



TÍTULO

**EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL PLAN NACER DEL
MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA**

AUTORA

Martina María Abalos Cerro

Directora	Esta edición electrónica ha sido realizada en 2013
Tutora	Oneida Álvarez de Puyada
Curso	María Laura Porrini
ISBN	Máster Iberoamericano en Evaluación de Políticas Públicas
©	978-84-7993-937-3
©	Martina María Abalos Cerro
Fecha documento	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
	2013



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
 - **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
 - **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
-
- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
 - *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
 - *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*



Tesis:

**“EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL PLAN NACER
DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA REPUBLICA
ARGENTINA”**

Autora:

Martina María Abalos Cerro

V Máster Iberoamericano de Evaluación de Políticas Públicas

PALOS DE LA FRONTERA

2013

**“EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL PLAN NACER DEL MINISTERIO DE
SALUD DE LA REPUBLICA ARGENTINA”**

Tesina presentada a la Universidad
Internacional de Andalucía como
requisito previo para la obtención del
título de V Máster Iberoamericano en
Evaluación de Políticas Públicas -
2012/2013

Directora: Dra. Oneida Álvarez de Puyada

Tutora: María Laura Porrini

PALOS DE LA FRONTERA

2013

Resumen

El Plan Nacer es un programa federal del Ministerio de Salud de la República Argentina que invierte recursos con el objetivo de mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños menores de 6 años que no poseen obra social. Lo novedoso del mismo, radica en la implementación de un sistema de seguros públicos de salud para la población materna e infantil sin cobertura social y en la aplicación de un modelo de financiamiento basado en resultados. De esta forma el Plan tiene por objetivo conseguir el descenso de la mortalidad materna e infantil en la Argentina, y la reducción de las brechas entre las jurisdicciones, aumentando la inclusión social y mejorando la calidad de atención de la población.

El presente trabajo tiene por finalidad realizar una valoración crítica del diseño de dicho Plan, por medio de una evaluación de racionalidad y coherencia, enfocando el análisis en aquellos elementos que justifican la necesidad y estrategia de la intervención pública.

Palabras clave: Evaluación de diseño, Políticas Públicas de salud, Plan Nacer, mortalidad materna e infantil.

Índice

Introducción.....	6
Capítulo I: Marco Teórico.....	11
1.1. Políticas Públicas.....	12
1.2. Evaluación de políticas y programas.....	14
1.3. Evaluación de diseño Políticas Públicas.....	19
Capítulo II: Metodología.....	24
Capítulo III: Políticas Públicas en Salud y el contexto del Plan Nacer.....	30
3.1. Políticas Públicas de Salud.....	31
3.2. Contexto de Argentina y América Latina. Marco para la creación del Plan Nacer.....	33
3.2.1. Mortalidad infantil.....	33
3.2.2. Mortalidad Materna.....	40
3.2.3. Sistema de salud argentino.....	45
3.2.4. Servicios de salud.....	47
3.3. El Plan Nacer.....	51
3.4. Sistemas de financiamiento basados en resultados en el sector de la salud.....	54
3.5. Experiencias similares en América Latina y el mundo.....	56
Capítulo IV: Evaluación de diseño del Plan Nacer.....	59
4.1. Análisis de evaluabilidad.....	60
4.2. Evaluación de diseño del Plan Nacer.....	62
4.2.1 Análisis de racionalidad.....	62
4.2.1.1 Relevancia.....	63
4.2.1.2 Pertinencia.....	71

4.2.2 Análisis de Coherencia.....	78
4.2.2.1 Interna.....	78
4.2.2.2 Externa.....	87
Capítulo V: Propuestas y recomendaciones.....	93
Conclusiones.....	97
Bibliografía.....	100
Anexos.....	103

Introducción

El derecho a la salud

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.", así lo ha definido el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en la ciudad de Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, suscripta por los representantes de 61 Estados, y vigente desde abril de 1948.

El derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales para los ciudadanos. En Argentina a partir de la incorporación de los Tratados Internacionales con potencias extranjeras como Ley Suprema de la Nación, por la reforma de la Constitución Nacional del año 1994, se ha otorgado a este derecho jerarquía constitucional (arts. 31 y 75 inc.22 Constitución Nacional Argentina). El art. 31 de la Constitución Nacional dispone que: "Esta Constitución, las leyes de la Nación que en su consecuencia se dicten por el Congreso de la Nación y los Tratados con las potencias extranjeras son la Ley Suprema de la Nación..." (art. 31).

Por su parte el art. 75 inc. 22 confiere jerarquía constitucional a los Tratados Internacionales que enumera, entre ellos, y en relación con la protección y garantía del derecho a la salud: La Declaración Americana de los Derechos del Hombre (arts. VII y XI); Declaración Universal de Derechos Humanos (arts. 3.º, 8.º y 25.º); Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 24.º); Convención Americana de Derechos Humanos (art. 4.º) y la Convención de los Derechos del Niño (arts. 6.º, 23.º, 24.º y 26.º).

El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad".

Por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que: "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

Cabe destacar que el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en su artículo 12 determina "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".-

En síntesis, en Argentina el derecho a la salud reviste desde la reforma constitucional de 1994 jerarquía constitucional. En concordancia con lo cual y a fin de dar cumplimiento a las obligaciones impuestas por los tratados internacionales con jerarquía constitucional a los que se encuentra adherido, el Estado argentino ha emprendido una serie de reformas tendientes a mejorar las políticas públicas sanitarias a fin de optimizar la protección de los derechos de los ciudadanos.

El Plan Nacer

En el año 2000, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció entre los ocho "Objetivos de Desarrollo del Milenio" (ODM) a ser alcanzados por los estados miembros para el año 2015, a la reducción de la mortalidad infantil (objetivo número cuatro) y la mejora de la salud materna (objetivo número cinco). La alta prioridad asignada a la salud dentro de los ODM pone de relieve la perspectiva de que esta no solo es el resultado de un mayor desarrollo, sino que se encuentra en el núcleo mismo del desarrollo.

Las políticas públicas de salud son importantes porque afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados.

Afines del año 2004, se pone en marcha en Argentina el Plan Nacer, llevado adelante por el Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo principal del programa reside en mejorar, en todo el país, la cobertura de salud y la calidad de la atención de las mujeres embarazadas y/o puérperas y de los niños menores de 6 años que carecen de cobertura médica asistencial privada.

Se trata de un proyecto de impacto nacional, que tiene como objeto reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil, financiando un conjunto de prestaciones seleccionadas por su alto impacto y su costo efectividad que promueven la atención y el cuidado de la madre y el niño.

El presente trabajo

La Evaluación de Políticas Públicas en el contexto latinoamericano actual, en especial en Argentina, comienza a ser un tema de agenda de los estados, y su práctica se está generalizando, alcanzando de forma gradual la evaluación de programas y proyectos de gestión de las distintas áreas de los gobiernos y administraciones públicas, tanto nacionales como provinciales y municipales.

Sin perjuicio de lo expuesto, debe destacarse que son escasos los procesos de evaluación de las políticas públicas en el área de la salud. Por tal motivo, consideramos conveniente instituir la aplicación de la valoración de las estrategias seleccionadas por el estado, como herramienta para contribuir a la mejora en la formulación de las mismas en este ámbito, tan sensible y vital para la sociedad toda.

La evaluación de los programas escogidos como política de estado, es un componente significativo de los mismos, ya que aporta evidencia de su efectividad, ayuda a perfeccionar su diseño y permite decidir su mantenimiento o no, al momento de rendir cuentas por el uso de los recursos empleados. Específicamente, la evaluación de diseño permite analizar los efectos causales de un programa sobre una serie de variables de resultado escogidas.

En el presente trabajo se realiza una evaluación conceptual o de diseño del Plan Nacer, basándose particularmente en la metodología propuesta por Osuna y Márquez (2004), en su “Guía para la evaluación de Políticas Públicas”.

Para tal fin, el trabajo se estructura en cinco capítulos y culmina con la conclusión, a saber:

- En el primer capítulo, se expone el marco teórico que sirvió de guía para la realización de la investigación.
- En el capítulo dos, se describe la metodología implementada y las herramientas utilizadas en la evaluación.
- En el tercer capítulo se trata sobre las políticas públicas en salud, se detallan las principales características del Plan Nacer y se realiza un análisis exploratorio de la tasa de mortalidad infantil y materna, desde su definición hasta su distribución en Argentina y el mundo.
- En el cuarto capítulo se desarrolla la evaluación del diseño del Plan Nacer.
- Finalmente y como resultado de la evaluación, se obtuvieron algunas recomendaciones y propuestas que se incluyen en el capítulo cinco y por último se elaboran las conclusiones de este trabajo.

Objetivos del trabajo

Objetivo general

Esta evaluación tiene por objetivo realizar una valoración crítica del diseño del Plan Nacer implementado por el Ministerio de Salud de la República Argentina, por medio de una evaluación de racionalidad y coherencia, enfocando el análisis en aquellos elementos que justifican la necesidad y estrategia de la intervención pública. Y en caso de ser oportuno detallar aquellos aspectos que requieren ser mejorados.

Objetivos específicos

- Contextualizar la situación de la mortalidad materna e infantil en Argentina y Latinoamérica, estableciendo las bases teóricas para el análisis del Plan Nacer.
- Realizar un análisis de racionalidad del Plan Nacer, para determinar si el mismo es relevante y pertinente en el contexto en el que se lleva cabo.
- Evaluar la coherencia interna y externa del Plan Nacer.
- Realizar, en el caso de ser oportuno, una propuesta de mejoras al diseño del Plan.

Capítulo I

Marco teórico

En este capítulo se realiza una aproximación conceptual a las categorías analíticas que posibilitarán alcanzar los objetivos que se propone este trabajo de investigación y tener una mejor comprensión de la temática en cuestión. Se comienza abordando el concepto de Políticas Públicas. Luego en la segunda sección se enfoca en la Evaluación de Políticas Públicas, donde se intentará arribar a una definición que guíe la presente investigación. Y por último, en la tercera parte se profundiza sobre las características de la evaluación del diseño de las Políticas Públicas desde el enfoque que será utilizado en la presente evaluación.

1.1 Políticas Públicas

El concepto de política pública se mueve en un amplio rango de definiciones sin que exista alguna universalmente acordada, desde opciones de máxima amplitud que abarcan prácticamente toda la vida del Estado, hasta opciones restrictivas a ciertos tipos de acciones públicas específicas.

Para Aguilar Villanueva (1992) un buen resumen de los diversos significados del término "política" se encuentra en Joan Subirats (1989) y en Hogwood-Gunn (1984). En su lista, política puede denotar varias cosas: un campo de actividad gubernamental (por ej. una política comercial), un propósito general a realizar (política de empleo estable para los jóvenes), una situación social deseada (política de seguridad), una propuesta de acción específica (política de alfabetización de adultos), las normas que existen para una determinada problemática (política de productividad agrícola, de exportación, etc.). O bien la política como producto y resultado de una específica actividad gubernamental, el comportamiento gubernamental de hecho (la política de empleo ha creado n puestos de trabajo), el impacto real de la actividad gubernamental (reducción de la inflación) el modelo teórico o la tecnología aplicable en que descansa una iniciativa gubernamental (política de ingresos regresiva).

Una mirada a las definiciones de los diccionarios de ciencia política arroja los siguientes componentes en común:

- Institucional: la política es elaborada o decidida por una autoridad formal legalmente constituida en el marco de su competencia y es colectivamente vinculante.
- Decisorio: la política es un conjunto-secuencia de decisiones, relativas a la elección de fines y/o medios, de largo o corto alcance, en una situación específica y en respuesta a problemas y necesidades.
- Comportamental: implica la acción o la inacción, hacer o no hacer nada.
- Causal: son los productos de acciones que tienen efectos en el sistema político y social.

En lo que se refiere a las políticas públicas en particular, Aguilar Villanueva (2009) las define como “a) un conjunto (secuencia, sistema, ciclo) de acciones, estructuradas en modo intencional y causal, que se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya solución es considerada de interés o beneficio público; b) acciones cuya intencionalidad y causalidad han sido definidas por la interlocución que ha tenido lugar entre el gobierno y los sectores de la ciudadanía; c) acciones que han sido decididas por autoridades públicas legítimas; d) acciones que son ejecutadas por actores gubernamentales o por éstos en asociación con actores sociales (económicos, civiles), y e) que dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y la sociedad.”

Un primer aspecto de esta definición es que las políticas públicas no son decisiones aisladas o coyunturales, son un sistema correlacionado, planeado y por tanto racional de decisiones. El segundo aspecto se deriva del principio de causalidad, que sugiere una intencionalidad inicial de la que derivan acciones específicas, ésta, incluso es una de las acepciones, de diccionario, del término política. El tercer elemento se refiere a la interlocución gobierno-sociedad como espacio de definición del problema público, en donde éste se visibiliza, se agenda y se atiende de una u otra forma legítima.

Los autores referentes más citados en la argentina, para definir una política pública son Oscar Ozlack y Guillermo O'Donnell (1984), para ellos una

política estatal o pública se concibe como un “conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil”.

De ello se desprenden algunas consecuencias: en primer lugar que la política estatal no constituye ni un acto reflejo ni una respuesta aislada, sino un conjunto de iniciativas y respuestas que observadas en un momento histórico y en un contexto determinado permiten inferir la posición del Estado frente a una cuestión que atañe a sectores significativos de la sociedad. En segundo lugar, es preciso señalar que si una política estatal es la suma o producto de iniciativas y respuestas, y si tenemos en cuenta que son diversas las unidades y aparatos estatales involucrados en la fijación de una posición, las decisiones de las diversas instancias intervinientes resultarán, a menudo, “conflictivas” entre sí. En tercer término el Estado aparece como un actor más en el proceso social desarrollado en torno a una cuestión.

Tenemos entonces, y es el concepto que se utilizará en el presente trabajo, que las políticas públicas son conjuntos de decisiones planeadas con la participación, y legitimación, de autoridades representativas del Estado junto con representantes de la sociedad, tendientes a mejorar, transformar o solucionar una situación pública problemática o a emprender acciones consideradas útiles para la sociedad.

1.2 Evaluación de programas y políticas

Diferentes autores sitúan los orígenes de la evaluación de programas y políticas alrededor de las décadas de los años treinta y cuarenta con la aparición de diversos trabajos que se asemejan a la concepción que hoy se tiene de evaluación. Pero el desarrollo de la misma como campo científico y profesional es relativamente reciente, ya que se ha producido realmente en los últimos cuarenta años. A pesar de esta juventud, la evaluación ha sufrido una evolución acorde con el contexto histórico en el que se ha desarrollado.

Tradicionalmente era considerada como una “fase” del ciclo de vida de una política pública, la fase final. Con el tiempo la evaluación fue ampliando su objeto de estudio y puede resultar un instrumento para el análisis de las otras fases o momentos de las políticas, es decir, se puede hacer evaluación del diseño o formulación de una política, de su implementación o ejecución, resultados e impactos. Los cambios en la concepción de la evaluación de programas tienen lugar a la luz de la necesidad práctica de evaluar los programas públicos sociales y educativos que afloraron en la segunda mitad del siglo XX y la intensificación del debate sobre el empleo de los recursos públicos y sus resultados.

A lo largo de estos años de desarrollo de la disciplina de la evaluación, se han dado múltiples definiciones del término, dependiendo de la amplitud del enfoque y de cada uno de los autores.

Para María Bustelo (2001) una definición completa del concepto de evaluación debe reflejar tanto lo referido al *objeto*, como a los *procedimientos* y *funciones* de la misma.

En primer lugar, al referirnos a la evaluación de programas o políticas, tenemos ya una primera acotación del *objeto* de estudio. En general, se puede hablar de la evaluación de cualquier intervención social que pretenda abordar un problema público, bien sea globalmente (políticas) o bien de forma particular a través de proyectos, programas, planes, medidas, servicios, materiales, etc. Parece claro, además, que las intervenciones (políticas, programas, etc.) no son estáticas y tienen un ciclo de vida, desde su diseño hasta los impactos a largo plazo que puedan producir. Como ya se dijo anteriormente, aunque en las primeras etapas del desarrollo de la disciplina de la evaluación se tendía a considerar como objeto de evaluación únicamente los resultados y efectos de los programas, en la actualidad, el objeto de la evaluación de programas se extiende a todo su ciclo de vida.

Respecto a los *procedimientos*, la evaluación además de la recopilación y el análisis sistemático de información, realiza un enjuiciamiento

también sistemático. O mejor dicho, la recopilación y análisis de información se realiza con el objetivo de valorar el objeto a evaluar. Por lo tanto carácter sistemático viene determinado al menos por tres factores: en primer lugar, la conciencia de la actividad, es decir, saber que se está evaluando y se quiere evaluar con carácter previo y respondiendo a unas determinadas necesidades de información. En segundo lugar, porque se sigue un determinado orden y metodología. Y en tercer lugar, porque estructura de forma lógica el camino hacia la valoración, es decir, se recopila información, se interpreta dicha información y se valora con la base de dichas interpretaciones que, a su vez, están basadas en la información recopilada.

En lo que se refiere a las *funciones* de la evaluación Stufflebeam y Shinkfield (1987) señalan tres diferentes según el uso que se quiera hacer de la evaluación:

- Perfeccionamiento o mejora (improvement)
- Recapitulación, rendimiento de cuentas o responsabilidad (accountability)
- Ejemplificación o iluminación para acciones futuras (enlightenment)

La primera función, la de perfeccionamiento o mejora del programa o política evaluada, significa que la evaluación se concibe como un artefacto metodológico que permite el aprendizaje sobre la propia práctica. En este sentido, la evaluación resulta imprescindible como instrumento garante de la calidad de un servicio o programa. Lógicamente esta función refuerza la atención al contexto concreto de lo que se está evaluando, a las necesidades y naturaleza de las personas destinatarias y de todos los agentes críticos en el mismo, el personal que trabaja en él y el organismo que lo promueve.

El rendimiento de cuentas o responsabilidad sería la segunda función de la evaluación. La evaluación debe servir como instrumento que permita, en los diferentes niveles de responsabilidad, rendir cuentas sobre la gestión y los resultados de un programa. Esto adquiere mayor sentido cuando se refiere a programas y políticas públicas, ya que el rendimiento de cuentas

debe formar parte indiscutible del sistema democrático. Este rendimiento de cuentas debe darse a varios niveles, incluyendo de forma especial a la ciudadanía: el ciudadano/a tiene derecho a saber no sólo en qué se están empleando los fondos públicos sino también con qué grado de idoneidad, eficacia y eficiencia se están asignando, gestionando y empleando dichos fondos.

Una tercera función que puede cumplir la evaluación es dar luz o iluminar acciones futuras. Aunque el sentido último de la evaluación tiene que ver, esencialmente, con el programa concreto evaluado en un contexto, situación y momento determinado de forma que se contribuya a su mejora y se rindan cuentas sobre el mismo, las evaluaciones arrojan una información sistemática que contribuye al "acervo científico" no sólo de ese programa, servicio o política concreta sino también del abordaje general de determinados problemas públicos.

De lo anterior se desprende que el sentido último de la evaluación es su utilidad para el proceso de intervención social. La misma debe ser capaz de generar una información útil para el programa o política que está evaluando, es decir, la información debe ser pertinente al objeto evaluado y a su contexto. Y además, debe ser una información con carácter práctico, es decir, tiene que estar dirigida a la acción, proponiendo cursos de acción futura, ya sean modificaciones concretas, a continuar o terminar el programa o política evaluada, etc.

En base a lo ya expresado, podemos definir la evaluación como una actividad programada de reflexión sobre el programa o política, que se realiza mediante procedimientos sistemáticos de obtención, análisis e interpretación de información para la emisión de juicios valorativos fundamentados y comunicables, sobre procesos o actividades y resultados, ya sean alcanzados o futuros.

Ahora bien, para Osuna y Márquez (2004), se puede clasificar a los tipos de evaluación según:

- ¿Quién evalúa?
 - Externa: la realizan especialistas contratados que son externos a la política.
 - Interna: la realiza el mismo personal del programa o política o por personal encargado de gestionarlo y ejecutarlo.
- Su función:
 - Sumativa: es la que suministra información sobre si se debe continuar o suspender la política.
 - Formativa: tiene por objetivo proporcionar información para mejorar la política.
- Según el contenido:
 - Evaluación conceptual o de diseño: el objetivo es de analizar la racionalidad y coherencia del diseño de la política.
 - Evaluación del proceso de aplicación y gestión del programa: consiste en examinar la forma en que se gestiona y ejecuta la política, esto es, su puesta en práctica.
 - Evaluación de resultados e impactos: trata de conocer hasta qué punto la política aplicada está consiguiendo los objetivos establecidos, se mide la eficacia y eficiencia. Si es de resultados, se miden los objetivos más inmediatos y directos perseguidos por la actuación. La evaluación de impactos, analiza el efecto de la política más a largo plazo, mide cambios o continuidades a partir de la intervención pública en la sociedad.
- Según la perspectiva temporal:
 - Evaluación ex - ante: se realiza antes de implementar la política, su objetivo es analizar su adecuación a las necesidades y tratar de prever su éxito o fracaso.
 - Evaluación intermedia: se lleva a cabo a medio camino de la implementación. Su objetivo es obtener una información

relevante y precisa que permita introducir las modificaciones necesarias en el diseño o implementación de la política.

- Evaluación ex – post: se realiza una vez terminada la implementación de la política. Permite enjuiciar el éxito de la política; la estrategia diseñada; el grado de flexibilidad y capacidad de adaptación a una realidad; su eficiencia y eficacia; y la adecuación de los mecanismos de gestión y seguimientos previstos.

Debido a que la evaluación que se lleva a cabo en el presente trabajo es de tipo conceptual o de diseño, en el siguiente apartado revisaremos en forma más detallada sus características.

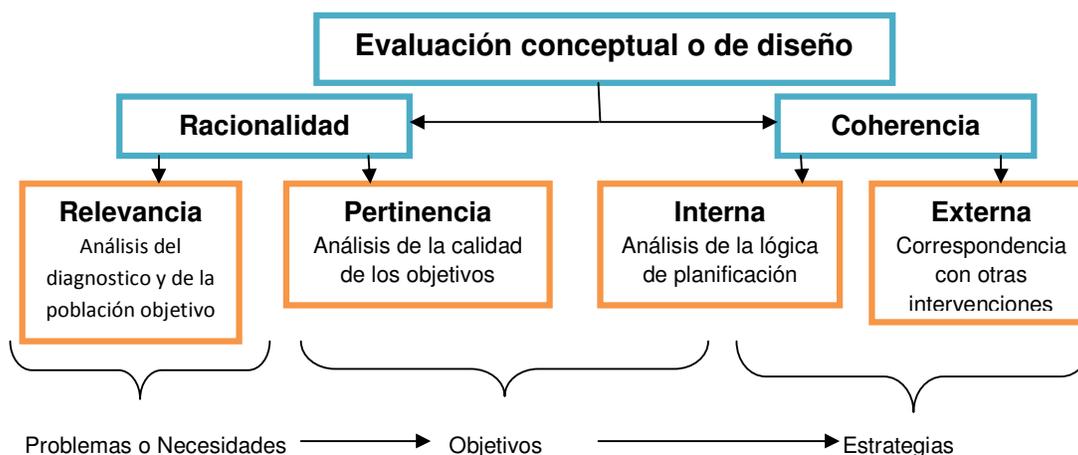
1.3 Evaluación conceptual o de diseño

Osuna y Márquez (2004)¹ definen a la evaluación de diseño como “aquella que analiza y revisa los elementos que justifican la necesidad de la intervención y la forma en que ésta se articula”. Esta definición parte del supuesto de que existe un estudio de necesidades, objetivos y estrategias de intervención definidos, y el trabajo del evaluador es analizar las relaciones que vinculan dichos elementos. Esta definición y la metodología que proponen los autores, que a continuación se presenta, es la que guiará la presente investigación.

El esquema que los autores estiman más apropiado a seguir para este tipo de evaluación tiene la siguiente estructura:

¹ Toda la sección de evaluación conceptual o de diseño del presente trabajo fue realizada con referencia a lo propuesto por Osuna, J. L. y Márquez C. en “Guía para la Evaluación de Políticas Públicas”. Sevilla: Instituto de Desarrollo Regional. Fundación Universitaria 2004.

Figura 1. Evaluación conceptual o de diseño.



Fuente: Elaboración propia en base a la guía de evaluación de políticas públicas de Osuna y Márquez.

El tipo de análisis que proponen los autores, y como ya se dijo seguiremos en el presente trabajo, contempla la valoración de dos aspectos principales: racionalidad y coherencia, estos son dos aspectos relacionados e interdependientes. Esto implica que, un programa coherente en el sentido de una óptima correlación entre actuaciones, medios y objetivos tendrá solamente un impacto parcial y limitado si no es racional; si no existe relación clara entre problemas, causas y objetivos. Es decir, son dos análisis diferentes pero complementarios.

Evaluación de racionalidad

Desde el enfoque que proponen los autores, el estudio de la racionalidad de una intervención pública o programa comprende al análisis de la relevancia y pertinencia del mismo. En el se examinan las relaciones entre las necesidades y/o problemas detectados, en donde se ejecuta el programa y para una población objetivo determinada, con los objetivos establecidos para la mejora o solución de dichos problemas.

Relevancia

Evaluar el diagnóstico es el primer paso de la evaluación de racionalidad, para comprobar su calidad y veracidad. Es necesario tener en

cuenta que muchas veces tanto las continuas modificaciones del entorno político y social, como también la presión de los agentes socio-económicos (sectores productivos, opinión pública, etc.) puede imposibilitar una aproximación racional de dónde, cuándo y cómo intervenir. En la práctica, un mejor conocimiento del evaluador de la realidad sobre la que actúa facilitará la detección de posibles omisiones, incorrecciones en los datos utilizados, realizar una valoración crítica del hilo argumental, etc.

Para evaluar la calidad de diagnóstico se deben revisar los siguientes elementos:

- Los *problemas* deben estar redactados en forma explícita y conceptualmente claros. Es importante que sean una imagen “fiel” de la realidad, que estén completos y sean medibles. Los problemas deben estar correctamente localizados y estar relacionados directamente con las necesidades de la población objetivo. Esto permitirá generar la imagen “en negativo” del programa.
- Se deben analizar las *relaciones de causa y efecto*, detectar si la jerarquización presenta incongruencias lógicas o si se ha omitido algún condicionante significativo de los problemas. Para este análisis es de mucha utilidad la realización de “árboles o diagramas de flujo”. Son representaciones descriptivas de las relaciones causa-efecto que adoptan visualmente forma de árbol debido a las ramificaciones en cascada de dichas relaciones.
- La *población objetivo* debe estar correctamente identificada, caracterizando a los beneficiarios y cuantificándolo, esto permitirá calcular la cobertura prevista del programa. Por otro lado, se debe tener conocimiento sobre la motivación e interés de este grupo para poder colaborar en el desarrollo de la intervención.
- El *contexto socioeconómico* que implica todos los elementos externos (a nivel económico, político, social, institucional, legal, etc.) que pueden afectar, tanto de forma directa como indirecta, la intervención. En palabras simples, contempla a la realidad que rodea al programa, y sobre la cual los planificadores y gestores no tienen un control directo.

Pertinencia

Evaluar la pertinencia de un programa o política pública implica analizar la calidad en la formulación de los *objetivos* del programa. Estos deben ser claros y medibles, ya que representan el principal parámetro para realizar la evaluación de eficacia y eficiencia. Para hacer esta evaluación, se debe revisar:

- Que las expresiones y verbos utilizados indiquen claramente los compromisos asumidos, es decir, que se orienten a comportamientos mensurables, claros y concretos.
- Que se haya establecido una sola meta o fin, es decir, los planes pueden tener múltiples objetivos pero deben responder a una única meta o fin último. Un objetivo que establezca dos o más fines requerirá diferentes estrategias de actuación, dificultando su determinación y su evaluación.
- Que se haya especificado un solo resultado o producto para cada actuación concreta.
- Que se hayan previsto fechas de consecución de los objetivos

Evaluación de la coherencia de una política o programa público

Es la evaluación de la adecuación de la jerarquía de objetivos establecidos en el programa y de la estrategia diseñada para su consecución. Existen dos niveles de análisis:

Coherencia interna

Consiste en la evaluación de la articulación de los objetivos con los instrumentos de la estrategia y su adecuación con los problemas. Esto se logra por medio de dos acciones:

- Clasificación y jerarquización de objetivos. El establecimiento de objetivos debe hacerse siguiendo una jerarquía, esta ordenación permite distinguir diferentes niveles en la estrategia de intervención planificada.

El papel del evaluador es asegurar que en todos los niveles de la programación (actuaciones, resultados, objetivos y meta), que no existan conflictos entre objetivos, tanto en el mismo nivel, como en niveles superiores o inferiores. También es su tarea identificar de las estrategias de acción propuestas y la valorar de la elección realizada, sobre la base de un cierto número de criterios como son la posibilidad de éxito, el presupuesto con que se cuenta, el tiempo necesario para que se observen los efectos, etc.

- Verificar si existe una verdadera correspondencia entre los problemas identificados en la población objetivo y los objetivos propuestos del programa, a los distintos niveles de intervención. Cada objetivo debe tener su reflejo en un problema o potencialidad no adecuadamente explotada. De esta forma se asegura que los objetivos perseguidos se derivan del diagnóstico realizado y por lo tanto el programa está bien orientado.

Coherencia externa

Esta evaluación se basa en el análisis de la compatibilidad tanto de los objetivos como de la estrategia del programa, con otras políticas y programas con los que puedan tener sinergias o complementariedad y que se están ejecutando en el mismo espacio temporal y territorial. Este tipo de evaluación contempla, también, la adecuación del programa con alguna política o normativa de orden superior.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se expone la metodología que se utilizó durante la investigación. Su elección obedece a los objetivos que se pretenden alcanzar, y a la disponibilidad de recursos económicos.

La evaluación que se realiza es de tipo conceptual o de diseño, con una orientación descriptiva y analítica, enfocando la misma en los elementos que justifican la necesidad y la estrategia de intervención pública. Las fuentes de información utilizadas en la misma fueron bases de datos, estadísticas vitales y de la salud, tanto nacionales como internacionales, bibliografía especializada en el tema, la normativa específica dictada para esta política y documentos oficiales del Plan Nacer. Así como herramientas de evaluación participativa como son las entrevistas en profundidad a agentes implicados y reuniones con expertos en el tema.

Las conclusiones obtenidas en la evaluación intentan exponer la utilidad de la evaluación conceptual para mejorar el diseño de una política en concreto, y de las intervenciones públicas en general, y facilitar la toma de decisiones de las autoridades públicas al generar un informe analítico sobre política y señalar tanto los aciertos de la misma, como los posibles aspectos a ser mejorados.

Técnicas de investigación utilizadas

Las técnicas de investigación puestas en práctica estuvieron determinadas por aquellos elementos propios del análisis de racionalidad y coherencia. Estas fueron el análisis documental, las entrevistas en profundidad a agentes implicados y reuniones con expertos en el tema.

En una primera instancia se realizó un análisis de evaluabilidad con el fin de determinar las posibilidades previas que tiene el Plan de ser evaluado. Este tipo de análisis constituye un paso previo absolutamente necesario porque nos permite saber hasta qué punto es posible llevar a cabo una evaluación concreta, y cuál es el tipo de evaluación más apropiado. Los aspectos puestos en consideración fueron: quienes son los destinatarios, qué información se necesitaba y cuando, como y para qué se utilizaran los resultados, cuales son

las fuentes de información y con qué recursos se cuenta para llevar a cabo la investigación, entre otros.

El análisis documental se basó principalmente en el “Convenio Marco” de adhesión de las Provincias al Plan y el “Manual Operativo” del Plan Nacer, así como diferentes publicaciones referidas provenientes de los hospitales participantes en él mismo, el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y otras publicaciones referidas a la temática. Las fuentes de estadísticas de Argentina fueron el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), y la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). En el caso de las estadísticas internacionales se recurrió a las publicadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las entrevistas en profundidad se realizaron en forma semiestructurada, en cada caso se elaboró un guión con bloques de preguntas para dar coherencia a la entrevista en función de la información que se quería obtener de cada agente, sin perjuicio de aquellas cuestiones que puedan surgir espontáneamente en cada una de ellas. Las mismas se realizaron con agentes implicados en el plan, representantes de las instituciones involucradas en el plan en la provincia de Santiago del Estero, que formó parte de la primera etapa de implementación del mismo, y de la ciudad de Buenos Aires, integrante de la segunda fase del mismo. También se organizó una reunión con un médico pediatra especialista en neonatología con experiencia de trabajo en las instituciones públicas de salud. Las personas entrevistadas fueron:

- Dr. Camilo Pereyra, coordinador ejecutivo del Plan Nacer en la provincia de Santiago del Estero.
- Lic. Claudia Díaz Villalva, responsable en comunicación en Plan Nacer en el gobierno de la ciudad de Buenos Aires.
- Dr. Luis H. Abalos Fuentes, médico pediatra y neonatólogo, ex subsecretario de salud de la provincia de Santiago del Estero.

En base a la información obtenida como consecuencia de la utilización de las técnicas explicadas previamente, se elaboro la matriz de evaluación que contiene los siguientes aspectos:

- Criterios de evaluación, que para esta investigación son racionalidad, pertinencia y relevancia, y coherencia, tanto interna como externa.
- Preguntas de evaluación, que son las que nos permiten obtener las respuestas necesarias para valorar la pertinencia, relevancia y coherencia interna y externa del Plan Nacer.
- Indicadores, que son descriptores asociados a cada una de las preguntas.
- Método de medición del indicador.
- Fuentes de verificación del indicador, en nuestra investigación las constituyen el análisis documental, entrevistas con agentes implicados y reuniones con especialistas.

Cabe aclarar que durante la realización del análisis documental y las entrevistas surgieron algunos interrogantes complementarios que se incluyeron en la matriz para enriquecer la evaluación. En consecuencia la matriz de evaluación quedo conformada de la siguiente manera:

Criterios de evaluación	Preguntas de evaluación	Indicadores	Método de medición del indicador	Fuentes de información del indicador
Racionalidad-Relevancia	<p>¿El problema focal o necesidades de la población objetivo está bien identificado? ¿En forma explícita, clara, completa, rigurosa, medible? ¿Se especifican las fuentes de información utilizadas para su determinación?</p> <p>¿En la elaboración del diagnóstico participaron agentes claves, gestores, ejecutores y afectados por el problema?</p> <p>¿En el diagnóstico realizado se especifican las relaciones de causalidad a los problemas detectados? ¿Hay correspondencia?</p> <p>¿La población objetivo se encuentra adecuadamente identificada, cuantificada, caracterizada? ¿Hay un estudio de necesidades de la población objetivo?</p> <p>¿Se incluye a las poblaciones indígenas dentro de la población objetivo? ¿Se le brinda un tratamiento diferencial acorde a sus características?</p> <p>¿El programa especifica cuál es la cobertura prevista del mismo? ¿Identifica posibles barreras de acceso? ¿Da tratamiento equilibrado a toda la población objetivo?</p> <p>¿En el diagnóstico se realizó un análisis del contexto operativo del plan? ¿Es de buena calidad? ¿Qué variables lo integran?</p> <p>¿Tiene en cuenta la perspectiva de género?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Grado de claridad del problema identificado. ● Grado de exhaustividad del problema identificado. ● Nivel de profundidad en la medición del problema. ● Grado de correspondencia entre el problema identificado y sus causas. ● Nivel de corrección en la cuantificación de la población objetivo. ● Nivel de corrección en la caracterización de la población objetivo. ● N° y tipología de estudios realizados. ● Tipología de agentes participantes. ● Relación de agentes que deberían haber participado y no lo hicieron. 	<p>Análisis cualitativo y método del semáforo: rojo, amarillo o verde. En base a la respuesta obtenida a la pregunta de evaluación.</p>	<p>Análisis documental y entrevistas en profundidad</p>
Racionalidad-Pertinencia	<p>¿Los objetivos que se propone el plan son: claros, concretos, medibles y observables? ¿Están adecuadamente redactados? ¿Poseen una sola meta o fin último? ¿Para cada acción concreta se prevé un solo resultado o producto?</p> <p>¿Se han fijado las fechas en las que se planea la consecución de los objetivos?</p> <p>¿El plan prevé un sistema de seguimiento o monitoreo del cumplimiento de los objetivos?</p> <p>¿Se prevé la recolección de información para estudios de impacto de plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Grado de claridad de los objetivos propuestos. ● Nivel de corrección en la redacción de los objetivos propuestos. ● Nivel de facilidad/complejidad en la medición del/ de los objetivos. 	<p>Análisis cualitativo y método del semáforo: rojo, amarillo o verde. En base a la respuesta obtenida a la pregunta de evaluación.</p>	<p>Análisis documental y entrevistas en profundidad</p>

Criterios de evaluación	Preguntas de evaluación	Indicadores	Método de medición del indicador	Fuentes de información del indicador
Coherencia Interna	<p>¿Los objetivos están adecuadamente jerarquizados? ¿Existe coherencia entre ellos?</p> <p>¿Los objetivos del plan responden a los problemas que se detectaron en la población objetivo?</p> <p>¿La lógica planteada en la estrategia para consecución de los es correcta? ¿Es especificada en forma explícita?</p> <p>¿El sistema de financiamiento y mecanismo de desembolso del plan es eficiente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Nivel de correspondencia de problemas con objetivos ● Nivel de correspondencia de la jerarquía de objetivos. ● Nivel de correspondencia en la lógica de la estrategia. 	<p>Análisis cualitativo y método del semáforo: rojo, amarillo o verde. En base a la respuesta obtenida a la pregunta de evaluación.</p>	<p>Análisis documental y entrevistas en profundidad</p>
Coherencia Externa	<p>¿El plan se ajusta a la normativa vigente en Argentina?</p> <p>¿Guarda relación con otros programas vigentes en el mismo espacio y tiempo? ¿Hay coordinación entre ellos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Nivel de correspondencia con otros programas o políticas vigentes ● Nivel de correspondencia con leyes vigentes. 	<p>Análisis cualitativo y método del semáforo: rojo, amarillo o verde. En base a la respuesta obtenida a la pregunta de evaluación.</p>	<p>Análisis documental</p>

Capítulo III

Políticas Públicas de salud en Argentina y el contexto del Plan Nacer

El presente capítulo comienza con una contextualización de las Políticas Públicas en Argentina en áreas temáticas de interés en salud pública. En el segundo apartado se describe el contexto dentro del cual se enmarca el dictado del Plan Nacer, tanto en Argentina como en América. La tercera sección de este capítulo, realiza una descripción del Plan Nacer: destinatarios, objetivos, mecanismos de operacionalización, etc. Finalmente, se realiza un breve comentario sobre los sistemas de incentivos basados en resultados y se hace referencia a otras experiencias de similares características en Latinoamérica y el mundo.

3.1 Políticas Públicas de salud en Argentina.

Para Moscoso y Modarelli (2009) es posible definir el funcionamiento del sistema de salud argentino a los largo del tiempo bajo cuatro contextos, en los inicios del siglo XX, un sector poco coordinado y sin políticas activas en torno a la salud de la población; luego, a partir de 1945 un periodo con políticas públicas centralizadas que expanden la infraestructura pública de servicios y da inicio al aparato sindical que terminarán impulsando las obras sociales. Más tarde desde 1955, cuando termina el gobierno de Perón, un periodo con episodios de descentralización de las instituciones de salud sin contrapartidas financieras. Por último, en los ´90, un periodo de reformas en el sector salud, con procesos de descentralización y desregulación que no conformaron un procedimiento ordenado de reforma del gasto sectorial, las decisiones tomadas no estuvieron inspiradas en factores como mejorar la eficiencia en la producción y la equidad en la cobertura, sino que fueron concebidas en función de las restricciones fiscales del gobierno central.

Este nuevo modelo de provisión descentralizada en un país desigual, con la ausencia de un diseño institucional y financiero que acompañara al proceso de descentralización, sin los imprescindibles consensos sociales y políticos, llevó a la acentuación de las disparidades preexistentes y originó una gran heterogeneidad de respuestas, tanto en lo referido a la forma en que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia. La ausencia de coordinación desde el nivel

central permitió conductas dispares a nivel provincial y municipal que responde, a grandes rasgos, a dos conjuntos de razones: por un lado, la configuración previa de cada sistema de salud, y, por el otro, la política sectorial adoptada en cada lugar como respuesta al propio proceso descentralizador.

Las políticas públicas más destacadas implementadas en el sistema de salud argentino a partir de los ´90 se vieron reflejadas en: la transferencia de hospitales nacionales hacia los niveles subnacionales, la incorporación de la modalidad del Hospital Público de Autogestión, luego Hospital Público de Gestión Descentralizada, las políticas implementadas en torno a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, el Plan Remediar, y la implementación de Seguros Provinciales de Salud. Estas tres últimas se enmarcan en la propuesta de “neoinstitucionalismo” dado que priorizan la satisfacción de las demandas regionales transfiriendo responsabilidades vinculadas con la provisión, financiación y aseguramiento de ciertos bienes y servicios hacia los niveles provinciales y municipales, conforme a recomendaciones de organismos internacionales de crédito como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, que fueron en algunos casos financiadores de estas medidas.

Luego de la crisis económica que atravesó Argentina a fines del año 2001 se produjo un fuerte aumento en la demanda de los servicios públicos de salud, lo que determinó la declaración de situación de emergencia sanitaria nacional. En 2004, el Consejo Federal de Salud en consenso con el Ministerio de Salud de la Nación y las autoridades provinciales pone en marcha el Plan Federal de Salud 2004-2007.

El Plan estaba dirigido a diseñar un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de Atención Primaria de la Salud². Proponía seguir un sendero de reformas que tiendan a la paulatina integración de los subsectores, mejorando así la equidad regional. Establecía a la Atención

² La OMS define a la atención primaria de salud como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Primaria de la Salud como centro de la política pública de salud y la figura principal son los establecimientos asistenciales sin internación llamados Centros de Atención Primaria de la Salud. Se puede considerar a esta estrategia como una política de devolución dada la transferencia total de poder hacia los gobiernos locales los cuales tienen autoridad independiente para tomar decisiones y ejecutar acciones sobre las cuales el gobierno central ejerce escaso control.

Es en el marco del Plan Federal de Salud que se profundizan las acciones ya existentes como el Plan Remediar o el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y se inician nuevas acciones como el Programa Nacional para el Desarrollo de Seguros de Salud Materno Infantiles Provinciales que luego a fines del año 2004 pasaría a llamarse Plan Nacer Argentina.

3.2 Contexto de la salud materna e infantil en Argentina y América Latina. Y el marco para la creación del Plan Nacer.

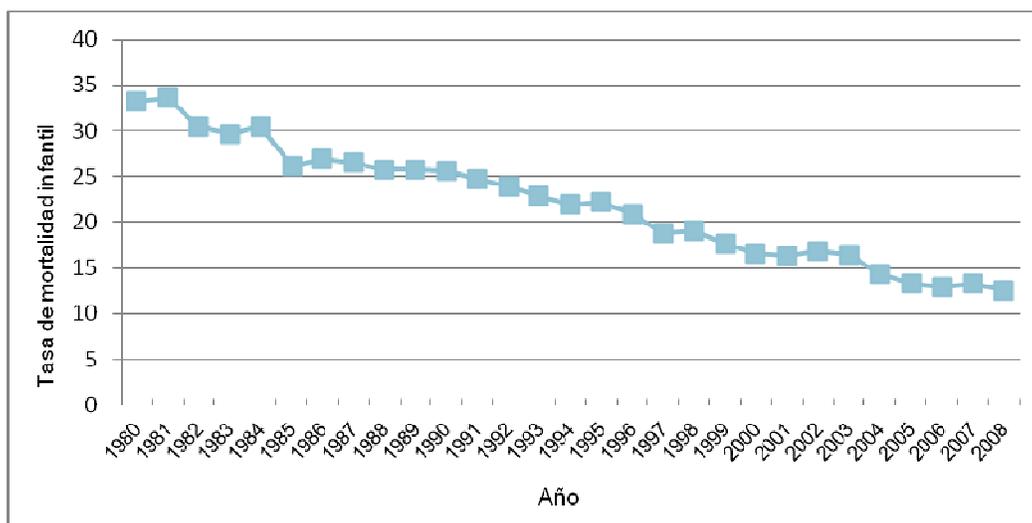
En esta sección se describe el contexto al momento de inicio del Plan Nacer. Para ello, se comienza con un análisis exploratorio de la tasa de mortalidad infantil, neonatal, post-neonatal, y de la tasa de mortalidad materna, su distribución en el interior de la Argentina y en el contexto internacional. Luego se realiza una descripción del sistema de salud argentino y se intenta caracterizar la situación de los servicios de salud que se prestan.

3.2.1 Mortalidad infantil

La mortalidad infantil comprende las defunciones de personas menores a un año y se divide en mortalidad neonatal y post-neonatal. La primera hace referencia a las defunciones ocurridas en los primeros 27 días de vida, mientras que la segunda va desde el fin del período neonatal hasta el año de vida.

Como se puede observar en el gráfico 1, la tasa de mortalidad infantil³ de Argentina ha descendido en forma sostenida desde 1980, con leves modificaciones como la ocurrida en el año 2002.

Gráfico 1. Tasa de Mortalidad infantil (cada 1.000 nacidos vivos). República Argentina. Años 1980-2008.



Fuente: Elaboración propia en base a "Estadísticas vitales información básica 2008" Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

En la tabla 1 podemos observar más detenidamente los últimos 5 años, previos al comienzo del Plan Nacer. En el periodo 2000-2002 la tasa de mortalidad sufrió un pequeño incremento, probablemente debido a la delicada crisis social, económica, e institucional, se produce un quiebre en la tendencia, pasando a ser decreciente, hasta la actualidad. No obstante en el lapso 2003-2005 continuo descendiendo, pero se mantuvo elevada si comparamos a Argentina con países con una tasa de mortalidad seis veces menor como por ejemplo Singapur, Suecia y Japón.

³ La tasa de mortalidad infantil relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año. En la presente sección se realizarán los datos sobre de la "tasa de mortalidad" y no de la "mortalidad infantil", de manera de poder hacer análisis comparativos entre unidades o en el tiempo.

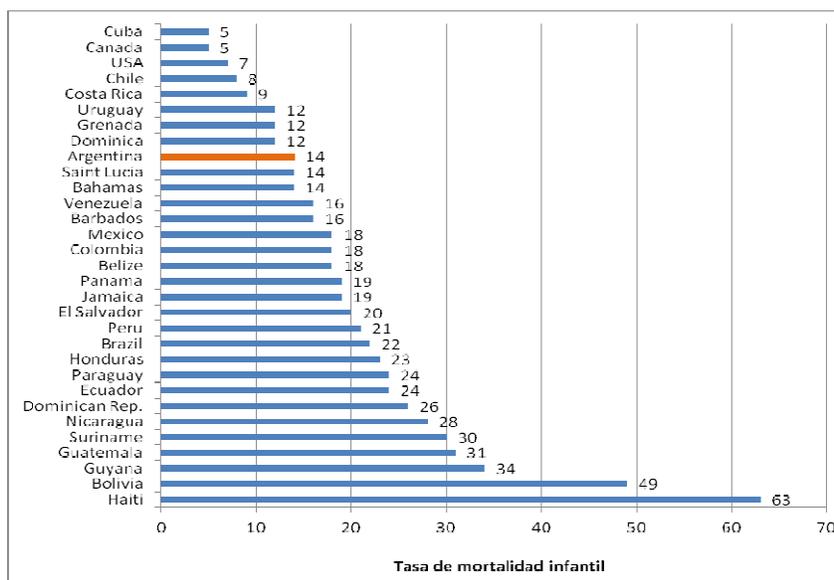
Tabla 1: Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos). Total país. Periodo 2000-2005.

Indicador	Año					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TMI	16,6	16,3	16,8	16,5	14,4	13,3

Fuente: Elaboración propia en base a "Indicadores de salud seleccionados. República Argentina – Años 2000 a 2005" Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, Argentina en el 2005 no se encontraba en una mala posición si se rankea a los países americanos (ver gráfico 2). Aunque el valor presentado es considerablemente mayor que los reportados por países desarrollados como Canadá y Estados Unidos, es aproximadamente cuatro veces menor que el máximo valor alcanzado en la región (Haití). Los números dejan de ser alentadores si se compara Argentina con países de un grado de desarrollo similar como Chile y Uruguay. El país trasandino presenta una tasa de mortalidad infantil que es casi la mitad, mientras que la de Uruguay es tres puntos porcentuales menores que la de Argentina. Brasil, un país al que nunca se puede obviar en la comparación internacional, presenta una tasa de mortalidad sustancialmente mayor que Argentina, aunque con una gran caída en los últimos quince años. Bolivia y Colombia también presentan tasas superiores a las de Argentina.

Gráfico 2. Distribución de la Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) en América. Año 2005.

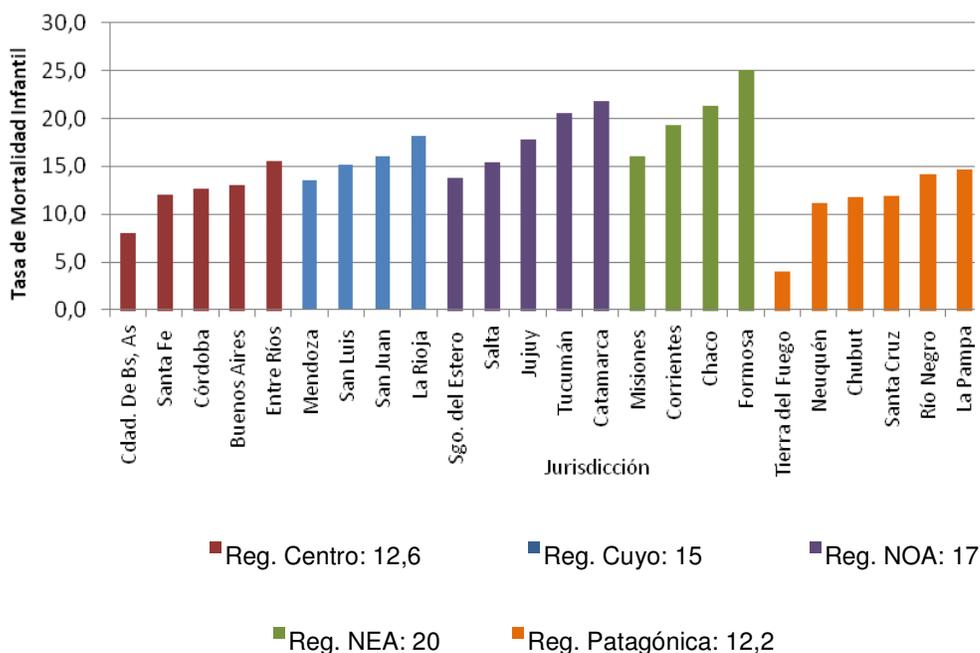


Fuente: Elaboración propia con datos del "Global Health Observatory Data Repository" de la Organización Mundial de la Salud.

A nivel de regiones y de cada provincia en particular (ver gráfico 3), la distribución de la mortalidad infantil no presenta un patrón uniforme. Las provincias pertenecientes a las regiones de NOA y NEA, por ser las que presentan los peores indicadores socioeconómicos⁴, son las que poseen las tasas de mortalidad infantil más elevadas. Un recién nacido tiene mayores probabilidades de vivir en la Región Patagónica o en la Ciudad de Buenos Aires que en las regiones del Noroeste Argentino (NOA) y Noreste Argentino (NEA). Por ejemplo, en la provincia de Tierra del Fuego, la mortalidad infantil es seis veces menor a la tasa de Formosa y tres veces menor al total país.

⁴ En el anexo 1 se presenta más información sobre las características socioeconómicas de las provincias y a nivel de regiones.

Gráfico 3. Distribución de la tasa de mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos) por provincia. Año 2004.



Fuente: Elaboración Propia en base a "Indicadores básicos Argentina 2006" Ministerio de Salud de la Nación.

Más allá de las diferencias a nivel regional, la composición de la tasa de mortalidad infantil presenta un comportamiento similar en las regiones de NOA y NEA en relación al resto del país. Si se divide la tasa de mortalidad infantil en neonatal y postneonatal, como se muestra en la tabla 2, puede observarse que la mayor cantidad de defunciones ocurre en el primer caso. Cerca del 67 % de las defunciones de menores de un año ocurren cuando el bebé posee menos de veintisiete días. Esto sucede tanto en NOA y NEA como en el resto del país. Estos resultados son importantes, ya que por más que en NOA y NEA las tasas de mortalidad son mayores que en el resto del país, la composición es similar en las distintas regiones.

Tabla 2. Distribución de la tasa de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal (por mil nacidos vivos) por regiones. Año 2004.

Jurisdicción	TMI	TMI Neonatal	TMI Postneonatal
Región Centro	12,6	8,4	4,2
Región Cuyo	15,0	10,0	4,7
Región Noroeste	17,0	12,1	5,4
Región Noreste	20,0	13,6	6,4
Región Patagónica	12,2	8,0	3,4
Total país	14,4	9,0	4,0

Fuente: Elaboración Propia en base a "Indicadores básicos Argentina 2006" Ministerio de Salud de la Nación.

Existen una serie de elementos que afectan y determinan el nivel de la tasa de mortalidad infantil, entre ellos pueden mencionarse factores biológicos, demográficos, socio-económicos, culturales, ambientales, de atención de la salud y geográficos. La influencia de cada uno de estos factores es disímil si se tiene en cuenta el periodo neonatal o postneonatal. Mientras que en el primero prevalecen aquéllos relacionados con las condiciones congénitas, en la mortalidad post-neonatal tienen mayor efecto las condiciones ambientales y socio-económicas. Para este último subgrupo, gran parte de las causas de muerte se deben a problemas vinculados con el medio ambiente y ello es más habitual cuanto más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, diarreas, deshidratación, trastornos respiratorios agudos).

Un análisis detallado abordaría las causas de esas defunciones y su similitud o disparidad entre las diferentes regiones; es por eso que en la tabla 3 se presentan las principales causas de mortalidad infantil en las distintas regiones que, como puede observarse, no difieren de manera sustancial. En ambos casos, los trastornos relacionados con la duración de la gestación, las dificultades respiratorias del recién nacido, y las malformaciones congénitas, juegan un rol importante en las defunciones de menores de un año. Más allá de que en niveles la tasa de mortalidad infantil entre las regiones NOA y NEA difiere respecto al resto del país, la composición de la misma en las distintas regiones es similar.

Tabla 3. Principales Causas de muerte para menores de 1 año como porcentaje del total de defunciones por regiones. Año 2004.

Causa	NOA y NEA	Resto Argentina
Dificultad respiratoria del recién nacido	14,4%	10,6%
Trastornos relacionados con la duración de la gestación	11,7%	13,2%
Sepsis bacteriana del recién nacido	9,2%	7,0%
Otras malformaciones congénitas	8,2%	11,0%
Otras afecciones respiratorias del recién nacido	7,6%	8,5%
Resto	48,9%	49,7%
Total	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "Defunciones de menores de cinco años indicadores seleccionados". Ministerio de Salud de la Nación. Año 2004.

Las causas de muerte de los niños menores de un año pueden agruparse de acuerdo a los criterios de reducibilidad propuestos por el Taller de Grupos de Expertos (Dirección de Maternidad e Infancia, 1996). El concepto de reducibilidad se aplica a las defunciones cuya frecuencia podría disminuirse, en función del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas fundamentalmente a través de los servicios de salud⁵. En la mortalidad neonatal las defunciones se consideran: a) reducibles por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno (tanto en el embarazo, como en el parto y en el recién nacido), b) otras reducibles, c) difícilmente reducibles y d) otras causas. Por su parte, las defunciones post-neonatales se agrupan en: a) reducibles por prevención, b) reducibles por tratamiento, c) reducibles por prevención y tratamiento, d) otras reducibles, e) difícilmente reducibles, f) desconocidas o mal definidas y g) otras causas.

En las tablas 4 y 5, que a continuación se presentan, se muestra el porcentaje de defunciones agrupadas según criterios de reducibilidad para el año 2004 para la mortalidad neonatal y postneonatal respectivamente. La idea subyacente detrás de este análisis es interpretar correctamente las causas de mortalidad en relación a su potencial reducción, a fin de desarrollar intervenciones eficaces en especial en las acciones que se relacionan con la

⁵Estudiar las causas de muerte según criterios de reducibilidad tiene como objeto detectar problemas, sustentar la toma de decisiones y guiar las actividades, de forma tal que faciliten la instrumentación de medidas correctivas adecuadas.

necesidad de mejorar la calidad y el acceso equitativo a la atención infantil. De ambas tablas se deriva que tanto para la mortalidad neonatal como para los post-neonatal cerca del 57% de las defunciones son atribuibles a factores reducibles. Estos resultados estarían indicando que existe espacio para el desarrollo de una estrategia de salud orientada a la búsqueda de resultados sanitarios.

Tabla 4. Defunciones neonatales según criterios de reducibilidad. Año 2004.

Grupo de Causas	%
Reducibles por diagnóstico y tratamiento	
En el embarazo	34,3
En el parto	10,6
En el recién nacido	9,9
Otras reducibles	1,3
Difícilmente reducibles	40,1
Otras causas	1,1
Mal definidas	2,7
Total	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a "Estadísticas Vitales. Información básica 2004". Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 5. Defunciones post-neonatales según criterios de reducibilidad. Año 2004.

Grupo de Causas	%
Reducibles por diagnóstico y tratamiento	
En el embarazo	34,3
En el parto	10,6
En el recién nacido	9,9
Otras reducibles	1,3
Difícilmente reducibles	40,1
Otras causas	1,1
Mal definidas	2,7
Total	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a "Estadísticas Vitales. Información básica 2004". Ministerio de Salud de la Nación.

3.2.2 Mortalidad materna

La mortalidad materna, definida internacionalmente como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada

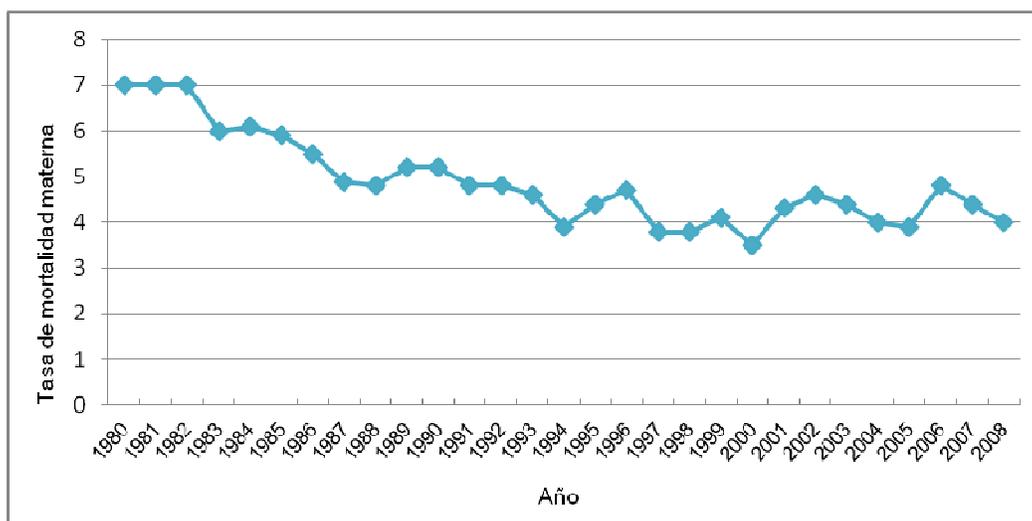
con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales. Según la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, la mortalidad materna es frecuentemente subestimada debido a deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

En la mortalidad materna se conjugan diversos factores. Las desventajas de muchas mujeres frente al cuidado de su salud sexual y reproductiva se ponen de manifiesto frente a la menor autonomía en decisiones a cerca de la sexualidad y la reproducción. La pobreza y la condición étnica acentúan las condiciones de desigualdad y discriminación de género. Se acentúa también la posibilidad de acceso a servicios de calidad, que tengan en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y la prevención de embarazos no deseados. La edad en que se produce la concepción es también un factor determinante para la salud de las madres. En general, la maternidad de niñas y adolescentes implica mayores riesgos de morbilidad y mortalidad.

La tasa de mortalidad materna⁶, al igual que la tasa de mortalidad infantil, ha tenido una tendencia decreciente desde el año 1980. Sin embargo, a partir de 1994 la tasa de mortalidad materna se estabilizó, y se mantuvo en torno a las 4 muertes cada 10.000 nacidos vivos. Ello puede observarse en el siguiente gráfico:

⁶ La tasa de mortalidad materna refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio. Se define como la cantidad de mujeres fallecidas sobre el número de nacidos vivos como una aproximación al número de mujeres con probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y/o el puerperio.

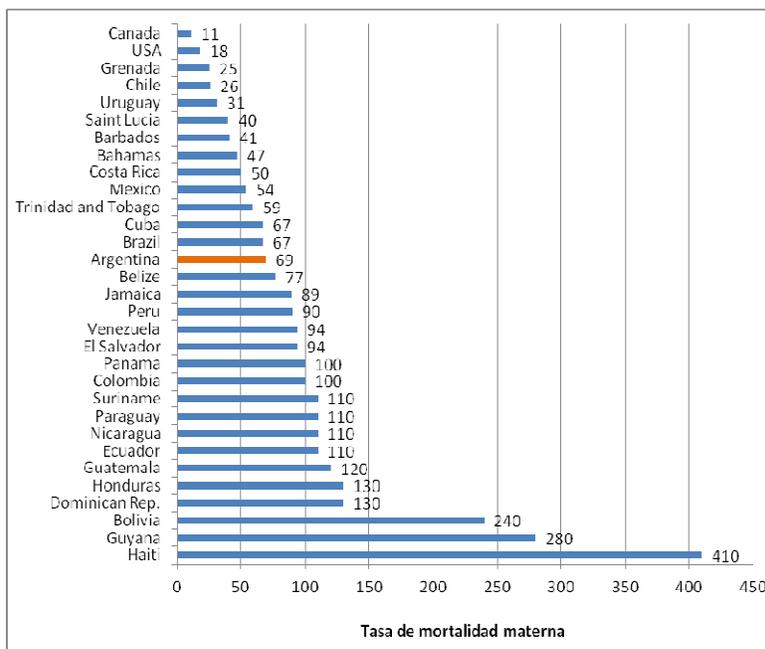
Grafico 4. Tasas de mortalidad materna (cada 10.000 nacidos vivos). República Argentina. Años 1980-2008.



Fuente: Elaboración propia en base a "Estadísticas vitales información básica 2008" Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la situación de la mortalidad materna en Argentina en el año 2005 en relación a los demás países Americanos, era una posición intermedia (ver gráfico 5). Países como Ecuador, Bolivia y Haití, este último posee el valor máximo para este indicador, presentan tasas sustancialmente mayores a la de nuestro país. Pero si se compara a Argentina con países de un grado de desarrollo similar como Chile y Uruguay los resultados no son tan alentadores, ya que estos países tienen tasas tres veces menores. Si la comparación se realiza con países desarrollados como Canadá y Estados Unidos, la situación es aún peor ya que en ellos las tasas llegan a ser hasta seis veces más pequeñas. Brasil, por su parte, presenta una tasa similar a la de Argentina.

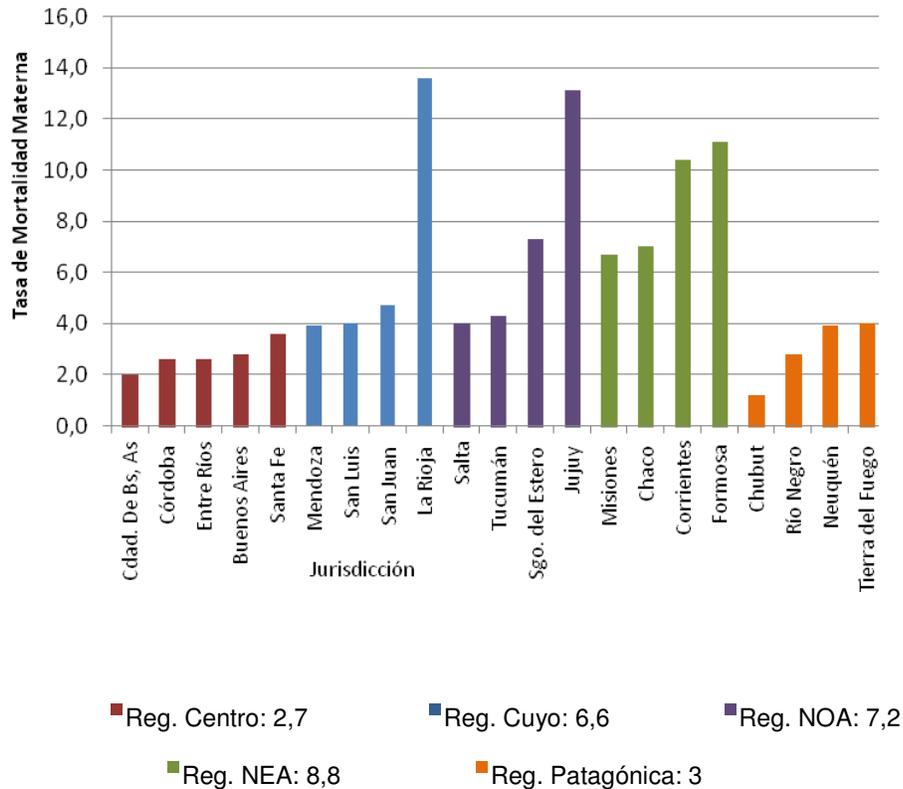
Gráfico 5. Distribución de la tasa de mortalidad materna (cada 100.000 nacidos vivos) en América. Año 2005.



Fuente: Elaboración propia con datos del "Global Health Observatory Data Repository" de la Organización Mundial de la Salud. Los datos corresponden a estimaciones realizadas por este organismo, para la realización del gráfico se utilizó los valores medios de los intervalos estimados.

A nivel de regiones y de cada provincia en particular (ver gráfico 6), la distribución de la mortalidad materna no presenta un patrón homogéneo. Nuevamente las provincias de NEA y NOA, que como ya se dijo son las que peores indicadores socioeconómicos poseen, presentan las más altas tasas promedio. Una madre tiene el doble de posibilidades de sobrevivir si pertenece a la región Centro o Patagonia del país, que si pertenece al NEA o NOA. En particular, llama la atención la pronunciada asimetría respecto a las provincias de La Rioja y Jujuy que presentan tasas que triplican el promedio nacional, y las correspondientes a las provincias de Corrientes y Formosa, son también muy elevadas en relación al resto del país.

Gráfico 6. Distribución de la tasa de mortalidad materna (cada 10.000nacidos vivos) por provincia. Año 2004.



Fuente: Elaboración Propia en base a "Indicadores básicos Argentina 2006". Al no existir datos para las provincias de Catamarca, la Pampa y Santa Cruz, estas fueron omitidas del gráfico.

La Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) subdivide a las muertes maternas en dos grupos:

- Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. Las más comunes son: hipertensión, hemorragias en el anteparto o post parto, sepsis, entre otras.
- Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Un análisis más detallado de su similitud o disparidad entre las diferentes regiones del país se presenta en la tabla 6. En ella se muestran los porcentajes de muertes maternas según sean causadas por aborto, defunciones obstétricas directas o indirectas. De su análisis podemos concluir que no existen diferencias sustanciales entre las regiones. En ambos casos, las defunciones obstétricas directas juegan un rol importante en las defunciones de maternas, lo que puede ser evidencia la necesidad de desarrollar intervenciones eficaces con el objetivo de mejorar la calidad y acceso a los servicios de salud maternos. Igual que sucedía con la tasa de mortalidad infantil, más allá de que en niveles la tasa de mortalidad materna entre las regiones NOA y NEA difiere respecto al resto del país, la composición de la misma en las distintas regiones es similar.

Tabla 6. Defunciones maternas según grupos de causas de muerte y región de residencia de las fallecidas. Año 2004.

Causa	NOA y NEA	Resto Argentina
Aborto	31,5%	30,1%
Obstétricas directas	56,9%	56,8%
Obstétricas indirectas	11,5%	13,1%
Total	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "Estadísticas Vitales. Información básica 2004". Ministerio de Salud de la Nación.

3.2.3 Sistema de salud Argentino

La Organización Mundial de la Salud define al sistema de salud como aquel que engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. De ahí la importancia de tener en cuenta las características centrales de cada una de ellas para lograr una visión cabal del escenario existente en el sistema y la representación de los distintos actores en cada nivel de análisis.

Por su parte, la estructuración de un sistema de salud público pretende dar una respuesta organizada a los problemas que se presentan

cumpliendo cuatro funciones principales: la provisión de servicios, generación de recursos, la financiación y la gestión.

El sistema de salud argentino es federal e incorpora una marcada segmentación en su funcionamiento a través del proceso de descentralización, que lleva a que la atención de salud quede principalmente a cargo de provincias y municipios con diferentes niveles de la organización.

El principal responsable en el desempeño global del sistema de salud es el Sector Público Nacional, que lo hace a través del Ministerio de Salud de la Nación, pero también resulta fundamental la buena rectoría de la red sanitaria a nivel provincial, por lo que cada provincia cuenta con su propio Ministerio de Salud. Por último a nivel de los municipios o partidos (en el caso del conurbano bonaerense) existen las Secretarías de Salud Municipales.

El sistema de salud argentino se encuentra fragmentado en tres subsistemas:

- Subsistema Público: nacional, provincial y municipal.
- Subsistema de Seguridad Social: Obras Sociales e Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados (PAMI).
- Subsistema Privado: empresas de medicina prepaga, hospitales de comunidad y mutuales.

Esta conformación le imprime al área de la salud una lógica particular puesto que implica la coexistencia de cada uno de estos subsistemas, en la que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan, el origen de los recursos con que cuentan y nivel de decisión en el sistema.

Un sistema de salud “saludable” necesita de políticas públicas que ayuden a reducir los riesgos para la salud, pero también, que fortalezcan al sistema monitoreando su equidad y oportunidad; generando estrategias que en definitiva den respuesta a los problemas en tiempo y en forma,

proporcionando buenos tratamientos y servicios acorde a las necesidades de la población.

Realizar un diagnóstico de situación del sistema de salud es muy complejo, pero demarca el escenario donde se implementa el Plan. De acuerdo a las Bases del Plan Federal de Salud (2004), la Argentina enfrenta dos fuertes desafíos: en lo inmediato, es preciso superar la aún vigente emergencia sanitaria; a largo plazo, el objetivo consiste en cerrar aquellas brechas que suelen esconder los promedios estadísticos y que delimitan los márgenes de la inequidad: de un lado, los sectores más ricos, y del otro, los que menos tienen.

Ambos desafíos se enmarcan en un sistema de salud que aún posee una considerable falta de coordinación y articulación en sus acciones, lo que atenta contra un uso eficiente de recursos y contra el logro de niveles aceptables de equidad en la cobertura. La falta de articulación institucional se da entre:

- Jurisdicciones (Nación, provincia y municipio).
- Sectores (desarrollo social, educación, sistema judicial, etc.), ONGs y organizaciones de la comunidad.
- Áreas de salud.
- Niveles de gestión (centrales -conducción, cuadros técnicos- y operativos).

Estas divisiones generan una falta de integración de las distintas intervenciones realizadas desde cada nivel jurisdiccional y debilitan la capacidad rectora del Ministerio de Salud de la Nación. La falta de un sistema nacional de salud integrado resta equidad, efectividad y eficiencia a las políticas.

3.2.4 Servicios de salud

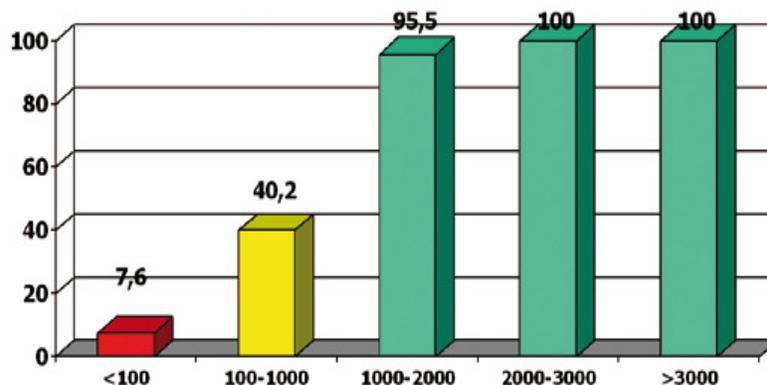
En Argentina en los años 2003-2004 se realizó la encuesta de maternidades del sector público donde se recopiló información de 768

maternidades, que representan el 87,6% de las 876 totales. En estas maternidades en el año 2004 cuatro se atendió 91% de los partos públicos del país. El estudio clasifica a las maternidades según el número de partos anuales que atienden siendo:

- El 40,5% atienden menos de 100 partos al año.
- El 46,3% atienden de 100 a 1.000 partos al año.
- El 6,3% de 1.000. a 2.000 partos al año.
- El 3,3% de 2.000 a 3.000 partos al año.
- Y el 3,3% más de 3.000 partos al año.

Cuando se analiza que instituciones cumplen con todas las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE), según el número de partos al año, sólo el 7,6% de las maternidades de menos de 100 partos/año cumple las mencionadas condiciones; el 40,2 % de las Maternidades, de 100 a 1.000 partos/año; el 95,5% de las de 1.000 a 2.000 partos/año y por encima de 2.000 partos/año cumplen todas las condiciones (gráfico 7). El informe no hace referencia a la ubicación geográfica de las maternidades, pero es lógico pensar que las maternidades más pequeñas, hasta 100 partos al año o de 100 a 1000 partos/año, corresponden localidades pequeñas o del interior de las provincias y no a las capitales provinciales.

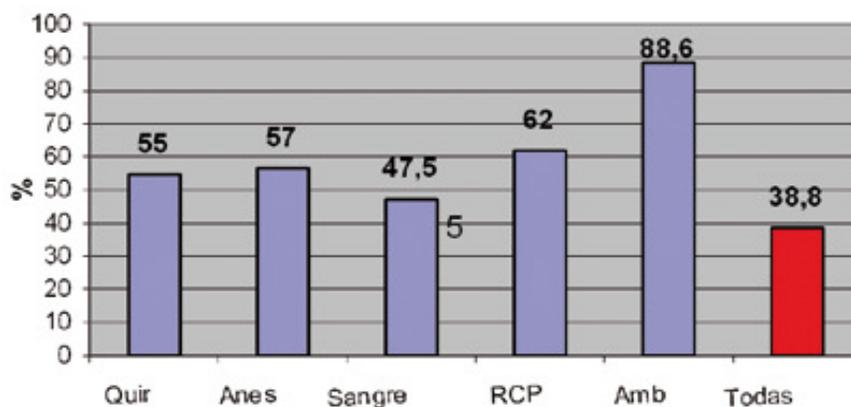
Gráfico 7. Porcentaje de cumplimiento de la Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales, según número de partos anuales en 768 maternidades. Argentina 2003-2004.



Fuente: Encuesta de Maternidades Públicas argentina 2003-2004. Dirección Nacional de Salud Materna Infantil.

El cumplimiento de cada una de las condiciones en todas las maternidades no es igual: las condiciones quirúrgicas se cumplen en el 55%; anestésica, en el 57%; sangre segura disponible, en el 47,6%; posibilidad de brindar reanimación cardiopulmonar neonatal (RCP), en el 62%, y ambulancia disponible, en el 88,6%. Todas estas condiciones son cumplidas por el 38,8% de las Maternidades (ver gráfico 8).

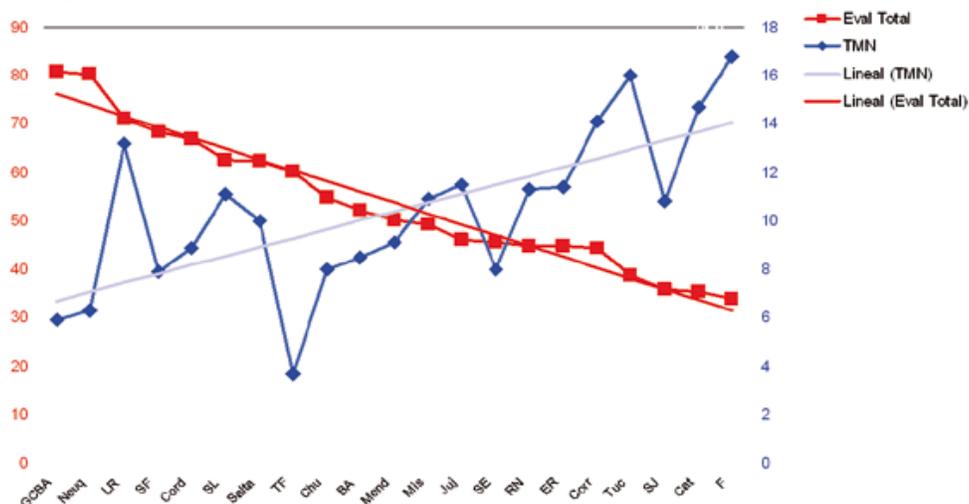
Gráfico 8. Porcentaje de cumplimiento de la Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales, según número de partos anuales en 768 maternidades. Argentina 2003-2004.



Fuente: Encuesta de Maternidades Públicas argentina 2003-2004. Dirección Nacional de Salud Materna Infantil.

Otro estudio realizado por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia en 84 maternidades de todas las provincias mostró una relación lineal e inversa entre los promedios de cumplimiento de la Guía de Evaluación de Servicios del Ministerio de Salud de la Nación y la tasa de mortalidad neonatal. Es decir, que aquellas maternidades con mayor nivel de cumplimiento de los requisitos de la Guía de Evaluación de Servicios del Ministerio de Salud de la Nación presentaban menores tasas de mortalidad neonatal.

Gráfico 9. Relación entre el cumplimiento de la Guía de Evaluación de Servicios del Ministerio de Salud de la Nación y la tasa de mortalidad infantil neonatal.



Fuente: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

Ante la falta de regulación y control del Estado sobre el sistema de atención curativo neonatal, existe un patrón de desorganización de la atención. Hay un exceso de maternidades con bajo número de partos en las que hay unidades de cuidados intensivos neonatales. La proliferación de efectores es parcialmente responsable del uso ineficiente de los recursos del Estado (en el caso del sector público) y de los recursos privados (en los sectores que requieren de un tercer pagador). Esta situación contrasta con los resultados observados en el estudio realizado por Schwarzs (2010) en sistemas fuertemente regulados por el Estado en cuanto a número, calidad, distribución y costos de las unidades neonatales públicas y privadas.

En relación con otros países, en la Argentina hay una cantidad excesiva de unidades de terapias intensivas neonatales por habitante, situación que provoca resultados ineficientes. Así mismo también podemos observar que los países con menores tasas de mortalidad son los que mayor proporción de enfermeras/habitantes o enfermeras/médico tienen, esto está vinculado a la redistribución coherente de los recursos humanos.

Tabla 7. Comparación de oferta de neonatologías por país

PAÍS	Población en millones	Nº unidades de terapias intensivas neonatales	Habitantes por unidades de terapias intensivas neonatales	Mort. Infantil	Médicos x 10.000 hab.	Enfermeras x 10.000 hab.	Razón médicos/enfermeras
Argentina	38	300	126.000	13	27	5	5.2
Chile	16	28	536.000	8	13	10	1.3
Canadá	32	22	1.450.000	4	23	90	0.3
EE.UU.	300	600	500.000	6	28	97	0.3
R.Unido	61	155	400.000	5			

Fuente: Schwarcz A. (2010).

3.3 El Plan Nacer

El Plan Nacer es un programa del Ministerio de Salud de la Nación Argentina que, reconociendo la organización federal del país, invierte recursos para la mejora de la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños menores de 6 años sin obra social, financiando un conjunto de prestaciones seleccionadas por su alto impacto y su costo efectividad que promueven la atención y el cuidado de la madre y el niño.

Los objetivos específicos del plan son:

- Mejorar la cobertura de salud y la calidad de la atención de la población sin obra social, contribuyendo así en la reducción de la mortalidad materna e infantil.
- Crear y desarrollar Seguros Públicos de Salud Provinciales para la población materna e infantil sin obra social.
- Aumentar la inversión en salud bajo un modelo de asignación de recursos basada en los resultados alcanzados. (Financiamiento basado en resultados.)
- Promover un cambio cultural en la visión y gestión de la salud que priorice la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), un desempeño eficaz del sistema y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población.

- Generar un nuevo esquema de relación entre la Nación, las Provincias, los Municipios y los Establecimientos de Salud.

La asignación de roles dentro del Plan Nacer es un aspecto central y mantiene una clara lógica dentro de los límites de la estructura federal del país. En este sentido los roles y responsabilidades quedan delimitadas de la siguiente manera:

- La Nación preserva para sí un rol normativo, de financiamiento y de supervisión.
- Las Provincias tienen un rol ejecutivo llevando adelante los Seguros Provinciales de Salud para promover una cobertura efectiva (integral, oportuna y de calidad).

Los establecimientos de la red pública -centros integradores comunitarios (CIC), unidades sanitarias, dispensarios, salitas, centros de atención primaria de la salud (CAPS), maternidades u hospitales- actúan realizando las prestaciones, cobrando por ellas y utilizando los recursos para mejorar los servicios de salud brindados a la comunidad.

En la estrategia de financiamiento implementada existen dos tipos de relaciones que determinan los flujos de fondos: la primera relación está dada entre el gobierno nacional y las provincias, donde la nación transfiere recursos a éstas en función de la nominalización de la población elegible y el cumplimiento de una serie de metas sanitarias:

- El 40% de los recursos son transferidos cada cuatro meses por el cumplimiento de diez metas sanitarias. (Resultados medidos sobre la base de indicadores llamados Trazadoras.)
- El 60% de los recursos son transferidos mensualmente por identificación e inscripción. (Resultados en los niveles de inclusión de la población sin obra social.)

Y la segunda relación se da entre las provincias y los efectores. Los seguros provinciales, que tienen a su cargo la implementación del Plan Nacer en sus territorios, transfieren fondos a los establecimientos de salud en función de un conjunto de prácticas priorizadas que brindan a su población a cargo, agrupadas en el Nomenclador Único⁷.

La idea subyacente es que el Plan Nacer genera, mediante normativas y contratos de gestión, recursos en función de resultados. Esto permite una correcta asignación de incentivos entre los distintos actores del programa lo que se traduce, en última instancia, en una mejora en el acceso a los servicios de salud y la calidad de las prestaciones realizadas. Consecuentemente, es de esperarse que la población bajo programa mejore su condición sanitaria y que esto se refleje en distintas variables de resultados en salud, entre las que naturalmente surgen las tasas de mortalidad infantil y materna como las más relevantes.

El desempeño del plan se monitorea a través de metas sanitarias o trazadoras. Estas metas son indicadores de desempeño que, mediante la medición de resultados intermedios, permiten inferir el efecto del Plan Nacer en la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil. Son 10 metas (crecientes) a obtener por cuatrimestre que fueron diseñadas para poder monitorear la evolución y el desarrollo del programa.

- Trazadora I: Captación temprana de mujeres embarazadas.
- Trazadora II: Efectividad de atención del parto y atención neonatal.
- Trazadora III: Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematurez.
- Trazadora IV: Efectividad de atención prenatal y del parto.
- Trazadora V: Evaluación del proceso de atención de los casos de muertes.
- Trazadora VI: Cobertura de inmunizaciones.

⁷ En el anexo 3 se presenta una tabla resumen de las prestaciones incluidas en el nomenclador.

- Trazadora VII: Cuidado sexual y reproductivo.
- Trazadora VIII: Seguimiento de niño/a sano hasta 1 año.
- Trazadora IX: Seguimiento de niño/a sano de 1 a 6 años.
- Trazadora X: Inclusión de la población indígena.

El programa fue implementado en dos etapas. Comienza su aplicación en las provincias del noroeste y del noreste argentino, que son las que peores indicadores socioeconómicos y de salud presentaban, a fines del año 2004. Luego a fines del año 2007 se amplió su implementación al resto de las provincias.

3.4 Sistemas de financiamiento basados en resultados en el sector de la salud.

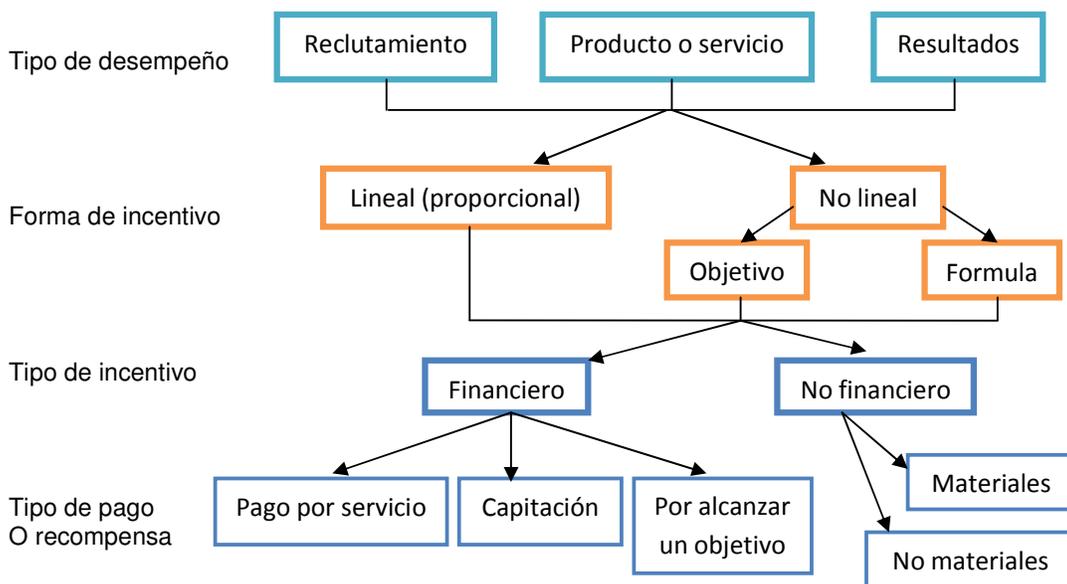
Musgrove (2010) define el financiamiento basado en los resultados para el ámbito de la salud como “todo programa que recompensa el logro de uno o más productos o resultados mediante uno o más incentivos, financieros o de otra índole, previa verificación de que efectivamente se haya logrado el resultado acordado. Los incentivos pueden estar dirigidos a los prestadores de servicios (oferta), a los beneficiarios de los programas (demanda) o a ambos”. La clave de este tipo de financiamiento está en la verificación de que efectivamente se hayan obtenido los resultados, por lo cual es recomendable que un tercero neutral sea quien realiza la verificación del cumplimiento, aunque sea el financiador pague los costos correspondientes, pero se pueden utilizar diversos mecanismos.

Las definiciones de los resultados, ya sean objetivos o productos, y las recompensas o financiación se materializan en contratos entre quienes proporcionan los incentivos, que serán los directivos del programa, y los agentes que están encargados de lograr los resultados específicos. El contrato debe especificar también los diversos grados de colaboración entre el principal y el agente, la supervisión del segundo por el primero, y otros aspectos de

cómo los resultados se producen, tales como los protocolos a seguir y los objetivos a cumplir.

El término de “financiamiento basado en resultados” engloba un conjunto de programas con características diferentes, según sea el desempeño esperado, la forma que tome el incentivo, el tipo y la forma de pago de los mismos. Muchas veces los programas también suelen premiar el reclutamiento de beneficiarios además de la prestación de servicios o la obtención de resultados. En el siguiente esquema se pueden observar las posibles variantes que puede tomar un programa con financiamiento basado en resultados:

Figura 2. Financiamiento basado en resultados



Fuente: Elaboración propia en base a Musgrove (2010).

Como podemos observar en la figura 2, además del incentivo por reclutamiento los programas pueden obtener incentivos por producto o servicio prestado, o por alcanzar un objetivo determinado. La forma que tome el incentivo podrá ser proporcional al desempeño obtenido o de forma no lineal, en este segundo caso se puede realizar en base a una fórmula matemática específica utilizada para medir el desempeño o por objetivo alcanzado. Los tipos de incentivo son financieros o no financieros. En el primer caso los ejecutores reciben un pago ya sea por cada servicio que brindan a los beneficiarios, en base a un sistema de capitas o por objetivo alcanzado. En el caso de los

incentivos no financieros estos pueden ser de tipo material, como equipos u otros bienes que puedan ser de utilidad para el prestador, o no materiales, como por ejemplo reconocimiento o prestigio.

Por lo tanto, el financiamiento basado en el desempeño no es una intervención uniforme, sino que consiste en una variedad de enfoques. Sus efectos dependerán de la interacción de diversas variables: el diseño de la intervención (ya sea orientado a la oferta o a la demanda, la magnitud de los incentivos, los objetivos y cómo se miden); el monto del financiamiento adicional; otros componentes secundarios como el soporte técnico, y factores contextuales, incluido el contexto organizacional en que se implementa.

3.5 Experiencias similares en América Latina y el mundo.

En la actualidad existe un gran número de países en desarrollo que han implementado programas cuyo financiamiento se basa obtención de determinados resultados o desempeño en el área de la salud materna e infantil. Pero el Plan Nacer es uno de los primeros con un alcance de escala nacional. En la gran mayoría de los casos, este tipo de programas han sido pruebas piloto sin una escala considerable, este es el caso de muchos países de África Subsahariana. El único país que al momento de elaboración de esta tesis que ha pasado de una intervención piloto a una ampliación de alcance nacional comparable con el Plan Nacer es Ruanda.

El programa implementado en este país incluye dos tipos de intervenciones, una orientada a la demanda y otra a la oferta. En el primer tipo de intervención los incentivos en especie condicionados para mujeres son pagos en especie directos para las mujeres, con la condición de que se cumplan los siguientes requisitos:

- Atención prenatal. Mujeres embarazadas acompañadas o derivadas a un centro de salud antes del cuarto mes de embarazo o durante este.
- Parto en centros de salud. Mujeres embarazadas que dan a luz en un centro de salud.

- Atención posnatal. Pares de madre-hijo que reciben atención posnatal en un centro de salud dentro de los 10 días posteriores al nacimiento o el alta.

En el caso de los incentivos a la oferta, los trabajadores de la salud de la comunidad reciben los pagos en efectivo a través de las cooperativas de dichos trabajadores, con la condición de que se demuestre el desempeño en indicadores de salud específicos. Los indicadores son los siguientes:

- Monitoreo nutricional. Porcentaje de niños (de 6 meses a 59 meses) monitoreados (con la condición de que los niños malnutridos se deriven correctamente a un centro de salud).
- Atención prenatal. Porcentaje de mujeres embarazadas acompañadas o derivadas a un centro de salud para recibir atención prenatal antes del cuarto mes de embarazo o durante este.
- Partos en centros de salud. Porcentaje de mujeres que dan a luz en los centros de salud.
- Planificación familiar. Porcentaje de usuarios nuevos de planificación familiar derivados al centro de salud por las cooperativas de trabajadores de la salud de la comunidad.
- Planificación familiar. Porcentaje de usuarios regulares de métodos anticonceptivos modernos en el centro de salud.

El nomenclador cuenta con 14 servicios de atención de salud materna e infantil, a diferencia de Argentina las primas pagadas no dependen solo de la cantidad de servicios prestados sino también de la calidad de la atención brindada, para ello se le asigna un puntaje de la evaluación de la calidad general a cada centro. La fórmula utilizada para el pago al centro i en el mes t es la siguiente:

$$\text{PAGO}_{it} = (\sum P_j U_{jit}) \times Q_{it} \quad \text{donde } 0 \leq Q_{it} \leq 1$$

Donde P_j es el pago por unidad de servicio j (por ejemplo, partos en centros de salud o visita de atención preventiva de niños), U_{ijt} es la cantidad de pacientes que utilizan el servicio j en el centro i en el período t , y Q_{it} es el índice de calidad general del centro i en el período t .

Capítulo IV

Evaluación de diseño del Plan Nacer

En el presente capítulo se desarrolla el análisis conceptual del Plan Nacer. En el primer apartado se presenta un análisis de evaluabilidad con el fin de determinar la viabilidad y el tipo de evaluación más conveniente en este caso. En el segundo apartado se realiza la valoración del diseño del Plan, desde las perspectivas de racionalidad y coherencia.

4.1 Análisis de evaluabilidad

Como se menciona en el marco teórico del presente trabajo, el tipo de estudio que proponen Osuna y Márquez para llevar a cabo una evaluación de diseño parte del supuesto de que existe un estudio de necesidades, objetivos y estrategias de intervención definidos, y el trabajo del evaluador es analizar las relaciones que vinculan dichos elementos. Por esta razón, en una primera instancia se realizó un análisis de evaluabilidad, con el objetivo de determinar si el plan cumplía con las condiciones necesarias para poder llevar a cabo la evaluación y determinar cuál era tipo de evaluación más apropiado. Los aspectos que fueron considerados son los siguientes:

- Destinatarios de la evaluación: El Consejo Académico y responsables del “V Máster Iberoamericano de Evaluación de Políticas Públicas” de la Universidad Internacional de Andalucía, Ministerio de Salud de la República Argentina, Ministerios de Salud Provinciales, como cualquier otro interesado en conocer el análisis del Plan desde el enfoque propuesto.
- Momento en que precisan los destinatarios la evaluación: Marzo de 2013.
- Recursos disponibles para la evaluación: El único recurso con el que se cuenta es el del evaluador. El no disponer de recursos económicos fue uno de los determinantes en la elección del tipo de evaluación.
- Finalidad de la evaluación: Se realiza con fines científicos. Sus resultados se utilizarán en el ámbito académico y será presentada como requisito para la obtención del título de máster en la Universidad

Internacional de Andalucía como en diferentes congresos y encuentros sobre Políticas Públicas.

- Utilidad de los resultados: Exponer la utilidad de la evaluación conceptual para mejorar el diseño de una política en concreto, y de las intervenciones públicas en general, y facilitar la toma de decisiones de las autoridades públicas al generar un informe analítico sobre política y señalar tanto los aciertos de la misma, como los posibles aspectos a ser mejorados.
- Disponibilidad y fuentes de información: Las fuentes de información utilizadas fueron bases de datos, estadísticas vitales y de la salud, tanto nacionales como internacionales, bibliografía especializada en el tema, la normativa específica dictada para esta política y documentos oficiales del Plan Nacer. Así como herramientas de evaluación participativa como son las entrevistas en profundidad con agentes implicados, reuniones con expertos en el tema, etc. Respecto a la disponibilidad, si bien existe mucha información general publicada, espacialmente en internet, el acceso a información más detallada y específica fue mucha dificultad.
- Capacidad de gestión: Como ya se estableció el único recurso con que cuenta la evaluación es el evaluador, lo cual limita la capacidad de gestión de la evaluación, este fue otro factor determinante de la elección del tipo de evaluación.

Al realizar este análisis también se tuvieron en cuenta características intrínsecas del plan en cuestión, esto nos da información acerca de la calidad de la programación del mismo, a saber:

- El plan se encuentra plasmado en un marco jurídico concreto.
- Existe un diagnóstico previo a la elaboración del plan.
- Presenta objetivos.
- Posee metas trazadoras especificadas.
- Se identifica claramente a la población objetivo.

- Tiene fuentes de financiamiento definidas.
- Presenta un sistema novedoso de financiamiento.
- Es de alcance nacional.
- Cuenta con órganos responsables claramente identificados.

En base al análisis realizado, se concluyó que el Plan Nacer es factible de ser evaluado y el enfoque más adecuado, basándose principalmente en los recursos con que se cuentan para la evaluación y el tipo de información disponible, es el enfoque de evaluación conceptual o de diseño.

4.2 Evaluación de diseño del Plan Nacer

La evaluación realizada contempla la valoración de dos aspectos principales: racionalidad y coherencia. Estos dos aspectos si bien hacen referencia a cuestiones diferentes son interdependientes, en el sentido de que la falta o mala calidad de algunos de ellos puede limitar el impacto de la aplicación de un programa.

La metodología utilizada para valorar estos aspectos del Plan consiste en ir dando repuestas fundamentadas a las preguntas planteadas en la matriz de evaluación, para luego valorar su respuesta con un sistema de semáforo donde cada color indica un nivel de cumplimiento del criterio:

- **Rojo**: deficiente cumplimiento del criterio analizado.
- **Amarillo**: es necesario revisar algunos elementos.
- **Verde**: satisfactorio cumplimiento del criterio.

4.2.1 Análisis de racionalidad

El análisis de racionalidad abarca los criterios de relevancia y pertinencia. Por lo tanto, en este apartado se examinan cuestiones relativas a la definición de los problemas o necesidades y a la calidad en la definición de los objetivos de la intervención pública.

4.2.1.1 Relevancia

El análisis de relevancia pone la atención sobre dos elementos del plan a evaluar: el diagnóstico de situación, donde se identifican los problemas y las causas a las que intenta modificar; y la población objetivo. Trataremos cada elemento por separado.

Diagnóstico

1- ¿En el diagnóstico, el problema focal está bien identificado? ¿En forma explícita, clara, completa, rigurosa, medible? ¿Se especifican las fuentes de información utilizadas para su determinación?

El problema focal identificado es la *mala cobertura de salud y baja calidad de la atención* que recibe la población objetivo, el mismo puede ser inferido en base al planteamiento de los objetivos del Plan ya que no está especificado de forma explícita en los documentos de creación del plan debido al carácter general del diagnóstico.

El problema no está expuesto en forma completa y rigurosa. En el diagnóstico se emplean estadísticas de salud pertenecientes a la Dirección de Estadísticas de la Salud (DEIS) para describir la situación de la mortalidad materna e infantil al inicio del plan. Se explica forma general la existencia de problemas de gestión recursos de salud y describe a grandes rasgos la conformación del sistema de salud argentino. Podríamos decir que el diagnóstico no profundiza en las causas y consecuencias del problema focal.

Tanto la cobertura como la calidad de la atención son dos aspectos susceptibles de ser medidos en forma cuantitativa en base a la información estadística, y en forma cualitativa por medio de entrevistas en profundidad y encuestas.

2- ¿En la elaboración del diagnóstico participaron agentes claves, gestores, ejecutores y afectados por el problema?

Los agentes claves son: el Ministerio de Salud de la Nación, los Ministerios Provinciales, efectores, beneficiarios y personas relacionadas con el mundo de la salud, como expertos en el tema, universidades o centros de estudios. La elaboración del diagnóstico estuvo a cargo del Ministerio de Salud de la Nación y en dicho proceso no participaron los ejecutores, ni los afectados por el problema y futuros beneficiarios. Tampoco se involucró en su elaboración a los Ministerios de Salud Provinciales y expertos en la temática. Un diseño del diagnóstico en forma participativa hubiese permitido un análisis más completo y riguroso del problema focal.

3- ¿En el diagnóstico se realizó un análisis del contexto operativo del plan? ¿Es de buena calidad? ¿Qué variables lo integran?

El diagnóstico no cuenta con un análisis del contexto operativo del plan, ello puede deberse a que la planificación se realizó desde la Nación quienes cumplen en el plan una función de coordinación y control, mientras que la parte operativa del mismo se la lleva a cabo cada una de las Unidades de Gestión de Salud Provinciales (UGSP). Dada la gran extensión de la Argentina y las grandes diferencias que hay a lo largo de las 24 jurisdicciones, puede inferirse que este análisis del contexto debió realizarse a nivel provincial, pero en las provincias consultadas tampoco se realizó el estudio en forma particular.

4- ¿En el diagnóstico realizado se especifican las relaciones de causalidad a los problemas detectados? ¿Hay correspondencia?

No se identifican explícitamente las causas y efectos del problema. Los mismos se infirieron a partir del análisis del diagnóstico realizado por el programa y del planteamiento de los objetivos del plan, que representan la imagen positiva de los problemas detectados.

Del diagnóstico puede inferirse como principal causa de la mala calidad y baja cobertura de los servicios de salud para la población argentina en general, y para la población objetivo en particular, al incremento de la demanda de servicios públicos de salud como consecuencia de la fuerte crisis económica y social que atravesó el país durante el año 2001. Como

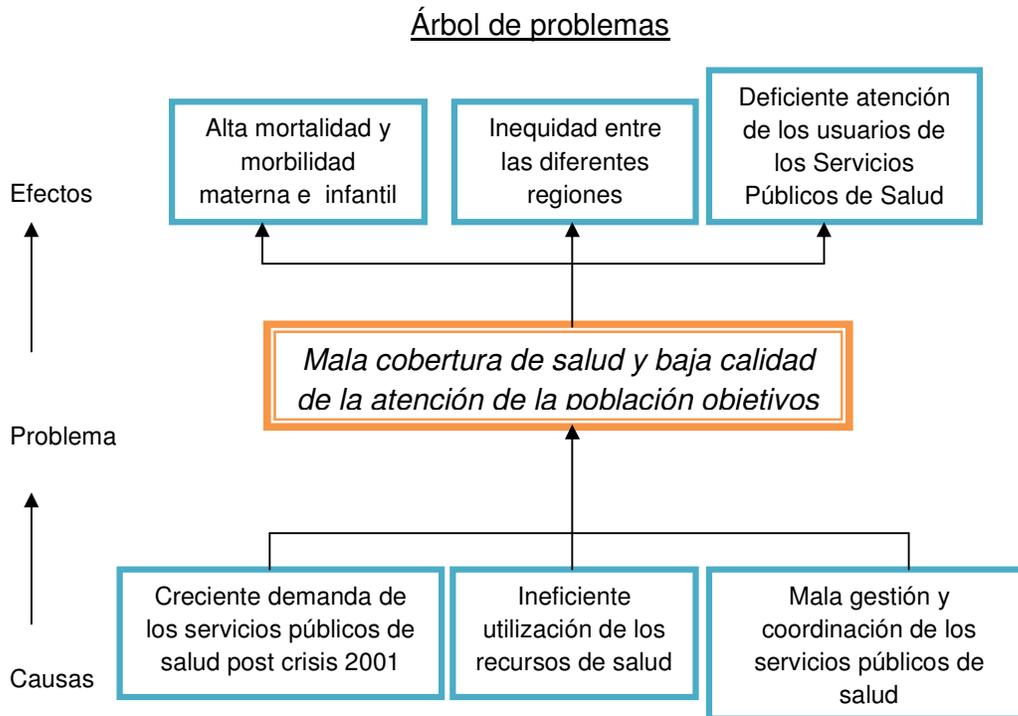
mencionamos en capítulo III, en este año Argentina enfrenta una de las crisis más fuertes de su historia. Muchas personas pierden sus trabajos y coberturas médicas, lo cual tiene un alto impacto en la demanda de salud pública, hasta el punto que en el año 2002 se declara la emergencia sanitaria nacional.

El sistema de salud es federal e incorpora una marcada segmentación en su funcionamiento a través del proceso de descentralización, en el diagnóstico se hace referencia a los problemas de gestión y coordinación que existen entre los diferentes niveles de atención de la salud, pero no especifica cuáles son concretamente. Esta descentralización lleva a que la atención de salud quede principalmente a cargo de provincias y municipios con diferentes niveles de la organización y sin un control por parte de niveles superiores.

En lo que se refiere a los efectos del problema, el foco se encuentra puesto en las altas tasa de mortalidad infantil y materna, y su desigual distribución en interior del país, con mucha mayor incidencia en las regiones más pobres.

En conclusión, el diagnóstico que presenta el plan es bastante pobre, general y no analiza exhaustivamente las causas. Esto condiciona la calidad de las demás partes que integran el diseño de la política, pues no permite realizar un profundo esquema de las relaciones causa-efecto (imagen en negativo) que luego deberían ser confrontadas con las relaciones medios-fines en el análisis de coherencia interna (imagen en positivo).

A pesar de ello, en base a la información que se logró recoger se elaboró un árbol de problemas. Osuna y Márquez, lo definen como representaciones descriptivas gráficas de relaciones causa-efecto que adoptan visualmente la forma de árbol debido a las ramificaciones en cascada de dichas. La parte central del “árbol” corresponde al problema focal del programa. Las “raíces del árbol” corresponden a las causas y las “ramas del árbol” se desarrollan los efectos identificados a partir del problema central.



En conclusión, el análisis de las causas y efectos que se puede realizar en base análisis documental es bastante pobre. Y hubiese sido de mucha utilidad contar con un análisis explícito de causas y efectos, profundizado un poco más en las ramas que se desprenden de cada una de ella.

Población objetivo

5- ¿La población objetivo se encuentra adecuadamente identificada, cuantificada, caracterizada? ¿Hay un estudio de necesidades de la población objetivo?

La población objetivo está claramente identificada, el objetivo del plan es asistir a las mujeres embarazadas y puérperas (hasta 45 días después del parto), y niños y niñas desde el nacimiento hasta los 6 años de edad, que no cuenten con cobertura explícita de servicios de salud, esto implica que no tengan obra social ni medicina prepaga y con domicilio en la provincia participante.

También se identifica claramente a los beneficiarios, que son todas las personas que, siendo parte de la población elegible, hayan completado por sí o por terceros responsables la debida inscripción administrativa en el programa.

Si bien en el programa se realiza una clara identificación de la población beneficiaria del programa, esta no se encuentra cuantificada. Se señala que son los organismos ejecutores provinciales los encargados de buscar y contactar a los beneficiarios. Pero no existía al momento del diagnóstico una estimación cuantitativa de la población objetivo ni caracterización de la misma, por lo tanto no fue posible conocer si la población objetivo estaba infraestimada o sobreestimada. Una correcta cuantificación de la población es necesaria también para realizar las previsiones presupuestarias y conocer la verdadera envergadura del Plan.

En el año 2007, luego de dos años de iniciado el Plan, se presentó el documento “Línea de Base de Formulación”. Según la información obtenida en las entrevistas realizadas (ya que no se tuvo acceso al documento porque que contenía información “sensible”) este documento expone al inicio del Programa, de manera detallada, y considerando una adecuada desagregación geográfica, la situación inicial de los beneficiarios. Para las nueve provincias que conforman las regiones del NOA y NEA (área geográfica de implementación de la primera fase), se incluye datos sobre mediciones antropométricas y biológicas de los niños, información sanitaria y económico-social de las madres y los resultados del relevamiento de los efectores de la región. La presentación oportuna de este documento hubiera sido de utilidad para la caracterización del problema focal y la determinación de las causas y consecuencias del mismo. También hubiese permitido contar con una referencia para validar luego el carácter relativo de los avances que se produzcan.

6- ¿Se incluye a las poblaciones indígenas dentro de la población objetivo? ¿Se le brinda un tratamiento diferencial acorde a sus características?

La población indígena se encuentra incluida en la población objetivo. Pero su inclusión se realiza en base a la autodefinición del beneficiario como indígena al momento de ingresar al plan, lo cual no resulta suficiente para lograr el objetivo de inclusión de esta comunidad.

Al respecto, el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas Argentina (INAI) ha expuesto que en los relevamientos de situación de las comunidades en América Latina, se destaca el alto grado de discriminación que sufren los indígenas. Consecuentemente con esta visión, la autodefinición, aunque es un criterio universal y reconocido, no resulta concurrente con el objetivo de inclusión de estas comunidades al Plan, dado el alto nivel de discriminación existente. Esta metodología tendería a subvalorar la cantidad de beneficiarios, que es lo que sucedió en la práctica con una baja incorporación de indígenas al programa.

El INAI cuenta con un Registro Nacional de Comunidades Indígenas (RENACI) donde identifica, por ubicación geográfica y pueblos a los que pertenecen, cada una de las familias con la cantidad de personas que los integran, pero el programa no realizó ningún cruzamiento de información con este registro.

En lo que se refiere al tratamiento que reciben, si bien no es diferencial ya que las prestaciones de salud son uniformes para todos los beneficiarios, el plan prevé la capacitación de agentes con el objetivo de sensibilizarlos en la temática de la población indígena para que brinden una adecuada atención a este sector de la población objetivo.

7- ¿El programa especifica cuál es la cobertura prevista del mismo? ¿Identifica posibles barreras de acceso? ¿Da tratamiento equilibrado a toda la población objetivo?

La cobertura prevista del Plan es todo el territorio nacional y se diseñó en dos etapas, iniciándose la primer fase a fines del 2004 priorizando el noreste argentino (NEA) – Chaco, Corrientes, Misiones, Formosa - y noroeste argentino (NOA) - Santiago del Estero, Salta, Jujuy y Catamarca- por ser las

regiones de mayor tasa de mortalidad infantil y existir asimetrías muy marcadas entre regiones (un análisis de estas diferencias se realizó en el capítulo III). La segunda fase, implementada en 2007, permitió su extensión a las 24 jurisdicciones del país.

El acceso o inclusión de cada una de las provincias y de la ciudad autónoma de Buenos Aires al Plan se materializa a través de la firma de Convenios Marcos Nación / Provincia, comprensivos de los lineamientos generales y particulares del Plan, de cumplimiento obligatorio para las partes. Las prestaciones que brinda el Plan, y que figuran en el nomenclador, son las mismas en todo el país y su valoración (pago por servicio) también es el mismo en todos los casos.

8- ¿Tiene en cuenta la perspectiva de género?

El plan tiene claramente una perspectiva de género ya que en él se reconocen y se vela por el cumplimiento de los derechos de las mujeres que son vulnerados al no contar con atención de salud adecuada.

Las desventajas de muchas mujeres frente al cuidado de su salud sexual y reproductiva se ponen de manifiesto frente a la menor autonomía en decisiones a cerca de la sexualidad y la reproducción. La pobreza, la condición étnica y la juventud acentúan las condiciones de desigualdad y discriminación de género. Se acentúa también la posibilidad de acceso a servicios de calidad, que tengan en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y la prevención de embarazos no deseados.

En Argentina durante el embarazo y el posparto la mujer tiene derecho:

- A la atención gratuita en todos los establecimientos de salud nacionales, provinciales o municipales.
- A ser atendida con respeto y de modo personalizado por el equipo de salud, sin discriminación de color, raza, religión, nacionalidad, edad o condición social.

- A decidir qué se hace sobre su cuerpo habiendo recibido toda la información de manera clara cerca de las prácticas médicas que le realicen.
- A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto y posparto.
- Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de su salud o de la de su bebé.
- A que el recién nacido sea tratado con respeto y dignidad.
- A tener al lado a su hijo o hija durante la permanencia en la maternidad u hospital, siempre que no requiera de cuidados especiales.
- A conocer los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo profesional para amamantar.
- A recibir asesoramiento sobre los cuidados necesarios sobre su cuerpo y los de su hijo/a.
- A ser informada sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre su hijo/a y sobre sí misma.

Resumen del criterio de relevancia

Valoración	Criterio analizado
	1- El <i>problema focal</i> no está definido en forma completa y rigurosa.
	2- En la elaboración del diagnóstico no participaron <i>agentes claves</i> .
	3- No hay <i>análisis del contexto operativo</i> del Plan.
	4- No se identifican explícitamente las <i>causas y efectos</i> del problema. Falta un análisis de la situación inicial en forma más detallada profundizando en las relaciones <i>de causalidad</i> .
	5- La <i>población objetivo</i> y beneficiarios están claramente identificados, pero no fueron cuantificados y caracterizados en el diagnóstico.

	6- Se incluye a las <i>poblaciones indígenas</i> dentro de la población objetivo, pero el mecanismo de autodefinición tiende a subvalorar la cantidad de beneficiarios.
	7- El programa especifica la <i>cobertura prevista</i> , los mecanismos de adhesión al Plan por parte de las provincias. Brinda igual tratamiento a toda la PO pero se priorizo el comienzo en el NOA y NEA por estar más afectadas por el problema focal.
	8- Tiene en cuenta la perspectiva <i>de género</i> .

4.2.1.2 Pertinencia

Evaluar la pertinencia de un programa o política pública implica analizar la calidad en la formulación de los objetivos del programa y de esta forma aportar conocimiento sobre el programa y su vinculación con el contexto en el que se desarrolla.

9- Calidad en la formulación de los objetivos

El Plan Nacer presenta en forma explícita 5 objetivos, pero no distingue entre si los mismos son objetivos generales o específicos. Las consideraciones referentes a la ausencia de una jerarquía de objetivos se retoman más adelante en el análisis de coherencia interna.

Continuaremos el análisis de pertinencia dando respuesta para cada uno de los objetivos por separado a las siguientes preguntas de evaluación:

- ¿Los objetivos que se propone el plan son: claros, concretos, medibles y observables?
- ¿Están adecuadamente redactados?
- ¿Poseen una sola meta o fin último?
- ¿Para cada acción concreta se prevé un solo resultado o producto?

Y luego se dará respuestas a las restantes preguntas de evaluación referentes al conjunto de los objetivos.

Objetivo 1

“Mejorar la cobertura de salud y la calidad de la atención de la población sin obra social, contribuyendo así en la reducción de la mortalidad materna e infantil”

Este primer objetivo es el que propondremos mas adelante como objetivo general, ya que nos está indicando la finalidad de la intervención. El mismo está adecuadamente redactado y susceptible de ser medido. La meta o fin último es la de mejorar la cobertura de salud y calidad de la atención de la población sin obra social, en este punto es necesario hacer la salvedad que la población objetivo del plan es más reducida. El único resultado previsto para ambas acciones, mejorar la cobertura y la calidad de la atención, es la reducción de la mortalidad materna e infantil en términos generales, por lo que no queda claro que sucede si mejora la cobertura pero no la calidad de la atención, o viceversa, ¿el objetivo estará cumplido?. Tampoco se incorpora algún parámetro para realizar la cuantificación.

Objetivo 2

“Crear y desarrollar Seguros Públicos de Salud Provinciales para la población materna e infantil sin obra social”

El objetivo esta adecuadamente redactado, es claro y medible, tiene por fin la creación de los Seguros Públicos de Salud. No indica cual es el resultado esperado de ese fin, pero es posible inferir que identifica a estos seguros como una de las formas de conseguir mejora en la *cobertura de salud y calidad de la atención*, de esta manera constituiría un objetivo específico ya que nos estaría indicando una forma de alcanzar el objetivo general.

Objetivo 3

“Aumentar la inversión en salud bajo un modelo de asignación de recursos basada en los resultados alcanzados. (Financiamiento basado en resultados.)”

Este objetivo es muy general. Está bien redactado, es claro y medible. Plantea como fin el aumento de la inversión en salud bajo la implementación de un sistema de financiamiento basado en los resultados que también inferimos que está orientado a mejorar la cobertura de salud y calidad de la atención, de esta manera podría constituir un objetivo específico.

Objetivo 4

“Promover un cambio cultural en la visión y gestión de la salud que priorice la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), un desempeño eficaz del sistema y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población”.

Este objetivo si bien se encuentra correctamente redactado, no es concreto, es poco claro y general, la expresión promover un cambio cultural se asemeja más a una expresión de deseo que a una meta a alcanzar. Se identifican tres resultados que se desean lograr con el cambio cultural: priorizar la estrategia de Atención Primaria de la Salud, desempeño eficaz de sistema y utilización efectiva de los servicios de salud, pero no se indica qué sucede si se consigue uno solo de los resultados y no los demás ¿está cumplido el objetivo?

Objetivo 5

“Generar un nuevo esquema de relación entre la Nación, las Provincias, los Municipios y los Establecimientos de Salud”.

El objetivo está adecuadamente redactado pero no es claro, ya que no se indica que tipo o esquema de relación desea generar, tampoco es medible. No indica cuál es el resultado que se pretende obtener. Y puede considerarse muy ambicioso ya que la generación de un nuevo esquema de relaciones requeriría de una modificación estructural del Sistema de Salud.

Dadas las deficiencias encontradas en la definición de objetivos, entre las recomendaciones de este trabajo se incluye una propuesta para de jerarquización y redacción de los objetivos del Plan Nacer.

10- ¿Se ha fijado las fechas en las que se planea la consecución de los objetivos?

La relación Nación Provincia se materializa a través de la introducción y uso de Convenios Marcos Nación / Provincia, en los mismos se establecen los lineamientos generales y particulares del Plan, de cumplimiento obligatorio para las partes, y los compromisos anuales por los que se ajusta la operación temporal del Plan.

Estos compromisos anuales denominados Plan Operativo Anual (POA) son preparados por la Unidad Ejecutora Central (UEC), y en ellos se describen las actividades previstas para el siguiente año fiscal, las correspondientes responsabilidades, presupuesto y comentarios metodológicos pertinentes. Los mismos podrán ser modificados durante el año (en todos los casos deberán contar con la no objeción del Banco para ser efectivos). El compromiso Anual contiene:

- Los valores de la meta máxima esperable para cada trazadora y sus valores mínimos e intermedios que se encuentren vigentes.
- El plan de inscripción de beneficiarios previsto.
- Nomenclador Valorizado.
- Los requerimientos en materia de contratación de consultorías.
- Los requerimientos en materia de inversiones.
- Plan de comunicación.
- Plan de servicios de los seguros provinciales para poblaciones indígenas.

Por lo tanto, si bien no se ha fijado una fecha específica para alcanzar los objetivos, anualmente se fijan metas a ser cumplidas en términos de resultados medidos por las trazadoras. Esto si bien constituye un elemento discrecional al mismo tiempo brinda una cierta capacidad de adaptación y adecuación a los posibles cambios en el entorno y particularidades de cada provincia.

11- ¿El plan prevé un sistema de seguimiento o monitoreo del cumplimiento de los objetivos?

Para el monitoreo del cumplimiento de los objetivos el Plan utiliza las metas trazadoras. El nivel de cumplimiento de las metas de cada trazadora en cada jurisdicción constituye un indicador de resultado que permite medir el desempeño de los sistemas provinciales de salud en términos de acciones de la Atención Primaria de la Salud Materno Infantil.

La implementación del sistema de trazadoras ha permitido que las provincias generen, obtengan y provean información detallada, oportuna y nominalizada sobre la población elegible. Esta información se genera de forma cuatrimestral y permite la construcción de indicadores sanitarios oportunos para el diseño de políticas y/o cambios de los programas existentes.

Las diez trazadoras son uniformes para todas las provincias. Su descripción se muestra en el siguiente cuadro:

	Asunto sanitario que valora	Indicador de la trazadora
I	Captación temprana de mujeres embarazadas	Nº de mujeres embarazadas elegibles con primer control prenatal antes de la semana 20 de gestación / Nº de mujeres embarazadas elegibles
II	Efectividad de atención del parto y atención neonatal	Nº de Recién Nacidos (RN) de madres elegibles con Apgar a los 5' mayor de 6 / Nº total de partos de madres elegibles
III	Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematurez	Nº de RN de madres elegibles con peso de nacimiento superior a 2500 grs / Nº de RN de madres elegibles
IV	Efectividad de atención prenatal y del parto.	Nº de partos de madres elegibles con VDRL en el embarazo y vacuna antitetánica previa al parto/ Nº total de partos de madres elegibles.
V	Evaluación del Proceso de atención de los casos de Muertes Infantiles y Maternas	Nº de Evaluación del Proceso de atención de los casos de muertes maternas y de muertes de niños menores de 1 año elegibles/ Nº de muertes de madres embarazadas elegibles y de niños elegibles menores de un año según corresponda.
VI	Cobertura de inmunizaciones	Nº de niños menores de 18 meses elegibles con vacuna antisarampionosa o triple viral administrada/ Nº de niños menores de 18 meses elegibles.

VII	Cuidado Sexual y Reproductivo	Nº de puérperas elegibles que recibieron consulta de consejería en salud sexual y reproductiva dentro de los 45 días post-parto/ Nº de puérperas elegibles.
VIII	Seguimiento de niño sano hasta 1 año	Nº de niños menores de 1 año elegibles con cronograma completo de controles y percentilos de peso, talla y perímetro cefálico/ Nº de niños menores de 1 año elegibles
IX	Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años	Nº de niños entre 1 y 6 años elegibles con cronograma completo de controles y percentilos de peso y talla / Nº de niños entre 1 y 6 años elegibles
X	Inclusión de la población indígena	Nº de prestadores que prestan serv. a la población indígena elegible, con personal capacitado en el cuidado específico de dicha población/ Nº de prestadores que prestan servicios a la población indígena elegible

Las trazadoras no solamente sirven como mecanismo de supervisión y monitoreo permanente, y para generar datos a nivel región, provincia, departamento y efector; sino que también son utilizadas para reflejar el concepto de pago por resultados (tema que será abordado más adelante).

En el análisis de las metas trazadoras se detectó que el indicador definido para la Trazadora X: “inclusión de la población indígena” no permite medir el cumplimiento de su objetivo dado que vincula la cantidad de “efectores capacitados para atender poblaciones indígenas” (numerador) con el total de efectores de la provincia (denominador). De ello resulta que este cociente mide la cantidad relativa de efectores capacitados para atender poblaciones indígenas y no el grado de inclusión de estas poblaciones al sistema de salud.

En conclusión, el plan monitorea el cumplimiento de los objetivos en función del desempeño de los sistemas provinciales de salud en términos de acciones de la Atención Primaria de la Salud Materno Infantil.

12- ¿Se prevé la recolección de información para estudios de impacto de plan?

El plan cuenta con un sistema de carga de información en lo que se denomina “tablero de comando” que registra datos para generar información a nivel regional, provincial, departamental y por establecimiento, de variables

consideradas críticas sobre los beneficiarios. Esta información es utilizada tanto para el seguimiento de la atención que recibe la población bajo programa y calculo de trazadoras, como para la realización de evaluaciones de impacto.

Para la realización de estas evaluaciones se contrató a evaluadores externos con el objetivo de medir los siguientes efectos:

- El impacto en el comportamiento de los establecimientos de salud que prestan servicios de atención primaria de salud.
- El impacto en la cobertura y la calidad de los servicios de atención primaria a mujeres embarazadas y a niños/as menores de 6 años.
- El cambio en los resultados sanitarios de mujeres embarazadas, y a niños/as menores de 6 años.

Según información de brindada por la unidad ejecutora central del Plan la rigurosidad metodológica aplicada a la evaluación de impacto del Plan Nacer ha merecido reconocimiento internacional. De hecho el Fondo Español SIEF (Spanish Impact Evaluation Fund) y el Fondo Noruego HRBF (Health Results Based Financing) han decido contribuir con fondos para continuar con los estudios. Pero al momento de elaboración del presente trabajo no se encuentran publicados los resultados de estos estudios.

Resumen criterio de pertinencia

Valoración	Criterio analizado
	9- No se diferencia entre objetivo general y específicos y en su mayoría presentan problemas de definición.
	10- Si bien no se especifica una fecha para alcanzar los objetivos, se prevé la elaboración de POA indicando los compromisos asumidos respecto del alcance de los mismos.
	11- El Plan posee un sistema de seguimiento del desempeño en términos de acciones de la Atención Primaria de la Salud Materno Infantil (trazadoras)
	12- Prevé la recolección de información para la realización de evaluaciones de impacto.

4.2.2 Análisis de Coherencia

La evaluación de la coherencia de una intervención pública contiene dos aspectos: uno de coherencia interna, donde se analiza la adecuación de la estrategia a las necesidades detectadas en la población objetivo y su estructuración; y uno de coherencia externa referido a la compatibilidad tanto de los objetivos como de la estrategia del programa, con otras políticas y programas que se están ejecutando en el mismo espacio temporal y territorial.

4.2.2.1 Coherencia Interna

13-¿Los objetivos están adecuadamente jerarquizados? ¿Existe coherencia entre ellos?

Como se expuso en el análisis de pertinencia el plan presenta cinco objetivos, pero no establece una jerarquía entre ellos. La ausencia de un objetivo general explicitado como tal y que nos indique cual es el logro que se propone el plan o fin último puede generar confusión y desvío de las acciones emprendidas, especialmente cuando se trata de programas con gran envergadura, como lo es el Plan Nacer, y la planificación es llevada a cabo por los altos niveles de dirección (la Nación), pero la ejecución atraviesa a las provincias, municipios y localidades más pequeñas.

Basados en el análisis realizado del programa y a los fines del análisis de la coherencia interna se propone seleccionar como objetivo general al primero de ellos: *“Mejorar la cobertura de salud y la calidad de la atención de la población sin obra social, contribuyendo así en la reducción de la mortalidad materna e infantil”*.

Los objetivos específicos nos indican los pasos o acciones que se llevaran a cabo y cuyo logro contribuirá a la consecución del objetivo general. Analizaremos cada uno por separado:

Objetivo 2: “Crear y desarrollar Seguros Públicos de Salud Provinciales para la población materna e infantil sin obra social”. La creación de seguros públicos de salud contribuirá a brindar cobertura a aquellas personas que no la tienen.

Objetivo 3: “Aumentar la inversión en salud bajo un modelo de asignación de recursos basada en los resultados alcanzados. (Financiamiento basado en resultados)”. La aplicación de sistema de financiamiento basado en los resultados promueve una utilización más eficiente de los recursos.

Objetivo 4: “Promover un cambio cultural en la visión y gestión de la salud que priorice la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), un desempeño eficaz del sistema y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población”. Este objetivo es muy poco claro, pero se lo interpreta como la propuesta del enfoque de Atención Primaria de Salud como estrategia de atención de la población objetivo, y de esa forma contribuye a conseguir el objetivo general.

Objetivo 5: “Generar un nuevo esquema de relación entre la Nación, las Provincias, los Municipios y los Establecimientos de Salud”. Como ya se explicito, este objetivos es muy ambicioso para ser específico, pero su propuesta de un nuevo esquema de relaciones también contribuiría a mejorar la gestión de los recursos y a lograr el objetivo general.

Planteando los objetivos con la jerarquía propuesta, podemos decir que existe coherencia entre los objetivos específicos del plan y el general. Dejamos para el capítulo de recomendaciones nuestra propuesta de una mejor redacción de los mismos.

14- ¿La lógica planteada en la estrategia para consecución de los es correcta? ¿Es especificada en forma explícita?

El Plan no define de forma explícita una estrategia a seguir. Pero es a través de la definición de los objetivos que se indican las acciones a seguir para conseguir el objetivo general.

La lógica que se infiere que sigue el programa consiste en crear Seguro Públicos de Salud Provinciales para brindar a la población objetivo prestaciones seleccionadas por su alto impacto y su costo efectividad que promueven la atención y el cuidado de la madre y el niño.

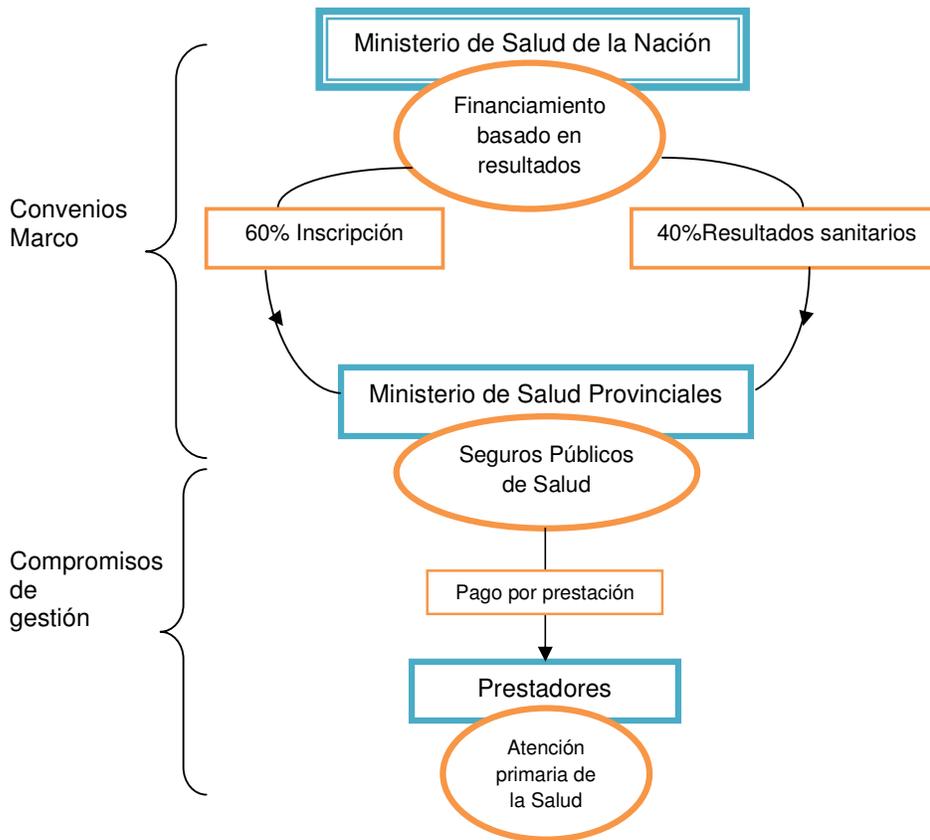
El financiamiento de estos Seguros Públicos de Salud Provinciales se realiza utilizando un sistema de financiamiento basado en resultados y el monitoreo de los resultados es a través de las metas trazadoras. El sistema de financiamiento está orientado hacia la oferta, realizando pagos a los prestadores de servicios públicos de salud en base las prestaciones efectivamente brindadas a los beneficiarios (con determinados estándares de calidad).

Las prestaciones seleccionadas se incluyen en un nomenclador donde se les asigna un valor monetario para realizar los pagos al prestador. Y la selección de los prestadores está a cargo de los Seguros Públicos de Salud Provinciales. Los prestadores o efectores de salud pública deberán utilizar una estrategia de Atención Primaria de Salud que permita un desempeño eficaz y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población objetivo.

La mayor cobertura brindada por los seguros y la mejor calidad de la atención, con el uso de estrategias adecuadas de atención de la población, se traducen en mejoras de la calidad de la salud de la población objetivo, logrando reducir de esta forma la morbilidad y mortalidad de este segmento de la población.

El esquema de relaciones que se plantea en la estrategia puede resumirse en la figura 3.

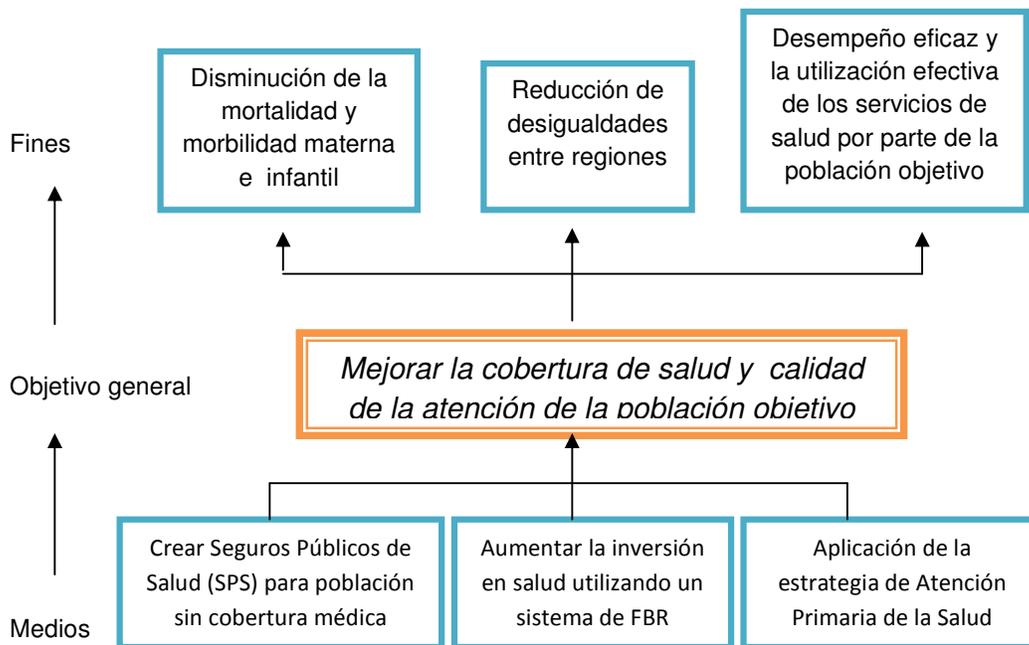
Figura 3. Presentación esquemática de la estrategia.



Fuente: Elaboración propia en base al análisis documental.

Para analizar la lógica en la consecución de los objetivos del Plan se elaboró un “árbol de objetivos”. El mismo tiene por finalidad exponer de manera gráfica aquellos fines y medios que se relacionan directamente con las causas y efectos planteados en el “árbol de problemas” (imagen en positivo y negativo respectivamente). En la parte central del árbol se ubica el objetivo general del programa. Las “raíces del árbol” corresponden a los medios que servirán para cumplir con los fines del programa, que se encuentran ubicados en las “ramas del árbol”.

Árbol de objetivos



15- ¿Los objetivos del plan responden a los problemas que se detectaron en la población objetivo?

De la comparación del árbol de objetivos (imagen en positivo) y del árbol de problemas (imagen en negativo) es posible observar de manera gráfica aquellos fines y medios que se relacionan directamente con las causas y efectos detectados.

Se puede concluir que existe una correspondencia entre problemas y objetivos. La creación de los Seguros Públicos de Salud Provinciales brinda cobertura a la población objetivo. El Sistema de Financiamiento Basado en Resultados promueve el uso eficiente de los recursos con los que cuenta el plan. La estrategia de Atención Primaria de la Salud contribuye al desempeño eficaz y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población objetivo. Una mayor cobertura y de mejor calidad se traducirá en la reducción de la morbilidad y mortalidad de la población objetivo.

16- ¿El sistema de financiamiento y mecanismo de desembolso del plan son eficientes?

El Plan se financia con dos fuentes: el Banco Mundial, por medio de dos convenios de préstamo celebrados por el Gobierno Argentino con el Banco para financiar cada una de las fases (Préstamos BIRF N° 7225-A y N° 7409-AR); y el Tesoro de la Nación.

Al mismo tiempo las provincias se comprometen a poner a disposición los fondos de contrapartida entendiendo estos como la capacidad instalada y los recursos humanos existentes durante la ejecución del Plan. Y se compromete a gestionar los fondos necesarios para mantener la continuidad del mismo, una vez finalizado el financiamiento de la Nación.

Lo novedoso del plan radica en la forma en que estos fondos se distribuyen para llegar a cabo la implementación del Plan. Se utiliza un sistema de financiamiento basado en los resultados orientado a la oferta. Existen dos tipos de relaciones, la establecida entre la Nación y las Provincias, y la que vincula a las provincias con los efectores o prestadores de los servicios de salud.

Relación Nación-Provincias

Los fondos se giran mediante transferencias en concepto de cápitas. Las cápitas se determinan de la siguiente manera:

- **Reclutamiento:** Por la identificación e inscripción de los beneficiarios se remite a la provincia el equivalente al 60% del monto per cápita base. Estos fondos se envían mensualmente en forma automática y persigue incentivar la identificación de la población objetivo.
- **Resultados:** Por el cumplimiento de resultados sanitarios se remite el monto restante (40%) del monto per cápita base. Estos fondos se envían de manera cuatrimestral, conforme a la revisión de los resultados sanitarios alcanzados por cada provincia durante el cuatrimestre. Estos resultados se miden en relación al cumplimiento de las metas

comprometidas para cada uno de los indicadores definidos denominados trazadoras, incentivando de esa manera un mejor cuidado de la población materno infantil en cada una de las jurisdicciones.

Esta relación implica incentivos crecientes asociados a los resultados; de esta manera el programa mide la gestión por resultados. La definición de la meta a la que cada Provincia se compromete para cada una de las trazadoras la establece el Estado Nacional en acuerdo con la Provincia en los ya mencionados Planes Operativos Anuales. Este ejercicio se realiza de manera previa al inicio de cada cuatrimestre.

A los efectos de determinar estas transferencias la Unidad Ejecutora Central calculará mensualmente la transferencia mensual base definida como el producto de un monto per cápita base por el número de beneficiarios elegibles inscriptos. El monto per cápita base es uniforme para todas las provincias adheridas, su valor inicial será revisado anualmente por el Ministerios de Salud y el Banco Mundial.

Cuatrimstralmente, la Nación girará a la Provincia una transferencia complementaria que será equivalente al 40% de la sumatoria de las transferencias mensuales base de los cuatro últimos meses multiplicado por un coeficiente que refleja el cumplimiento de metas preestablecidas de variables de control. La evaluación del desenvolvimiento de las trazadoras admitirá como resultados posibles el cumplimiento o no de la meta por lo que para el cálculo de la transferencia complementaria cada cuatro meses se procederá del siguiente modo:

$$TCc = 0.04 * TBc * NTC$$

Siendo:

TCc = Transferencia complementaria correspondiente al cuatrimestre previo a la fecha de evaluación.

TBc = Suma de las transferencias mensuales base determinadas para la Provincia para cada uno de los meses del cuatrimestre previo a la fecha de evaluación.

NTC =Número de Trazadoras cumplidas al momento de la evaluación para el período respectivo.

Relación Provincia- Efectores

Una vez recibidos los fondos, las Provincias transfieren a los efectores (centros de salud, hospitales y salas sanitarias) los recursos recibidos de la Nación en función de las prácticas médicas nombradas efectivamente realizadas a la población elegible (pago por servicio). Cabe destacar que esta manera de administrar el envío de fondos origina una fuente de recursos monetarios para el efector cuyo fin es el de asegurar la atención sistemática del beneficiario. Los prestadores públicos pueden utilizar hasta el 50% de lo cobrado para estímulos al personal mientras que el resto lo pueden gastar en insumos, equipamiento e inversiones a criterio del prestador. En relación a ello, este proyecto reconoce como principal protagonista del cambio al efector de salud; ya que son los propios centros y maternidades los que deciden la mejor manera de invertir los recursos en beneficio de la comunidad.

A su vez, otra característica adicional de este esquema de financiamiento es la tendencia decreciente de las “transferencias capitadas”. Es decir, durante los primeros tres años de implementación se financiaría el 100% del monto per cápita base; para luego ir disminuyendo gradualmente hasta que finalmente en el sexto año cesarían las transferencias a la Provincia. De esta manera, a medida que se reduce el financiamiento, la Provincia se compromete a financiar con fondos propios el porcentaje restante sobre el 100% de la cápita base (co-financiamiento).

Aunque en la actualidad el financiamiento basado en los resultados en el sector de la salud es considerado una herramienta poderosa para fortalecer los sistemas de salud, y existe cada vez más interés en su utilización como medio para alinear los incentivos de los trabajadores de la salud y los

prestadores de servicios de salud con los objetivos de salud pública, en su mayor parte su efectividad aún no ha sido comprobada. Hay muy poca evidencia sobre el impacto de las intervenciones de este tipo orientadas a la oferta o de las intervenciones orientadas a la demanda sin transferencias condicionadas de efectivo en los indicadores de salud de los países de ingreso medio y bajo⁸. De hecho, solo se conocen pocas evaluaciones del impacto de los programas que proporcionan incentivos financieros para prestadores de servicios de salud en países de ingresos bajo y mediano, aunque otro tipo de estudios muestran resultados no experimentales prometedores. A pesar de ello, en los últimos cinco años, muchos países han puesto en marcha o han ampliado este tipo de programas.

En resumen, el plan incorpora un modelo novedoso de financiamiento basado en la obtención de resultados sanitarios. Si bien su eficacia aún no fue comprobada algunos estudios muestran resultados prometedores.

Resumen del criterio de coherencia interna

Valoración	Criterio analizado
	13-Los objetivos no se encontraban jerarquizados, pero si existe coherencia entre ellos.
	14-La lógica de la estrategia es correcta pero no se encuentra especificada de forma explícita.
	15- Los objetivos si responden a los problemas detectados.
	16- Incorpora un modelo novedoso de financiamiento basado en la obtención de resultados sanitarios

⁸ Para los casos de países con altos ingresos como Estados Unidos y el Reino Unido, hay numerosas publicaciones sobre el pago por desempeño para la atención médica en los, por ejemplo, Fleetcroft y Cols (2012); Doran y Cols (2006), y Perterson y Cols (2006), entre otras.

4.2.2.2 Coherencia Externa

El análisis de coherencia externa tiene por objetivo determinar el grado de compatibilidad que existe entre los objetivos perseguidos por el plan en cuestión y otros objetivos propuestos por otras actuaciones, programas y normativas, ya sean esta de orden superior, igual o inferior. La utilidad de este análisis radica en que no tiene sentido la aplicación de dos programas cuyos objetivos sean contradictorios, muy por el contrario es de mucha utilidad detectar otros programas con cuyas actuaciones se generen sinergias positivas y se refuercen mutuamente.

17- ¿El plan se ajusta a la normativa vigente en Argentina?

El plan se ajusta plenamente a las normativas vigentes. En Argentina a partir de la incorporación de los Tratados Internacionales con potencias extranjeras como Ley Suprema de la Nación, por la reforma de la Constitución Nacional del año 1994, se ha otorgado al derecho a la salud jerarquía constitucional (arts. 31 y 75 inc.22 Constitución Nacional Argentina). Entre ellos, y en relación con la protección y garantía del derecho a la salud podemos nombrar a:

- La Declaración Americana de los Derechos del Hombre (arts. VII y XI); establece que "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad".
- Declaración Universal de Derechos Humanos (arts. 3.º, 8.º y 25.º); establece que: "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".
- Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12); en su artículo 12 determina "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 24.º);
Convención Americana de Derechos Humanos (art. 4.º)
- Convención de los Derechos del Niño (arts. 6.º, 23.º, 24.º y 26.º).

En síntesis, en Argentina el derecho a la salud reviste desde la reforma constitucional de 1994 jerarquía constitucional. En concordancia con lo cual y a fin de dar cumplimiento a las obligaciones impuestas por los tratados internacionales el Estado argentino ha emprendido una serie de reformas tendientes a mejorar las políticas públicas sanitarias.

El decreto 2724/2002 que determinó la prórroga de la Emergencia Sanitaria Nacional, decretada a principios de ese mismo año, creó un Seguro Materno-Infantil para otorgar cobertura médico-asistencial a la mujer embarazada, a la mujer en edad fértil (en lo referido a salud sexual y reproductiva exclusivamente) y a los niños de hasta cinco años de edad. Este Seguro, fue creado por el artículo 3 del decreto 2724/2002, que decía:

Art. 3º — Créase el Seguro de Salud Materno-Infantil para la atención de la cobertura médico-asistencial y de las prestaciones sociales en forma integral y universal, para la mujer embarazada, la mujer en edad fértil y los niños de hasta cinco años de edad, bajo la dependencia del MINISTERIO DE SALUD quien coordinará las acciones y programas optimizando la utilización de recursos y mejorando la cobertura y calidad de la atención en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. Para el caso de las mujeres en edad fértil se cubrirán exclusivamente las acciones referidas a la salud sexual y reproductiva. La implementación del Seguro se realizará en forma gradual, invitándose a las Provincias para su adhesión en base al criterio y cronograma a seguir que determine el MINISTERIO DE SALUD.

A fin de ejecutar el Seguro creado por el decreto 2724/02, y que se denominó “Programa para la Creación de Seguros en Maternidad e infancia Provinciales” y “Programa Nacional para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales”, el decreto 1140/2004 aprobó el modelo de Contrato de Préstamo N° 7225 AR entre la República Argentina y el Banco Internacional de

Reconstrucción y Fomento (BIRF), en el marco del Art. 4 del decreto 2724/02, que preveía el financiamiento del Seguro a través de créditos de organismos internacionales.

Sin embargo, tal como se enuncia en los fundamentos del decreto 1140/2004 el Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial “cumple con los objetivos previstos en el decreto N° 2724/2002, en un contexto que excede la emergencia sanitaria, y se circunscribe a las mujeres embarazadas, hasta 45 días posteriores a la finalización del embarazo y a los menores de 6 años sin cobertura explícita de salud”. Debido a ello, el decreto 1140/2004 sustituyó la denominación del Programa para la Creación de Seguros en Maternidad e Infancia Provinciales y el Programa Nacional para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales por el de Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial. Este decreto creó la Unidad Coordinadora del Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial, en el ámbito de la Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud y Ambiente, a la vez que designó a ese ministerio como el Órgano Ejecuto del Proyecto.

En el mes de noviembre, se dictó la Resolución 1173/2004 del Ministerio de Salud y Ambiente que denominó al Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial como Plan Nacer Argentina, con el objeto de facilitar la identificación del Proyecto por parte de la población beneficiaria y de la sociedad en general.

En conclusión, el Plan Nacer se ajusta a lo establecido en la Constitución de la Nación Argentina y a los Tratados Internacionales con potencias extranjeras que ella establece como Ley Suprema de la Nación. Y su creación fue a través de decretos y resoluciones ajustados a derecho.

18- ¿Guarda relación con otros programas vigentes en el mismo espacio y tiempo? ¿Hay coordinación entre ellos?

El plan guarda principalmente relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por las Naciones Unidas. En el año 2000,

los dirigentes de 189 naciones se reunieron para aprobar la Declaración del Milenio, comprometiendo a sus países con una nueva alianza mundial para reducir los niveles de extrema pobreza y estableciendo una serie de metas, conocidas como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y cuyo plazo está fijado para el año 2015. Entre los ocho objetivos ser alcanzados por los estados miembros, se asigna una alta prioridad a la salud y especialmente los objetivos 4 y 5 están vinculados con la finalidad del Plan Nacer:

- El Objetivo 4 compromete a la comunidad internacional a reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. La Meta 4.A es reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.
- El objetivo 5 compromete a la comunidad internacional a mejorar la salud materna. La Meta 5.A es reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna. Y la Meta 5.B es lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

Además, el Plan Nacer se encuentra enmarcado en los lineamientos establecidos por “Plan Federal de Salud 2004-2007”. Este plan contiene las políticas sanitarias delineadas en el Compromiso Federal de Salud suscripto en diciembre de 2002, entre las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del país. Las mismas son:

- Política Nacional de Medicamentos: promoción de acciones que tiendan a mejorar el acceso a los medicamentos, a través de:
- Salud Materno Infantil: Realización de acciones conjuntas entre la Nación, las Provincias y el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tendientes a disminuir las tasas nacionales de mortalidad materna e infantil. Implementación de un Seguro Nacional de Maternidad e Infancia, para tender a brindar la atención integral de la salud a madres embarazadas, y niños menores de 6 años.

- Seguro Público de Salud: Realización de una búsqueda de la equidad en salud promoviendo el aseguramiento de la cobertura de bienes y servicios.
- Programas Protegidos: Unificación de esfuerzos a fin de gestionar ante las autoridades nacionales y provinciales competentes la protección de programas prioritarios para la salud de la población, en especial de la provisión de vacunas, medicamentos para el HIV-SIDA, leche fortificada, bienes e insumos críticos.
- Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud: Revalorización de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y otorgamiento un rol protagónico en el Sistema de Salud Argentino.
- Comité Federal de Salud: Reconocimiento del Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA) como la instancia federal en la que la Nación, las Provincias y el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires han consensuado las políticas sanitarias prioritarias para lograr el fortalecimiento de la salud como instrumento de equidad y desarrollo

Adicionalmente, es necesario destacar que en el año 2009 en Argentina se lanza la “Asignación Universal por Hijo” (AUH). La misma constituye un seguro social que otorga a desocupados (u ocupados pero sin registrarse formalmente) un beneficio por cada hijo menor de 18 años. Y partir de mayo de 2011, se complementó con la asignación por embarazo para protección social que se otorga a las mujeres embarazadas a partir de las 12 semanas de gestación. Esta medida estableció como condicionalidad para la incorporación, que los niños menores de 6 seis años hijos de padres que deseen recibir la asignación debían estar previamente inscritos en el Plan Nacer, lo mismo sucedió posteriormente con las mujeres embarazadas.

Existe una vinculación directa entre ambas políticas ya que mientras el plan Nacer estimula y fortalece la oferta pública de atención de salud, la AUH y la asignación por embarazo moviliza a la población o demanda. Según datos del Ministerio de Salud de la Nación la coordinación de ambos planes generó sinergias positivas entre ambos incrementándose ampliamente la inscripción de niños y madres al Plan Nacer.

Resumen del criterio de coherencia externa

Valoración	Criterio analizado
	17- El plan se ajusta a la normativa vigente, y su decreto de creación se ajusta a derecho.
	18- No es contradictorio con otros planes vigentes al momento de su implementación.

Capítulo V

Propuestas y recomendaciones

Como resultado de la evaluación del diseño del Plan Nacer, por medio de los criterios de racionalidad y coherencia, en este capítulo se ofrecen algunas propuestas para su mejora.

Diagnóstico

La planificación de esta medida se realizó en un contexto de crisis económica y social que afectó fuertemente al sector de la salud pública, y es quizá a causa de la urgencia política que no se tomó el tiempo necesario para realizar un diagnóstico acabado de la situación inicial y un profundo análisis de sus causas. Por esta razón se considera necesario que el diagnóstico sea revisado y actualizado.

Se propone que en la realización de este nuevo diagnóstico participen todos aquellos actores que intervienen directa o indirectamente en el Plan, a saber: el Ministerio de Salud de la Nación, los Ministerios de Salud Provinciales, las Municipalidades, los efectores o prestadores de los servicios de salud (los profesionales que trabajan diariamente en los centros de salud), los beneficiarios directos y personas relacionadas con el mundo de la salud, como expertos en el tema, universidades o centros de estudios. El estudio puede constar de un análisis de tipo DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), con participación de cada uno de los agentes mencionados.

Es necesario que este nuevo diagnóstico cuente también con un análisis del contexto operativo del plan. Se propone que el mismo se realice en dos niveles, uno nacional que abarque las relaciones de la nación con las provincias, y otro a nivel de cada provincia en particular. Esta recomendación se fundamenta en los problemas de coordinación e ineficiencias en la utilización de los recursos a las que se hace referencia en el capítulo III.

Los resultados de este diagnóstico podrían ser comunicados en una publicación institucional de carácter público para brindar transparencia a las acciones llevadas a cabo. En ellas deben figurar en forma explícita las causas y efectos del problema focal.

Definición y jerarquía de los objetivos

El Plan Nacer presenta en forma explícita 5 objetivos sin establecer una jerarquía entre ellos. Sumado a esto algunos de los objetivos presentan problemas de claridad o son muy generales. En base al análisis que realizamos durante la evaluación del programa, se propone como objetivos generales del Plan Nacer a:

Objetivo general 1: *Aumentar la cobertura de los servicios de salud de la población elegible para disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil en la Argentina.*

Objetivo general 2: *Mejorar la calidad de la atención en salud de la población objetivo, para reducir de la morbilidad y mortalidad materna e infantil en la Argentina.*

Los objetivos específicos nos indican las pasos o acciones que se llevaran a cabo y cuyo logro contribuirá a la consecución del objetivo general. Por lo que se propone como objetivos específicos los siguientes:

Objetivo específico 1: *Crear Seguros Públicos de Salud Provinciales para brindar cobertura de calidad a la población materna e infantil que no la posea.*

Objetivo específico 2: *Aumentar la inversión en salud bajo un modelo de asignación de recursos basada en los resultados alcanzados que permita mejorar la eficiencia en la utilización de los mismos.*

Objetivo específico 3: *Implementar la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), para conseguir un desempeño eficaz del sistema de salud pública.*

Inclusión de la población indígena

Si bien la población indígena se encuentra incluida dentro de la población objetivo, como ya se expuso en la evaluación, la metodología utilizada para su incorporación no resulta suficiente para lograr el objetivo de inclusión de esta comunidad por lo cual se recomienda su revisión.

La propuesta consiste en establecer mecanismos de coordinación con organismos oficiales que aborden la problemática, como lo es el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), para lograr una visión más especializada de esta problemática.

El INAI cuenta con un Registro Nacional de Comunidades Indígenas (RENACI) donde se identifica, por ubicación geográfica y pueblos a los que pertenecen, a cada una de las familias y la cantidad de personas que los integran. Sería de utilidad realizar un cruzamiento entre el RENACI y los registros provinciales creados por el Plan a tal efecto. Esto permitirá determinar en qué grado esta subvalorado este segmento de la población objetivo y una vez conocida la población real, reconocer las diversas culturas para lograr un mejor acercamiento a estas comunidades.

También es recomendable que se pida asesoramiento al INAI en lo referente al tratamiento que se les brinda y a la capacitación de los efectores que atienden a la población indígena, para asegurar que la atención que reciban este adecuada a sus necesidades y particularidades.

Por último, en el análisis de las metas trazadoras se detecto que el indicador definido para la Trazadora X: “inclusión de la población indígena” no permite medir el cumplimiento de su objetivo dado que vincula la cantidad de “efectores capacitados para atender poblaciones indígenas” (numerador) con el total de efectores de la provincia (denominador). De ello resulta que este cociente mide la cantidad relativa de efectores capacitados para atender poblaciones indígenas y no el grado de inclusión de estas poblaciones al sistema de salud. Para este indicador se propone la siguiente fórmula de cálculo:

X	Inclusión de la población indígena	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de inscriptos en el plan pertenecientes a la población indígena elegible}}{\text{N}^{\circ} \text{ de población indígena elegible}}$
---	------------------------------------	---

Conclusiones

En Argentina el derecho a la salud reviste desde la reforma constitucional de 1994 jerarquía constitucional. Luego de la fuerte crisis económica y social que atravesó el país a fines del 2002, se produjo incremento de la demanda de salud pública que dejó al país en emergencia sanitaria.

Con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones impuestas por los tratados internacionales con jerarquía constitucional a los que se encuentra adherido el Estado argentino, se emprendieron una serie de reformas tendientes a mejorar las políticas públicas sanitarias y optimizar la protección de los derechos de los ciudadanos. En el marco de estas reformas se pone en marcha a fines de 2004 el Plan Nacer.

El Plan Nacer es un programa que abarca a todo el territorio nacional y que tiene como finalidad mejorar de la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños menores de 6 años sin obra social, para contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

El presente trabajo se propuso la realización valoración crítica del diseño del Plan Nacer por medio de una evaluación de racionalidad y coherencia, enfocando el análisis en aquellos elementos que justifican la necesidad y estrategia de la intervención pública. Y en caso de ser oportuno detallar aquellos aspectos que requieren ser mejorados.

Como resultado de la evaluación realizada se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El diagnóstico realizado al inicio del Plan es de carácter general. En el problema focal no se encuentra identificado de forma explícita y no está expuesto en forma completa y rigurosa. Se explica forma general la existencia de problemas de gestión recursos de salud y describe a grandes rasgos la conformación del sistema de salud argentino pero no

profundiza en las causas y consecuencias del problema focal. Tampoco participaron agentes claves para su elaboración. Es por eso que una de las recomendaciones de este trabajo es la realización de un nuevo diagnóstico en forma participativa, que cuente con análisis del contexto operativo del plan en sus dos niveles.

2. La población objetivo y los beneficiarios están claramente identificados, pero la cuantificación y caracterización de los mismos se realizó dos años después de iniciado el Plan. Se incorpora dentro de la población objetivo a las poblaciones indígenas pero el método de inclusión empleado tiene a subvalorar la misma. Por lo cual se recomienda su revisión y se propone el trabajo conjunto con el INAI que es un organismo oficial que aborde esta problemática.
3. El programa especifica claramente la cobertura prevista, los mecanismos de adhesión a él por parte de las provincias. Su implementación se inició en las regiones del NOA y NEA por estar más afectadas por el problema focal y presentar los peores indicadores socioeconómicos, promoviendo de esta forma la equidad territorial.
4. Tiene claramente una perspectiva de género ya que en él se reconocen y se vela por el cumplimiento de los derechos de las mujeres que son vulnerados al no contar con atención de salud adecuada.
5. La planificación estableció cinco objetivos sin distinguir una jerarquía entre ellos y en general presentan problemas de definición. Por esta razón se recomendó su revisión y se propuso una jerarquía y nueva redacción.
6. Prevé la elaboración de Planes Operativos Anuales indicando los compromisos asumidos respecto del alcance de los mismos, estos son los que guían el desempeño temporal del plan.
7. El Plan posee un sistema de seguimiento del desempeño en términos de acciones de la Atención Primaria de la Salud Materno Infantil medido a través de las trazadoras. Y prevé la recolección de información para la realización de evaluaciones externas de impacto.
8. Si bien los objetivos no se encontraban jerarquizados, existe coherencia entre ellos. También hay correspondencia entre los problemas identificados y los objetivos fijados.

9. La lógica planteada en la estrategia es correcta y coherente con los objetivos pero no se encuentra especificada de forma explícita.
10. Incorpora un modelo novedoso de financiamiento basado en la obtención de resultados sanitarios, esta relación implica incentivos crecientes asociados a los resultados. El mismo está orientado a la oferta. Si bien su eficacia aun no fue comprobada algunos estudios muestran resultados prometedores.
11. El Plan se ajusta a lo establecido en la Constitución de la Nación Argentina y a los Tratados Internacionales con potencias extranjeras que ella establece como Ley Suprema de la Nación. Y su creación fue a través de decretos y resoluciones ajustados a derecho.
12. Guarda principalmente coherencia con los ODM elaborados por las Naciones Unidas para ser alcanzados en el 2015. No solo no es contradictorio con otros planes vigentes al momento de su implementación, sino que se encuentra vinculado a la Asignación Universal por Hijo, con la que se generan sinergias positivas.

Se espera que la evaluación realizada sirva de base para futuras modificaciones y mejoras al Plan Nacer, contribuyendo al logro de los objetivos que el Plan se propone. Así como exponer la utilidad de la evaluación conceptual para mejorar el diseño de una política en concreto, y de las intervenciones públicas en general, y facilitar la toma de decisiones de las autoridades públicas al generar un informe analítico sobre política y señalando tanto los aciertos de la misma, como los posibles aspectos a ser mejorados.

Bibliografía

- Aguilar Villanueva, L. (1992) “El Estudio de las Políticas Públicas”. México, Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.
- Aguilar Villanueva, L. (2009) “La hechura de las Políticas Públicas”. México, Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.
- Andrada M., Bertone C. y Peranovich A. (2008). “Mortalidad infantil, causas y determinantes. Una perspectiva comparada entre la ciudad de Córdoba (Argentina) y Campiñas (Brasil), para el período 2000-2005”. III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.
- Bustelo, M (2001). “La evaluación de las políticas públicas de igualdad de género de los gobiernos centrales y autonómicos en España: 1995-1999”. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid. Defendida con fecha 2001.
- Bustelo, M. (2007). “La teoría del programa y la evaluación del diseño” material didáctico del Máster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas 2007-2008.
- Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. “Estadísticas Vitales”. República Argentina - Años 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud.
- Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. “Indicadores de salud seleccionados”. República Argentina – Años 2000 a 2005. Dirección de Estadísticas e Información de Salud.
- Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. “Defunciones de menores de cinco años indicadores seleccionados”. República Argentina – Año 2004. Dirección de Estadísticas e Información de Salud.
- Fernández Ballesteros R. (1995). “Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud”. Madrid, Pirámide.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Sistema de Estadísticas Socio-demográficas (SESD). Área Salud. Argentina.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). “Mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas”. Revista “Aquí se cuenta”, Censo 2001, n° 7, septiembre de 2003. Disponible en : www.indec.gov.ar
- Musgrove, P. (2010). “Rewards for Good Performance or Results: A Short Glossary of RBF”. Disponible en : www.rbfhealth.org
- Moscoso N. y Modarelli R. (2009). “Descentralización en Salud: Marco Conceptual y Políticas Públicas en Argentina”. Revista de Ciencias Económicas, volumen 27, n° 2. Disponible en: www.latindex.ucr.ac.cr
- Naciones Unidas (2010). “Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010”. Nueva York. Disponible en : www.un.org
- Neny I. y Thoenig J. (1992). “Las Políticas Públicas”. Barcelona, Editorial Ariel S.A.
- O’Donnell, Guillermo y Oszlak, Oscar (1984) “Estado y Políticas Estatales: hacia una estrategia de investigación”. INAP. Alcalá de Henares, España.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). “Situación de Salud en la Américas. Indicadores Básicos 2010”. Disponible en: www.paho.org
- Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de la Nación en iniciativa conjunta. “indicadores básicos 2006”. Disponible en : www.ops.org.ar y en www.msal.gov.ar
- Osuna, J. L. y Máquez C. (2004) “Guía para la Evaluación de Políticas Públicas”. Sevilla, Instituto de Desarrollo Regional. Fundación Universitaria.
- Ministerio de Salud de la Nación (2004). “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial. Manual Operativo Fase I”.
- Ministerio de Salud de la Nación (2004). “Convenio Marco”.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). “Lecciones aprendidas Plan Nacer”. Disponible en: www.undp.org.ar
- Reboloso E; Fernández-Ramírez B. y Cantón P. (2008). “Evaluación de programas de intervención social”. Madrid, Ed. Síntesis.
- Schwarcz A., Karolinski A. (2009). “Calidad del control del embarazo en PBA y CABA”. Informe presentado a autoridades del Ministerio de Salud de PBA y Gabinete de Salud de CABA.

- Stufflebeam, D. y A. Shinkfield (1987). “Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica”. Madrid, Paidós/MEC.

Páginas web consultadas:

- Dirección de Estadísticas e Información de Salud: <http://www.deis.gov.ar>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: www.indec.gov.ar
- Ministerios de Salud de la Nación: www.msal.gov.ar
- Organización Mundial de la Salud: www.who.int/es/
- Organización Panamericana de la Salud: www.paho.org
- Plan Nacer: www.nacer.gov.ar
- Results-Based Financing for Health: www.rbfhealth.org/
- Sociedad Española de Evaluación: www.sociedadevaluacion.org
- Global Health Observatory Data Repository: www.who.int/ghodata/

Anexos

Anexo 1. Indicadores Socioeconómicos

Con el fin de brindar un pantallazo general sobre las diferencias socioeconómicas entre las provincias y regiones argentinas, se incorpora en este anexo los datos sobre el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas de Argentina, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en base a la información correspondiente del CENSO 2001.

Tabla 8. Hogares con necesidades básica insatisfechas por provincia, Argentina, 2001.

Provincia	Total de hogares (*)	Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)				
		Total	Sin cobertura médica privada u obra social (%)	Sin provisión de agua en la vivienda (%)	Con piso de tierra en la vivienda (%)	Sin teléfono (%)
		% sobre el total de hogares	% sobre el total de hogares con NBI			
Total del país	10.075.814	14,3	60,2	50,8	17,6	71,0
Ciudad de Buenos Aires	1.024.540	7,1	50,0	21,8	1,2	49,3
Buenos Aires	3.921.455	13,0	58,4	44,8	7,0	60,6
Partidos del Gran Buenos Aires	2.384.948	14,5	60,5	46,4	6,4	60,5
Resto de Buenos Aires	1.536.507	10,5	53,9	41,2	8,3	60,8
Catamarca	77.776	18,4	51,5	58,3	36,6	84,0
Córdoba	877.262	11,1	56,0	42,1	8,7	66,7
Corrientes	225.957	24,0	69,2	64,7	37,6	86,2
Chaco	238.182	27,6	73,8	76,5	39,0	90,8
Chubut	114.725	13,4	56,7	37,0	6,4	64,8
Entre Ríos	316.715	14,7	59,3	46,1	16,8	79,5
Formosa	114.408	28,0	72,0	81,3	50,6	90,4
Jujuy	141.631	26,1	57,1	58,0	37,1	85,8
La Pampa	91.661	9,2	57,1	29,1	6,7	61,7
La Rioja	68.390	17,4	45,8	57,5	30,0	80,6
Mendoza	410.418	13,1	62,3	45,2	15,7	68,8
Misiones	235.004	23,5	67,8	70,5	15,1	88,3
Neuquén	128.351	15,5	61,6	41,7	12,8	65,8
Río Negro	154.453	16,1	61,5	43,9	9,5	67,8
Salta	241.407	27,5	67,1	64,7	41,7	88,1
San Juan	148.902	14,3	57,5	52,0	30,7	75,2
San Luis	101.644	13,0	62,0	51,2	18,7	74,1
Santa Cruz	53.834	10,1	42,4	25,5	1,5	53,0
Santa Fe	872.295	11,9	57,1	44,9	14,0	69,9
Santiago del Estero	178.201	26,2	69,8	83,2	52,5	92,3
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	27.816	15,5	42,5	15,8	0,3	38,1
Tucumán	310.787	20,5	57,9	63,4	27,4	84,9

(*) **Hogar:** persona o grupo de personas que viven bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación.

(*) **Sin cobertura médica privada u obra social:** ninguno de los miembros del hogar está afiliado a una obra social ni está adherido a un plan de salud privado o una mutual.

(*) **Sin provisión de agua en la vivienda:** hogares con abastecimiento de agua dentro del terreno pero fuera de la vivienda, o bien sin abastecimiento de agua en la vivienda ni en el terreno.

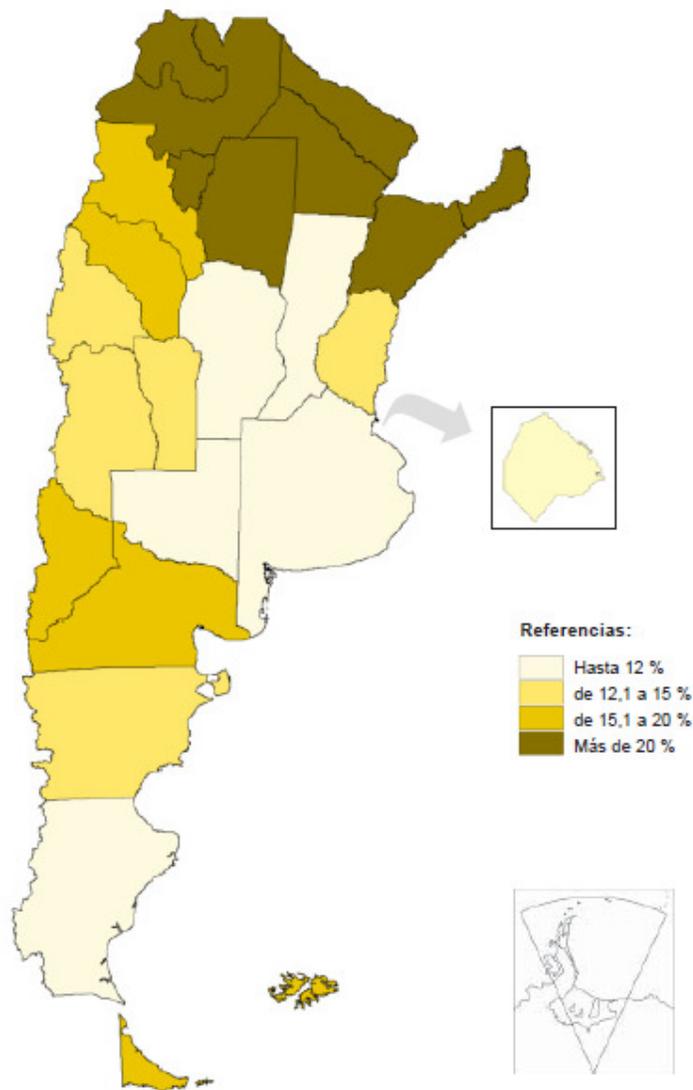
(*) **Con piso de tierra en la vivienda:** hogares que habitan en viviendas donde el material predominante de los pisos es tierra.

(*) **Sin teléfono:** los miembros del hogar no poseen teléfono fijo ni celular.

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001

Mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas Argentina 2001

Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas por provincia, 2001



Fuente: INDEC, revista "Aquí se cuenta", Censo 2001, n° 7, septiembre de 2003.

Anexo 2. Conceptos e indicadores de mortalidad

En el presente apartado se expone los conceptos e indicadores utilizados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud para la medición de la mortalidad, y que los que se emplean en este trabajo.

Tasa de Mortalidad Infantil

Relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año. Es considerada como uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud y, debido a su especial utilidad, es necesario calcular e interpretar correctamente sus valores.

Nro. de muertes de menores de un año de edad acaecidas en la población de un área geográfica dada durante un año dado

Tasa anual de mortalidad infantil= _____ x 1.000

Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año

Mortalidad Neonatal

Es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos en los primeros 27 días de vida extrauterina y el denominador el número de nacidos vivos, en el mismo período de tiempo y expresada por cada 1000 nacimientos.

La mayoría de las causas de muerte son de origen perinatal (embarazo, parto, período neonatal) y ello es más frecuente cuanto más precoz sea el fallecimiento como sucede en la Mortalidad Neonatal Precoz (entre 0 y 6 días de vida) que en la Mortalidad Neonatal Tardía (entre 7 y 27 días de vida).

La mortalidad neonatal forma parte de la mortalidad infantil, y ella es proporcionalmente mayor (mortalidad dura) cuanto más baja sea la tasa de

mortalidad infantil, como se ve en países desarrollados o en poblaciones con buenas condiciones socioeconómicas y culturales.

Nro.de muertes de niños de menos de 28 días de edad acaecidas en la población de un área geográfica dada durante un año dado

Tasa anual de mortalidad neonatal = ----- x 1.000

Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año

Mortalidad Post-Neonatal

Es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos entre los 28 y los 365 días de vida extrauterina y el denominador el número de nacidos vivos, en el mismo período de tiempo, y expresada por cada 1000 nacimientos.

La mayoría de las causas de muerte se deben a problemas provenientes del medio ambiente y ello es más frecuente cuanto más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, diarreas, deshidratación trastornos respiratorios agudos, etc.).

La mortalidad postneonatal forma parte de la mortalidad infantil y ella es proporcionalmente mayor (mortalidad blanda) cuanto más altas sean las tasas de mortalidad infantil, como se observa en países en vías de desarrollo o en poblaciones con malas condiciones socioeconómicas y culturales.

Nro.de muertes de niños de 28 días a menos de un año de edad acaecidas en la población de un área geográfica dada durante un año dado

Tasa anual de mortalidad postneonatal = ----- x 1.000

Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año

Tasa de mortalidad Materna

Refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación y el parto. Se utiliza como denominador el número de nacidos vivos como una aproximación al número de mujeres expuestas a morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

Si bien la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10, 1995) incorpora la categoría de muerte materna tardía, a los fines de las comparaciones nacionales e internacionales, éstas no se incluyen en el numerador de la tasa de mortalidad materna.

Nro.de defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año dado

Tasa anual de mortalidad materna = ----- x 10.000

Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año

Anexo3. Prestaciones del Plan Nacer

La cobertura explícita que brinda a los beneficiarios del Plan Nacer se encuentra resumida en la siguiente tabla:

Tabla 9. Prestaciones brindadas por el Plan Nacer.

GRUPO Y SUBGRUPO		PRESTACIONES
MUJER	EMBARAZO	Consulta de educación para la salud en embarazo
		Anatomía patológica (Papanicolau) en control de embarazo
		Inmunización antitetánica en embarazo
	EMBARAZO DE ALTO RIESGO	Consulta de control prenatal de embarazo de alto riesgo
		Atención y tratamiento ambulatorio de SIDA en la embarazada
	PARTO	Atención de Parto y recién nacido
	PUERPERIO	Inmunización puerperal (Rubéola)
Consejería puerperal		
NIÑO	NEONATO	Inmunización de recién nacido (Incluye BCG y Hepatitis B)
		Incubadora hasta 48 horas para recién nacido
		Tratamiento inmediato de transmisión vertical de SIDA en recién nacido
	MENORES DE 6 AÑOS	Consulta oftalmológica
		Consejería en salud buco-dental
	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS	Atención Integral
LABORATORIO	Prueba de embarazo	
	Colposcopia en control de embarazo	
	Extracción de sangre	
	Análisis de sangre	
IMÁGENES	RX tórax F y P en mujeres embarazadas	
	Ecografía	
COMUNIDAD	Captación por búsqueda activa de embarazadas en el primer trimestre por agente sanitario y/o personal de salud	
	Ronda completa de agente sanitario en área rural	
	Diagnóstico socio-epidemiológico de población de riesgo	
	Encuentros para promoción de pautas alimentarias	
	Encuentros para promoción de desarrollo infantil	

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2004). "Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial. Manual Operativo Fase I".