha comprometido con un aporte local por encima del mínimo del 14% previsto en el convenio de la CCLIP.
- 1.16 **Alineación estratégica del proyecto.** El programa es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008) y se alinea estratégicamente el tema transversal de fortalecer la capacidad institucional y

---

<sup>29</sup> Ver lecciones aprendidas de programas de apoyo a la estrategia de gobierno electrónico 1970/OC-UR y 2591/OC-UR, que señalan la conveniencia de contar con recursos para proyectos concursables que faciliten la elaboración de soluciones tecnológicas.

<sup>30</sup> Con respecto al requisito de que la operación esté incluida en el programa de país (GN-2246-9, Anexo, ¶1.21 (ii)), se resalta que si bien esta segunda operación individual no se incluyó en el Informe sobre el Programa de Operaciones de 2017 y Documento de Programa de País para Uruguay de noviembre de 2016 (GN-2884, Anexo II para Uruguay), la programación del Banco es un ejercicio dinámico que se actualiza de acuerdo a las prioridades que realizan los países y el Banco en el marco de la Estrategia de País. En ese sentido, se da a conocer que la programación del Banco con Uruguay ha sido actualizada en el mes de abril de 2017 para incluir la presente operación, mediante la Ayuda Memoria de la Misión de Monitoreo de Cartera para Resultados (realizada los días 28 de marzo, 4 a 7 de abril y 12 de mayo 2017).

estado de derecho, ya que varios productos del proyecto atañen a la puesta en marcha de sistemas de gestión y de información en organismos públicos que contribuyen a mejorar la calidad, oportunidad y accesibilidad de los servicios al ciudadano. El fortalecimiento de agencias gubernamentales se verificará en los beneficios que obtendrán el MSP, la propia AGESIC y los prestadores públicos de servicios de salud (Administración de Servicios de Salud del Estado – ASSE), Hospital Policial y Hospital Militar) en virtud de productos del proyecto tales como “hospitales que incorporan la aplicación de HCE oncológica y de imagenología desarrollada con el primer préstamo”, y “sistema de prescripción, administración y control de medicamentos operando”. Esta operación se enmarca en la Estrategia de País con Uruguay 2016-2020 (GN-2836), en sus objetivos estratégicos de “mejorar el primer nivel de atención de salud” a través de la disponibilidad de la información clínica de los pacientes en todos los centros de salud del país, así como de “fortalecer los sistemas de gestión pública”, por medio de la puesta en marcha de sistemas de intercambio de datos de salud entre instituciones públicas y privadas. Es consistente con el Documento de Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7) en sus dimensiones de éxito No. 2 “todas las personas tienen acceso a servicios de salud y nutrición de alta calidad, de manera oportuna y continua”, y No. 4 “la gobernanza del sector busca la eficiencia y el liderazgo de las autoridades sanitarias y promueve la coordinación intersectorial para el logro de resultados”. Está alineada con la Estrategia Sectorial sobre las Instituciones para el Crecimiento y el Bienestar Social (GN-2587-2), la cual da prioridad a fortalecer: (i) la gestión del sector público para una prestación de servicios que satisfaga la demanda de la ciudadanía; y (ii) el “gobierno por vía electrónica, para mejorar la competitividad y la integración social”.

- 1.17 **Enfoque de género.** El proyecto incorporará las dimensiones de género en los siguientes temas: (i) mediante los modelos basados en el conjunto mínimo de datos (Componente 1), se posibilitará generar estadísticas que tomen en cuenta la dimensión de género, lo cual permitirá identificar riesgos de salud asociados a género y generar intervenciones más efectivas; (ii) en el módulo de complementación de servicios (Componente 1) se tomará en cuenta el abordaje de género en el intercambio de historias clínicas y de imágenes entre las instituciones participantes; y (iii) se potenciará la capacidad de detección temprana de cáncer de mama mediante la interconsulta y el asesoramiento especializado para el análisis de mamografías, mediante la herramienta de intercambio electrónico de este tipo de imágenes (Componente 2).

## **B. Objetivos, Componentes y Costo**

- 1.18 En el marco de la CCLIP UR-X1009, el objetivo de esta segunda operación individual es mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud incrementando la eficiencia en el acceso a la información médica por parte de los distintos actores del sistema de salud, a través de: (i) consolidar la plataforma de HCEN; y (ii) facilitar una mayor producción e intercambio de información clínica en formato digital por parte de los prestadores de salud. Para lograr estos objetivos, el proyecto financiará los siguientes componentes:
- 1.19 **Componente 1. Consolidación de la HCEN (US\$2,6 millones).** Mediante este componente se fortalecerán las herramientas tecnológicas y los marcos regulatorio y de gestión para la puesta en marcha de la HCEN. Además, se

incluirán acciones dirigidas a mitigar riesgos asociados con el uso de la HCEN por parte del personal de los servicios de salud<sup>31</sup>. Para ello se financiarán, entre otras, las siguientes actividades: (i) formulación de un modelo de marco regulatorio y mecanismo de gobernanza de la HCEN; en particular se establecerán criterios para los datos clínicos que se envían a la plataforma HCEN y se fijará la obligatoriedad del envío de la información clínica; (ii) elaboración de modelos adicionales de conjuntos mínimos de datos clínicos a ser utilizados por los prestadores<sup>32</sup>; (iii) producción de nuevas versiones de la plataforma tecnológica de la HCEN a fin de ampliar su capacidad de almacenamiento y manejo de datos e incorporar nuevas funcionalidades<sup>33</sup>; (iv) formulación de una estrategia en materia de ciberseguridad<sup>34</sup>; y (v) capacitación del personal de los servicios de salud mediante cursos, talleres y jornadas, y estrategia de comunicación hacia la ciudadanía, a efectos de mitigar el riesgo de no uso de los datos disponibles mediante la HCEN<sup>35</sup>.

- 1.20 **Componente 2. Herramientas de gestión de información clínica digital para prestadores de salud (US\$2,9 millones).** El componente procura atender los factores determinantes relacionados con la escasa producción e intercambio de información clínica digital por parte de los prestadores de salud. Para ello se financiarán, entre otras, las siguientes actividades: (i) implantación y utilización del sistema de gestión de HCE Oncológica y herramientas de almacenamiento y transmisión de imágenes clínicas y sus diagnósticos a distancia en centros de salud públicos y privados<sup>36</sup>; (ii) desarrollo e implementación de proyectos de información clínica en prestadores y entidades del sector salud; mediante un mecanismo de fondos concursables no reembolsable con asignación total de

<sup>31</sup> Según lo recomendado en el ¶2.4.

<sup>32</sup> En “*The role of the electronic medical record (EMR) in care delivery development in developing countries: a systematic view*” F. Williams y S. Boren (2008) mediante un “review” de 23 artículos de análisis de resultados e impacto de sistemas de HCE en países en desarrollo, concluyeron que en varios de los estudios revisados, los sistemas permiten chequear en forma ágil alergias a drogas, dosificación e idoneidad de la medicación, contribuyen a evitar errores médicos así como también reducen costos asociados a la prescripción de medicamentos. Los resultados de distintos estudios fueron consolidados en forma cualitativa.

<sup>33</sup> Las soluciones a implementar combinarán la tercerización de productos con el desarrollo a medida (enfoque híbrido).

<sup>34</sup> La estrategia procurará alinear a los organismos y sistemas con las mejores prácticas internacionales, como ser ISO/IEC 27000:2013 y COBIT 5 y deberá ayudar a dichos organismos a mejorar sus capacidades para identificar el contexto y los riesgos inherentes, proteger sus procesos y activos, detectar tempranamente incidentes de seguridad, responder con acciones reparatorias ante tales incidentes y restaurar los procesos y servicios afectados.

<sup>35</sup> Esto es acorde a lo identificado en la MREMR. Incluirá la elaboración de un plan de gestión del cambio para el personal del sector salud, y acciones de capacitación y difusión sobre las nuevas herramientas, los procesos para el almacenamiento y consulta de historias clínicas, imágenes y otros informes realizados en forma remota, el manejo de los nuevos sistemas de gestión de medicamentos, de historia clínica para el ámbito oncológico y de complementación de servicios. Además, habrá una estrategia de comunicación hacia la ciudadanía, la cual incluirá entre otros un portal ciudadano para acceso a datos de salud.

<sup>36</sup> El estudio “*The socio-economic impact of Diraya, the regional EHR and ePrescribing system of Andalucía’s public health service*” (European Commission, 2009), por medio de un análisis costo-beneficio ex post para medir el impacto del sistema instalado a partir del año 2000, identifica que las mejoras en la calidad y la eficiencia son los beneficios prominentes que ha tenido la implantación del sistema de registros médicos electrónicos y receta electrónica en Andalucía. El 80% de los beneficios logrados hasta 2010 se asocian a ganancias de eficiencia, el 17% a ganancias de calidad y 1% a ganancias de acceso. Los resultados verifican además beneficios por la reducción de las prescripciones de medicinas, reducción de las ausencias sin aviso de pacientes a consultas con especialistas, aplicación de protocolos y estándares homogéneos, uso más eficiente de profesionales e instalaciones, y menores costos de soporte de base de datos.

hasta US\$500.000, se impulsarán iniciativas de prestadores y otras instituciones del sector a efectos de incorporar aplicaciones informáticas que brinden apoyo a la gestión sanitaria. Las aplicaciones que se desarrollen con recursos del proyecto serán compartidas sin costo con otras entidades del sector salud que estuvieren interesadas en su implantación. La Unidad Ejecutora establecerá criterios de elegibilidad y calificación objetivos, a fin de garantizar un acceso equitativo a los recursos del proyecto; (iii) implementación de proyectos piloto de complementación de servicios, incluyendo un sistema de intercambio de datos clínicos de usuarios pediátricos para el proyecto piloto de complementación de servicios de salud en la ciudad de Florida<sup>37</sup>, y el desarrollo de instrumentos para la complementación de servicios de urgencia y emergencia sanitaria entre prestadores<sup>38</sup>; y (iv) implementación de un sistema de prescripción, administración y control de medicamentos.

- 1.21 **Validez externa e interna.** A nivel internacional, se ha demostrado que los registros médicos electrónicos permiten: (i) el aumento de la eficiencia por optimización de la gestión y organización del tiempo (disminución en el número de consultas a especialistas y consultas por repetición de medicación, reducción en el tiempo de emisión de informes) y mejora la utilización de recursos (disponibilidad inmediata de resultados, errores evitados, reducción de uso de papel y su logística, distribución y almacenamiento, se eliminan almacenamientos de pruebas radiológicas, mejora la planificación de *stock* de medicamentos); (ii) la mejora en la calidad de atención, a través de la optimización en los procesos y el control en la utilización de protocolos y estándares, las garantías en cuanto a la seguridad (reduce los errores médicos) y oportunidad en la atención, así como la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios y de los médicos a información oportuna<sup>39</sup>; y (iii) la recolección efectiva y eficiente de datos para la gestión de enfermedades, la investigación médica y la evaluación y toma de decisiones de política. En particular, en lo referente al tratamiento y gestión de enfermedades crónicas, el seguimiento computarizado de pacientes y los sistemas de agenda y

---

<sup>37</sup> Este sistema de gestión basado en el uso de la HCEN fue desarrollado mediante la primera operación; con la presente, se apoyará su implementación y utilización. La selección de Florida responde a una situación emergente de prestación y coordinación de servicios de salud a niños en dicha ciudad, en el que el MSP solicitó apoyo del programa para brindar soporte de sistemas de información al servicio de la complementación entre los dos prestadores integrales de salud de esa ciudad.

<sup>38</sup> En 2014, el país desarrolló una [experiencia piloto](#) en la materia en el Departamento de Cerro Largo, que cubrió a 18 pequeñas localidades rurales (cada una de población aproximada de 1.000 personas) y permitió prestar asistencia médica a distancia a sus habitantes. Entre sus beneficios destacan consultas con especialistas y médicos de cabecera que no residen en su localidad y la visualización de estudios de imagenología mediante teleconferencia. El éxito de esta experiencia ha motivado a la AGESIC a expandirla a otras localidades del país. Las [ventajas de este método](#) para las instituciones, profesionales de la salud y usuarios son múltiples y van desde optimización de recursos asistenciales hasta la monitorización de pacientes.

<sup>39</sup> Se han identificado impactos positivos de las siguientes funciones implementadas en países en desarrollo: (i) capacidad de seguimiento de los pacientes desde el inicio del tratamiento, monitoreo de la continuidad y la detección de aquellos con riesgo de abandono; (ii) herramientas para disminuir los tiempos de comunicación de la información dentro y entre las instituciones; (iii) herramientas para etiquetar o registrar muestras y pacientes; (iv) capacidad para monitorear electrónicamente y recordar a los pacientes de las necesidades de tratamiento; (v) recopilación de datos clínicos o de investigación que utilizan aplicaciones de para tabletas o teléfonos celulares; y (vi) reducción de errores en los datos de laboratorio y medicamentos: “*E-Health technologies show promise in developing countries*”, Blaya, J., Fraser, H. y Holt, B., 2010, a partir de un “*Review*” de 45 estudios, que incluyen 31 con análisis cuantitativo, cinco con análisis cualitativo y nueve con ambos tipos de análisis. La consolidación de conclusiones es de tipo cualitativa.

recordatorio, en el marco de cambios en los modelos de atención orientados hacia la prevención, han demostrado resultados médicos positivos<sup>40</sup>. En relación con la validez externa, existen experiencias exitosas de adopción de HCE a nivel de prestadores integrales de servicios de salud; por otra parte, la implantación en distintos prestadores de los sistemas de HCE oncológica y de almacenamiento digital de imágenes de estudios radiológicos desarrollados con la primera operación individual del CCLIP (3007/OC-UR), es demostrativa de que existen buenas precondiciones para la utilización de estas nuevas herramientas<sup>41</sup>.

### C. Indicadores Claves de Resultados

- 1.22 Para medir el impacto del proyecto se utilizará el número de personas beneficiadas con el intercambio de datos clínicos entre distintos prestadores de salud. Los resultados serán medidos mediante la cantidad de: (i) pacientes con datos clínicos en la HCEN; (ii) prestadores integrales que disponen de registros clínicos en formato electrónico para todos o la mayoría de sus usuarios; (iii) imágenes analizadas en un centro de salud distinto al de la toma; (iv) consultas de datos clínicos sobre pacientes pediátricos en el Departamento de Florida mediante la HCEN; (v) mujeres que se benefician del almacenamiento de mamografías en formato digital; y (vi) médicos que realizan consultas de datos clínicos a la HCEN.
- 1.23 **Evaluación económica.** Se estima que el proyecto tendrá una alta rentabilidad social. La Tasa Interna de Retorno (TIR) del proyecto se situaría en 44% con un Valor Actual Neto (VAN) de US\$4,0 millones con una tasa de descuento de 12%, dentro de un escenario conservador. Los beneficios se estimaron a partir de: (i) ahorro de tiempo de personal dedicado al mantenimiento de las historias clínicas en papel; (ii) ahorro de gasto en papel para diagnósticos y prescripciones; y (iii) ahorro de gasto en placas de acetato para estudios en base a imágenes. Las variables sensibles identificadas son el ritmo de adopción de la HCE y el ritmo de adopción de las imágenes digitales. Un escenario pesimista supone unas tasas de adopción de la HCE e imágenes digitales sustancialmente más bajas que en el escenario base; en este caso el VAN pasa a US\$1,9 millones y la TIR a 22%.

## II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

### A. Instrumentos de Financiamiento

- 2.1 El proyecto tiene un costo de US\$7 millones, de los cuales US\$6 millones serán financiados por el Banco con cargo a recursos del Capital Ordinario (CO), y US\$1 millón con aporte local. La CCLIP es por un monto de US\$18 millones de préstamo y US\$3 millones de contrapartida local, mientras que la primera operación individual 3007/OC-UR fue por US\$6 millones, con un aporte de contrapartida de US\$1 millón. El presupuesto consolidado figura en el Cuadro 1,

<sup>40</sup> "E-Health technologies show promise in developing countries", Blaya, J., Fraser, H. y Holt, B., 2010, e "Improving chronic illness care: translating evidence into action" (Edward H. Wagner, Brian T. Austin, Connie Davies, Mike Hindmarsh, Judith Schaefer and Amy Bonomi, Health Affairs, 20 n°6 2001: 64-78).

<sup>41</sup> Con apoyo del Proyecto 3007/OC-UR, se ha logrado implantar el sistema de captura y almacenamiento de imágenes radiológicas en 16 centros de salud y el sistema de gestión de HCE para el ámbito de la oncología en ocho centros de salud.



y en el [Presupuesto Detallado \(PD\)](#). Las categorías de gastos que serán cubiertas por el proyecto incluyen bienes, servicios y consultorías, incluyendo impuestos. Los costos financieros y los gastos corrientes que genere serán cubiertos con recursos de contrapartida.

**Cuadro 1. Costo del proyecto (en US\$)**

	<b>BID</b>	<b>Aporte Local</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Componente 1. Consolidación de la HCEN	1.701.000	919.000	2.620.000	37,4
Componente 2. Herramientas de gestión de información clínica digital para prestadores de salud	2.842.000	51.000	2.893.000	41,4
Administración y coordinación	657.000	0	657.000	9,4
Evaluación intermedia, final, y de impacto	310.000	0	310.000	4,4
Auditoría financiera	0	30.000	30.000	0,4
Imprevistos	490.000	0	490.000	7,0
<b>TOTAL PROYECTO</b>	<b>6.000.000</b>	<b>1.000.000</b>	<b>7.000.000</b>	<b>100</b>

- 2.2 Se estima un plazo de ejecución y desembolso de tres años, el cual es acorde con la programación de las actividades previstas. Dicho plazo es consistente con el Compromiso No. 8 de la “[Agenda Uruguay Digital 2020](#)”, que propone “alcanzar al 100% de los prestadores integrales de salud con la HCEN incorporada” para 2020<sup>42</sup>. Los desembolsos anuales proyectados del préstamo son los siguientes<sup>43</sup>:

**Cuadro 2. Flujo anual de desembolsos BID (en US\$)**

<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
1.000.000	2.200.000	1.600.000	1.200.000

## **B. Riesgos Ambientales y Sociales**

- 2.3 No existen riesgos ambientales o sociales asociados con las actividades planteadas de acuerdo con la Política de Salvaguardias y Medio Ambiente del Banco (OP-703), por lo cual la operación se clasifica como Categoría “C”. En el diseño e implementación del proyecto se tendrá especialmente en consideración los temas de privacidad e integridad de los datos personales de los ciudadanos, a efectos de salvaguardar sus derechos.

## **C. Riesgos Fiduciarios**

- 2.4 De acuerdo con los resultados del Taller de Riesgos, efectuado con personal vinculado al proyecto, no se identifican riesgos fiduciarios de significación. El proyecto enfrentará desafíos relacionados con la contratación de servicios técnicamente complejos. Esto es una característica común con la primera operación de la CCLIP, en la cual el OE demostró una adecuada capacidad para gestionar los aspectos de adquisiciones en este tipo de servicios.

## **D. Otros Riesgos del Proyecto**

- 2.5 Se realizó el Taller de Gestión de Riesgos con participación de las entidades beneficiarias siguiendo la metodología del Banco.

<sup>42</sup> Ver [Agenda Uruguay Digital 2020](#), p. 12.

<sup>43</sup> Se anexa [Plan de Desembolsos del Programa \(PDP\)](#).

- 2.6 De los siete riesgos identificados, tres obtuvieron calificación “medio”. Los siguientes riesgos de gestión pública y gobernabilidad han sido calificados como nivel medio: (i) falta de acuerdo entre las autoridades de los organismos responsables de la conducción del programa: Presidencia, MSP, JUNASA, Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y AGESIC sobre el marco regulatorio y la gobernanza de la HCEN; (ii) los prestadores de servicios de salud y los ciudadanos no utilizan los datos disponibles gracias a la HCEN; y (iii) eventuales demoras en la aprobación de una adecuación del marco jurídico que exija a los prestadores de salud compartir datos clínicos por medio de la plataforma de HCEN. Para mitigar el primer riesgo, AGESIC convocará reuniones de coordinación periódicas con los actores clave. Para mitigar el segundo riesgo, AGESIC realizará acciones de comunicación, capacitación y gestión del cambio. Finalmente, para mitigar el tercer riesgo, AGESIC realizará acciones de sensibilización y movilizará a los actores del sector salud por intermedio de sus representantes en el consejo asesor referido en el ¶3.5<sup>44</sup>.

### III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

#### A. Resumen de los Arreglos de Implementación

- 3.1 **Prestatario y OE.** El prestatario será la República Oriental del Uruguay y el OE será el prestatario, a través de la AGESIC<sup>45</sup>, la cual contará con la colaboración de otras instituciones, según el “Acuerdo de Cooperación Técnica e Interinstitucional para el Desarrollo del Programa Salud.uy” celebrado el 4 de octubre de 2012<sup>46</sup> entre el MSP, el MEF y AGESIC, el cual será mantenido y, de ser necesario, actualizado, con la previa conformidad del Banco. El acuerdo establece como objetivo de largo plazo “mejorar el acceso de los ciudadanos a servicios de salud de calidad, en todo el país”; y, para ello, como resultado intermedio se propone generar “las condiciones para que los Prestadores de Salud puedan brindar sus servicios en forma integrada, complementaria y centrada en el usuario”. Para ello, define como “áreas críticas que requieren una visión uniforme” las siguientes: (i) historias clínicas, (ii) imagenología; y (iii) conectividad física a nivel de la red nacional de salud. Asimismo, el acuerdo establece las responsabilidades e integración del Comité de Dirección y el Consejo Asesor, que se describen a continuación en los ¶3.4 y ¶3.6.
- 3.2 AGESIC será responsable de la ejecución, incluyendo: (i) interlocución con el Banco; (ii) solicitudes de desembolsos; (iii) contrataciones y adquisiciones; (iv) reportes sobre el uso de los recursos; (v) remisión de Planes Operativos Anuales (POA), pronósticos de desembolsos, Planes de Adquisiciones (PA) e informes de progreso; y (vi) elaborar o colaborar en la elaboración de términos y condiciones, autorizaciones, licencias, acuerdos, modelos de convenio y otros

<sup>44</sup> El marco jurídico será adoptado por el Poder Ejecutivo y no requiere intervención legislativa.

<sup>45</sup> El programa se alinea con el mandato legal y la estructura administrativa y operacional existentes en la AGESIC. AGESIC fue creada por Ley No. 17.930 (arts. 72 – 73) de 19 de diciembre de 2005. Actualmente AGESIC es un órgano desconcentrado de la Presidencia de la República (Ley No. 18046, art.54) de 17 de octubre de 2006. Su nombre actual fue establecido mediante Ley No. 18.172 de 31 de agosto de 2007. La normativa asociada a AGESIC puede consultarse [aquí](#).

<sup>46</sup> Ver [convenio](#).

instrumentos requeridos para la conexión e intercambio de información en el sistema de HCEN y otros productos financiados, en los casos que corresponda.

- 3.3 AGESIC dará continuidad a la Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP) constituida para la ejecución de la primera operación bajo la CCLIP. La UCP se compondrá de: Gerente del Proyecto; dos Coordinadores de Componente; encargado de articulación institucional y comunicación; encargado de gestión del cambio; y encargado de monitoreo. La UCP es apoyada por: (i) la Gerencia de Administración de AGESIC para la gestión financiera, y de adquisiciones; y (ii) la División de Gestión Estratégica de AGESIC en la planificación y monitoreo. AGESIC solicitará la anuencia previa del Banco para realizar cambios a la estructura de la UCP.
- 3.4 Se dará continuidad al Comité de Dirección creado por el Acuerdo antes referido (¶3.1). Dicho Comité de Dirección estará integrado por un representante designado por cada una de las siguientes instituciones: Presidencia de la República, MSP, MEF, AGESIC y JUNASA. El Comité de Dirección es el órgano que adopta las decisiones estratégicas claves acerca de la conducción del proyecto. Un Comité de Coordinación Operativa, integrado por MSP, MEF, AGESIC y el Gerente del Proyecto, favorecerá la coordinación interinstitucional para lo cual podrá: (i) adoptar las definiciones operativas para implementar decisiones o lineamientos aprobados por el Comité de Dirección; (ii) orientar al Gerente del Proyecto en decisiones que no están reservadas al Comité de Dirección; y (iii) preparar propuestas al Comité de Dirección preacordadas a nivel técnico entre las distintas entidades (MEF, MSP y AGESIC).
- 3.5 El Comité de Dirección, a propuesta del Comité de Coordinación Operativa y previa no-objeción del Banco, aprobará las bases y propuestas de financiamiento del mecanismo de fondos concursables no reembolsable previsto en el Componente 2. Serán elegibles prestadores de servicios y/u otras entidades vinculadas al sector salud que formulen propuestas para el desarrollo e implementación de soluciones de salud digital. Se aplicarán criterios de selección que aseguren la calidad y viabilidad técnica de las propuestas y la capacidad de los proponentes. Los procedimientos de selección y asignación de recursos asegurarán competencia, transparencia e igualdad de oportunidades. Serán elegibles los desembolsos que realice el proyecto a las propuestas seleccionadas, en la fecha en que éstos sean realizados por el OE.
- 3.6 Dada la importancia que tienen las comunidades médicas para la adopción y utilización de las nuevas tecnologías, se organizarán jornadas y talleres de sensibilización, así como cursos de capacitación y entrenamiento en las nuevas herramientas. En lo que refiere a los usuarios, se los involucrará activamente en el proyecto por medio de su incorporación en el Consejo Asesor mediante un representante de las cámaras de usuarios. Además, se implementará una campaña de difusión hacia la ciudadanía y se pondrá en operación un portal ciudadano para que el usuario pueda acceder a sus datos clínicos. Además, para asegurar una amplia participación y aceptación de actores institucionales públicos y privados, AGESIC se apoyará en el Consejo Asesor que actuó desde la primera

operación bajo la CCLIP, en procura de un adecuado nivel de coordinación interinstitucional e intersectorial entre las partes implicadas en el proyecto<sup>47</sup>.

- 3.7 **Plan de Ejecución del Proyecto (PEP).** El desarrollo de las actividades del proyecto seguirá una programación instrumentada a través del PEP y su revisión anual que se plasmará en el POA. El plan deberá ser modificado cada año teniendo en cuenta el avance real del proyecto. Las revisiones anuales del PEP deberán ser remitidas al Banco.
- 3.8 **Acuerdos y Requisitos Fiduciarios (ARF).** Los ARF (ver Anexo III) reflejan los lineamientos de gestión financiera y ejecución de adquisiciones que se aplicarán para la ejecución. Los ARF se desarrollaron sobre la base del análisis del contexto fiduciario del país y del OE, el análisis institucional del OE, el taller de riesgos, reuniones con personal del OE, equipo de proyecto y personal clave de entidades participantes.
- 3.9 **Plan de Adquisiciones (PA).** El PA contiene las adquisiciones del proyecto que se llevarán a cabo bajo las políticas contenidas en las Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras Financiados por el BID (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9) y detalla: (i) los contratos para obras, bienes y consultorías requeridas; (ii) los procedimientos de adquisición; y (iii) los procedimientos aplicados por el Banco para el examen de contratación. El OE deberá actualizar el PA anualmente o según las necesidades del proyecto y lo remitirá al Banco para su aprobación.
- 3.10 **Aspectos especiales de adquisiciones.** El OE dará continuidad a la contratación directa autorizada en la operación anterior para mantener la membresía en la *International Health Terminology Standards Development Organization*, entidad proveedora exclusiva de la *Standard Nomenclature of Medical Diseases – Clinical Terms (SNOMED-CT)*, a los efectos de poder continuar utilizando dicho vocabulario médico. Además, podrá utilizar el método de la selección directa previsto en las Políticas de Consultores del Banco para celebrar un acuerdo con el Hospital Italiano de Buenos Aires, para asegurar la continuidad y consistencia técnica en la asistencia del servicio de ayuda en línea de los servicios médicos terminológicos. Debido a la necesidad de mantener la continuidad del enfoque técnico, el OE podrá utilizar el mismo método, para seguir contando con los servicios de los consultores con funciones técnicas permanentes contratados en el marco del préstamo 3007/OC-UR, de acuerdo con la Política GN-2350-9; ¶3.10 a y d.

---

<sup>47</sup> El Consejo Asesor se reúne una vez por mes y está integrado por: ASSE; tres agremiaciones de prestadores integrales de salud; Red Integrada de Efectores Públicos de Salud; Banco de Previsión Social; Fondo Nacional de Recursos; representante de las empresas de servicios de emergencia médico móviles; Hospital de Clínicas; Facultad de Medicina, de Enfermería y de Ingeniería de la UDELAR; el Sindicato Médico del Uruguay; Colegio Médico del Uruguay (SMU); Plenario Intersindical de Trabajadores; Administración Nacional de Telecomunicaciones; y Sociedad Uruguaya de Estándares de Intercambio, Integración de Datos e Información de Servicios de Salud. Como resultado de la experiencia extraída durante la primera operación, nuevos colectivos fueron integrados a integrar este consejo asesor, incluyendo: (i) el Plenario; (ii) el SMU; y (iv) Facultad de Enfermería.

**B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados**

- 3.11 **Seguimiento por parte del OE.** Para el seguimiento, el ejecutor utilizará los siguientes documentos: (i) la Matriz de Resultados (MR); (ii) el [PEP](#); (iii) el [PA](#); (iv) el Esquema de Seguimiento y Evaluación del Proyecto (ESE); (v) el [PD](#); (vi) la MREMR; (vii) el [PDP](#); y (viii) el PMR. La Oficina de Proyectos de la AGESIC preparará informes semestrales de avance para su revisión por el Banco.
- 3.12 **Evaluación.** Para la evaluación, el ejecutor utilizará la MR y el ESE.
- 3.13 Según el ESE, la [Evaluación de Impacto](#) propuesta es cuasi experimental y abarca: (i) la organización interna y las TI de los prestadores de servicios de salud; (ii) la gestión y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles; y (iii) la implantación de servicios de imagenología. En 2014 se levantó la línea de base para la organización interna; en 2018 se levantará la línea de base para los estudios (ii) y (iii).
- 3.14 El OE se compromete a tener y mantener un sistema de monitoreo y evaluación, sobre cuya base preparará los informes que remitirá al Banco (ver [PME](#)).

Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		
I. Prioridades corporativas y del país		
1. Objetivos de desarrollo del BID	Si	
Retos Regionales y Temas Transversales	-Capacidad Institucional y Estado de Derecho	
Indicadores de desarrollo de países		
2. Objetivos de desarrollo del país	Si	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2836	i) Mejorar el primer nivel de atención de salud y, ii) Fortalecer los sistemas de gestión pública.
Matriz de resultados del programa de país		La intervención no está incluida en el Programa de Operaciones de 2017.
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)		
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad		
3. Evaluación basada en pruebas y solución	Evaluable	
3.1 Diagnóstico del Programa	7.8	
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas	2.4	
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados	2.4	
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados	3.0	
4. Análisis económico ex ante	10.0	
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Efectividad o Análisis Económico General	4.0	
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados	1.5	
4.3 Costos Identificados y Cuantificados	1.5	
4.4 Supuestos Razonables	1.5	
4.5 Análisis de Sensibilidad	1.5	
5. Evaluación y seguimiento	8.3	
5.1 Mecanismos de Monitoreo	2.5	
5.2 Plan de Evaluación	5.8	
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación		
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad	Bajo	
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad	Si	
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales	Si	
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación	Si	
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	C	
IV. Función del BID - Adicionalidad		
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales		
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	Si	Administración financiera: Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y emisión de informes. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información, Método de comparación de precios.
No-Fiduciarios	Si	Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación.
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:		
Igualdad de género	Si	El proyecto contribuirá a mejorar la equidad de género en el acceso a servicios de salud de calidad; las mujeres se beneficiarán especialmente con el diagnóstico remoto de cáncer de mama. Se incluirá un enfoque de genero en capacitaciones del personal de salud para adopción de las TICs.
Trabajo		
Medio ambiente		
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto		
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.	Si	La evaluación generará evidencias sobre los impactos de la utilización de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en la gestión de las organizaciones proveedoras de servicios de salud, y en la gestión y tratamiento de los pacientes diabéticos e hipertensos.

Nota: (\*) Indica contribución al Indicador de Desarrollo de Países correspondiente.

El objetivo de la operación es mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud incrementando la eficiencia en el acceso a la información médica por parte de los distintos actores del sistema de salud, mediante: (i) la consolidación de la plataforma de Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN); y (ii) la facilitación de una mayor producción e intercambio de información clínica en formato digital por parte de los proveedores de salud.

El problema que este programa busca atender es la limitada calidad de los servicios de salud asociada al nulo intercambio de información clínica de los usuarios entre distintos proveedores. Los problemas específicos identificados son: (i) la insuficiente cobertura de la plataforma de HCEN, y (ii) la escasa producción y almacenamiento de información clínica digital. En general, estos problemas y sus determinantes están adecuadamente especificados y cuantificados.

La propuesta de préstamo identifica claramente a los beneficiarios potenciales del proyecto. La lógica vertical del proyecto es clara y está bien especificada. El vínculo entre las intervenciones y los problemas ha sido adecuadamente establecido. Sin embargo, la evidencia de la validez interna o externa de las soluciones propuestas no está disponible.

La matriz de resultados está construida de manera adecuada y contiene los elementos necesarios para el seguimiento del proyecto. Los indicadores de impacto, resultado y producto propuestos son SMART.

La documentación incluye un análisis económico ex-ante, donde los beneficios económicos (en ahorro de papel, de recursos humanos y de acetatos para radiografías y tomografías) han sido claramente cuantificados y los costes reflejan adecuadamente los costes reales a la economía. El valor actual neto (VAN) estimado es de 4 millones de US\$ y la Tasa Interna de Retorno (TIR) del 44%. Las hipótesis utilizadas se presentan de manera clara y se ha realizado un análisis de sensibilidad teniendo en cuenta los supuestos clave.

El programa incluye un adecuado plan de monitoreo y evaluación. El programa propone realizar una evaluación que generará evidencia sobre los impactos de la utilización de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en la gestión de las organizaciones proveedoras de servicios de salud, y en la gestión y tratamiento de los pacientes diabéticos e hipertensos. Sin embargo, esta evaluación de impacto no cuenta con un análisis de potencia.

La propuesta de préstamo incluye una matriz de riesgo. Tres riesgos fueron clasificados como "Medios". Para dichos riesgos, se identificaron medidas de mitigación, y se establecieron indicadores de seguimiento adecuados.

## MATRIZ DE RESULTADOS

<b>Objetivo del Proyecto:</b>	<p><b>Objetivo de la CCLIP:</b> contribuir a una mejora en la calidad y eficiencia del sistema de salud, por medio de una mayor capacidad de gestión y monitoreo de los servicios de salud y del avance hacia un modelo de atención centrado en la prevención.</p> <p><b>Objetivo del segundo programa:</b> mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud incrementando la eficiencia en el acceso a la información médica por parte de los distintos actores del sistema de salud, a través de: (i) consolidar la plataforma de Historia Clínica Electrónica Nacional; y (ii) facilitar una mayor producción e intercambio de información clínica en formato digital por parte de los prestadores de salud.</p>
-------------------------------	--

## IMPACTO ESPERADO

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base		Metas		Fuente/ Medio de verificación	Comentarios
		Valor	Año	Valor	Año		
IMPACTO ESPERADO: Calidad de la prestación de servicios de salud mejorada.							
1. Número de usuarios beneficiados con el intercambio de información clínica entre prestadores de servicios de salud	Porcentaje sobre población total nacional	0	2017	20%	2020	Informe de base de datos de intercambio datos clínicos entre prestadores AGESIC	Por intercambio de información clínica se entiende cada instancia en la cual un médico chequea y obtiene de la base de datos de la plataforma HCEN la existencia de eventos asistenciales y otros datos de salud de su paciente ocurridos en otros centros de atención de salud. La meta fue estimada a partir del indicador 2.4, que refiere al número de médicos que utilizan activamente la HCEN para obtener datos clínicos de sus pacientes, cuya meta 2020 es 30% de los médicos. Asumiendo que este 30% de

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base		Metas		Fuente/ Medio de verificación	Comentarios
		Valor	Año	Valor	Año		
							médicos adoptantes activos atienden una cantidad de pacientes igual a la media nacional; y considerando que es razonable esperar que no requerirán información clínica adicional a partir de la HCEN para el 100% de sus pacientes, sino para dos tercios de ellos. Por tanto, la meta para el número de usuarios con consultas de datos en HCEN es dos tercios de la meta de médicos (20%).
2. Cantidad de egresos hospitalarios de pacientes diabéticos o hipertensos	Número de egresos	75.416	2016	67.875	2020	Informe del Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Información	La línea de base será calculada por el Ministerio de Salud en el primer semestre de 2018. Preliminarmente, fue estimada con base en datos de prevalencia de diabetes e hipertensión arterial en Uruguay según la 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (2013), y estadísticas de egresos hospitalarios para el conjunto del sistema. La meta fue establecida como una reducción de 10% del número de egresos, logrados gracias a un monitoreo más cercano de los pacientes diabéticos e hipertensos, lo cual se espera reducirá complicaciones e internaciones hospitalarias.



### RESULTADOS ESPERADOS

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base		Mediciones intermedias		Metas		Fuente/ Medio de verificación	Comentarios
		Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año		
RESULTADO ESPERADO 1: Los datos clínicos y eventos de salud de los ciudadanos están disponibles en la base de datos de la HCEN.									
1.1. Pacientes con datos clínicos en HCEN	Porcentaje sobre población total nacional	0	2017			80%	2020	Informe de datos de la base HCEN de AGESIC	Por dato clínico en HCEN se entiende un registro que incluye: nombre de usuario, fecha de atención, tipo de asistencia (atención en consultorio, atención de emergencia, internación en hospital, radiografía, etc.), profesional médico actuante e institución prestadora de salud. La meta del indicador se estimó tomando en consideración la aprobación del marco legal y reglamentario hacia fines de 2017, y una adopción gradual por parte de las instituciones a partir de 2018.
1.2. Prestadores integrales que disponen de registros clínicos en formato electrónico para la	Porcentaje sobre el total de prestadores integrales	57%	2016	80%	2018	98%	2020	Estudio de Relevamiento de las Tecnologías en Información y Comunicación en Salud	Este estudio está programado para ser realizado en 2018 y 2020.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base		Mediciones intermedias		Metas		Fuente/ Medio de verificación	Comentarios
		Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año		
totalidad o la mayoría de sus datos clínicos								(Estudio 1 de Evaluación de Impacto – ver PME)	
<b>RESULTADO ESPERADO 2: Los prestadores integrales producen e intercambian información clínica en formato digital.</b>									
2.1 Imágenes analizadas en un centro de salud distinto al de la toma	Número de imágenes	2.130	2017			10.000	2020	Reporte sobre registro de imágenes tomadas. AGESIC	El indicador refiere al uso en telemedicina del sistema de transmisión electrónica de estudios por imágenes. Por “imagen analizada” se entiende el informe que deriva del análisis de la imagen y que contiene la aproximación al diagnóstico clínico de la enfermedad que se obtiene de dicha imagen. El valor meta se estimó a partir del total de tomografías computadas realizadas en ASSE (67.000 tomografías/año). Dado que una parte de los hospitales y centros tienen capacidades propias de análisis de estudios por imágenes, el mercado potencial de este servicio es un

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base		Mediciones intermedias		Metas		Fuente/ Medio de verificación	Comentarios
		Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año		
									subconjunto de dicho universo, estimado en 20% del universo (13.600 imágenes/año). Además, se prevé una adopción gradual, bajo convenio voluntario entre entidades, por lo que hasta el año tres se estima una captación para los primeros años de un 20% del mercado potencial (2.600 imágenes/año).
2.2 Consultas asistenciales de usuarios pediátricos afiliados a la Administración de Servicios de Salud del Estado, atendidos en el servicio de emergencia del prestador complementario en Departamento Florida	Consultas	0	2017	4.000	2018	13.200	2020	Informe de consultas médicas pediátricas de la base de AGESIC	Para la estimación del valor meta del indicador, se consideró el universo de consultas médicas de emergencia anuales de usuarios pediátricos de ASSE (5.400 consultas) y una meta de cobertura de 80% del universo anualmente.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base		Mediciones intermedias		Metas		Fuente/ Medio de verificación	Comentarios
		Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año		
2.3 Cantidad de mujeres entre 40 y 74 años de edad que se benefician del almacenamiento de mamografías en formato digital	Personas	17.198	2017	27.000	2018	35.000	2020	Reportes de la Red Integrada de Imagenología	El indicador refiere al número de mujeres cuyas imágenes mamográficas fueron almacenadas en formato digital y pueden ser accedidas por un médico a distancia. El indicador refiere al stock de personas. No se computará una misma persona más de una vez. Con base en las capacidades instaladas en los distintos centros de la Administración de Servicios de Salud del Estado, se entiende razonable esperar que la cantidad de mujeres incorporadas anualmente a este repositorio digital equivale a un 20% de las 31.000 mamografías del tramo etario (40-74) que se realizan anualmente en ASSE.
2.4 Médicos que realizan consultas de datos clínicos a la HCEN	Porcentaje del total de médicos de los	0	2017			30%	2020	Reportes de la plataforma HCEN, a cargo de AGESIC	Refiere a la cantidad de profesionales médicos que buscan información de sus pacientes en la

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base		Mediciones intermedias		Metas		Fuente/ Medio de verificación	Comentarios
		Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año		
	prestadores integrales								plataforma de HCEN en el ámbito asistencial del paciente registrado por otros prestadores. Para el establecimiento de la meta se asumió una captación anual de 10% del total de 13.000 médicos a nivel nacional, alcanzando al 30% en tres años. No disponiéndose de experiencias similares a nivel internacional, se adoptó un supuesto conservador.

## PRODUCTOS

Productos	Unidad de medida	Línea de base 2017	2018	2019	2020	Meta final	Fuente/ Medio de verificación
<b>Componente 1: Consolidación de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN)</b>							
1.1. Modelo de marco regulatorio y mecanismo de gobernanza de la HCEN elaborado y con implementación iniciada	Número de modelos	0			1	1	Actas del Comité de Conducción. Informes de la Unidad Ejecutora.

Productos	Unidad de medida	Línea de base 2017	2018	2019	2020	Meta final	Fuente/ Medio de verificación
<b>Componente 1: Consolidación de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN)</b>							
1.2. Versiones de modelos de conjuntos mínimos de datos de hojas clínicas aprobadas y puestas en aplicación	Número de versiones	1	1	1	1	4	Cada nueva versión está caracterizada por incorporación de más hojas clínicas y/o incorporación de nuevas especialidades. Actas del Comité de Conducción. Informes de la Unidad Ejecutora.
1.3. Nuevas versiones de la plataforma HCEN puestas en producción	Número de versiones	1	1		1	3	Informes de AGESIC. Cada nueva versión está identificada con un código propio y posee funcionalidades añadidas, así como mayor capacidad de almacenamiento y manejo de datos.
1.4. Estrategia en materia de ciberseguridad elaborada y con implementación iniciada	Número de estrategias	0	1			1	Actas del Comité de Conducción. Informes de la Unidad Ejecutora.
1.5. Personal del sector salud capacitado mediante cursos, talleres y jornadas <sup>1</sup>	Número de personas	0	800	1.000	1.200	3.000	Registros administrativos de eventos. Informes de la Unidad Ejecutora.
1.6. Campaña de comunicación diseñada e implementada	Número de campañas			1		1	Reporte de la firma líder de la campaña.

---

<sup>1</sup> Esta capacitación se entiende en capacidades para registro y procesamiento de datos médicos dentro de la plataforma HCEN.

Productos	Unidad de medida	Línea de base 2017	2018	2019	2020	Meta final	Fuente/ Medio de verificación
<b>Componente 2: Herramientas de gestión de información clínica digital para prestadores de salud</b>							
2.1. Centros de salud que utilizan la aplicación de HCEN e imagenología desarrollada con el primer préstamo	Número de centros de salud	21	10	10	4	45	Informe de relevamiento de centros de salud. A ser realizado por firma externa o por AGESIC.
2.2. Proyectos de gestión de información clínica en prestadores y entidades del sector salud desarrollados e implementados	Número de proyectos	0	2	2	1	5	Reportes de las firmas implantadoras. Informes de la UE.
2.3. Proyectos piloto de complementación de servicios de salud desarrollados e implementados	Número de proyectos	0	1	1		2	Abarca proyectos de complementación de servicios asistenciales en Florida y servicios de urgencia y emergencia a nivel nacional. Reportes de las firmas implantadoras.
2.4. Sistema de prescripción, administración y control de medicamentos operando	Número de sistemas	0			1	1	Visita a sitios operativos. Informe de Relevamiento Externo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en Sector Salud.

## **ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS (ARF)**

**PAÍS:** Uruguay  
**PROYECTO N°:** UR-L1143  
**NOMBRE:** Proyecto para Gestión de Gobierno Electrónico en el Sector Salud II (UR-L1143). Segunda Operación Individual bajo la Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) para el Programa de Gobierno Electrónico en el Sector Salud (UR-X1009).  
**ORGANISMO EJECUTOR (OE):** El Prestatario, a través de la Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC)  
**PREPARADO POR:** Abel Cuba y David Salazar (FMP/CUR)

### **I. RESUMEN EJECUTIVO**

- 1.1 La operación corresponde al segundo préstamo de inversión de la CCLIP UR-X1009. El proyecto es por US\$7 millones, de los cuales US\$6 millones serán con recursos del financiamiento. El prestatario es la República Oriental del Uruguay y el OE del programa será el prestatario, por intermedio de la AGESIC. Esta agencia cuenta con una estructura organizacional y administrativa que será responsable por la ejecución de los recursos de la operación, así como de gestionar el oportuno financiamiento de los aportes de contrapartida local.
- 1.2 Los ARF establecidos para el presente programa se fundamentan en los antecedentes de AGESIC como Unidad Ejecutora (UE) de los Préstamos 1970/OC-UR, culminado en 2012, su continuación a través del Programa 2591/OC-UR, 3007/OC-UR y 3625/OC-UR.

### **II. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL OE**

- 2.1 La AGESIC es una entidad modelo dentro de la administración pública. En los cuatro proyectos anteriores ejecutados por este OE, quedó demostrada su adecuada capacidad de ejecución en todos los ámbitos de la gestión. AGESIC posee una consolidada experiencia previa en materia de compras y contrataciones según normativas BID. Asimismo, sus procesos y su ambiente general de controles internos, se los considera adecuados, en su conjunto.
- 2.2 En cuanto a los sistemas nacionales, o sus equivalentes, que utilizaría en esta operación, son los siguientes:
  - (i) Presupuesto. Se utilizará el sistema nacional de presupuesto. Los recursos de esta operación están inscritos en la nueva Ley de Presupuesto Quinquenal 2015-2019. AGESIC cuenta con la misma base presupuestal que la obtenida en 2016, suficiente a nivel global del programa y que contempla recursos del financiamiento y contraparte local.
  - (ii) Tesorería. Para administrar los recursos del programa se habilitará una cuenta especial en el Banco Central del Uruguay (BCU), cuenta que forma parte de la Cuenta Única Nacional a nombre de AGESIC, especificando el nombre del programa.



- (iii) Contabilidad y reportes financieros. La UE utilizará el Sistema de Proyectos Internacionales (SPI)<sup>1</sup>, en coordinación con la Contaduría General de la Nación, administradora del SIIF.
- (iv) Control interno. AGESIC mantiene un sistema de controles internos para la gestión de sus operaciones, cuya efectividad es evaluada al momento de la intervención de los gastos y pagos que efectúa el Tribunal de Cuentas de la República (TCR) y el control de legalidad que realizan los contadores delegados.
- (v) Control externo. Durante los últimos años, el TCR ha sido responsable de las auditorías anuales de los Programas financiados por el Banco, cuyo trabajo se enmarcó en las normas internacionales de Auditoría emitidas por la Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI).

### III. EVALUACIÓN DEL RIESGO FIDUCIARIO Y ACCIONES DE MITIGACIÓN

- 3.1 De acuerdo con los resultados del Taller de Riesgos, efectuado con personal vinculado al proyecto, se identificó un riesgo fiduciario bajo, asociado a la posibilidad de retrasos en las contrataciones debido a su complejidad técnica. Esto es una característica común con la primera operación de la CCLIP, en la cual el OE demostró una adecuada capacidad para gestionar los aspectos de adquisiciones en este tipo de servicios.

### IV. ASPECTOS A SER CONSIDERADOS EN ESTIPULACIONES ESPECIALES

- 4.1 **Tipo de cambio.** Para la rendición de cuentas en dólares se utilizará el mismo criterio de la operación 3007/OC-UR, por lo que para la conversión a dólares se utilizará el tipo de cambio de la fecha de pago.
- 4.2 **Estados financieros auditados.** Dentro del plazo de 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio económico de AGESIC y durante el plazo para desembolsos del financiamiento, se presentarán al Banco los estados financieros auditados del programa, debidamente dictaminados por una Firma de Auditoría Independiente (FAI) aceptable al Banco. El último informe será presentado dentro de los 120 días siguientes a la fecha estipulada para el último desembolso del financiamiento.
- 4.3 **Cuenta bancaria.** Para el manejo de la operación se hará la apertura de una específica en el BCU y las respectivas cuentas operativas en el Banco de la República Oriental del Uruguay (BROU).

### V. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES

- 5.1 Las políticas de adquisiciones que aplican para este préstamo son las políticas GN-2349-9 y GN-2350-9.

#### A. Ejecución de las Adquisiciones

- 5.2 En función de la existencia de adecuada normativa nacional sobre los procedimientos para dar vista de los expedientes licitatorios a los oferentes, así

---

<sup>1</sup> El desarrollo del Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF) II prevé la incorporación del SPI como uno de sus módulos operativos.

como la posibilidad de que estos accedan a los documentos de las ofertas, y en función de que esta práctica se encuentra regulada (Texto Ordenado de Contabilidad y Administración Financiera - TOCAF Arts. 65 y 67, así como la Ley No. 18.381) y ha sido evaluada por el Banco en las operaciones en ejecución, AGESIC podrá, en esta operación, hacer uso de dicha normativa, adaptando lo pertinente en los documentos de licitación a ser utilizados, que deberán contar con la no objeción previa del Banco<sup>2</sup>.

- 5.3 Antes de llevar a cabo cualquier proceso de adquisición, el OE deberá presentar para la aprobación previa del Banco el PA con el detalle que indique: (i) los contratos para bienes y servicios requeridos para llevar a cabo el programa; (ii) los métodos propuestos para la contratación de bienes y para la selección de los consultores; y (iii) los procedimientos aplicados por el Banco para la supervisión de las contrataciones. El Prestatario deberá actualizar el PA con frecuencia mínima de doce meses, y según las necesidades del programa. Cualquier propuesta de revisión del PA debe ser presentada al Banco para su aprobación.
- 5.4 **Adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría<sup>3</sup>.** Los contratos generados y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitación (DEL) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando Documentos de Licitación satisfactorios para el Banco.
- 5.5 **Adquisiciones de Sistemas de Tecnología de Información.** Al momento no se prevé la necesidad de asesorías específicas internas o externas al Banco.
- 5.6 El OE podrá utilizar el método de la contratación directa previsto en las Políticas de Adquisiciones del Banco (GN-2349-9) para adquirir la membresía en la *International Health Terminology Standards Development Organization*, entidad proveedora exclusiva de la *Standard Nomenclature of Medical Diseases – Clinical Terms* (SNOMED-CT), a los efectos de continuar utilizando dicho vocabulario médico. Asimismo, el OE podrá utilizar este método para celebrar un acuerdo con el Hospital Italiano de Buenos Aires, para asegurar la continuidad y consistencia técnica en la asistencia del servicio de ayuda en línea de los servicios médicos terminológicos.
- 5.7 **Adquisición y Selección y Contratación de Consultores**
- (i) Firmas Consultoras: se seleccionarán y contratarán según las Políticas del BID. Los llamados con publicidad internacional (valor mayor a US\$200.000) serán con modalidad de revisión ex ante.
  - (ii) Selección de los consultores individuales: debido a la necesidad de mantener la continuidad del enfoque técnico durante la ejecución del proyecto, en el PA acordado se prevé la recontractación de consultores individuales que previamente fueron contratados con recursos del préstamo 3007/OC-UR y que continuarán prestando servicios para la presente operación. Además, se prevé la contratación de consultorías y servicios distintos de consultoría mediante los servicios de la UNOPS,

---

<sup>2</sup> El procedimiento descrito se enmarca dentro de una práctica nacional que favorece la transparencia en las adquisiciones y que no se contrapone con la aplicación de las Políticas del Banco. Para asegurar que en la práctica el procedimiento se ejecute dentro de lo permitido por las Políticas del Banco, los documentos de licitación deberán contar con la no objeción del Banco.

<sup>3</sup> GN-2349-9 ver ¶1.1: Los servicios diferentes a los de consultoría tienen un tratamiento similar a los bienes.

PNUD o Fundación Julio Ricaldoni, de acuerdo a los convenios que AGESIC mantiene.

- 5.8 **Adquisiciones Anticipadas/Financiamiento Retroactivo.** No se prevé financiamiento retroactivo con cargo a recursos del préstamo.

**Cuadro 1. Montos Límites para Uruguay (miles de US\$)**

Obras			Bienes <sup>4</sup>			Consultoría	
LPI	LPN	CP	LPI	LPN	CP	Publicidad Internacional	Lista Corta 100% Nacional
≥ 3.000	250-3.000	≤ 250	≥250	50-250	≤ 50 <sup>5</sup>	> 200	≤ 200

- 5.9 **Adquisiciones Principales.** Ver [PA](#).
- 5.10 **Supervisión de Adquisiciones.** El método de revisión inicial es ex post, sujeto a modificación mediante acuerdo que se reflejará en el PA. Las LPIs y consultorías superiores a US\$200.000 serán en modalidad ex ante. Los reportes de revisión ex post no preverán visitas de inspección física<sup>6</sup> dado el bajo riesgo que representa el OE y la naturaleza de las actividades.

## VI. GESTIÓN FINANCIERA

### A. Programación y presupuesto

- 6.1 AGESIC, que es parte de la Presidencia de la República (PE), envía su propuesta de presupuesto al MEF, quien lo contempla dentro del Proyecto Consolidado de Presupuesto Nacional y lo eleva a la consideración de la PE, que lo envía al Poder Legislativo para análisis y aprobación legal.
- 6.2 AGESIC realizará la programación y formulación presupuestaria en base al plan operativo anual acordado, que toma como base el Plan de Ejecución del Programa. La demostración de recursos de contraparte local comprometidos será reportada por el OE anualmente.

### B. Contabilidad y sistemas de información

- 6.3 El proyecto llevará su contabilidad dentro del nuevo módulo contable SPI, que está vinculado con el SIIF. Los créditos presupuestales se asignan y ejecutan a través del SIIF de la Contaduría General de la Nación (CGN), los compromisos y pagos relacionados con el proyecto seguirán los procedimientos establecidos por la CGN.
- 6.4 Los Estados Financieros del Proyecto se emitirán en forma periódica, de acuerdo con las Normas Contables Aceptadas y serán auditados por el TCR en forma anual. Se presentarán los estados financieros siguientes: (i) estado de efectivo recibido y desembolsos efectuados; (ii) estado de inversiones acumuladas; y (iii) estado de activos y pasivos; acompañados por las correspondientes notas explicativas.

### C. Desembolsos y flujo de caja

<sup>4</sup> Incluye servicios diferentes a la consultoría.

<sup>5</sup> Para el caso de bienes técnicamente simples, se podrá utilizar Comparación de Precios hasta el límite de LPN.

<sup>6</sup> La inspección verifica la existencia de las adquisiciones, dejando la verificación de la calidad y cumplimiento de especificaciones al especialista sectorial.

- 6.5 Para la ejecución de los fondos del proyecto, a través de la Tesorería General de la Nación se habilitará una cuenta especial en el BCU, la cual es sólo de carácter nominativa, y se abrirá una cuenta bancaria operativa en el BROU para movilizar los recursos del proyecto.
- 6.6 La modalidad de desembolsos será la de “anticipos” basado en necesidades reales de liquidez sustentadas en una adecuada proyección financiera. Preferentemente estos anticipos se harán en forma semestral, una vez que se haya hecho la rendición de cuentas de por lo menos el 80% de los montos anticipados. Junto con cada solicitud de desembolso se deberá adjuntar las planillas de planificación financiera y la conciliación de fondos. Para procesar todo desembolso se utilizará el mecanismo electrónico del *e-Disbursement*. El tipo de cambio acordado para convertir los pagos en moneda local u otras monedas a dólares de EEUU será el del día anterior de pago al beneficiario.

**D. Control y auditoría interna**

- 6.7 De acuerdo con lo establecido en el TOCAF, el TCR debe hacer la intervención preventiva de los gastos relacionados con la ejecución del proyecto. Complementariamente y según la normativa legal vigente, AGESIC es un organismo que está bajo el control de la Auditoría Interna de la Nación.

**E. Control Externo e Informes**

- 6.8 Para cumplir con el requerimiento contractual del Banco, las auditorías anuales del Programa podrán ser efectuadas por el TCR ó por una firma de auditoría independiente que sea elegible para el Banco. Para el caso del TCR, la relación con AGESIC se plasmará en una Carta Acuerdo de Servicios, que incluirá los términos de referencia acordados con el Banco.
- 6.9 Los informes de la auditoría financiera deberán presentarse anualmente durante la etapa de desembolso, hasta el 30 de abril y 120 días después de la fecha de último desembolso, de acuerdo a normas internacionales de auditoría.

**F. Plan de supervisión financiera**

- 6.10 El plan de supervisión financiera considera los siguientes aspectos:
- (i) Participación en el taller de arranque definido por el equipo de proyecto, realizando una presentación de los aspectos fiduciarios más relevantes.
  - (ii) Revisión del POA y plan financiero inicial preparado por la UE como respaldo del primer anticipo a solicitar luego de la elegibilidad del programa.
  - (iii) Con base a una evaluación de riesgos de la cartera se podrán definir visitas financieras in situ, durante la ejecución del proyecto, donde se evaluarán los principales aspectos financieros y de control y manejo de archivos del proyecto. La modalidad de revisión de los desembolsos será ex post.

**G. Mecanismo de Ejecución**

- 6.11 El Prestatario del Programa será la República Oriental del Uruguay. A su vez, el Prestatario, actuando por intermedio de la AGESIC, será el OE del programa. En tal calidad, AGESIC coordinará con los demás entes actores del proyecto; asimismo, tendrá la responsabilidad básica del proyecto y la relación directa con el Banco.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-\_\_\_/17

Uruguay. Préstamo \_\_\_/OC-UR a la República Oriental del Uruguay. Proyecto para Gestión de Gobierno Electrónico en el Sector Salud II. Segunda Operación Individual bajo la Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) UR-X1009

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 Oriental del Uruguay, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución del Proyecto para Gestión de Gobierno Electrónico en el Sector Salud II, que constituye la segunda operación individual bajo la Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) UR-X1009, aprobada mediante Resolución DE-123/13 de fecha 16 de octubre de 2013. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$6.000.000, que formen parte de los recursos del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017)