

CONFIDENCIAL
PARA USO INTERNO
PÚBLICO UNA VEZ APROBADO

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

ARGENTINA

PROYECTO DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO

(AR-L1441)

SEGUNDA OPERACIÓN INDIVIDUAL BAJO LA LÍNEA DE CRÉDITO CONDICIONAL PARA PROYECTOS DE INVERSIÓN (CCLIP) TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN SALUD

(AR-O0033)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Pablo Orefice, Jefe de Equipo; Mario Sánchez, Jefe de Equipo Alterno; Jennifer Nelson, Nicolas García, Sergio Miguens, Marcela Cáceres, y Juan Forero (SCL/HNP); Emiliano Amadio (CSC/CAR); Santiago Paz (IFD/ICS); Álvaro Sanmartín (LEG/SGO); Jennifer Doherty-Bigara (CSD/CCS); Natalia Pérez, y Sofia García Bailón (VPC/FMP); Francisco Lagos y Paula Kantor (SCL/GDI).

El presente documento contiene información confidencial comprendida en una o más de las seis excepciones de divulgación o determinada por la valoración de daño establecida en la Política de Acceso a Información e inicialmente se considerará confidencial y estará disponible únicamente para empleados del Banco. Se divulgará y se pondrá a disposición del público una vez aprobado.

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO	1
RESUMEN DE LAS ALINEACIONES Y CONTRIBUCIONES ESTRATÉGICAS DEL PROYECTO.....	2
I. JUSTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	3
A. Descripción del Proyecto	3
B. Adicionalidad del Banco	11
II. COSTOS Y ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO.....	13
A. Componentes del Proyecto.....	13
B. Dimensionamiento y Estructura de Financiamiento.....	15
C. Instrumento o Modalidad de Financiamiento	16
III. PRINCIPALES RIESGOS Y SU ESTRATEGIA DE GESTIÓN	17
A. Riesgos.....	17
B. Sostenibilidad	18
C. Riesgos ambientales y sociales.....	18
IV. ARREGLOS DE EJECUCIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN	24
A. Resumen de los Arreglos de Ejecución	24
B. Arreglos para la Implementación de Monitoreo y Evaluación	25

ANEXOS	
Anexo I	Cuestionario sgDELTA– Resumen
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

ENLACES ELECTRÓNICOS REQUERIDOS (EER)	
EER#1	Teoría del Cambio
EER#2	Monitoreo, Evaluación y Aprendizaje
EER#3	Plan de Ejecución del Proyecto (PEP), Plan Operativo Anual (POA) y Plan de Adquisiciones (PA)
EER#4	Resumen de la Revisión Ambiental y Social

ENLACES ELECTRÓNICOS OPCIONALES (EEO)	
EEO#1	Reglamento Operativo del Proyecto
EEO#2	Análisis Económico
EEO#3	Informe del Análisis Económico Ex-Ante
EEO#4	Justificación de la Selección Directa
EEO#5	Anexo de Sostenibilidad y Cambio Climático
EEO#6	Bibliografía
EEO#7	Marco conceptual y operativo de la CCLIP
EEO#8	Análisis del Esquema de Ejecución de Consultores Individuales

ABREVIATURAS	
ALC	América Latina y el Caribe
ALTEC	Alta Tecnología Sociedad del Estado
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVPM	Años de Vida Perdidos por Muerte
AVPP	Años de Vida Potencialmente Perdidos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CABA	Ciudad de Buenos Aires
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
CLIPP	Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión, por sus siglas en inglés
CO	Capital Ordinario
CPE	Cobertura Pública Exclusiva
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EDSRN	Ecosistema Digital de Salud de Río Negro
HSI	Historia de Salud Integrada
INV-ESP	Préstamo de Inversión Específica
IPROSS	Instituto Provincial del Seguro de Salud
KPIs	Indicadores Clave de Desempeño, por sus siglas en inglés
MINSAL	Ministerio de Salud de la Nación
MIR	Mortalidad sobre Incidencia, por sus siglas en inglés
MSRN	Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OED	Objetivo Específico de Desarrollo
OEI	Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PACI	Plataforma de Análisis de Capacidad Institucional
PACS	Sistema de Comunicación y Archivo de Imágenes (en inglés, <i>Picture Archiving and Communication System</i>)
PAP	Papanicolau
PcD	Personas con Discapacidad
PH4H	Ruta Panamericana de Salud Digital, por sus siglas en inglés
PLADEMA	Plataforma de Desarrollo de Medios y Aplicaciones
PRN/RN	Provincia de Río Negro/Río Negro
ROP	Reglamento operativo del proyecto
UEP	Unidad de Ejecución del Proyecto
UPCEFE	Unidad de Provincial de Coordinación y Ejecución del Financiamiento Externo
VPH	Virus de Papiloma Humano
WCAG 2.1 AA	Pautas de Accesibilidad para el Contenido Web, por sus siglas en inglés

RESUMEN DEL PROYECTO
ARGENTINA
PROYECTO DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO
(AR-L1441)

SEGUNDA OPERACIÓN INDIVIDUAL BAJO LA LÍNEA DE CRÉDITO CONDICIONAL PARA PROYECTOS DE INVERSIÓN
(CCLIP) TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN SALUD (AR-O0033)

Términos y Condiciones Financieras				
Prestatario:			Facilidad de Financiamiento Flexible ^(a)	
Provincia de Río Negro (PRN)			Plazo de amortización:	25 años
Organismo Ejecutor:			Período de desembolso:	5 años
Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, a través de la Unidad de Ejecución del Proyecto			Período de gracia:	5,5 años ^(b)
Garante:			Tasa de interés:	SOFR + Margen de Fondeo + Margen variable del CO ^(c)
República Argentina			Comisión de crédito:	^(d)
Instrumento o Modalidad de Financiamiento:			Comisión de inspección y vigilancia:	^(d)
CCLIP INV-ESP				
Fuente	Monto (US\$)	%		
BID (Capital Ordinario):	60.000.000	100	Vida Promedio Ponderada (VPP):	15,25 años
			Moneda de aprobación:	Dólares de los Estados Unidos de América
			Sector(es):	Salud; Cibersalud
Total:	60.000.000	100	Clasificación socioambiental:	C
Esquema del Proyecto				
Objetivo general de la CCLIP: Contribuir a reducir la carga evitable de enfermedad y muerte en la población bajo la responsabilidad de los sistemas de salud de los gobiernos subnacionales de la Argentina.				
Objetivos general y específico del proyecto. El objetivo general del Proyecto es contribuir a la reducción de la carga de enfermedad evitable asociada a las líneas de cuidado priorizadas por el sistema de salud de la PRN. Los objetivos específicos del proyecto son: (i) fortalecer las capacidades institucionales del sistema de salud de la PRN para el registro sistemático de información clínica estructurada e integrada para su uso en la toma de decisiones; y (ii) mejorar el acceso oportuno e integral de la población con cobertura pública exclusiva del sistema público de salud de la PRN en las redes de cuidados cardio-metabólicos y oncológicas.				
Condiciones especiales previas al primer desembolso: que el Prestatario, por intermedio del Organismo Ejecutor (OE) —el Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro (MSRN), a través de la Unidad de Ejecución del Proyecto (UEP)— haya presentado evidencia de: (i) la aprobación y entrada en vigencia del Reglamento Operativo del Proyecto (ROP), en los términos acordados previamente con el Banco; (ii) que dentro de la estructura de la UEP se haya asignado y/o contratado, según corresponda, a saber: un Coordinador/a Médico de acuerdo con el perfil establecido en el ROP; y (iii) la suscripción y entrada en vigencia de un convenio interministerial entre el MSRN y el Ministerio de Hacienda, especificando las funciones y responsabilidades de ambos ministerios en el marco de la ejecución del Proyecto (¶4.5).				
Condiciones especiales de ejecución: Será condición especial de ejecución que previo al inicio del proceso de selección de consultores individuales del Proyecto, el Prestatario, a través del OE, presentará al Banco el Acta Complementaria específica para el Proyecto en el marco del Convenio Marco de Colaboración vigente entre la PRN y la OEI, para la no objeción del Banco (¶4.6).				

- (a) Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-7) el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda, de tasa de interés, de productos básicos y de protección contra catástrofes. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta aspectos operacionales y de manejo de riesgos.
- (b) Bajo las opciones de reembolso flexible de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FFF), cambios en el periodo de gracia son posibles siempre que la Vida Promedio Ponderada (VPP) Original del préstamo y la última fecha de pago, documentadas en el contrato de préstamo, no sean excedidas.
- (c) Tasa SOFR compuesta diariamente a plazo vencido. Margen de Fondeo del BID es determinado en forma trimestral. Margen variable del Capital Ordinario (CO) del BID determinado por el Directorio en forma anual.
- (d) 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.

RESUMEN DE LAS ALINEACIONES Y CONTRIBUCIONES ESTRATÉGICAS DEL PROYECTO

Justificación y Enlaces			
Poblaciones Pobres	El Proyecto se focaliza en la población con cobertura pública exclusiva en salud de la PRN. Esta población presenta una tasa de pobreza por ingresos de 72%, de acuerdo con la metodología oficial del Instituto de Estadística y Censos (Tercer trimestre de la Encuesta Permanente de Hogares 2025). Por lo tanto, cumple con el criterio absoluto (mayor a 50%) y es clasificado como focalizado en pobreza.		
Capacidad Institucional y Estado de Derecho	Esta operación está alineada con Efectividad del Estado, ya que aborda limitaciones del sistema público de salud de la PRN para generar y usar información clínica y de gestión para mejorar su desempeño, así como restricciones para transformar la atención clínica y la gestión sanitaria. Estas limitaciones afectan la capacidad del sistema para identificar brechas de atención, dar seguimiento poblacional y monitorear el cumplimiento de protocolos clínicos. Para superarlas, el Proyecto incluye: fortalecimiento de la infraestructura digital, ampliación del registro estructurado de información clínica, desarrollo de interoperabilidad para el intercambio seguro de información e implementación de tableros e instrumentos de monitoreo, y mejora continua del desempeño. Además, incorpora indicadores relacionados con uso de información y desempeño del sistema de salud en la matriz de resultados.		
Transformación Digital	El Proyecto apoya la transformación digital del sistema de salud de la PRN al fortalecer la infraestructura habilitante, ampliar el registro estructurado en el ESDRN, habilitar interoperabilidad para intercambio seguro de información y consolidar el uso de datos mediante tableros y herramientas de gestión del desempeño, orientadas a mejorar procesos asistenciales y de gestión.		
Igualdad de Género	El Proyecto se alinea con la prioridad de Género al contribuir a mejorar resultados sanitarios para mujeres con CPE. Dentro de esta población, las brechas en la atención a patologías son críticas: en 2025, ninguna mujer de 30 a 65 años con CPE tenía registrado un tamizaje mediante test de Virus de Papiloma Humano (VPH); solo 22,4% de las mujeres de 50 a 75 años con CPE contaban con una mamografía oportuna; y las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino (16,2 por 100.000 mujeres) y de mama (19,9 por 100.000 mujeres) superan las medias nacionales (9,4 y 15,8, respectivamente). Para cerrar estas brechas, el Proyecto financiará la transición al test de VPH(P1.1), que puede cuadruplicar la cobertura mediante la auto toma, la expansión de la red de telesalud para reducir barreras geográficas (P2.1), y la ampliación del Sumar+ (P3.10) para cubrir prestaciones de confirmación diagnóstica oncológica actualmente no financiadas. Se espera que el Proyecto aumente la cobertura de tamizaje (R2.3 y R2.4), mejore los tiempos de confirmación diagnóstica (R2.5 y R2.7) y reduzca la mortalidad específica por cáncer cervicouterino y de mama en mujeres con CPE (I.4 e I.5).		
Diversidad	Personas con discapacidad ☒ Contribuye a cerrar brechas de diversidad para Personas con Discapacidad (PcD). En Río Negro, el 35% de las 10.440 personas con Certificado Único de Discapacidad tiene CPE. Un porcentaje significativo de las PcD enfrenta barreras en la accesibilidad a sitios web de salud (WCAG), lo que limita su acceso a información y servicios. Se desarrollará e implementará el Portal del Paciente y el Portal del Personal de Salud con estándares de accesibilidad WCAG 2.1 AA (P2.3 y P2.4).		
Cambio Climático	Alineación con el Acuerdo de París		
	Alineado con la meta de resiliencia climática: Análisis simplificado (riesgo físico de CC bajo/moderado)	Alineado con la meta de descarbonización: Análisis específico	
	Financiamiento Climático y Verde	Financiamiento Climático	
	Financiamiento climático y verde (%) del presupuesto total del proyecto: 15,58% US\$9.346.960	Mitigación (%)	15,57%
		Adaptación (%)	0,01%
		Dual (%)	0%
	Financiamiento Climático Total (%)	15,58%	
Indicador de adaptación y resiliencia climática: ☐	Indicador de mitigación: ☐		
La operación propone fortalecer el sistema de salud de Río Negro, con foco en centros de atención primaria ubicados en territorios expuestos a múltiples amenazas climáticas. En este sentido, moderniza la infraestructura digital del sistema sanitario provincial, y asegurará que se cuenten con estándares de eficiencia energética y se fortalezca la resiliencia frente a riesgos climáticos. En materia de adaptación, se prevé la elaboración de protocolos de sistemas de alerta temprana y sistemas de comunicación resilientes para garantizar la continuidad operativa de los centros de salud. En materia de mitigación, el proyecto financia equipamiento con certificación de eficiencia energética, un centro de datos que operará bajo estándares internacionales de eficiencia energética; y la instalación de infraestructura crítica de energía renovable. Estas acciones son congruentes con el Plan Provincial de Respuesta al Cambio Climático de Río Negro (PRCC 2022-2030), que identifica a la salud pública como sector vulnerable frente al cambio climático.			
Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): ODS 3 y ODS 10			
Estrategia del país			
Estrategia del país	El Proyecto se alinea con la Estrategia de País del Grupo BID con Argentina 2025-2028 (GN-3288), con el pilar de apoyo a grupos vulnerables y reducción de la pobreza, y con el eje transversal de fortalecimiento institucional. Contribuye al objetivo de mejorar la eficiencia del gasto en salud y avanzar hacia un sistema más equitativo, eficiente y centrado en la población, mediante el fortalecimiento de redes integradas de servicios, la reducción de brechas en cobertura efectiva y la transformación digital.		

I. JUSTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

A. Descripción del Proyecto

- 1.1 **Objetivos.** El objetivo general del proyecto es contribuir a la reducción de la carga de enfermedad evitable asociada a las líneas de cuidado priorizadas por el sistema de salud de la PRN. Los objetivos específicos del proyecto son: (i) fortalecer las capacidades institucionales del sistema de salud de la PRN para el registro sistemático de información clínica estructurada e integrada para su uso en la toma de decisiones; y (ii) mejorar el acceso oportuno e integral de la población con CPE del sistema público de salud de la PRN en las redes de cuidados cardio-metabólicos y oncológicos.
- 1.2 **Contexto de la Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) ([EEO#7](#)).** Argentina obtiene resultados sanitarios por debajo de lo esperable para su nivel de inversión en salud: solo 61% de los beneficios potenciales en reducción de morbilidad y mortalidad que se alcanzarían si los servicios se brindaran de manera oportuna y con calidad[[1](#)]. Según el indicador de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la probabilidad de muerte prematura por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas se redujo de 17,5% a 14,9% entre 2000 y 2018; un avance insuficiente para alcanzar la meta global de reducir en un tercio hasta 2030, y por debajo del desempeño de países de la región con ingreso per cápita similar. En un país donde los sistemas públicos de salud son gestionados principalmente por las provincias, la falta de integración e intercambio oportuno de información entre niveles de atención y entre provincias dificulta la continuidad del cuidado, genera demoras diagnósticas y terapéuticas, y limita el seguimiento poblacional. La CCLIP de Transformación Digital en Salud ([AR-O0033](#)) responde a este contexto escalando la transformación digital a varias provincias bajo un marco programático común de estándares, interoperabilidad y gobernanza, con el Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL) como articulador técnico. El Proyecto se enmarca en la Estrategia Nacional de Salud Digital 2025-2030, desarrollada por el MINSAL con las provincias, que orienta la interoperabilidad y la integración progresiva de los ecosistemas digitales subnacionales.
- 1.3 **Contexto del Proyecto.** La PRN, ubicada en la Patagonia argentina, tiene una población de aproximadamente 792 mil habitantes en 2026 (1,7% del total nacional) sobre una superficie de 203.013km² (7,3% del territorio nacional). Su baja densidad poblacional (3,7hab/km²) plantea el desafío de garantizar acceso equitativo a la salud en zonas aisladas. Aproximadamente, 34% de la población rionegrina tiene CPE. La PRN financia y gestiona la totalidad de los establecimientos públicos de salud: 191 CA Primaria de la Salud (CAPS) y 37 hospitales. El gasto en salud representó 12,4% del presupuesto provincial en 2025. El sistema público cuenta con 7.150 agentes y profesionales.
- 1.4 **Problema principal.** La capacidad del sistema público de salud de la PRN presenta limitaciones para reducir de manera efectiva la carga evitable de enfermedad en su población con CPE. La carga de enfermedad se mide

- habitualmente en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), que combinan los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y los años vividos con limitaciones de salud a causa de la enfermedad[1]. Argentina presenta un perfil de carga de enfermedad dominado por las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). En 2023, estas enfermedades explicaron 77,08% de los AVAD (72,45% en varones y 81,79% en mujeres) y 72,22% de los AVPP. Las enfermedades cardiovasculares explicaron 14,92% de los AVAD, los cánceres 14,45% y la diabetes 2,69%[2], aunque esta cifra subestima la carga real de la diabetes porque no captura su rol como causa intermedia de enfermedad cardiovascular y renal crónica[3]. Aunque no hay estimaciones de AVAD para la PRN, las estimaciones de AVPP a nivel provincial muestran un patrón consistente con el nacional: los cánceres causaron 25,42% de los AVPP provinciales en 2023, las enfermedades cardiovasculares 16,42% y la diabetes directamente el 2,26%[4].
- 1.5 La hipertensión arterial y la hipoglucemia son predictores de la carga de enfermedad asociada a las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. La hipertensión daña órganos y arterias, aumentando el riesgo cardiovascular y renal. Las personas de 35-59 años con hipertensión tienen 2,15 veces mayor probabilidad de mortalidad cardiovascular prematura, respecto a quienes se encuentran dentro de umbrales de control[5]. La glucosa elevada aumenta el riesgo renal, visual, neurológico y cardiovascular; un año fuera de control se asocia a 100 días de vida perdidos[6]. Estudios en Argentina muestran que solo alrededor de una cuarta parte de las personas que saben que tienen hipertensión, tienen presión arterial controlada, y que casi la mitad de quienes saben que padecen diabetes no alcanzan control glucémico adecuado[13][14]. En 2025, solo 3,98% de mayores de 18 años con hipertensión y CPE tenían presión arterial controlada, registrada en el Ecosistema Digital de Salud de Río Negro (EDSRN), y apenas 2,75% de personas con diabetes y CPE registraba glucemia controlada. Estas cifras reflejan brechas en detección, seguimiento y registro sistemático del control.
- 1.6 La mortalidad específica por cáncer constituye una medida directa del componente fatal de su carga de enfermedad. El cáncer de mama es el de mayor mortalidad entre mujeres, y el colorrectal es el segundo en mortalidad en ambos sexos; mientras que el cáncer de pulmón es el primero entre hombres y el cervicouterino el cuarto en mujeres[15]. El cáncer de mama, colorrectal y cervicouterino cuentan con estrategias comprobadas para reducir la mortalidad mediante tamizaje y detección temprana[7][8][9][10]. La razón Mortalidad/Incidencia (MIR) permite medir indirectamente la efectividad del sistema frente al cáncer: valores más bajos sugieren mejores resultados en detección, diagnóstico y tratamiento[11]. En 2022, Argentina registró una MIR de 0,25 en mama y 0,50 en colorrectal y cervicouterino, por encima de varios países de la región[12]. En Río Negro, las estimaciones de mortalidad por estos cánceres para 2025 superan las tasas nacionales de 2022.
- 1.7 **Determinantes del problema principal.** La carga evitable de enfermedad asociada a las líneas de cuidado priorizadas —hipertensión, diabetes y cánceres de mama, colorrectal y cervicouterino— resulta de la interacción entre cinco determinantes: (1) las condiciones sociales y ambientales; (2) los factores individuales y conductuales; (3) la disponibilidad de información clínica

estructurada, integrada y accionable; (4) la gestión de la oportunidad y continuidad de las trayectorias de cuidado, y (5) la capacidad resolutoria asistencial y terapéutica de la red de servicios. Los dos primeros operan principalmente fuera del sistema de salud; los últimos tres son internos al sistema. De estos, el Proyecto interviene directamente sobre los determinantes 3 y 4 -secuencialmente dependientes y propios del ámbito de acción del MSRN-, en tanto que el determinante 5, constituye una condición complementaria, no una brecha que la operación se proponga cerrar directamente.

- 1.8 **Determinante 3: Brechas en información estructurada e integrada.** Sin información clínica disponible, estructurada e integrada, no es posible gestionar trayectorias de cuidado, identificar a las personas que necesitan seguimiento ni medir si el sistema alcanza las metas clínicas esperadas[16][18]. Las limitaciones en la cobertura y completitud del registro clínico estructurado, la fragmentación entre los sistemas que conforman el EDSRN y las insuficiencias en la interoperabilidad con el Instituto Provincial del Seguro de Salud (IPROSS) y el sector privado reducen esta capacidad operativa y analítica. Como resultado, la información relevante para la toma de decisiones se encuentra dispersa, incompleta o no disponible oportunamente, lo que impide conformar patrones confiables, coordinar acciones de seguimiento longitudinal y monitorear el desempeño del sistema. Este determinante se expresa en cinco problemas interrelacionados.
- 1.9 El primero es la falta de conectividad y equipamiento básico: solo 50% de una muestra de CAPS y 23% de los hospitales cumplen estándares mínimos de infraestructura digital. Como consecuencia, en 2025 solo 20% de las personas con CPE tuvieron una interacción sanitaria registrada en el EDSRN en los últimos dos años, y solo 19% de las consultas ambulatorias de primer nivel y 16% de las consultas de emergencia fueron registradas electrónicamente[4]. Esta brecha impide recibir resultados electrónicos y realizar teleconsultas, generando barreras al seguimiento oportuno.
- 1.10 El segundo problema es que aún donde existe infraestructura básica, se presenta cobertura insuficiente del registro clínico estructurado: los egresos hospitalarios no se registran electrónicamente, lo que impide continuidad informacional entre niveles de atención y monitoreo de trayectorias de mayor complejidad. Los datos de estudios clínicos e imágenes no están disponibles a nivel del registro clínico, dificultando la continuidad oportuna de la atención. A esto se suma la ausencia de herramientas que asistan al personal en el registro estructurado y la codificación diagnóstica automática.
- 1.11 Un tercer problema es la fragmentación de la información clínica entre subsectores. IPROSS —con más de 170.000 afiliados— no tiene interoperabilidad con el sistema público, y se estima que un 13,5% de sus afiliados se atienden en el MSRN, de modo que una parte importante de la historia clínica permanece fragmentada, afectando la continuidad del cuidado.
- 1.12 Como consecuencia de los tres problemas anteriores, el sistema tiene capacidad insuficiente para transformar la información disponible en gestión poblacional activa (cuarto problema): sin registro electrónico que identifique a quienes no han realizado tamizaje, el sistema no puede contactarlos. Esto se refleja en que en

2025 ninguna persona de 50 a 75 años con CPE sin tamizaje de cáncer colorrectal y ninguna mujer de 30 a 65 años sin tamizaje cervicouterino, había sido contactada para promover su realización. A ello se suma la dificultad en acceso y participación de la población en las rutas de cuidado, que no permite a las personas usuarias del sistema público acceder a su información clínica, gestionar turnos, recibir recordatorios de controles y tamizajes pendientes y realizar trámites de salud de forma remota. También persisten barreras de accesibilidad digital, ya que muchas herramientas de salud dificultan el acceso de Personas con Discapacidad. (PcD). Actualmente, el MSRN tiene registradas a 10.440 personas con Certificado Único de Discapacidad, de las cuales 35% cuenta con CPE[49].

- 1.13 Finalmente, el quinto problema es que el EDSRN enfrenta capacidades institucionales, operativas y técnicas insuficientes en seguridad de la información, adopción de sistemas y gestión del cambio. Los efectores carecen de tableros de indicadores accionables y de acuerdos de gestión que vinculen desempeño observado con compromisos de mejora, lo que limita la capacidad del sistema de aprender y corregir a partir de su propia información[24]. La ausencia de capacidades analíticas a nivel central también restringe la posibilidad de convertir el ecosistema digital en un instrumento de planificación estratégica.
- 1.14 **Determinante 4: Gestión de la oportunidad y continuidad de las trayectorias de cuidado.** La capacidad del sistema para identificar activamente a las personas con hipertensión, diabetes y riesgo oncológico, sostener su seguimiento longitudinal conforme a protocolos clínicos, y garantizar tiempos adecuados entre tamizaje positivo y diagnóstico confirmatorio determina en qué medida estas enfermedades se controlan oportunamente y el daño evitable se previene[18][25][26]. Una fracción sustantiva de muertes evitables mediante atención sanitaria se debe a su baja calidad y no a ausencia de servicios o dificultades de acceso[27]. Este determinante se refiere a la calidad vinculada con la identificación activa, el seguimiento longitudinal, la oportunidad de tamizaje, la confirmación diagnóstica y la gestión de trayectorias de cuidado y se expresa en tres problemas.
- 1.15 El primero, en cuanto al seguimiento de hipertensión y diabetes, en 2025 solo 5,11% de las personas con CPE e hipertensión y 15,42% de las personas con diabetes tenían registrado el paquete básico de seguimiento clínico —consulta médica anual, medición periódica de presión arterial o hemoglobina glicosilada, y dispensación de medicación. El EDSRN no puede monitorear tratamientos ni detectar interrupciones, mientras la concentración de especialistas en ciudades limita el seguimiento en zonas alejadas[36]. El escaso desarrollo de la telesalud limita el acceso a servicios, especialmente para población dispersa y PcD. En países de ingresos medios y bajos, esta población enfrenta barreras físicas, comunicacionales y organizacionales para acceder a la atención primaria[48]. A esto se suma la ausencia de herramientas analíticas integradas al punto de atención que generen alertas sobre pacientes con seguimiento vencido o fuera de control, apoyen la decisión clínica y conecten las necesidades identificadas con la oferta de la red[49].
- 1.16 El segundo problema es en tamizaje oncológico, donde las coberturas son insuficientes en los tres cánceres priorizados. Para cáncer cervicouterino, en 2025 se registraron aproximadamente 6.212 procedimientos de Papanicolau (PAP) en

hospitales públicos, equivalentes al 16,6% de la meta anual esperable, y ninguna mujer de 30 a 65 años con CPE tenía registrado un tamizaje mediante test de VPH—método con sensibilidad superior al 90% frente al 30% y 87% que varía en el PAP— con procesamiento automatizado y posibilidad de auto toma que en Argentina ha cuadruplicado la cobertura en poblaciones vulnerables[28][29]. Para cáncer colorrectal, solo 3% de las personas de 50 a 75 años con CPE había realizado un test de sangre oculta en los últimos 24 meses. Para cáncer de mama, 22,4% de las mujeres de 50 a 75 años con CPE tenían una mamografía en los últimos 12 meses, representando 10,4% de la meta anual esperable.

- 1.17 El tercer problema es la demora en la confirmación diagnóstica oncológica. En 2025, solo 47% de mamografías positivas completaron confirmación antes de 60 días, 39% de test VPH antes de 90 días y 16% de sangre oculta antes de 180 días—umbrales establecidos por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos[30]. La evidencia muestra que cada mes de demora entre diagnóstico y tratamiento aumenta la mortalidad entre 6% y 13%[31], las demoras en el proceso diagnóstico previo también incrementan el riesgo de progresión tumoral. Un factor que contribuye a estas demoras es la ausencia de infraestructura de gestión digital de imágenes: sin almacenamiento y transmisión digital, la interpretación de estudios radiológicos y mamográficos exige la coincidencia física del estudio y el especialista, lo que en una provincia extensa con especialistas concentrados en pocos centros urbanos, introduce demoras evitables[34][35]. A esto se suma un vacío programático: las prestaciones de confirmación diagnóstica oncológica no están incluidas en el Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar, cuyo esquema de pago por resultados define qué prestaciones son prioritarias y con qué estándares de calidad deben brindarse, por lo que este vacío las invisibiliza en la programación asistencial. El Proyecto focaliza su intervención en los Determinantes 3 y 4 porque ambos operan directamente dentro del ámbito de acción del MSRN y son secuencialmente dependientes. Mejorar la gestión de la oportunidad y continuidad de las trayectorias de cuidado requiere contar con información clínica estructurada e integrada que permita identificar a las personas que necesitan seguimiento, medir el desempeño y gestionar trayectorias de cuidado en el tiempo. Al intervenir sobre ambos de manera articulada, se busca generar las condiciones para que las mejoras en el desempeño se traduzcan en reducciones sostenibles en la carga evitable de enfermedad en la población con CPE de RN.
- 1.18 **Soluciones propuestas y evidencia de su efectividad.** Para abordar los ocho problemas identificados en los Determinantes 3 y 4 (sección 3.1, [EER#1](#)), el Proyecto implementará un paquete integrado[49] de siete soluciones complementarias, cuya evidencia se desarrolla en la sección 4.1 de [EER#1](#). La cadena causal opera de esta manera: El Problema 1 se aborda con la Solución 1 que fortalece las condiciones habilitantes para que los CAPS y hospitales operen digitalmente. Los Problemas 2 y 3 se abordan con la Solución 2 que escala la HSI, incorpora IA para la codificación diagnóstica, despliega plataformas de interoperabilidad y consolida la estrategia de seguridad de la información. El Problema 4 se aborda con la Solución 3 mediante el portal del paciente y la red de telesalud. El Problema 5 se aborda en tres dimensiones complementarias: la seguridad de la información, por la Solución 2; la mejora continua y monitoreo, por la Solución 5 que pone énfasis en los resultados, a través de la gestión del desempeño basada en tableros integrados, comparadores entre pares y acuerdos

de gestión que impulsan ciclos sistemáticos de mejora continua; y las capacidades humanas e institucionales, por la Solución 7 que opera transversalmente al conjunto, dado que la ausencia de adopción y gobernanza es la principal causa de fracaso de los sistemas digitales en salud[24]. Los Problemas 6, 7 y 8 se abordan articuladamente por la Solución 4 que instala el sistema de gestión de pacientes en red, la trazabilidad de medicamentos, el portal del personal de salud y la ampliación del Sumar+[47] y por la Solución 6 que alinea las Redes Integradas y la articulación MSRN-IPROSS; las Soluciones 4 y 5 se alinean con el Marco HEARTS[49]. Este encadenamiento se traduce en un cambio de modelo de atención: pasar de un sistema reactivo a un sistema de gestión activa y poblacional del cuidado, que identifica, contacta y sostiene el seguimiento de las personas con CPE. Las Soluciones 1 y 2 fortalecen las condiciones habilitantes; sobre esa base, la Solución 3 reduce barreras de acceso; la Solución 4 convierte la participación en gestión longitudinal efectiva; la Solución 5 instala el pago por desempeño y los ciclos de mejora continua; la Solución 6 alinea la arquitectura organizacional con las rutas de cuidado priorizadas; y la Solución 7 garantiza la adopción efectiva y sostenida. Para mayores detalles, ver [EER#1](#), sección 4.2.

- 1.19 **Solución 1: Infraestructura digital habilitante.** Implica inversiones en conectividad y equipamiento en CAPS(P1.1) y hospitales(P1.2), infraestructura fortalecida en central de datos(P1.3) y servidores de imágenes médicas(P1.4). Con esta solución, todos los CAPS quedarán habilitados como nodos de telesalud(P2.1) y un subconjunto recibirá kits de telemedicina, así como la provisión de insumos para tamizaje -que amplían el menú prestacional para el manejo de las enfermedades no transmisibles(P1.1). La evidencia muestra que la telesalud mejora el acceso a atención especializada en zonas alejadas y reduce inequidades asociadas a la concentración de especialistas en centros urbanos[36], y que la ausencia de sistemas de transmisión digital de imágenes introduce demoras estructurales en el diagnóstico en contextos geográficos como el de RN[34][35].
- 1.20 **Solución 2: Registro clínico estructurado e integrado.** Expandirá la Historia de Salud Integrada (HSI) con funcionalidades priorizadas para las líneas de cuidado sanitario cardio-metabólico y oncológico(P2.2), incorporará inteligencia artificial para el registro estructurado y la codificación diagnóstica automática(P2.5), plataformas de interoperabilidad con IPROSS(P2.6)(P2.7), e implementará una estrategia de seguridad de la información(P3.12). El impacto de las historias clínicas electrónicas depende de su integración a los procesos asistenciales y de la adopción efectiva[24]; la interoperabilidad reporta beneficios en continuidad asistencial cuando se acompaña de estándares y gobernanza del dato[38][39]; y la inteligencia artificial ofrece posibilidades de estandarizar la adquisición y análisis de información clínica en contextos de recursos limitados[37].
- 1.21 **Solución 3: Acceso y participación activa de la población en las rutas de cuidado.** La red provincial de telesalud(P2.1) y el portal del paciente —que permitirá gestionar turnos, recibir recordatorios y acceder a información clínica(P2.3)— actuarán sobre la interfaz entre el sistema y la población. La evidencia reporta asociaciones entre portales del paciente y mayor adherencia al seguimiento en personas con enfermedades crónicas[42][44], y un experimento coordinado por el BID en Uruguay mostró que herramientas digitales combinadas

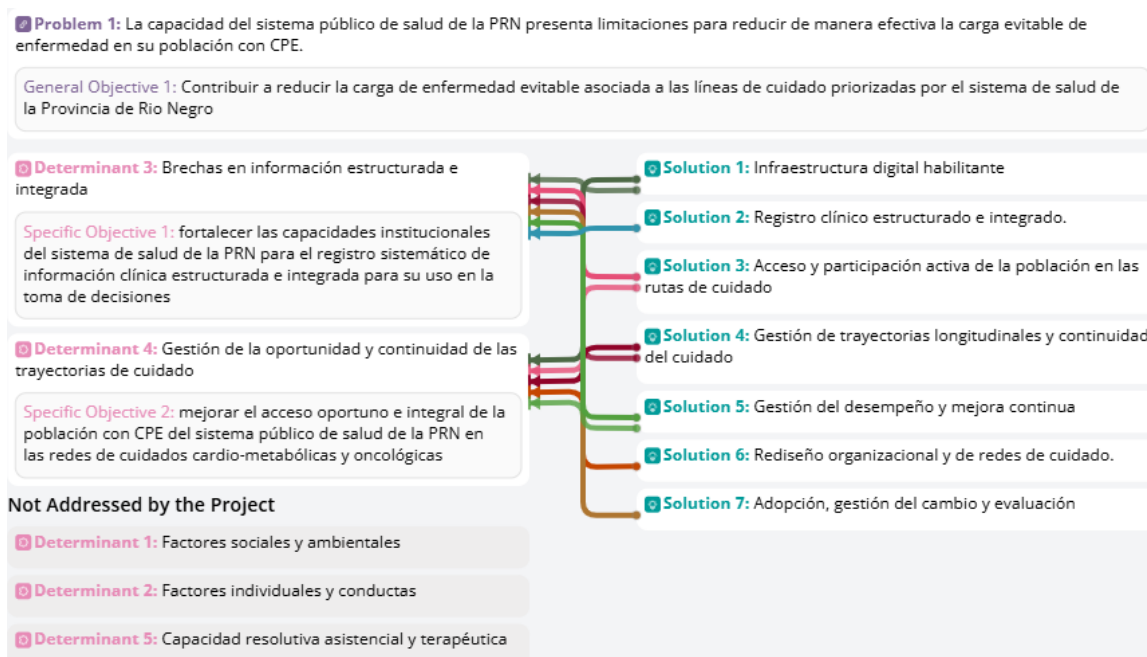
con estrategias de activación ciudadana aumentan significativamente la utilización de servicios preventivos en poblaciones vulnerables[43].

- 1.22 **Solución 4: Gestión de trayectorias longitudinales y continuidad del cuidado.** Un sistema de gestión de pacientes en red identificará, estratificará y hará seguimiento activo de personas con condiciones crónicas o en rutas oncológicas(P2.8); un sistema de trazabilidad de medicamentos detectará interrupciones en el tratamiento antes de que se traduzcan en pérdida de control clínico(P2.9); un portal del personal de salud centralizará información y alertas en el punto de atención(P2.4); y la ampliación del Sumar+ a prestadores públicos, incorporará las prestaciones de confirmación diagnóstica oncológica actualmente no cubiertas, visibilizando y generando incentivos para que los efectores garanticen la oportunidad de las rutas oncológicas priorizadas(P3.10). La evidencia muestra impactos positivos de los sistemas de soporte a la decisión clínica en el desempeño del personal[45], mejoras en adherencia farmacológica cuando se combinan recordatorios y seguimiento activo[23], y que los esquemas de pago por desempeño pueden mejorar la utilización de servicios priorizados[46] con respaldo específico de la experiencia del Programa Sumar en Argentina[47].
- 1.23 **Solución 5: Gestión del desempeño y mejora continua.** Tableros integrados con indicadores accionables y comparadores entre pares para el nivel central, las zonas sanitarias y los CAPS y hospitales(P3.5), junto con acuerdos de gestión de promoción de la mejora continua (P3.6) vincularán el desempeño observado con planes de mejora, operados por una unidad de ciencia de datos en salud(P3.3). La evidencia muestra que la retroalimentación sobre desempeño es más efectiva cuando es repetida, específica y se acompaña de planes de acción y facilitación[41]. Esta solución permitirá monitorear el uso efectivo de la información.
- 1.24 **Solución 6: Rediseño organizacional y de redes de cuidado.** El rediseño del modelo organizativo del Ministerio y las zonas sanitarias(P3.1), del modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud con roles definidos por nivel de complejidad y mecanismos de referencia y contrarreferencia(P3.4), y del modelo de articulación MSRN-IPROSS(P3.11) asegurarán la continuidad del cuidado sanitario para personas que transitan entre subsectores. La unidad de planificación estratégica(P3.2) proveerá la capacidad institucional para monitorear y evaluar esta transformación organizacional.
- 1.25 **Solución 7: Adopción, gestión del cambio y evaluación.** Financiará la Unidad de implementación y gestión del cambio(P3.7), la estrategia de comunicación(P3.8), el programa de alfabetización digital para el personal de salud(P3.9), la evaluación continua de la estrategia digital(P3.13) y la evaluación de impacto del proyecto(P3.14). Esta solución es transversal al conjunto: la evidencia señala consistentemente que la ausencia de estrategias de adopción y gobernanza es la principal causa de fracaso en la implementación de sistemas digitales en salud[24].
- 1.26 **Contribución esperada del Proyecto.** El Proyecto apunta a cerrar paulatinamente las brechas de desempeño del sistema público en las cinco líneas de cuidado priorizadas. Se espera incrementar el seguimiento anual documentado de personas con hipertensión de 5,11% a 35% y de personas con diabetes de

15,42% al 30%. Asimismo, se espera aumentar el tamizaje de cáncer colorrectal de 3% al 40%, el de cáncer cervicouterino mediante test de VPH del 0% al 55%, y el de cáncer de mama del 22,4% al 70%. En acceso oportuno a confirmación diagnóstica, se espera incrementar la proporción de personas con prueba confirmatoria de cáncer colorrectal (CCR) en menos de 180 días del 16% al 50%, de cáncer de mama (CM) en menos de 60 días del 47% al 70%, y de cáncer de cuello uterino (CCU) en menos de 90 días desde el 39% hasta el 75%. En digitalización, el Proyecto apunta a que el 60% de las personas con CPE tengan una interacción registrada en el ecosistema digital, el 70% de las consultas del primer nivel de atención (PNA) y el 60% de las de guardia queden registradas en historia clínica electrónica (HCE), y el 35% de los egresos hospitalarios se registren electrónicamente.

- 1.27 **Beneficiarios.** Bajo este Proyecto se beneficiará de manera directa a aproximadamente 320.000 habitantes de PRN, que cuentan con CPE. De manera indirecta, se beneficiará al resto de los habitantes de la PRN que utilizan cada año los servicios públicos de salud.
- 1.28 **Análisis Económico.** Se realizó un análisis económico([EEO#3](#)) que monetiza los beneficios derivados del cumplimiento de las metas del objetivo específico de desarrollo 2, a una tasa de descuento del 3%. La principal estrategia de capitalización de beneficios fue estimar los AVAD evitados como consecuencia de mejoras en el seguimiento y atención integral a las personas con hipertensión y diabetes, y de reducciones en el tiempo hasta el inicio de tratamiento de los tres cánceres priorizados. El logro de las metas para los indicadores sanitarios implica 995 AVAD evitados para enfermedades crónicas y 6.549 AVAD para cáncer, en un periodo de 11 años (6 años después de la terminación esperada del proyecto). El Valor Presente Neto del proyecto es US\$33,2millones, la Tasa Interna de Retorno es 11,1% y la relación beneficio costo alcanza 1,3. Los resultados son robustos al análisis de sensibilidad probabilístico/determinístico empleado, sensibilizando varios parámetros. Esta estimación es conservadora: la infraestructura digital y las capacidades institucionales que el Proyecto instala generarán previsiblemente externalidades positivas sobre indicadores sanitarios no contemplados en el análisis, por lo que los beneficios reales del Proyecto pueden ser sustancialmente mayores.

Gráfico 1. Resumen Teoría del Cambio



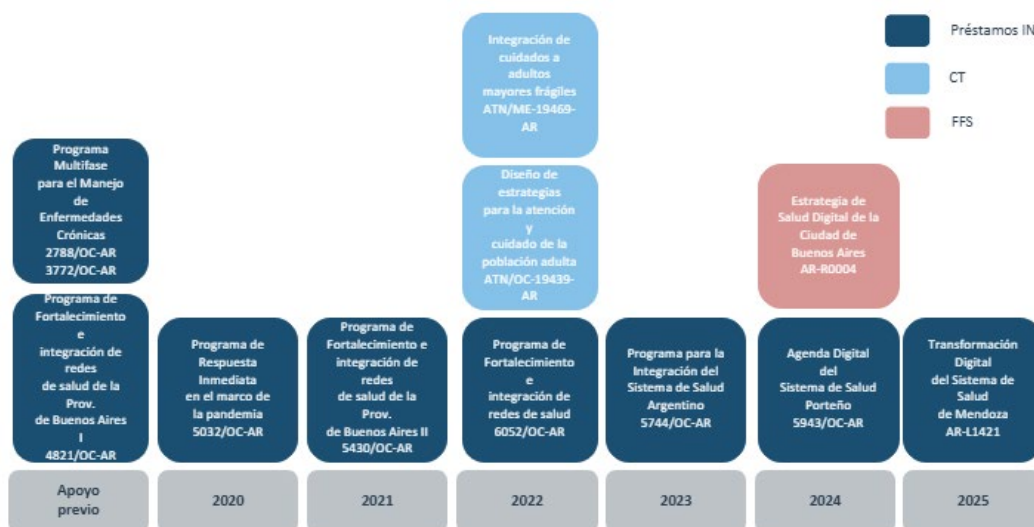
Nota: [Teoría de Cambio](#) detallada.

B. Adicionalidad del Banco

- 1.29 **Enfoque programático.** El BID ha mantenido un enfoque programático coherente en el sector salud en Argentina, priorizando el fortalecimiento de redes integradas de servicios con foco en la atención primaria y la transformación digital del sistema. Desde 2012, se implementó este enfoque mediante las operaciones [2788/OC-AR](#), [3772/OC-AR](#), [5032/OC-AR](#), [5744/OC-AR](#) y [6052/OC-AR](#) con el Gobierno Nacional, y [4821/OC-AR](#) y [5430/OC-AR](#) con la Provincia de Buenos Aires. La transformación digital fue promovida transversalmente en esas operaciones y de manera sistémica en [5032/OC-AR](#) y [5744/OC-AR](#), tomando como referencia el modelo de la Casa Digital del BID; las operaciones [5943/OC-AR](#) con la Ciudad de Buenos Aires (CABA) y [6140/OC-AR](#) con Mendoza junto con el Pago por Servicios Brindados realizado con CABA (AR-R0004) para el diseño de su Agenda de Transformación Digital, consolidan este enfoque con una combinación de instrumentos de préstamo y asistencia técnica. La operación avanza la visión de la CCLIP al impulsar un modelo replicable de transformación digital orientado a resultados, integrando gestión clínica, líneas de cuidado prioritarias y evidencia en redes geográficamente dispersas.
- 1.30 El diseño del Proyecto incorpora aprendizajes de operaciones previas del BID. Primero, orientar la digitalización a casos de uso concretos ([3007/OC-UR](#), [4300/OC-UR](#), [5032/OC-AR](#), [5744/OC-AR](#) y [6140/OC-AR](#)), lección reflejada en la incorporación de indicadores sanitarios a nivel de Objetivo Específico en la Matriz de Resultados, asegurando que la inversión digital se traduzca en mejoras de desempeño del SNIS y no en un fin en sí misma. Segundo, emplear herramientas digitales para ampliar el acceso y fortalecer el seguimiento de los servicios ([RG-E1591](#)), aprendizaje trasladado al diseño del Componente 2. Tercero, combinar infraestructura digital con procesos clínicos rediseñados y

equipos capacitados ([6140/OC-AR](#)), lección que motivó la separación de la operación en dos Objetivos Específicos de Desarrollo articulados con los Componentes 1 y 2, evitando enfoques exclusivamente tecnológicos. Cuarto, fortalecer el liderazgo institucional como condición habilitante de la transformación ([3007/OC-UR](#)), criterio aplicado al diseño de los arreglos de gobernanza incorporados en el Componente 3. Y quinto, co-construir estrategias con actores subnacionales y prestadores para asegurar apropiación y sostenibilidad([5032/OC-AR](#)), enfoque reflejado en la arquitectura participativa del Componente 3.

Gráfico 2. Línea de tiempo del apoyo del Banco



- 1.31 **Adicionalidad No Financiera.** El Banco brindó asistencia técnica al MSRN para el desarrollo de la Estrategia Provincial de Salud Digital y el diseño institucional de la Secretaría de Salud Digital, fortaleciendo las capacidades de rectoría provincial. El Proyecto incorpora por primera vez en Argentina herramientas de telesalud y telediagnóstico en una red rural patagónica de alta dispersión territorial, ampliando la capacidad resolutoria de efectores aislados. Además, articula el fortalecimiento del ecosistema digital con mecanismos de financiamiento sanitario del Programa Sumar+ e IPROSS, refuerza la HSI como bien público digital multiprovincial y se alinea con la Estrategia Nacional de Salud Digital 2025–2030 mediante estándares de interoperabilidad comunes.
- 1.32 **Sinergias con el sector privado.** Aunque el alcance de la interoperabilidad financiada se circunscribe al ecosistema digital del Ministerio y a IPROSS, su diseño sienta las bases institucionales y técnicas para una extensión progresiva hacia el sector privado de la provincia. Esto es relevante dado que en RN los subsectores no operan de manera estanca: IPROSS contrata servicios con prestadores privados, y en zonas donde el efector público es el único presente, afiliados de IPROSS y de coberturas privadas acceden al sistema público, generando flujos de recupero de costos que demandan trazabilidad informacional entre subsectores. El Proyecto establece un primer eslabón de integración que, por diseño, es extensible y compatible con una arquitectura de interoperabilidad provincial más amplia.

- 1.33 **Colaboración con otras instituciones.** El BID y la OPS mantienen un acuerdo de colaboración regional en salud digital enmarcado en la iniciativa Ruta Panamericana de Salud Digital ([PH4H](#)), con lo cual el Proyecto es congruente. Asimismo, Argentina hace parte de la Alianza para la Atención Primaria de Salud en las Américas, impulsada por la OPS, el BID y el Banco Mundial, y el Proyecto se alinea con su objetivo de fortalecer el primer nivel de atención, reducir la fragmentación de los servicios y mejorar la equidad en el acceso.

II. COSTOS Y ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO

A. Componentes del Proyecto.

- 2.1 **Componente 1. Infraestructura Digital Habilitante (US\$36,86 millones).** Contribuye al logro del Objetivo Específico de Desarrollo (OED) 1, al instalar en los efectores y en la infraestructura central del MSRN las condiciones tecnológicas mínimas sin las cuales no es posible registrar digitalmente la actividad asistencial ni operar el ecosistema de información provincial. Asimismo, contribuye al OED 2, al llevar a los CAPS y hospitales de la red pública a operar con la canasta prestacional correspondiente a su tipología funcional y con el equipamiento médico y digital necesario para brindar las prestaciones de las líneas de cuidado priorizadas, e instalar los nodos físicos de telemedicina que extienden el acceso a atención especializada hacia zonas alejadas. Se financiará readecuación edilicia, bienes y servicios distintos de consultoría para los siguientes productos: (i) P1.1.CAPS del sistema público con equipamiento médico adecuado a su nivel de complejidad y con capacidad digital instalada (conectividad y dispositivos); (ii) P1.2.Hospitales del sistema público con equipamiento médico adecuado a su nivel de complejidad y capacidad digital instalada, operando la cartera de servicios que corresponde a su tipología en la red; (iii) P1.3.Infraestructura centralizada de procesamiento, almacenamiento y ciberseguridad que sostiene el ecosistema digital provincial del MSRN y su ecosistema digital, fortalecida en capacidad y cumplimiento de estándares internacionales de disponibilidad, seguridad y eficiencia energética; (iv) P1.4.Infraestructura de almacenamiento y transmisión de imágenes médicas digitales que permite la consulta remota de estudios radiológicos, mamográficos y ecográficos entre efectores de la red; y (v) P1.5.Sedes operativas de IPROSS con equipamiento tecnológico que les permite operar la plataforma digital institucional y participar activamente en el ecosistema de interoperabilidad provincial.
- 2.2 **Componente 2. Ecosistema digital integrado (US\$11,02 millones).** Contribuye al logro del OED1, al construir el ecosistema de información clínica estructurada, integrada e interoperable que convierte la actividad asistencial en datos accionables para la gestión sanitaria y la toma de decisiones. Contribuye asimismo al OED2, al proveer los sistemas de información y plataformas digitales que permiten identificar activamente a las personas con condiciones crónicas o riesgo oncológico (se incluye cáncer cervicouterino y cáncer de mama), conectar sus necesidades con la oferta de servicios de la red, gestionar sus trayectorias de cuidado a lo largo del tiempo y garantizar la continuidad informacional entre niveles y subsectores. Se financiará bienes, servicios de consultoría y servicios distintos de consultoría para los siguientes productos: (i) P2.1.Red provincial de

telemedicina operando sobre una plataforma que permite consultas remotas entre efectores y niveles de atención, extendiendo el acceso sin desplazamiento físico, e incluye la instalación de kits de tele diagnóstico, junto con la digitalización y traducción de materiales de prevención y promoción de la salud en lenguas originarias, y el uso de herramientas de traducción para generar contenidos y facilitar los servicios digitales de salud para un subconjunto de establecimientos que amplía su menú prestacional; (ii) P2.2.HSI ampliada con nuevas funcionalidades priorizadas para el registro estructurado de las líneas de cuidado cardio metabólica y oncológica, integrada con laboratorio, imágenes y otros sistemas clínicos del ecosistema provincial; (iii) P2.3.Plataforma digital que permite a los usuarios acceder a su información clínica, gestionar turnos, recibir recordatorios de controles y tamizajes pendientes y realizar trámites de salud de forma remota, con desarrollo iterativo a partir del uso real y la retroalimentación, con Pautas de Accesibilidad para el Contenido Web (WCAG 2.1 AA, por sus siglas en inglés); (iv) P2.4.Plataforma que centraliza la información clínica del paciente, listas de trabajo, alertas y herramientas de gestión de la atención para los equipos en el punto de contacto, con desarrollo iterativo y con estándares de accesibilidad WCAG 2.1 AA.; (v) P2.5.Herramientas de IA integradas a la HSI que asisten al personal en la carga estructurada de información clínica, la codificación diagnóstica automática y la generación de alertas; (vi) P2.6.Infraestructura de intercambio estandarizado de datos clínicos y administrativos entre los sistemas del ecosistema provincial (HSI, laboratorio, imágenes, IPROSS) que permite que la información clínica acompañe al paciente entre prestadores y subsectores; (vii) P2.7.Sistema de información de IPROSS que digitaliza la gestión de prestaciones, autorizaciones y derivaciones, integra su información con el sistema público provincial e incluye el modelo operativo digital; (viii) P2.8.Sistema que identifica y estratifica a las personas con condiciones crónicas o en rutas oncológicas, conecta sus necesidades con la cartera de servicios de los efectores y genera alertas cuando se interrumpe el seguimiento; y (ix) P2.9.Sistema que rastrea el circuito del medicamento desde su compra, almacenamiento, pasando por la prescripción hasta la dispensación y detecta interrupciones en el tratamiento.

- 2.3 **Componente 3. Fortalecimiento del modelo de cuidados y gestión del cambio (US\$10,57 millones).** Contribuye al logro del OED1, al desarrollar las capacidades humanas e institucionales necesarias para que el ecosistema digital se adopte de manera efectiva y sostenida, se genere y use información de calidad y se evalúe sistemáticamente el desempeño de la estrategia. Contribuye asimismo al OED2, al rediseñar la organización de las redes de cuidado, instalar mecanismos de gestión del desempeño clínico, establecer acuerdos de gobernanza intersectorial con IPROSS y ampliar el financiamiento de prestaciones de las rutas de cuidado. El componente financiara servicios de consultoría y servicios distintos de consultoría para los siguientes productos: (i) P3.1.Rediseño formal de la estructura organizacional del Ministerio, con roles, funciones y mecanismos de coordinación alineados con la gestión de redes integradas y la estrategia de salud digital; (ii) P3.2.Capacidad institucional instalada en el Ministerio para la planificación, monitoreo y evaluación de la estrategia provincial de salud; (iii) P3.3.Equipo técnico especializado en análisis de datos de salud e inteligencia analítica que convierte la información del ecosistema digital en insumos para la toma de decisiones y diseña los tableros de gestión; (iv) P3.4.Diseño e implementación del modelo de organización de la red

de servicios, con definición de roles por nivel de complejidad, mecanismos de referencia y contrarreferencia, y gestión de trayectorias longitudinales; (v) P3.5.*Dashboards* con indicadores de desempeño clínico disponibles para el nivel central, las zonas sanitarias y los efectores, que alimentan ciclos de mejora continua; (vi) P3.6.Ciclos sistemáticos de monitoreo, retroalimentación y mejora en los efectores, con metas acordadas, comparadores entre pares y planes de acción; (vii) P3.7.Equipo dedicado a acompañar la adopción de nuevos sistemas, procesos y modelos de atención en los efectores; (viii) P3.8.Acciones de comunicación dirigidas a la población para promover servicios preventivos y el uso del portal del paciente, a los efectores para fortalecer la coordinación, y al interior del Ministerio para acompañar la transformación organizacional; (ix) P3.9.Programa de formación en competencias digitales para el personal de salud que promueve el uso efectivo y sostenido del ecosistema digital; (x) P3.10.Transferencias vinculadas con los desembolsos a la prestación de servicios que se describe en el Anexo III (sección III, gastos no derivados de procesos de adquisiciones). El mecanismo operativo y de incentivos se instrumentará a través del Programa Sumar+ —pago por resultados sobre prestaciones reportadas en la HSI—, con un nomenclador de prestaciones ampliado que requerirá la no objeción del Banco conforme a los extremos detallados en el ROP; (xi) P3.11.Acuerdo operativo entre el Ministerio e IPROSS que promueve la continuidad del cuidado para personas que transitan entre el sistema público y la obra social provincial; (xii) P3.12.Plan de seguridad de la información de salud y el desarrollo de capacidades de detección y respuesta a incidentes de ciberseguridad, y el diseño de procesos de desarrollo seguro de software, así como su implementación; (xiii) P3.13.Mecanismo institucional de evaluación continua que incluye procesos, adopción, uso efectivo y resultados intermedios del ecosistema digital; y (xiv) P3.14.Estudio de evaluación de impacto con diseño cuasi-experimental que permite atribuir causalmente los cambios en los indicadores de resultado a las intervenciones del proyecto, generando evidencia para el aprendizaje institucional y la disseminación de la experiencia de RN.

- 2.4 **Administración y auditoría (US\$1,55 millones).** Se financiará gastos asociados a la administración, supervisión, monitoreo y evaluación intermedia del Proyecto, así como auditorías financieras externas anuales.

B. Dimensionamiento y Estructura de Financiamiento.

- 2.5 La segunda operación individual bajo la CCLIP tendrá un costo total de US\$60 millones, financiados íntegramente con recursos de Capital Ordinario del BID. No se prevé aporte local, ni cofinanciamiento. El plazo de desembolso será de cinco años.
- 2.6 El dimensionamiento refleja las brechas de infraestructura digital, la dispersión territorial que encarece conectividad y equipamiento, y la magnitud de las intervenciones necesarias para lograr resultados sanitarios medibles.

Cuadro 1. Costos estimados del Proyecto (US\$ miles)

Componentes	BID	Total	%
Componente 1: Infraestructura digital habilitante	36.863	36.863	61
Componente 2: Ecosistema digital integrado	11.021	11.021	18
Componente 3: Fortalecimiento del modelo de cuidados y gestión del cambio.	10.566	10.566	18
Administración y auditoría	1.550	1.550	3
Total	60.000	60.000	100

C. Instrumento o Modalidad de Financiamiento

- 2.7 Elegibilidad de la segunda operación bajo la CCLIP.** La operación cumple con los siguientes requisitos para su procesamiento, establecidos en la Política y las Directrices Operativas para CCLIP (GN-2246-13 y GN-2246-15): (i) contribuye al logro del objetivo de la CCLIP y sus tres componentes se corresponden con los componentes de la CCLIP enfocados en el sector salud, de la siguiente manera: el Componente 1 corresponde al componente de infraestructura tecnológica e interoperabilidad; el Componente 2 corresponde a los componentes de infraestructura tecnológica e interoperabilidad, analítica de datos e inteligencia sanitaria, y rediseño de procesos clínicos y administrativos; y el Componente 3 corresponde a los componentes de gestión del cambio y formación de recursos humanos, rediseño de procesos clínicos y administrativos; y gobernanza y sostenibilidad institucional; y (ii) se implementó un análisis de capacidad institucional a través del instrumento Plataforma de Análisis de Capacidad Institucional (PACI) 2026 del Banco, identificándose esferas de mejora vinculadas a la capacidad operativa que se describen en la sección de riesgos (¶3.1), juntos con las correspondientes medidas de mitigación. Adicionalmente, a satisfacción del Banco, esta segunda operación cumple con los criterios de elegibilidad del Acuerdo para el Establecimiento de una CCLIP de Transformación Digital en Salud (AR-O0033), ya que: (i) la PRN cuenta con un plan de transformación digital de salud formalmente aprobado, la Estrategia Provincial de Salud Digital¹; (ii) la lógica de esta operación contribuye directamente al objetivo de la CCLIP, contribuir a reducir la carga evitable de enfermedad y muerte en la población bajo la responsabilidad de los gobiernos subnacionales de la Argentina; y (iii) la arquitectura del EDSRN adopta estándares abiertos de interoperabilidad que permiten el intercambio seguro de información con otras entidades subnacionales y entre estas y el nivel nacional, en el marco de la Estrategia Nacional de Salud Digital 2025-2030.
- 2.8 Instrumento de préstamo para la segunda operación bajo la CCLIP.** Consiste en un Préstamo de Inversión Específica (INV-ESP), necesario para garantizar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud. Esta modalidad se justifica dado que es una operación con alcance totalmente definido cuyos componentes no se pueden dividir sin afectar su lógica.

¹ En proceso de aprobación.

III. PRINCIPALES RIESGOS Y SU ESTRATEGIA DE GESTIÓN

A. Riesgos

- 3.1 **Riesgos de capacidad.** A través de la metodología PACI 2026, se concluyó que el OE cuenta con capacidad parcialmente satisfactoria. Se identificaron riesgos de nivel medio-alto: (i) indisponibilidad de recursos humanos especializados en áreas digitales, adquisiciones y gestión financiera, y la complejidad de los flujos de aprobación de los procesos licitatorios. Para mitigarlo, se prevé reforzar los equipos con perfiles especializados e implementar mecanismos de planificación diferenciada de adquisiciones críticas con asistencia técnica temprana; (ii) la insuficiencia de capacidad operativa asistencial y terapéutica de la red para responder a la demanda adicional que el Proyecto permitirá identificar, priorizar y gestionar. Para mitigarlo, se consolidará los mecanismos sistemáticos de monitoreo del desempeño y mejora continua, a fin de identificar oportunamente cuellos de botella operativos, y se evaluará el impacto, generando evidencia causal sobre qué componentes de la intervención producen mejoras observables; (iii) la falta de sostenimiento del liderazgo institucional podría debilitar los ciclos de mejora continua. Para mitigarlo, se promoverá la transferencia de conocimiento hacia los equipos permanentes y se utilizará las instancias de evaluación para generar evidencia y habilitar ajustes durante la ejecución; y (iv) la falta de coordinación entre el MSRN y la Unidad de Provincial de Coordinación y Ejecución del Financiamiento Externo (UPCEFE), del Ministerio de Hacienda, que no cuentan con experiencia previa de trabajo conjunto, podría generar demoras en los procesos de gestión. Para evitar este riesgo, se formalizará los mecanismos de coordinación mediante un Convenio Interministerial como condición especial previa al primer desembolso.
- 3.2 **Riesgos específicos al proyecto.** El riesgo alto se relaciona con el fortalecimiento del EDSRN, el incremento del intercambio de información clínica digital entre plataformas interoperables y de la incorporación de funcionalidades habilitadas por inteligencia artificial, que elevan la exposición a incidentes de ciberseguridad y fallas en la protección de datos o errores en la gobernanza de datos personales, lo que podría afectar la continuidad asistencial y la confianza en el sistema. Para mitigarlo, se incorporará requisitos específicos de ciberseguridad y protección de datos en los componentes tecnológicos. Respecto a los riesgos medio-altos se identificaron: (i) la limitada adopción de los nuevos procesos clínicos y herramientas digitales por factores culturales o institucionales, lo que podría afectar la consolidación de las mejoras más allá del cierre del Proyecto. Para mitigarlo, se monitoreará la efectividad de la estrategia de gestión del cambio(P3.7) para introducir ajustes durante la ejecución; y (ii) la ampliación del programa Sumar+ podría no resultar efectiva para incentivar la confirmación diagnóstica oportuna en las rutas oncológicas priorizadas. Para mitigarlo, se utilizarán los sistemas de monitoreo y evaluación para verificar la efectividad de los mecanismos de incentivos e introducir ajustes durante la ejecución del Proyecto.

B. Sostenibilidad

- 3.3 **Sostenibilidad de los resultados.** Se sustenta en la capacidad del MSRN para absorber los costos recurrentes que se generarán una vez finalizada su ejecución. Al cierre del Proyecto, los costos anuales de operación y soporte de los sistemas de información se estiman cercanos a los US\$300.000, sumados a la reposición de la infraestructura tecnológica y el parque informático (se estima cercano a los US\$350.000), representan aproximadamente 0,5% del presupuesto total anual del Ministerio. Esta magnitud resulta acotada en relación con la asignación que el Ministerio destina actualmente a tecnologías de la información y comunicaciones, cercano al 2% de su presupuesto total, y resulta razonablemente absorbible mediante reasignaciones internas dentro de esa partida, sin requerir incrementos sustantivos del presupuesto sectorial. La sostenibilidad financiera se fortalecerá adicionalmente mediante el incremento de los ingresos por recupero del costo de prestaciones brindadas a personas con cobertura de obras sociales y seguros privados, que actualmente se recuerda una cifra cercana a los US\$6,5 millones, lo que equivale a casi un 10% del presupuesto del Ministerio. A su vez, el Ministerio reconoce que esta cifra refleja solo una fracción del recupero potencial, dado que la fragmentación y falta de trazabilidad en el registro de prestaciones genera una brecha significativa entre lo prestado y lo efectivamente facturado y cobrado. El proceso de digitalización de Mendoza y la implementación en Entre Ríos, según nos informa la PRN, reportaron incrementos en la tasa de recupero de entre el 15% y el 30% en los dos años posteriores a la puesta en operación. Bajo estimaciones, PRN proyecta que se incrementará al menos un 15% gracias a la digitalización de las prestaciones sanitarias y la interoperabilidad con IPROSS.

C. Riesgos ambientales y sociales

- 3.4 De conformidad con el Marco de Política Ambiental y Social (MPAS) del Banco y con base en la información disponible al momento de realizar este Resumen de la Revisión Ambiental y Social (RRAS), la operación se clasifica inicialmente como Categoría C, ya que probablemente provoque impactos ambientales o sociales negativos mínimos, cuando no nulos.
- 3.5 Asimismo, se considera adecuada una clasificación de riesgo ambiental y social (ESRR) moderado, debido a la naturaleza y magnitud de los posibles riesgos e impactos ambientales y sociales que no son significativos, esta calificación del riesgo se actualizará durante la ejecución de la operación.
- 3.6 El riesgo de desastres naturales y cambio climático (DCCRC) se clasifica como bajo, considerando la naturaleza de las intervenciones y la exposición de la provincia de Rio Negro a amenazas como sequias, terremotos, ondas de calor.
- 3.7 Las amenazas identificadas en el área de la operación corresponden principalmente a sequias, deslizamiento de tierras, escases de agua e inundaciones temporales y deslizamientos, clasificadas como alta. En cuanto a la criticidad y vulnerabilidad esta se define como baja dado que el tipo de intervención no modifica sustancialmente el entorno, no implica construcción de infraestructura nueva, las obras físicas no son significativas en cantidad o en complejidad, ni se realizan sobre infraestructura civil, social y/o patrimonial crítica.

IV. ARREGLOS DE EJECUCIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

A. Resumen de los Arreglos de Ejecución

- 4.1 **Mecanismo de ejecución.** El Prestatario será la PRN y el Garante, la República Argentina. El OE es el Ministerio de Salud de la PRN, a través de la Unidad de Ejecución del Proyecto (UEP). La UEP tendrá a su cargo la coordinación general y técnica del Proyecto, así como la presentación de reportes al Banco. El Ministerio de Hacienda, a través de la UPCEFE, tendrá a su cargo los aspectos fiduciarios, de gestión financiera y monitoreo del Proyecto.
- 4.2 A efectos de atender la contratación de consultores individuales del Proyecto, la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) actuará como administradora y gerenciadora de los pagos correspondientes a dichos contratos, sin participar en el proceso de selección, el cual permanecerá bajo la responsabilidad de la UPCEFE. El costo asociado a esta administración será financiado en su totalidad con recursos de PRN, en el marco de un Convenio vigente entre las partes ([EEO#8](#)).
- 4.3 **Lecciones aprendidas para la implementación.** Las operaciones [3007/OC-UR](#), [4300/OC-UR](#) y [4668/OC-JA](#) evidenciaron que la transformación digital requiere gestión continua del cambio, acompañamiento y formación. Asimismo, la Iniciativa Salud Mesoamérica mostró que el monitoreo sistemático con indicadores es clave para identificar brechas y ajustar oportunamente la implementación. En línea con estas lecciones, el Proyecto incluye este tipo de indicadores en el Plan de Monitoreo, Evaluación y Aprendizaje.
- 4.4 **Planificación de actividades para el arranque y adquisiciones clave.** Las actividades que deben implementarse en las etapas iniciales son: (i) realizar un relevamiento de la situación de conectividad, equipamiento y madurez digital en todos los CAPS y hospitales del EDSRN; (ii) preparar las especificaciones técnicas para la adquisición de equipamiento médico e informático; y (iii) realizar el Taller de Arranque para relevar la situación de los indicadores de línea base al momento del inicio del Proyecto y verificar su consistencia con los valores registrados durante la preparación. Las adquisiciones clave son: (a) adecuación y mejoras edilicias para la instalación del nuevo equipamiento; (b) contratación de Lamansys para el desarrollo y evolución de los servicios y funcionalidades de la HSI; (c) adquisición del equipamiento digital para CAPS y hospitales; y (d) desarrollo y puesta en funcionamiento de la plataforma de interoperabilidad de datos.
- 4.5 **Condiciones especiales previas al primer desembolso:** que el Prestatario, por intermedio del Organismo Ejecutor (OE) —el Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro (MSRN), a través de la Unidad de Ejecución del Proyecto (UEP)— haya presentado evidencia de: (i) la aprobación y entrada en vigencia del Reglamento Operativo del Proyecto ([ROP](#)), en los términos acordados previamente con el Banco; (ii) que dentro de la estructura de la UEP se haya asignado y/o contratado, según corresponda, a saber: un Coordinador/a Médico de acuerdo con el perfil establecido en el ROP; y (iii) la suscripción y entrada en vigencia de un convenio

interministerial entre el MSRN y el Ministerio de Hacienda, especificando las funciones y responsabilidades de ambos ministerios en el marco de la ejecución del Proyecto.

- 4.6 **Condiciones especiales de ejecución:** Será condición especial de ejecución que previo al inicio del proceso de selección de consultores individuales del Proyecto, el Prestatario, a través del OE, presentará al Banco el Acta Complementaria específica para el Proyecto en el marco del Convenio Marco de Colaboración vigente entre la PRN y la OEI, para la no objeción del Banco. Esta condición es necesaria para que el Banco pueda verificar que el Acta Complementaria entre el OEI y PRN incluya los términos y condiciones acordados con el Banco en el ROP.
- 4.7 **Acuerdos y Requisitos Fiduciarios:** Se utilizarán las Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras y para la Selección de Consultores financiados por el Banco ([GN-2349-15](#) y [GN-2350-15](#), respectivamente) y la Guía de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el BID (OP-273-12). En el Anexo III se reflejan los lineamientos de gestión financiera y ejecución de adquisiciones que se aplicarán al proyecto
- 4.8 **Contrataciones directas:** El Prestatario ha manifestado su interés en proceder con la Selección Directa para el desarrollo de funcionalidades de la HSI bajo el Componente 2, que llevará a cabo Lamansys SAS, Spin-Off de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Se aclara que es la segunda contratación directa con este proveedor bajo la CCLIP. El Anexo III desarrolla la justificación correspondiente conforme a las políticas del Banco.

B. Arreglos para la Implementación de Monitoreo y Evaluación

- 4.9 **Consideraciones de monitoreo y evaluación.** El Proyecto adoptará los mecanismos de supervisión del Banco. El esquema de monitoreo incluirá: (i) seguimiento del cumplimiento de los hitos críticos para el desarrollo del proyecto; (ii) realización de una reunión trimestral para la revisión técnica y operativa de los avances del Proyecto; (iii) informes semestrales sobre logros y problemas enfrentados en cada uno de los componentes y el desempeño del Proyecto según la Matriz de Resultados, que deberán ser presentados por el OE al Banco dentro de los sesenta días siguientes a la finalización de cada semestre durante el periodo de desembolsos del préstamo y sus eventuales extensiones; y (iv) uso de herramientas de gestión previstas en el Plan de Monitoreo, Evaluación y Aprendizaje, a fin de contar con instrumentos para la planificación de las actividades y los procesos requeridos para alcanzar los resultados del Proyecto, incluyendo la realización de una evaluación de impacto ([EER#2](#)). El Proyecto contempla dos evaluaciones de impacto (P3.14) alineadas con los indicadores de resultados R1.1 a R1.8 y R2.1 a R2.5. Se implementará una estrategia de diferencias en diferencias escalonada explotando la gradualidad de la implementación del proyecto, específicamente los productos P1.1, P1.2 y P2.1, debido a las restricciones operativas para construir un contrafactual válido, utilizando como controles a los CAPS y hospitales aún no intervenidos por el Proyecto.

Cuestionario sgDELTA	
Resumen AR-L1441	
Calificación de Evaluabilidad	Evaluable
Calificación de Efectividad en el Desarrollo	Fuerte
Apropiación del Cliente	Limitada
Resultados e Impacto (Contribuye a la evaluabilidad)	Alta
Valor por Dinero (Contribuye a la evaluabilidad)	Alta
Conocimiento (Contribuye a la evaluabilidad)	Fuerte

Nota: La Calificación de Efectividad en el Desarrollo puede tomar las siguientes cuatro categorías: Limitada, Moderada, Fuerte y Alta.

Nota Resumen sgDELTA: El propósito de esta nota es proporcionar una evaluación general de la evaluabilidad y la efectividad en el desarrollo del proyecto o programa en la etapa de diseño.

I. Apropiación del cliente

Existe un riesgo medio-alto de que las restricciones del espacio fiscal del país limiten la implementación del proyecto durante los próximos años. Asimismo, se identifica un riesgo medio-bajo asociado a la disponibilidad de recursos humanos adecuados para la gestión del proyecto. Adicionalmente, existe un riesgo medio-alto relacionado con la experiencia y la disponibilidad de tiempo del personal clave en las áreas técnica, financiera y de adquisiciones.

II. Resultados e Impacto

Teoría de cambio

La ToC presenta una lógica vertical clara. El diagnóstico identifica como principales cuellos de botella las brechas en información clínica estructurada e integrada y las limitaciones en la gestión de las trayectorias de cuidado. La cadena causal describe de forma consistente cómo las inversiones en salud digital y gestión poblacional fortalecerían el seguimiento de pacientes crónicos y las rutas oncológicas, contribuyendo a reducir la carga evitable de enfermedad asociada a hipertensión, diabetes y cánceres priorizados. Un supuesto clave de la ToC es que las mejoras en información y gestión del cuidado podrán traducirse en mejores resultados sanitarios porque la capacidad asistencial y terapéutica de la red será suficiente para atender la demanda adicional generada.

Matriz de resultados

Los indicadores propuestos son adecuados para medir el alcance del proyecto a lo largo de las distintas etapas de la cadena de resultados en las que interviene, desde el registro de información hasta su utilización para identificar población en riesgo y mejorar la detección, el seguimiento y la confirmación diagnóstica, contribuyendo así a mejoras en los resultados sanitarios reflejados en los indicadores de impacto. Además de reflejar las dimensiones relevantes de los objetivos del proyecto, en términos generales los indicadores cumplen con los criterios SMART.

Monitoreo

Todos los indicadores de resultado de la matriz presentan metas anuales hasta el cierre del proyecto. Su seguimiento es factible, ya que se calculan a partir de registros administrativos que se actualizan continuamente, sin requerir mecanismos adicionales de recolección de datos. Asimismo, la propuesta identifica hitos relevantes (milestones) que permitirán monitorear el progreso hacia el logro de los objetivos específicos.

III. Valor por dinero

La operación incluye un análisis costo-beneficio que monetiza los beneficios asociados a la reducción de la carga de enfermedad mediante mejoras en el control de hipertensión y diabetes, así como a la detección temprana y tratamiento oportuno de cánceres priorizados. El análisis considera los costos de inversión y los costos recurrentes incrementales de operación y mantenimiento durante un horizonte de once años. Los resultados sugieren que la operación es económicamente viable, con una tasa interna de retorno de aproximadamente 11%. Además, se realizaron análisis de sensibilidad sobre parámetros críticos, los cuales muestran que la viabilidad económica se mantiene en la mayoría de los escenarios considerados.

IV. Conocimiento

El plan de evaluación con atribución empírica contempla una evaluación cuasi experimental mediante un diseño de Diferencias en Diferencias escalonado para estimar el efecto de la telesalud sobre los tiempos de diagnóstico, así como un ensayo controlado aleatorizado para medir el efecto de intervenciones de mensajería digital sobre la realización de tamizajes de cáncer. Ambas evaluaciones utilizarán registros administrativos del ecosistema digital de salud de Río Negro y cuentan con presupuesto asignado para su implementación.

Anexo II – Matriz de Resultados**Declaración de Objetivos de Desarrollo del proyecto**

Objetivo General	Contribuir a la reducción de la carga de enfermedad evitable asociada a las líneas de cuidado priorizadas por el sistema de salud de la Provincia de Río Negro (PRN).
Objetivos Específicos	(i) Fortalecer las capacidades institucionales del sistema de salud de la PRN para el registro sistemático de información clínica estructurada e integrada para su uso en la toma de decisiones; y (ii) mejorar el acceso oportuno e integral de la población con CPE del sistema público de salud de la PRN en las redes de cuidados cardio-metabólicos y oncológicos.

A. Objetivo General de Desarrollo

No.	Indicador	Tipo de dato	Línea de Base		Escenario de evaluación		Observaciones
			Valor	Año	Meta	Año esperado de medición	
I.1	Proporción anual de personas de 18 años y más con Cobertura Pública Exclusiva (CPE) con hipertensión con presión arterial controlada	Porcentaje (personas/ personas)	3,98	2025	15,0	2031	
I.2	Proporción anual de personas de 18 años y más con CPE con diabetes con glucemia controlada	Porcentaje (personas/ personas)	2,75	2025	13,0	2031	
I.3	Tasa de mortalidad específica por cáncer colorrectal en la población total de RN	Tasa (personas / 100.000 personas)	18,9	2024	15,2	2031	
I.4	Tasa de mortalidad específica cáncer cervicouterino en la población total de mujeres de RN	Tasa (personas / 100.000 personas)	16,2	2024	13,3	2031	Alineación con Igualdad de Género
I.5	Tasa de mortalidad específica por cáncer de mama en la población total de mujeres de RN	Tasa (personas/ 100.000 personas)	19,9	2024	19,5	2031	Alineación con Igualdad de Género

B. Objetivos Específicos de Desarrollo

No.	Indicador	Tipo de dato	Línea de base		Ejecución					Escenario de evaluación		Observaciones
			Valor	Año	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Año	
Objetivo específico de desarrollo 1: Fortalecer las capacidades institucionales del sistema de salud de la PRN para el registro sistemático de información clínica estructurada e integrada para su uso en la toma de decisiones.												
R1.1	Proporción de personas de 18 años o más con CPE que tienen una interacción sanitaria registrada en el ecosistema digital de salud de Río Negro (EDSRN) en los últimos 2 años, respecto al total estimado de personas con CPE.	Porcentaje (personas/ personas)	20	2025	20	30	40	50	60	60	2031	
R1.2	Porcentaje anual de consultas realizadas en hospitales públicos por parte de personas con cobertura IPROSS que se registran en el EDSRN	Porcentaje (consultas/ consultas)	21	2025	25	30	35	40	50	50	2031	
R1.3	Proporción anual de consultas médicas ambulatorias realizadas en el primer nivel de atención (PNA) público que se registran en el EDSRN	Porcentaje (consultas/ consultas)	19	2025	25	40	55	65	70	70	2031	
R1.4	Proporción anual de consultas médicas de guardia realizadas en	Porcentaje (consultas/ consultas)	16	2025	20	25	35	45	60	60	2031	

No.	Indicador	Tipo de dato	Línea de base		Ejecución					Escenario de evaluación		Observaciones
			Valor	Año	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Año	
	hospitales públicos que se registran en el EDSRN											
R1.5	Proporción anual de egresos hospitalarios en la red pública registrados en el EDSRN.	Porcentaje (consultas/consultas)	0	2025	5	10	18	25	35	35	2031	
R1.6	Proporción anual de personas de 50 a 75 años con CPE sin tamizaje vigente de cáncer colorrectal que fueron contactadas mediante una intervención digital en los últimos 12 meses	Porcentaje (personas/personas)	0	2025	10	15	25	40	55	55	2031	
R1.7	Proporción anual de mujeres de 30 a 65 años con CPE sin tamizaje vigente de cáncer cervicouterino que fueron contactadas mediante una intervención digital en los últimos 12 meses	Porcentaje (personas/personas)	0	2025	10	15	25	40	55	55	2031	Alineación con Igualdad de Género
R1.8	Proporción anual de mujeres de 50 a 75 años con CPE sin tamizaje vigente de cáncer de mama que fueron contactadas	Porcentaje (personas/personas)	0	2025	10	15	25	40	55	55	2031	Alineación con Igualdad de Género

No.	Indicador	Tipo de dato	Línea de base		Ejecución					Escenario de evaluación		Observaciones
			Valor	Año	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Año	
	mediante una intervención digital en los últimos 12 meses											
Objetivo específico de desarrollo 2: Mejorar el acceso oportuno e integral de la población con CPE del sistema público de salud de la PRN en las redes de cuidados cardio-metabólicos y oncológicos.												
R2.1	Proporción anual de personas de 18 años o más con CPE, con diabetes que tienen registrada una consulta médica anual, una prueba hemoglobina glicosilada (HbA1c) y/o medicación antidiabética dispensada	Porcentaje (personas/personas)	15,4	2025	17	20	23.5	27,5	30	30	2031	
R2.2	Proporción anual de personas de 18 años o más con CPE con HTA que tienen registrada una consulta médica anual, registro de TA, y medicación antihipertensiva dispensada	Porcentaje (personas / personas)	5,11	2025	10	15	20	27	35	35	2031	
R2.3	Proporción de personas de 50 a 75 años con CPE con tamizaje CCR realizado mediante test de SOMF en los últimos 24 meses	Porcentaje (personas / personas)	3	2025	5	10	20	30	40	40	2031	

No.	Indicador	Tipo de dato	Línea de base		Ejecución					Escenario de evaluación		Observaciones
			Valor	Año	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Año	
R2.4	Proporción de mujeres de 30 a 65 años con CPE con tamizaje de CCU realizado mediante test de VPH en el PNA en los últimos 5 años	Porcentaje (personas / personas)	0	2025	15	25	35	45	55	55	2031	Alineación con Igualdad de Género
R2.5	Proporción de mujeres de 50 a 75 años con CPE con una mamografía realizada en los últimos 12 meses	Porcentaje (personas / personas)	22,4	2025	25	35	45	55	70	70	2031	Alineación con Igualdad de Género
R2.6	Proporción anual de personas de 50 a 75 años con CPE con una prueba diagnóstica de CCR informada en menos de 180 días desde el tamizaje positivo mediante test de SOMF	Porcentaje (personas / personas)	16	2025	20	25	30	40	50	50	2031	
R2.7	Proporción anual de mujeres de 30 a 65 años con CPE con una prueba diagnóstica de CCU informada en menos de 90 días desde el tamizaje positivo.	Porcentaje (personas / personas)	39	2025	45	53	60	68	75	75	2031	Alineación con Igualdad de Género

No.	Indicador	Tipo de dato	Línea de base		Ejecución					Escenario de evaluación		Observaciones
			Valor	Año	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Año	
R2.8	Proporción anual de mujeres de 50 a 75 años con CPE con una prueba diagnóstica informada de CM realizada en menos de 60 días desde el tamizaje positivo mediante mamografía	Porcentaje (personas / personas)	47,2	2025	50	55	60	65	70	70	2031	Alineación con Igualdad de Género

C. Productos

No.	Indicador	Tipo de dato	Valor Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año Línea de Base	Valor Fin del Proyecto	Observaciones
Componente 1: Infraestructura digital habilitante											
P1.1	Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) operando conforme a su tipología funcional, con canasta prestacional según categorización y con capacidad digital instalada y activa.	Centros de atención primaria	0	0	93	73	25	0	2026	191	
P1.2	Hospitales operando conforme a su tipología funcional, con canasta prestacional adecuada y con capacidad digital instalada y activa.	Hospitales	0	0	8	24	5	0	2026	37	
P1.3	Centro de datos con capacidad ampliada para	Centros de datos	0	0	1	1	1	1	2026	1	

No.	Indicador	Tipo de dato	Valor Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año Línea de Base	Valor Fin del Proyecto	Observaciones
	almacenar y procesar información, y operando bajo estándares internacionales de disponibilidad, seguridad y eficiencia energética										
P1.4	Servidores PACS operativos	Servidores	0	0	8	4	0	0	2026	12	
P1.5	Sedes de IPROSS equipadas	Sedes	0	0	21	21	0		2026	42	
Componente 2: Ecosistema digital integrado											
P2.1	Nodos Provinciales de Telesalud operando con enfoque intercultural.	Nodos	40	45	60	80	100	120	2026	120	
P2.2	Funcionalidades de la HSI implementadas ¹	Funcionalidades	0	1	3	4	1	0	2026	9	
P2.3	Versiones del Portal del paciente operando y con estándares de accesibilidad WCAG 2.1 AA	Sistema	0	0	1	0	1	0	2026	2	
P2.4	Versiones del portal del personal de salud operando y con estándares de accesibilidad WCAG 2.1 AA	Sistema	0	0	1	0	1	0	2026	2	
P2.5	Módulos de Inteligencia Artificial para soporte al registro clínico y codificación automática operando	Módulo	0	0	1	0	1	0	2026	2	

¹ Facturación Automática SUMAR/OS desde HSI, Interoperabilidad HSI — laboratorio, Interoperabilidad HSI — imágenes, Interoperabilidad HSI — nomivac, Interoperabilidad HSI — SNVS, Interoperabilidad HSI — Tekhne, Interoperabilidad HSI — herramienta Agentes Sanitarios, Interoperabilidad HSI — Registro Clínico Prehospitalario, Bloque funcionalidades HSI: ambulatorio + internación + guardia + gestión de pacientes + módulo de quirófano

No.	Indicador	Tipo de dato	Valor Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año Línea de Base	Valor Fin del Proyecto	Observaciones
P2.6	Versiones de plataformas provinciales de interoperabilidad de datos implementadas y operativas	Sistema	0	0	1	1	0		2026	2	
P2.7	Plataforma digital integrada de gestión, interoperabilidad y analítica de IPROSS implementada	Sistema	0	0	1	0	0		2026	1	
P2.8	Sistema provincial de gestión de pacientes en red operativo	Sistema	0	0	0	0	1		2026	1	
P2.9	Sistema integral de trazabilidad y monitoreo de cobertura de medicamentos operativo.	Sistema	0	0	0	1	0		2026	1	
Componente 3: Fortalecimiento del modelo de cuidados y gestión del cambio											
P3.1	Modelo organizativo del Ministerio de Salud de Río Negro y de las Zonas Sanitarias aprobado	Documento	0	0	1	0	0	0	2026	1	
P3.2	Unidad de planificación estratégica operando anualmente	Unidad	0	1	1	1	1	1	2026	5	
P3.3	Unidad de Ciencia de Datos en Salud operando anualmente	Unidad	0	1	1	1	1	1	2026	5	
P3.4	Modelo provincial de gestión de Redes integradas de Servicios de Salud operando.	Documento	0	0	0	1	0	0	2026	1	
P3.5	Sistema provincial de tableros de gestión sanitaria integrados operativos	Sistema	0	0	1	0	0	0	2026	1	

No.	Indicador	Tipo de dato	Valor Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año Línea de Base	Valor Fin del Proyecto	Observaciones
P3.6	Programa de fortalecimiento de acuerdos de gestión, mejora del desempeño y calidad de registros clínicos implementado anualmente	Programa	0	1	1	1	1	1	2026	5	
P3.7	Unidad de implementación y gestión del cambio, operativa anualmente.	Unidad	0	1	1	1	1	1	2026	5	
P3.8	Estrategia de comunicación implementada anualmente	Campaña	0	1	1	1	1	1	2026	5	
P3.9	Programa de Alfabetización Digital operativo anualmente	Programa	0	1	1	1	1	1	2026	5	
P3.10	Plan ampliado de Servicios de Salud del Programa Sumar + implementado anualmente	Plan	0	1	1	1	1	1	2026	5	
P3.11	Modelo articulado entre el Ministerio de Salud de Río Negro e IPROSS de cobertura y compra de servicios operativo.	Modelo	0	0	1	0	0	0	2026	1	
P3.12	Estrategia de seguridad de la información de salud establecida.	Estrategia	0	0	1	0	0	0	2026	1	
P3.13	Sistema de evaluación de la estrategia provincial de salud digital operativo.	Sistema	0	0	0	1	0	0	2026	1	
P3.14	Evaluación de impacto del proyecto implementada.	Documento	0	0	0	0	0	1	2026	1	

División: SCL/HNP No. de Proyecto: AR-L1441 Año: 2026

País: Argentina

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

Organismo Ejecutor (OE): Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro (MSRN)

Nombre del Proyecto: Proyecto de Transformación Digital del Sistema de Salud de la Provincia de Río Negro

Aspectos relevantes de ejecución y Equipo Fiduciario requerido.

☒	Conformación del Equipo Fiduciario	Si bien la Unidad Provincial de Coordinación y Ejecución del Financiamiento Externo (UPCEFE) cuenta con personal con experiencia fiduciaria en proyectos financiados por el Banco, dicho personal ocupa actualmente cargos gerenciales y tiene dedicación parcial al proyecto. En ese sentido, será necesario reforzar, desde el inicio de la operación, el equipo responsable de la gestión fiduciaria, mediante la incorporación de al menos dos perfiles especializados con dedicación efectiva en adquisiciones y gestión financiera.
☒	Otros temas	El Prestatario será la PRN y el Garante, la República Argentina. El OE será el prestatario a través de su Unidad de Ejecución del Proyecto (UEP), que depende directamente del Ministro de Salud. La UEP tendrá a su cargo la coordinación general y técnica del Proyecto, así como la presentación de reportes al Banco. El Ministerio de Hacienda, a través de la UPCEFE actuará como organismo de apoyo en la administración financiera y contable de los recursos y las adquisiciones necesarias para la ejecución del Proyecto. El Reglamento Operativo (ROP) definirá actuaciones y responsabilidades de cada dependencia. A efectos de atender la contratación de consultores individuales del Proyecto, la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) actuará como administradora y gerenciadora de los pagos correspondientes a dichos contratos, sin participar en el proceso de selección, el cual permanecerá bajo la responsabilidad de la UPCEFE. El costo asociado a esta administración será financiado en su totalidad con recursos de la PRN, en el marco de un Convenio vigente entre las partes (ver EEO 9.- Análisis del esquema de ejecución de consultores individuales). La actuación de la OEI en Argentina se encuentra jurídicamente amparada por el Acuerdo suscrito con el Gobierno Nacional, aprobado por la Ley Nacional N.º 23.579, que le reconoce plena capacidad jurídica para celebrar convenios con los distintos niveles de gobierno. En ese marco, la Provincia de Río Negro suscribió con la OEI un Convenio Marco de Colaboración el 16 de febrero de 2022, ratificado mediante Memorando de Entendimiento de fecha 22 de octubre de 2024 y aprobado por Decreto Provincial N.º 17/2026, estableciendo que la cooperación institucional se instrumenta, para cada programa o proyecto específico, a través de Actas Complementarias. Es por esta razón que se prevé la firma de un Acta Complementaria específica para este Proyecto a fin de definir responsabilidades de dicha administración, la cual será condición de ejecución.

I. Contexto Fiduciario

1. Entorno país y sector

La UPCEFE creada por Decreto 1265/1996, actualizado por Decreto 334/2004. La UPCEFE centraliza la gestión del financiamiento externo de la Provincia de Río Negro (PRN), administra los procesos de adquisiciones, presupuesto, contabilidad, desembolsos y auditorías externas en los programas con financiamiento internacional y representa a la Provincia ante los organismos financiadores.

Entre 2024/25 gestionó una cartera de USD358 millones. Tiene un plantel de 25 personas, organizado en una dirección y cuatro gerencias: Planificación; Monitoreo y Evaluación; Administración y Finanzas; y Formulación y Gestión de Proyectos Especiales (<https://upcefe-dev.rionegro.gov.ar/>).

En cuanto a la gestión financiera del Proyecto, la UPCEFE será responsable de las registraciones contables, los reportes financieros y el manejo de los fondos del proyecto. Utilizará el sistema UEPEX (Unidades Ejecutoras de Préstamos Externos) como sistema de administración financiera y el registro contable será sobre base caja. UEPEX identifica los fondos por fuente de financiamiento, es bimonetario, registra inversiones por componente y genera reportes para desembolsos y Estados Financieros. El OE realizará las registraciones financieras del proyecto en el sistema provincial SAFYC (Sistema de Administración Financiera y Control).

La auditoría externa será realizada por una firma privada. El Tribunal de Cuentas de la PRN no está validado como institución elegible para realizar auditorías de programas financiados por el BID.

La PRN no cuenta con un área exclusiva de auditoría interna, pero realiza revisiones a cargo de la Fiscalía (aspectos jurídicos) y la Contaduría de la Provincia (aspectos contables), más la revisión ex post del Tribunal de Cuentas.

2. Uso de sistema de país en la operación

☒ Presupuesto	☒ Reportes	☒ Sistema Informativo	☐ Licitación Pública Nacional (LPN)
☒ Tesorería	☐ Auditoría Interna	☐ Comparación de Precios	☐ Otros (Se realizó una validación para uso de sistema a nivel ejecutor)
☒ Contabilidad	☐ Control Externo	☐ Consultores Individuales	☐ Otros

3. Capacidad y nivel de desempeño del Ejecutor

La aplicación de la Plataforma para el Análisis de la Capacidad Institucional (PACI) concluyó que el OE presenta una capacidad fiduciaria parcialmente satisfactoria.

La UPCEFE cuenta con experiencia reciente en la ejecución de procesos de adquisiciones y de gestión financiera de una operación financiada por el Banco (FFFIR) y con otros organismos multilaterales, pero se identificaron limitaciones en dedicación efectiva del personal con experiencia en proyectos financiados por el Banco, disponibilidad de perfiles especializados y formalización de los flujos operativos, particularmente en adquisiciones.

Se recomienda: (i) incorporar tempranamente perfiles especializados en adquisiciones y gestión financiera con dedicación efectiva al proyecto; (ii) formalizar en el ROP los flujos fiduciarios y arreglos de ejecución; (iii) actualizar el manual de procedimientos aplicable; y (iv) monitorear los plazos de los procedimientos de adquisiciones.

4. Ciclo Presupuestario y Flujo del Dinero

Programación y Presupuesto	La Ley H N°3186 es la norma fundamental de Administración Financiera y Control Interno del Sector Público de la PRN. Esta ley establece el marco para la organización y funcionamiento de los sistemas que administran los recursos del Estado provincial y sus mecanismos de control. regula de manera integrada los sistemas de Presupuesto, Crédito Público, Tesorería y Contabilidad. Las partidas presupuestarias destinadas a la ejecución del Proyecto estarán asignadas al MSRN. La UPCEFE brindará asistencia a la Subsecretaría de Salud Digital en el armado y la definición del presupuesto anual del Proyecto. El MSRN será responsable de solicitar las asignaciones presupuestarias anuales al MHRN, a través de la Subsecretaría de Presupuesto, así como de gestionar eventuales modificaciones o nuevas asignaciones que pudieran requerirse durante el transcurso del año.
Flujo del Dinero	El proyecto abrirá dos cuentas bancarias de uso exclusivo para sus fondos, administradas por la UPCEFE: i. Cuenta en US\$; ii. Cuenta en pesos argentinos, donde se recibirán las pesificaciones de la cuenta en US\$, y desde la cual se pagará. Los desembolsos se realizarán a la cuenta en US\$ y pasarán por la cuenta del Banco Central de la República Argentina (receptora de fondos BID). La provincia suele operar con el Banco Patagonia. La UPCEFE administrará los fondos, registrará las operaciones en UEPEX e impartirá instrucciones de pago a la Tesorería del MHRN, que ejecutará los pagos. El Director de la UPCEFE autorizará las solicitudes de pago y las pesificaciones. Pagados éstos, la Tesorería remitirá la documentación de respaldo para que la UPCEFE registre las transacciones en UEPEX. Se realizan conciliaciones bancarias mensuales. Solo para la contratación de los consultores del Proyecto y la gestión de sus pagos se firmará un acta complementaria al convenio vigente entre la PRN y la OEI. Para este Proyecto se estima una inversión de USD 5.7 millones en consultores (9.5% del monto total del Proyecto). Bajo este esquema la OEI realizará los pagos a los consultores y presentará rendiciones al OE adjuntando la documentación de respaldo correspondiente, con este respaldo el OE registrará el pago en UEPEX. El OE adelantará fondos a la OEI a una cuenta exclusiva para el Proyecto para realizar los pagos. Inicialmente se prevé que el OE realice adelantos a la OEI sobre una planificación trimestral, sobre los que luego la OEI presentará rendiciones mensuales al OE. El mecanismo de rendición, conciliación, monitoreo y autoría de este proceso será detallado en el Acta Complementaria y en el ROP del Proyecto El Acta complementaria contará previamente con la NOB del Banco. El Banco desembolsará fondos bajo la modalidad de Anticipo de Fondos, sobre la base de un plan financiero basado en las necesidades de liquidez del proyecto, u otra modalidad establecida en la guía OP-273-12. Los desembolsos posteriores al primer anticipo requerirán justificación del 80% del saldo de los anticipos anteriores. La planificación y monitoreo de adquisiciones, las solicitudes de desembolso y las justificaciones de gastos se gestionarán mediante la plataforma Client Portal.

5. Riesgos que impacten la función fiduciaria – Indicar los riesgos que pueden impactar fiduciariamente la operación.

Agencia Ejecutora:	Si los mecanismos de coordinación entre el MSPRN y la UPCEFE carecieran de claridad y sustento normativo, podrían demorarse adquisiciones y gestión financiera. Medidas de mitigación: (i) el ROP definirá procedimiento claro con actuaciones y responsabilidades por dependencia para fortalecer la gobernanza; (ii) un convenio interministerial entre MSPRN y el MHPRN que especifique funciones y responsabilidades de ambos en la ejecución. Ambos serán condiciones previas al primer desembolso. Adicionalmente, se recomienda un tablero de seguimiento que mida tiempos por etapa, con énfasis en adquisiciones.
Medio-alto	
Medio-alto	Si la UPCEFE no contara con personal suficiente, dedicación efectiva y perfiles fiduciarios especializados para atender simultáneamente este Proyecto y otros nuevos con financiamiento internacional, podría retrasarse la ejecución. Como mitigación, se prevé contratar dos especialistas con dedicación exclusiva para este Proyecto.

II. Aspectos para Considerar en las Estipulaciones Especiales

Condiciones especiales previas al primer desembolso:	Serán condiciones especiales previas al primer desembolso: que el Prestatario, por intermedio del OE, haya presentado evidencia de: (i) la aprobación y entrada en vigencia del ROP, en los términos acordados previamente con el Banco; (ii) la asignación de un Coordinador/a Médico; y (iii) la suscripción de un convenio interministerial entre MSPRN y el Ministerio de Hacienda, especificando las funciones y responsabilidades de ambos ministerios en el marco de la ejecución del Proyecto Será condición especial de ejecución que previo al inicio del proceso de selección de consultores individuales del Proyecto, el Prestatario, a través del Organismo Ejecutor, presentará al Banco, el Acta Complementaria específica para el Proyecto en el marco del Convenio Marco de Colaboración vigente entre la Provincia de Río Negro y la OEI, para la no objeción del Banco
Tasa de Cambio	Para efectos del Artículo 4.10 de las Normas Generales, las Partes acuerdan que la tasa de cambio aplicable será la indicada en el inciso (b)(i) de dicho Artículo, que es la tasa de cambio aplicable será la efectiva en la fecha de conversión del desembolso a moneda local. Para determinar la equivalencia de gastos en Moneda Local destinados al reembolso de gastos con cargo al Préstamo, la tasa de cambio acordada será la del primer día hábil del mes del pago en que el Prestatario, el OE o cualquier otra persona, natural o jurídica, delegada la facultad de efectuar gastos, efectúe los pagos al contratista, proveedor o beneficiario.
Tipo de Auditoría Externa	El OE presentará estados financieros anuales auditados de acuerdo con los términos de referencia acordados con el Banco dentro de los 120 días posteriores al cierre del ejercicio fiscal. Los Informes financieros finales del proyecto se presentarán dentro del plazo de 120 días posteriores a la fecha de último desembolso. La auditoría externa del proyecto deberá ser realizada por una firma auditora independiente elegible para auditar operaciones financiadas por el BID la cual deberá ser seleccionada y contratada de acuerdo con los términos de referencia y modelo de contrato previamente acordados con el Banco

III. Aspectos Clave de Adquisiciones

☒	Documentos para procesos nacionales	Para las licitaciones nacionales y comparaciones de precios de bienes y servicios no consultoría se utilizarán los modelos estándar del Banco en Argentina y sus informes de evaluación. La revisión de especificaciones técnicas y términos de referencia durante la preparación de los procesos de selección estará a cargo del especialista sectorial del proyecto, pudiendo realizarse ex ante e independientemente del método de revisión aplicable.
☐	Selección Directa (SD)	Se identificó la siguiente SD¹: Nuevas funcionalidades de Historia de Salud Integrada (HSI) – Interoperabilidad de HSI con laboratorio e imágenes. Consultor: Lamansys SAS Monto: US\$ 2.049.808 Objeto: Asegurar la continuidad evolutiva de la HSI Política: GN-2350-15, párrafo 3.11 (d) La justificación se acompaña en el enlace EEO#4 - Justificación de la Selección Directa
☒	Gastos no derivados de procesos de adquisiciones	El Prestatario ha manifestado su interés en financiar el “Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar+”. Dicho procedimiento será revisado por el Banco, y será aceptable siempre que no vulnere los principios economía, eficiencia y competencia. En este marco, se prevé que las transferencias provinciales se estructuren de forma consistente con la lógica operativa del programa nacional, vinculando los desembolsos a la prestación efectiva de servicios de salud y a criterios de calidad previamente definidos, tales como la oportunidad en la atención. Estas definiciones estarán detalladas en el ROP.

¹ Se aclara que es la segunda SD bajo la CCLIP AR-O0033.

IV. Insumos Iniciales Estrategia de Adquisiciones

Adquisiciones **CLAVE**

Producto Matriz de Resultados	Descripción de la adquisición	Método de Adquisición	Fecha Estimada de inicio	Monto Estimado US\$	Razones de ser clave
	Bienes				
P1.1	Adquisición de equipamiento informático para la red de establecimientos públicos de salud (Centros de Salud y Hospitales)	LPI	01/01/2027	10.238.000	Esta adquisición de equipamiento es central para alcanzar los logros del Proyecto.
P1.2	Adquisición de equipamiento para laboratorio, instrumental quirúrgico y equipamiento integral nuevos hospitales	LPI	01/03/2028	\$12.461.676	Esta adquisición de equipamiento de laboratorio es esencial para el Proyecto y la más alta en monto que se financiará. Representa el 20,77% del Proyecto.
	Servicios de no consultoría				
P 1.2	Adecuación y mejoras edilicias para la instalación del nuevo equipamiento	LPI	01/01/2027	2.500.000	Esta adquisición es esencial para el arranque del Proyecto. De este proceso dependen los de equipamiento digital.
	Firmas				
P 2.2	Nuevas funcionalidades de HSI – Interoperabilidad de HSI con laboratorio e imágenes.	Selección Directa	01/01/2027	2.049.808	Las nuevas funcionalidades de la HSI son esenciales para la consecución de los objetivos del Proyecto. Integra y moderniza el ecosistema de salud en base a HSI

P2.2	Plataforma digital integrada de gestión, interoperabilidad y analítica	SBCC	01/04/27	3.171.200	Producto crítico para el proyecto alcanzar resultados
------	--	------	----------	-----------	---

Indique si las adquisiciones principales requieren un enfoque y/o acompañamiento especial:

☒	Estrategia Inicial de Adquisiciones	La Estrategia combinada: a) LPI para los paquetes tecnológicos de mayor escala y criticidad (p.ej., equipamiento informático y equipamiento médico/tecnológico), b) selección directa estratégica para asegurar la continuidad técnica y evolutiva de la HSI e interoperabilidad. Se sustenta en un modelo preventivo con: a) planificación temprana y secuenciación realista de los procesos, alineadas a la ruta crítica; b) mitigación temprana de riesgos (competencia, interoperabilidad, continuidad del servicio, eficiencia). Se implementará un relevamiento de mercado mediante actualizaciones periódicas sobre oferta, precios y plazos, retroalimentando especificaciones, cronogramas y estrategias de compra. Es imprescindible formalizar flujos y responsabilidades de adquisiciones, con monitoreo de plazos y tiempos de ejecución para reducir demoras y cuellos de botella.
☒	Actividades necesarias para una buena implementación	Párrafo 4.4 del POD

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-___/26

Argentina. Préstamo ___/OC-AR a la Provincia de Río Negro. Proyecto de Transformación Digital del Sistema de Salud de la Provincia de Río Negro. Segunda Operación Individual bajo la Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) Transformación Digital en Salud (AR-O0033)

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 Provincia de Río Negro, como prestatario, y con la República Argentina, como garante, para otorgarle al primero un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución del Proyecto de Transformación Digital del Sistema de Salud de la Provincia de Río Negro, que constituye la segunda operación individual bajo la Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) Transformación Digital en Salud (AR-O0033), aprobada mediante Resolución DE-___/26 de fecha ___ de _____ de 2026. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$60.000.000, 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 de Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el ___ de _____ de 2026)