

DOCUMENTO DE TRABAJO N°82

MARZO DE 2012

## La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales

MARÍA FERNANDA POTENZA DAL MASETTO

Este documento fue elaborado como parte del proyecto "La incidencia de las variables político-institucionales en la gestión, pertinencia y alcance de los programas de combate a la pobreza: un análisis de los principales programas en la Argentina desde el año 2002 hasta la actualidad", dirigido por Fabián Repetto, director del Programa de Protección Social [Proyecto de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica de la Nación, PICT N° 10/2206, convocatoria 2007].

## Índice

Resumen ejecutivo.....	5
Agradecimientos .....	6
Introducción.....	7
<b>1. Presentación del Plan Nacer.....</b>	<b>9</b>
Problemática: la salud materno infantil.....	9
Inserción institucional y sectorial .....	13
Objetivos específicos del programa.....	17
Población objetivo.....	17
Prestaciones.....	18
<b>2. La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales.....</b>	<b>20</b>
Contexto de implementación en las provincias.....	20
Margen de acción de las provincias .....	21
Recursos y capacidades.....	30
Modo de organización.....	39
<b>3. Conclusiones y recomendaciones de políticas .....</b>	<b>44</b>
Incidencia de los factores político-institucionales en la gestión del programa.....	44
Coordinación pro-integralidad: ¿qué recomendaciones podrían hacerse? .....	45
<b>Anexo 1. Funciones del Ministerio de Salud de la Nación, según enumeración en el art. 3 del Decreto 828/06.....</b>	<b>49</b>
<b>Anexo 2. Transferencias del Plan Nacer a las provincias, años 2004-2010 (en pesos) .....</b>	<b>51</b>
<b>Acerca de la autora.....</b>	<b>56</b>
<b>Acerca de CIPPEC .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Notas.....</b>	<b>57</b>

## Índice de Tablas y gráficos

Gráfico 1. Evolución de la tasa de mortalidad infantil, por regiones: años 2003 y 2009 (expresada por 1.000 nacidos vivos).....	9
Gráfico 2. Evolución de la tasa de mortalidad infantil, por provincias: años 2003 y 2009 (expresada por 1.000 nacidos vivos).....	10
Gráfico 3. Evolución de la tasa de mortalidad materna, por regiones: años 2003 y 2009 (expresada por 10.000 nacidos vivos).....	11
Gráfico 4. Evolución de la tasa de mortalidad materna, por provincias: años 2003 y 2009 (expresada por 10.000 nacidos vivos).....	11

Gráfico 5. Porcentaje de población no cubierta por obra social o plan médico, por regiones: años 2003-2010 (en porcentajes) .....	12
Gráfico 6. Porcentaje de población no cubierta por obra social o plan médico, por provincias: años 2003 y 2010 (en porcentajes) .....	13
Tabla 1. Restricciones y propuestas en discusión en cuanto al uso de fondos por parte de efectores .....	23
Tabla 2. Dependencia jerárquica y vinculación del Nacer con el área de Maternidad e Infancia .....	25
Tabla 3. Cambios en la dependencia jerárquica del Plan Nacer.....	25
Tabla 4. Beneficiarios del Plan Nacer y cobertura, total nacional y por regiones .....	26
Tabla 5. Evolución en la cantidad de beneficiarios del Plan Nacer, total nacional y por provincias. ....	26
Tabla 6. Cobertura del Plan Nacer en 2010.....	27
Tabla 7. Evolución en la cantidad de prácticas facturadas, por provincias .....	28
Tabla 8. Convenios con efectores .....	29
Tabla 9. Margen de acción de las provincias.....	30
Tabla 10. Vinculación del Nacer con el área de Maternidad e Infancia y dependencia del coordinador.....	31
Tabla 11. Composición de los equipos del Plan Nacer .....	32
Tabla 12. Total de recursos ejecutados por el Plan Nacer, en pesos .....	33
Tabla 13. Presupuesto asignado al Plan Nacer por provincias, en pesos.....	35
Tabla 14. Motivos atribuidos a la baja facturación y estrategias desplegadas .....	36
Tabla 15. Modalidad de carga de información y cruces de datos .....	37
Tabla 16. Articulaciones del Plan Nacer con otras áreas y programas.....	43

## Resumen ejecutivo

La mortalidad materno infantil es una preocupación central en el sistema de salud argentino. Este documento analiza la implementación del **Plan Nacer**, una de las principales políticas públicas diseñadas en este terreno, en 10 provincias: Buenos Aires, Corrientes, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Luis, Santa Fe y Santiago del Estero.

La investigación incluye un relevamiento de las problemáticas asociadas con la salud materno infantil y un repaso de las políticas públicas diseñadas con anterioridad para enfrentar esta situación.

El documento describe las principales características del programa y compara la inserción institucional alcanzada en cada provincia. Además, identifica el margen que tiene cada jurisdicción subnacional para adecuar el diseño original a las particularidades locales, y analiza los efectos de la implementación en su modelo de gestión, considerando, entre otras cuestiones, la división de funciones entre niveles de gobierno y la coordinación con actores externos.

El análisis realizado revela que, si bien continúa intervenciones previas, el Plan Nacer introduce novedosos elementos vinculados con la gestión y el financiamiento. Por otro lado, el diseño original contempla la adaptación local de la propuesta.

Aunque la provisión de recursos para el funcionamiento del programa se hace en forma compartida, el Ministerio de Salud de la Nación financia buena parte de los recursos humanos y del equipamiento. Además, la distribución de funciones entre actores involucrados en la gestión está claramente estipulada y resulta acorde a la organización federal del sistema sanitario. Existe coordinación entre niveles de gobierno e interacciones formales entre los equipos provinciales y, a nivel subnacional, las articulaciones más frecuentes ocurren en el interior del sistema sanitario (principalmente, con áreas que trabajan con la misma población objetivo). También se detectaron casos de trabajo conjunto con otros actores, en particular, para la implementación de la Asignación Universal por Hijo y en el cruce de datos.

Finalmente, el documento presenta recomendaciones para mejorar la gestión del programa y su coordinación con otras iniciativas nacionales y provinciales: 1) enfatizar los aspectos instrumentales del Plan Nacer; 2) revisar la organización de las áreas que gestionan el programa a nivel provincial; 3) promover la paulatina incorporación de los equipos de gestión local a la burocracias provinciales; 4) continuar los espacios de seguimiento y análisis del programa, tanto en el nivel nacional como en el provincial; 5) identificar posibles articulaciones con otros programas sanitarios, educativos y/o de desarrollo social; 6) dar continuidad a la estrategia de capacitación sobre registro de beneficiarios y facturación; 7) desarrollar o profundizar estrategias provinciales para asesorar a los hospitales y centros de salud en el adecuado uso de los recursos, de acuerdo a la estrategia sanitaria provincial; 8) actualizar las estimaciones de población objetivo; 9) asistir a las provincias, desde el gobierno nacional, para diseñar e implementar estrategias de difusión y captación de población elegible de difícil acceso; 10) evaluar la posibilidad de simplificar los circuitos administrativos de facturación y rendición de cuentas; 11) adecuar los registros provinciales para que den cuenta del cumplimiento de las metas socio-sanitarias (trazadoras); 12) promover regulaciones más claras sobre los usos permitidos de los fondos asignados al Plan, y 13) avanzar en la digitalización de la información sobre inscripciones y facturación.

## **Agradecimientos**

La autora reconoce muy especialmente los aportes realizados por Gala Díaz Langou, Paula Forteza, Juan Pablo Fernández y Carolina Aulicino, quienes colaboraron en el trabajo de campo, en la sistematización de la información relevada, en la elaboración de documentos de trabajo previos y en la revisión del presente informe. También, agradece a los entrevistados por su tiempo y predisposición y a Federico Tobar y a Romina Solano del Programa de Salud de CIPPEC por la revisión del documento.

## Introducción

El presente documento tiene como objetivo general contribuir al conocimiento del modo en el que se gestionan las políticas de protección social en los niveles subnacionales de la Argentina. Para ello, su objetivo específico consiste en analizar la implementación del Plan Nacer en 10 provincias argentinas.

El estudio forma parte de una serie de Documentos de Trabajo elaborados por el Programa de Protección Social de CIPPEC en el marco de un proyecto de investigación financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, dependiente del Ministerio Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación.

El propósito de dicha investigación consiste en explicar de qué forma las variables político-institucionales, y sus expresiones en políticas y programas concretos, influyen en los modos de organización, la división de responsabilidades, las prácticas de intervención, el alcance y la pertinencia de las intervenciones sociales. Para ello, se analiza la manera en que fueron implementados un conjunto de seis programas sociales en diez provincias argentinas.

Los programas estudiados fueron seleccionados por estar particularmente dirigidos a atender las necesidades de la población que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad económico-social, por representar, cada uno de ellos, iniciativas de relevancia dentro de la política de un determinado sector, así como también por operar bajo diferentes modalidades de gestión. Los seis programas abordados son los siguientes: Asignación Universal por Hijo para Protección Social; Plan Nacional de Seguridad Alimentaria; Plan Nacer; Programa de Ingreso Social con Trabajo “Argentina Trabaja”; Programa Jóvenes con Más y Mejor Trabajo y Propuesta de Apoyo Socioeducativo para Escuelas Secundarias.

Las provincias en las cuales se estudió la implementación de estos programas fueron elegidas por considerarlas representativas de la heterogénea situación social, política y fiscal de nuestro país. Las jurisdicciones priorizadas fueron: Buenos Aires, Corrientes, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Luis, Santa Fe y Santiago del Estero<sup>1</sup>.

En ese contexto, este Documento de Trabajo presenta los hallazgos y las principales observaciones derivados del trabajo de relevamiento de la implementación del Plan Nacer en las 10 provincias seleccionadas.

El informe se estructura en tres secciones. En la primera, se efectúa una presentación general de esta iniciativa, analizando en profundidad dimensiones como la problemática que atiende, su inserción institucional y sectorial, la estrategia de implementación bajo la cual se rige, sus objetivos específicos, su población objetivo y las prestaciones que ofrece. Aquí describiremos el entramado de normativa, recursos disponibles y actores involucrados en la gestión del programa, como punto de partida para comprender el estado de situación de su implementación en el territorio.

En la segunda sección, analizaremos la implementación del programa a nivel subnacional, tomando en cuenta la relevancia del programa en el contexto provincial, el margen de acción de las

---

<sup>1</sup> Una explicación con mayor detalle acerca de los criterios utilizados en la selección tanto de programas como de provincias puede ser consultada en el Documento “Protección social, marco teórico y metodológico para programas sociales”, elaborado por este mismo equipo.

provincias para intervenir en su diseño e implementación, los recursos y capacidades involucrados en su gestión y, finalmente, el modo de organización y la división de responsabilidades implicados. Así obtendremos un panorama en el que descubriremos, más allá de un diseño e instrucciones de implementación precisas y determinadas a nivel nacional, una serie de situaciones diversas en relación al alcance del programa y a la forma que adopta su gestión cotidiana en las jurisdicciones bajo análisis.

En fin, la tercera sección recoge las conclusiones obtenidas en base a las secciones anteriores y presenta las recomendaciones de política pública tendientes a promover una mejora de la gestión del programa, elaboradas siguiendo las lecciones aprendidas a lo largo de todo el proceso de investigación.

Las fuentes primarias y secundarias utilizadas a lo largo de este informe se encuentran enumeradas al final del Documento.

# 1. Presentación del Plan Nacer

## Problemática: la salud materno infantil

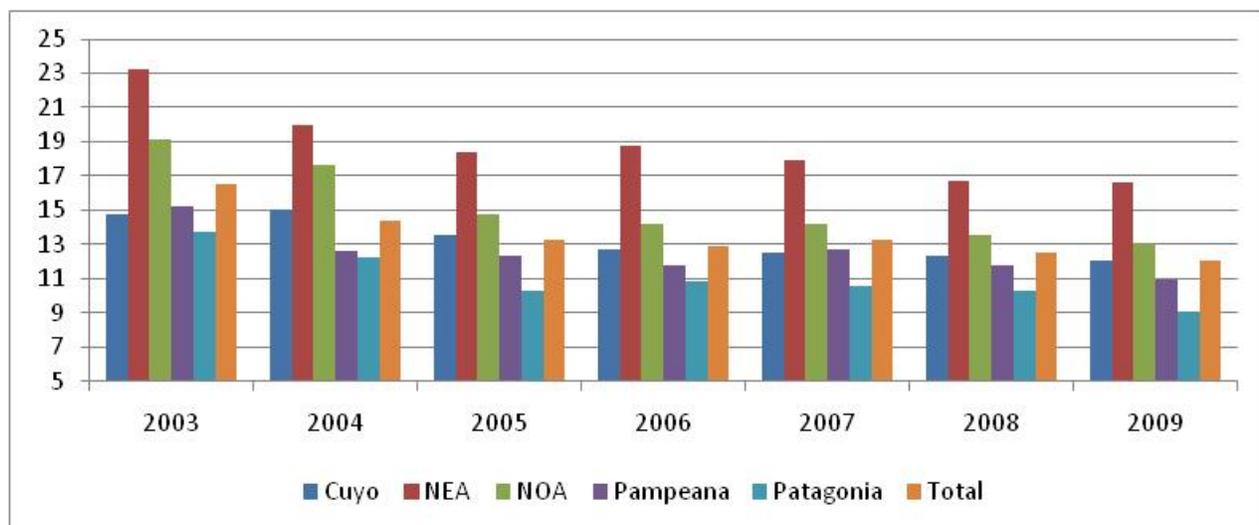
Dos de las principales problemáticas en el ámbito de la salud son la mortalidad infantil y la materna, las cuales forman parte – por su relevancia – de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con los cuales se han comprometido diferentes países.

En Argentina, la tasa de mortalidad infantil muestra, a lo largo de los últimos 20 años, una tendencia a la baja. Entre 1990 y 2009, el porcentaje de muertes se redujo a más de la mitad (la tasa se ubicaba en 25,6 por 1.000 nacidos vivos en 1990). Esta tendencia se verifica, también durante los años recientes, aunque con un leve repunte del indicador en 2007. Entre 2003 y 2009, la mortalidad infantil pasó de 16,5 a 12,2 por mil nacidos vivos (**Gráfico 1**)<sup>2</sup>.

Las provincias del Noreste Argentino (NEA) y del Noroeste Argentino (NOA) se ubican, a lo largo de todo este período, sensiblemente por encima del promedio nacional, exhibiendo las tasas más altas. Sin embargo, sus indicadores muestran una tendencia sostenida a la reducción, aunque aún se encuentran sensiblemente por encima de la media nacional.

De las jurisdicciones consideradas en este estudio, aquellas que se encontraban en una situación comparativamente más deficitaria antes de iniciarse la implementación del Plan Nacer eran Corrientes y Misiones (tasa de mortalidad infantil de 20 por mil en 2003). Estas dos provincias se encuentran entre las que lograron avances más notorios entre los años 2003 y 2009, junto con Río Negro (**Gráfico 2**).

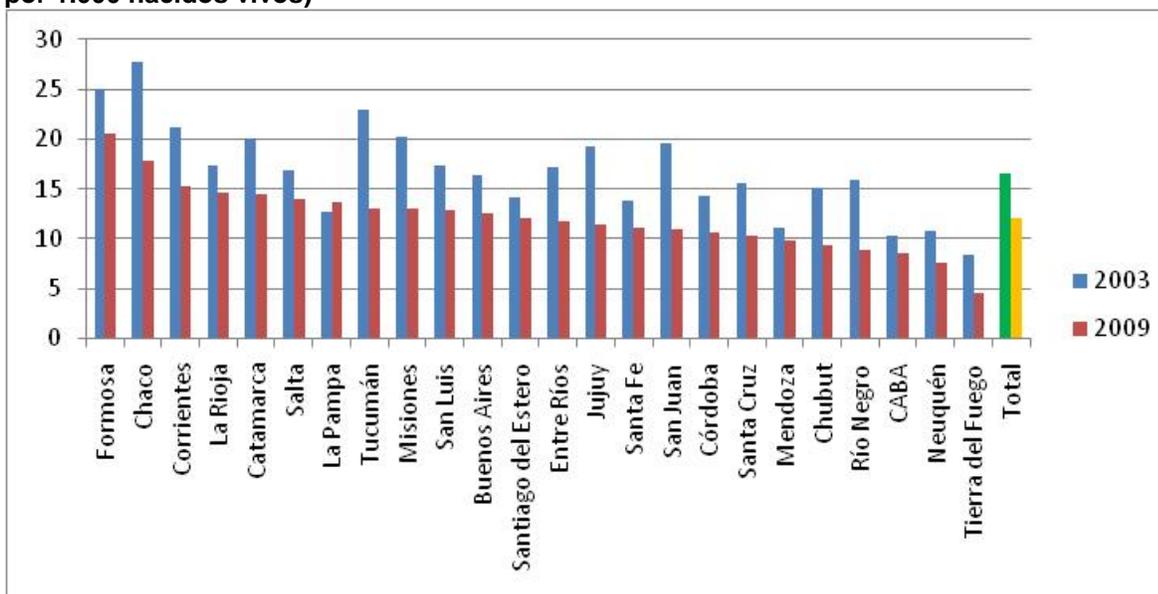
**Gráfico 1. Evolución de la tasa de mortalidad infantil, por regiones: años 2003 y 2009 (expresada por 1.000 nacidos vivos)**



Fuente: elaboración de CIPPEC sobre la base de Serie de Indicadores Básicos 2005-2010, Ministerio de Salud.

<sup>2</sup> Los datos de mortalidad infantil para 2010 confirman esta tendencia: en ese año, el indicador se redujo a 11,9 por 1.000 nacidos vivos.

**Gráfico 2. Evolución de la tasa de mortalidad infantil, por provincias: años 2003 y 2009 (expresada por 1.000 nacidos vivos)**



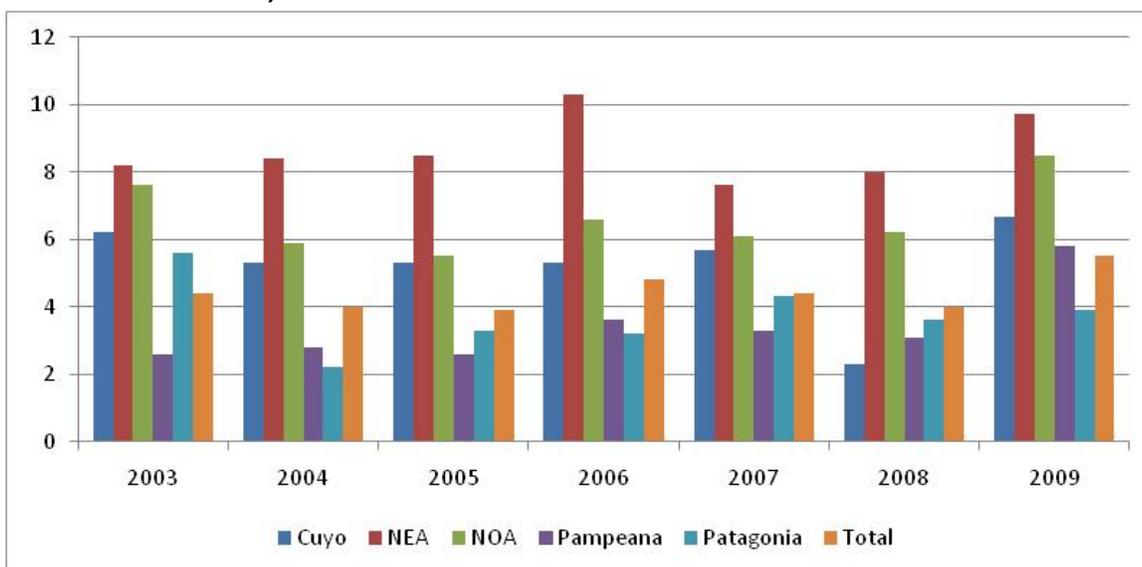
Fuente: elaboración de CIPPEC sobre la base de Serie de Indicadores Básicos 2005-2010, Ministerio de Salud.

Por su parte, la evolución de la tasa de mortalidad materna se muestra más errática. En 2003, el indicador se situaba en 4,4 por 10 mil nacidos vivos, se redujo durante los dos años siguientes (llegó a 3,9) y tuvo un repunte en 2006 (4,8). Posteriormente, volvió a disminuir pero se observa un nuevo pico en 2009, que alcanza al 5,5 por 10 mil nacidos vivos, cifra que supera todos los registros de los últimos veinte años e incluso su valor en el año 1990 (5,2 por 10 mil nacidos vivos) (**Gráfico 3**)<sup>3</sup>.

También en cuanto a mortalidad materna, las provincias del NEA y del NOA se sitúan, durante los últimos siete años, sensiblemente por encima del promedio nacional. De las provincias aquí tratadas, las que se encontraban en una situación comparativamente más deficitaria antes de iniciarse la implementación del Plan Nacer eran Corrientes y San Luis (en 2003, tasa de mortalidad materna de 8 por 10 mil nacidos vivos, respectivamente). Entre las provincias que lograron mayores avances en cuanto a la reducción de la tasa de mortalidad materna entre 2003 y 2009 se destaca Corrientes (reducción de 3 puntos porcentuales) (**Gráfico 4**).

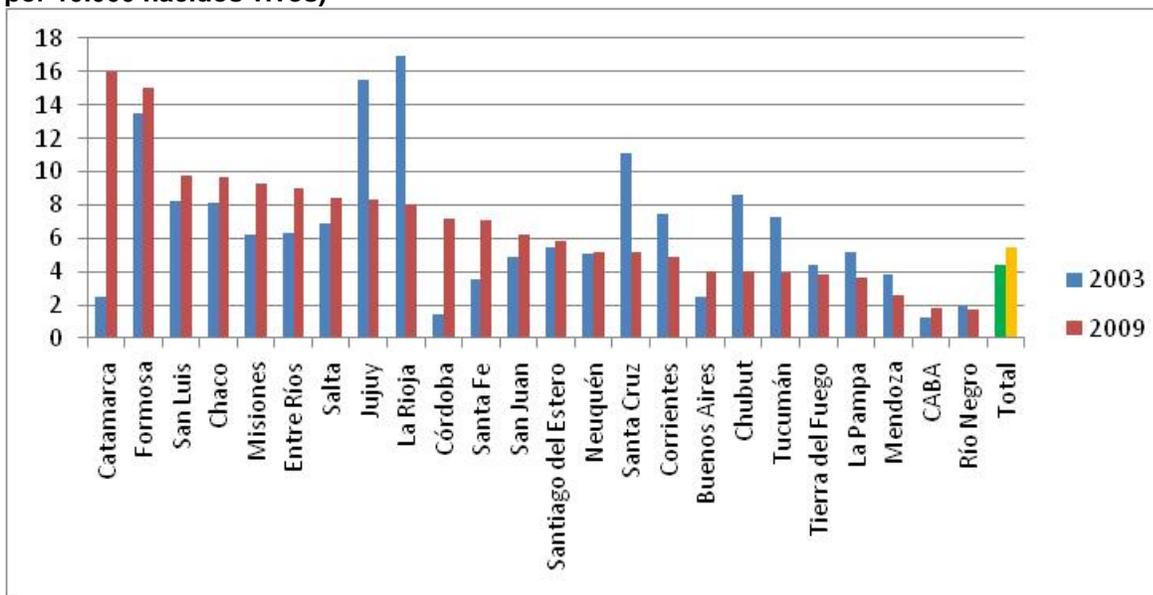
<sup>3</sup> Este comportamiento errático de la tasa de mortalidad infantil se corrobora con el valor que este indicador registró en 2010, año en que volvió a reducirse a 4,4 por 10 mil nacidos vivos.

**Gráfico 3. Evolución de la tasa de mortalidad materna, por regiones: años 2003 y 2009 (expresada por 10.000 nacidos vivos)**



Fuente: elaboración de CIPPEC sobre la base de Serie de Indicadores Básicos 2005-2010, Ministerio de Salud.

**Gráfico 4. Evolución de la tasa de mortalidad materna, por provincias: años 2003 y 2009 (expresada por 10.000 nacidos vivos)**



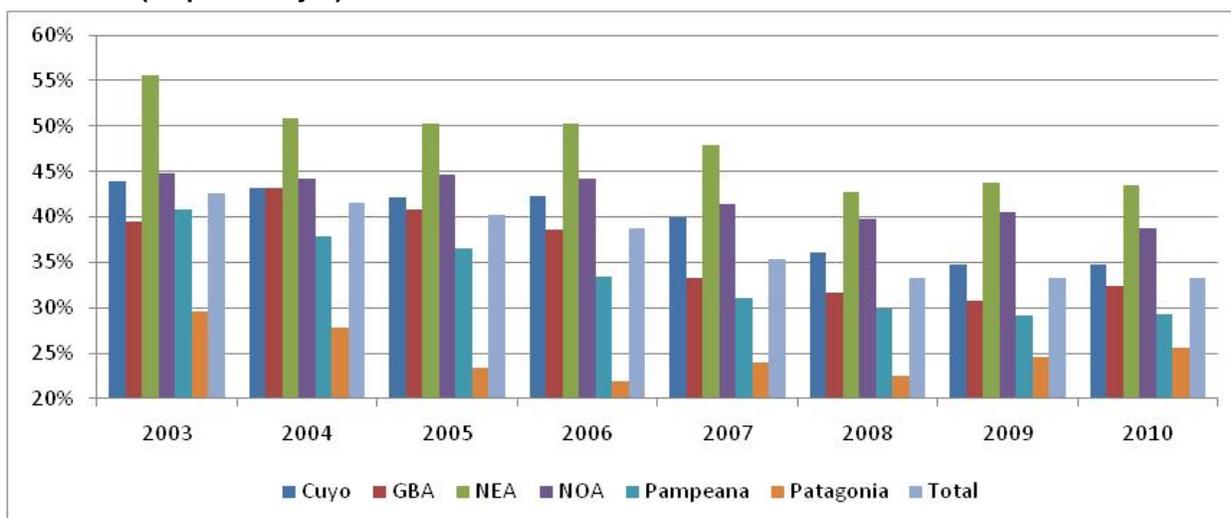
Fuente: elaboración de CIPPEC sobre la base de Serie de Indicadores Básicos 2005-2010, Ministerio de Salud.

Uno de los aspectos más relevantes vinculados a las problemáticas de la salud infantil y materna es lo relacionado con la cobertura sanitaria que tiene la población. En este sentido, interesa destacar que durante los últimos años, el porcentaje de población no cubierta por las obras sociales o planes médicos se ha ido reduciendo, de manera sostenida: mientras que en el año 2003 se

encontraba en esta situación el 43% de la población argentina, el porcentaje alcanzaba a 33% en 2008 y se mantuvo en ese nivel durante los años siguientes (**Gráfico 5**)<sup>4</sup>.

No obstante, este panorama presenta matices al considerar las diferentes regiones y provincias. En las del NEA y NOA, el porcentaje de población sin cobertura formal (es decir, que sólo cuentan con los efectores del sector público para su atención) se ubica por encima del promedio general, particularmente en el caso de la primera de estas regiones. En 2003, previo a la implementación del Plan Nacer, las provincias que presentaban los porcentajes más elevados de población no cubierta (entre aquellas abordadas en este trabajo) eran las de Corrientes (63%), Misiones y San Luis (52%, en ambos casos). Estas tres provincias lograron notables avances entre los años 2003 a 2010, del orden de 19 puntos porcentuales para Corrientes, 17 para San Luis y 13 para Misiones. Dentro del grupo de provincias que lograron aumentar notablemente la cobertura formal se ubica también Santa Fe, donde la población no cubierta por obra social o plan médico presenta una baja de 15 puntos porcentuales (de 44% a 29%) (**Gráfico 6**).

**Gráfico 5. Porcentaje de población no cubierta por obra social o plan médico, por regiones<sup>5</sup>: años 2003-2010 (en porcentajes)**

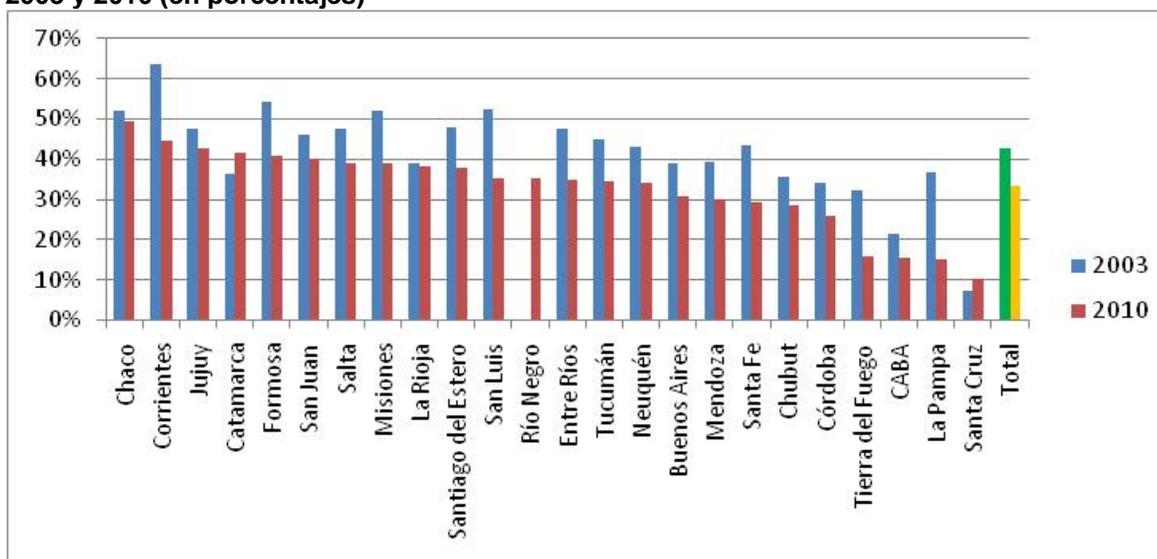


Fuente: elaboración de CIPPEC sobre la base de microdatos EPH, INDEC. Tercer Trimestre 2003 y Segundo Trimestre 2004-2010.

<sup>4</sup> Este valor alcanzaría al 36% de la población, de acuerdo con los datos del último Censo Nacional de Población y Viviendas.

<sup>5</sup> Las regiones estadísticas están conformadas por el agregado de aglomerados de la EPH como se detalla a continuación: Cuyo: Gran Mendoza, Gran San Juan, San Luis - El Chorrillo / Gran Buenos Aires: Ciudad de Buenos Aires, Partidos del Conurbano / Noreste: Corrientes, Formosa, Gran Resistencia, Posadas / Noroeste: Gran Catamarca, Gran Tucumán - Tafí Viejo, Jujuy - Palpalá, La Rioja, Salta, Santiago del Estero - La Banda / Pampeana: Bahía Blanca - Cerri, Concordia, Gran Córdoba, Gran La Plata, Gran Rosario, Gran Paraná, Gran Santa Fe, Mar del Plata - Batán, Río Cuarto, Santa Rosa - Toay. San Nicolás - Villa Constitución / Patagonia: Comodoro Rivadavia - Rada Tilly, Neuquén - Plottier, Río Gallegos, Ushuaia - Río Grande, Rawson - Trelew, Viedma - Carmen de Patagones.

**Gráfico 6. Porcentaje de población no cubierta por obra social o plan médico, por provincias<sup>6</sup>: años 2003 y 2010 (en porcentajes)**



Fuente: elaboración de CIPPEC sobre la base de microdatos EPH, INDEC. Tercer Trimestre 2003 y Segundo Trimestre 2004-2010.

## Inserción institucional y sectorial

### La división de funciones entre niveles de gobierno en materia sanitaria<sup>7</sup>

En materia de salud, la redefinición de funciones correspondientes a los niveles nacional y provincial de gobierno constituyó un proceso bastante gradual y quedó explicitado en menor medida en la normativa que rige el sector.

El Ministerio de Salud Pública fue creado tras la reforma constitucional de 1949 (Ley 13.529)<sup>8</sup>, en el marco del predominio del paradigma de la “salud pública” que considera a la salud de toda la población como una responsabilidad del Estado. Entre 1946 y 1954, siendo Ministro Ramón Castillo, se expandió significativamente la cobertura sanitaria del subsector público y se nacionalizaron todos los establecimientos públicos, desplazando a las sociedades de beneficencia de su patrocinio. Durante este período también se desarrolló una red de centros de atención ambulatoria. El Estado nacional consolidó su rol de planificador, inversión y administrador hegemónico de los servicios de salud.

<sup>6</sup> Los valores por provincia corresponden a aglomerados urbanos de EPH. No se disponen de datos del 2003 del aglomerado urbano Río Negro (incorporado a partir de 2007).

<sup>7</sup> El desarrollo de esta sección toma como referencias Potenza Dal Masetto (2005) y (2008), así como también Díaz Langou, Forteza y Potenza Dal Masetto (2010).

<sup>8</sup> Su antecedente más remoto es la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales (en la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto) y el Departamento Nacional de Higiene (dependiente del Ministerio del Interior). La creación de este Departamento, a fines del siglo XIX, había estado orientada a proteger las condiciones de sanidad de puertos y trenes, elementos centrales del modelo agroexportador del país en esa época, a través de la regulación y fiscalización estatal

Las primeras transferencias de establecimientos sanitarios nacionales a las provincias se remontan hacia fines de la década del cincuenta. Otras transferencias se sucedieron durante la década del sesenta. Sin embargo, una de las más importantes por la cantidad de hospitales involucrados fue realizada –como en el caso de educación– en 1978. Por entonces, la administración de 65 hospitales dejó de ser responsabilidad del gobierno nacional y fueron trasladados a la órbita de nueve jurisdicciones. La decisión habría estado motivada por cuestiones fiscales más que por razones de política sanitaria.

Para culminar este proceso, en 1992 se decidió la transferencia de la mayor parte de los establecimientos sanitarios que aún quedaban bajo la órbita nacional. Un artículo de la Ley de Presupuesto correspondiente al año mencionado dispuso el traspaso de 19 establecimientos, la mayoría de los cuales fueron recepcionados por la Ciudad de Buenos Aires. Los hospitales transferidos representaban poco más del 20% del gasto público en salud del gobierno nacional para el año 1991. La motivación subyacente, nuevamente, fue de orden fiscal.

El análisis de la composición del gasto público en salud y su evolución a lo largo de las últimas décadas permite ilustrar la manera en que se modificaron las funciones atribuidas a la nación y a las provincias dentro del sistema sanitario. La transferencia de establecimientos a principios de los noventa queda puesta de manifiesto en la disminución de la participación de nivel nacional en el gasto total en atención pública de la salud, pasando de ejecutar el 17,5% al 9% del gasto en esta materia. No obstante, merece destacarse que la participación relativa de cada una de las jurisdicciones ha sido bastante más errática que en el caso de educación. Actualmente, las provincias ejecutan la mayor parte del gasto en atención pública de la salud mientras que la nación es responsable por la ejecución de la totalidad de los recursos con que se financia el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) y la mayor parte del gasto en obras sociales.

Esta tácita división de funciones entre el gobierno nacional y las provincias no quedó formalmente plasmada en ningún tipo de normativa general que regule el sector. En algunos documentos de principios de los noventa –tal como el “Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud” suscripto en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA)<sup>9</sup>– se reconoce esta nueva división de funciones. Sin embargo, no parece ser el producto del debate entre los diferentes actores del sector, sino más bien el reconocimiento de una situación de hecho. En el año 2000 se aprobó el “Marco estratégico – político para la salud de los argentinos” (Decreto 455/00), que sustituyó al Decreto 1269/92. Nuevamente en este caso, se enumeran funciones atribuidas al nivel nacional de gobierno en materia sanitaria, establecidas en forma unilateral<sup>10</sup>.

La crisis por la que atravesó el país entre los años 2001 y 2002 brindó la oportunidad para comenzar a debatir y acordar un marco común para el sector. Los primeros consensos se establecieron en la Mesa del Diálogo Argentino, sector Salud. Entre fines de 2002 y principios de 2003, por su parte, se dieron algunos pasos concretos en la dirección de acuerdos intergubernamentales. En diciembre de 2002 los miembros del COFESA suscribieron un

---

<sup>9</sup> Este documento fue luego retomado por el Decreto 1269/92 que estableció las “Políticas sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud” (por entonces, parte del Ministerio de Bienestar Social).

<sup>10</sup> Ante esta situación, una de las propuestas de CIPPEC se orienta a promover la sanción de una Ley Nacional de Salud que organice las competencias y defina una adecuada articulación entre las instituciones y jurisdicciones del sistema de salud (CIPPEC, 2011a y 2011b).

“Compromiso Federal en Salud” y un “Acuerdo Federal en Salud” en marzo de 2003. Por medio de este último las autoridades sanitarias expresaron el reconocimiento de ciertas políticas como prioritarias en sus jurisdicciones. El establecimiento de un “plan federal plurianual de promoción y prevención en base a la estrategia de atención primaria de la salud” fue un pedido explícito del Presidente Kirchner durante la primera reunión del COFESA que se celebró durante su mandato, así como también fue dispuesto a nivel normativo (art. 8, Decreto 1210/03).

Las “Bases del Plan Federal de Salud 2004/07” fueron aprobadas en marzo de 2004, en el seno del COFESA. Está concebido como un encuadre para avanzar, de manera conjunta, en la articulación de políticas de los diferentes niveles de gobierno. El documento mencionado – que fue avalado por todos los ministros provinciales - incluye un diagnóstico del sistema sanitario; propone una visión a largo plazo para el sistema de salud; establece objetivos comunes para el período 2004-07 y recomienda instrumentos de política a utilizar (tanto respecto del modelo de atención como del modelo de gestión y de financiamiento). A partir de su aprobación, se ha convertido en una guía para la asignación de recursos provistos por el nivel central. Si bien no genera obligaciones para los actores privados y de la seguridad social, diferentes temas que hacen al Plan Federal de Salud son discutidos con representantes de estos sectores. A pesar de la delimitación temporal a la que alude su nombre, continuaba vigente en 2010 (momento en que se finalizó el trabajo de campo para este estudio)<sup>11</sup>.

Actualmente, las principales funciones del Ministerio de Salud se orientan a la determinación de objetivos de políticas y planificación de estrategias; la coordinación con otros actores del sistema sanitario; la producción y actualización de estudios y estadísticas; la regulación y fiscalización en el ejercicio de profesiones y funcionamiento de establecimientos; y el diseño e implementación de programas nacionales en aspectos específicos (como inmunizaciones o iniciativas en maternidad e infancia) (Ver en **Anexo 1** el listado completo de las funciones de este organismo).

### **Estrategias y políticas del Ministerio de Salud de la Nación: contexto de creación del Plan**

Desde el Ministerio de Salud de la Nación se implementan diferentes tipos de acciones orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil. Tradicionalmente, éstas se han concentrado en el ámbito de la Dirección de Maternidad e Infancia. Durante los años noventa, la iniciativa emblemática orientada a lograr este propósito fue el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), que contó con financiamiento internacional. No obstante, las experiencias asociadas a la promoción de seguros de salud materno infantiles provinciales parece ser más reciente y están vinculadas a la preocupación por la situación de estos grupos vulnerables de la población, surgida como resultado de la crisis de 2001/02.

El Plan Nacer fue creado en agosto de 2004, pero reconoce como antecedentes otras iniciativas que fueron puestas en marcha a comienzos de la misma, en respuesta a la crisis económico-social que atravesaba el país<sup>12</sup>. En el año 2002, por medio del Decreto 2724 (arts. 3 y 4)<sup>13</sup>,

---

<sup>11</sup> Las autoridades consultadas en el Ministerio de Salud informaron acerca de las negociaciones que por entonces se estaban llevando a cabo para la confección y acuerdo de un nuevo Plan.

<sup>12</sup> También, reconoce como antecedentes programas que fueron aplicados previamente en otros países, como el SUMI de Bolivia.

<sup>13</sup> Este mismo decreto, fechado en diciembre de 2002, prorrogó la emergencia sanitaria nacional, que había sido declarada inicialmente a comienzos de ese año.

se creó el “Seguro de Salud Materno Infantil”. Este seguro fue conformado para brindar cobertura médico-asistencial y de prestaciones sociales para las mujeres embarazadas, las mujeres en edad fértil y los/as niños/as hasta los 5 años de edad. Allí se planteó que la implementación del seguro estaría a cargo del Ministerio de Salud de la Nación, que la misma sería gradual y que las provincias deberían adherir en base a los criterios y cronogramas establecidos por aquel ministerio.

En agosto de 2004, a través del Decreto 1140/04, se introdujeron algunos ajustes en el diseño de esa iniciativa, la cual pasó a denominarse “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial”. Este Decreto, a su vez, aprobó un préstamo del Banco Mundial por U\$S 135,8 millones para solventar parcialmente las acciones desarrolladas, el cual finalizaba a mediados de 2010. Una posterior resolución del Ministerio de Salud fechada en ese mismo año (Resolución 1173/04) cambió la denominación del programa a “Plan Nacer”.

Desde sus inicios, las acciones contenidas en el Plan Nacer han sido consideradas parte del Plan Federal de Salud, acordado entre las autoridades sanitarias nacionales y provinciales en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA). El programa fue retomado como una herramienta dentro de la “Estrategia de intervención para la reducción de la mortalidad materna y la mortalidad infantil”, debatida y negociada a lo largo de diferentes encuentros de los Consejos Regionales de Salud (CORESAs) y aprobada finalmente en diciembre de 2008 por el COFESA.

Actualmente, además del Plan Nacer, se desarrolla desde el Ministerio de Salud el “Programa Materno Infantil de la Nación”, el cual se dirige a los mismos grupos de población que hasta 2010 atendía el Plan Nacer. Según los datos publicados en la página web institucional del Ministerio de Salud<sup>14</sup>, este programa reúne diferentes tipos de acciones desarrolladas por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, estructuradas en base a tres ejes: salud perinatal, salud integral del niño y salud integral en la adolescencia. Estas líneas de intervención implican, como parte de las funciones a cargo del gobierno central, la elaboración de normas y guías, capacitación y asistencia técnica a autoridades y equipos de salud, desarrollo de instrumentos de registro, conformación de sistemas de información permanente, elaboración de materiales para difusión y concientización, entrega de medicamentos, equipamientos e insumos esenciales a las jurisdicciones.

### **Inserción institucional, respaldo normativo y estrategia de implementación**

Al menos hasta finalizar el relevamiento de información para este estudio (año 2010), el Plan Nacer funcionaba en el ámbito de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación<sup>15</sup>.

El marco normativo del Plan está dado principalmente por dos tipos de instrumentos: los convenios, que se suscriben entre el equipo central del Plan y las provincias, por un lado, y los compromisos de gestión, acordados entre los equipos provinciales y los efectores, por otro. Más

---

<sup>14</sup> Disponible en <<http://www.msal.gov.ar/promin>> Las consultas a esa página fueron realizadas durante los años 2009 y 2010.

<sup>15</sup> En el ámbito del Ministerio de Salud funcionaban, además de ésta, la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos y la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Por su parte, dentro de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios se encontraban las Subsecretarías de Salud Comunitaria y de Prevención y Control de Riesgos.

allá de esto, la gestión del Plan se sustenta en un conjunto de regulaciones y prescripciones altamente desarrollado desde la Coordinación Nacional.

En sus comienzos, el Plan Nacer se implementó exclusivamente en las provincias del NOA (Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero y Tucumán) y NEA (Misiones, Corrientes, Chaco y Formosa), por ser allí donde se registraban los índices más altos de mortalidad infantil y materna. A partir de 2007, el programa se extendió al resto del país. Para ello, se suscribió un nuevo préstamo con el Banco Mundial, por U\$S 300 millones, el cual finalizará a fines de 2012.

### **Objetivos específicos del programa**

De acuerdo con la información publicada en la página web institucional del Plan Nacer<sup>16</sup>, hasta 2010, sus objetivos generales eran dos:

- Disminuir el componente sanitario de la morbi-mortalidad materno infantil.
- Fortalecer la red pública de servicios de salud.

El logro del primero de estos objetivos se enmarca en los compromisos que la Argentina ha asumido como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales se refieren tanto a la mortalidad infantil como a la materna<sup>17</sup>.

El proceso de expansión experimentado por el programa parece haber llevado a una redefinición respecto de la importancia relativa de cada uno de esos propósitos. De acuerdo con los testimonios recogidos a través de entrevistas a funcionarios del nivel central, el Plan Nacer apunta a generar una estrategia de financiamiento y un mecanismo de inversión adicional basado en resultados y, en ese sentido, es considerado una política instrumental que tiene por propósito apoyar a las políticas sustantivas del Ministerio de Salud, una de las cuales es la de maternidad e infancia.

### **Población objetivo**

Hasta 2010, el Plan Nacer estaba dirigido exclusivamente a embarazadas, puérperas (hasta los 45 días posteriores a la finalización del embarazo) y niños/as menores de 6 años, en todos los casos que no tuvieran cobertura explícita en salud<sup>18</sup>. De acuerdo con información del programa, a

---

<sup>16</sup> <<http://www.plannacer.msal.gov.ar>>, consultas realizadas durante los años 2009 y 2010.

<sup>17</sup> Para el ODM 5 (reducir la mortalidad infantil), Argentina se comprometió a: a) reducir, entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil y la mortalidad infantil en menores de 5 años; y b) reducir en 10% la desigualdad entre provincias. Para el ODM 6 (mejorar la salud materna), Argentina se comprometió a: a) reducir entre 1990 y 2015 en tres cuartas partes la mortalidad materna; y b) reducir en 10% la desigualdad entre provincias. CNCPS - PNUD (2009).

<sup>18</sup> Es importante notar que durante el último tiempo, el Plan comenzó un proceso de expansión, que implica una ampliación en cuanto a las características de la población objetivo así como también de las prácticas que se financian. Entre 2011 y 2015 está previsto ampliar la edad de la población beneficiaria e incluir otros grupos poblacionales vulnerables, tales como niños/as en edad escolar, jóvenes hasta los 18 años, prácticas en la salud de la mujer hasta los 64 años y afecciones crónicas (como hipertensión, diabetes y otras). Se estima que esta fase incluirá una población elegible de 10 millones de personas sin cobertura de salud (Ministerio de Salud de la Nación - Plan Nacer; 2010). El relevamiento realizado en las provincias sólo permitió recoger testimonios acerca de las expectativas y preocupaciones generadas en torno a estos cambios, pero no las abordó sistemáticamente por encontrarse fuera del período temporal de análisis.

mediados de 2010, Nacer tenía 1.456.100 beneficiarios e históricamente había alcanzado a un total de 2.983.770 personas.

Para cada jurisdicción el programa cuenta con estimaciones de población objetivo a la que se pretende alcanzar, las cuales se elaboran y actualizan anualmente en una metodología aprobada por el Banco Mundial<sup>19</sup>. Las fuentes de información que se utilizan para ello son la Encuesta Permanente de Hogares, el Censo Nacional de Población y Vivienda y las proyecciones de crecimiento poblacional del INDEC y las Estadísticas Vitales del propio Ministerio de Salud de la Nación.

## **Prestaciones**

A través del Plan Nacer se financia la atención sanitaria gratuita de los grupos poblacionales a los que se dirige, atendiendo a sus características específicas.

### **Mujer embarazada y puérpera**

Las mujeres embarazadas y puérperas (hasta los 45 días posteriores a la finalización del embarazo) que no posean cobertura de salud pueden acceder gratuitamente a:

- Prueba de embarazo.
- Cinco controles de embarazo.
- Educación e información sobre cuidados durante el embarazo, luego del parto y sobre el recién nacido (promoción de la lactancia materna, cómo reducir el tabaquismo, orientación sobre métodos anticonceptivos, entre otros).
- Examen odontológico.
- Vacunación.
- Dos ecografías.
- Parto atendido por especialista en hospital.
- Derivaciones necesarias (médicos especialistas, nutricionista, asistente social, psicólogo).

### **Recién nacidos y niños/as hasta los 6 años**

Por su parte, los bebés recién nacidos y los/as niños/as hasta los 6 años de edad que no cuenten con cobertura de salud pueden acceder gratuitamente a:

- Controles clínicos (con la frecuencia estipulada según su edad).
- Consulta oftalmológica a los 5 años.
- Control anual de odontología.
- Vacunación según el calendario nacional obligatorio.
- Consejería a sus padres sobre promoción de la lactancia materna, pautas de alimentación y crianza, prevención de accidentes, promoción de la salud, entre otros temas.

Una innovación reciente del Plan es la incorporación, a partir de 2010 y hasta 2015, de cobertura en prestaciones de alta complejidad (cirugías) para el tratamiento de cardiopatías congénitas para menores de 6 años. Esta incorporación se justifica sobre la base de que una vez

---

<sup>19</sup> Los testimonios recogidos entre funcionarios del nivel central llamaron la atención respecto a que esta metodología ha sido adoptada por otros organismos, como la Superintendencia de Servicios de Salud, para hacer sus propias estimaciones de población potencial sin cobertura de salud existe en cada jurisdicción.

producidos los efectos de la reducción de la mortalidad infantil por causas tratables en el primer nivel de atención, resulta vital atender las causas de más difícil reducción. Junto con esto, desde el segundo semestre de 2010 se financian prácticas de cuidados intensivos materno neonatales.

## 2. La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales

### Contexto de implementación en las provincias

Como se ha mencionado, la implementación del Plan Nacer fue gradual, de tal forma que las primeras en incorporarse fueron las provincias del Norte: Misiones, Corrientes, Salta y Santiago del Estero, dentro de la muestra considerada para este estudio. Las restantes fueron ingresando a partir del año 2007. No obstante, un dato llamativo es el hecho de que en algunas de ellas, la firma del convenio no se tradujo inmediatamente en la puesta en marcha del programa. Al respecto, hay tres situaciones que resultan ilustrativas.

En Río Negro, el convenio marco que dio lugar al Plan fue firmado en 2007 y la ejecución se inició en el mes de octubre de ese año. Sin embargo, fue recién con el cambio de coordinador, en 2009, y el traspaso al área de Maternidad e Infancia que cobró impulso la implementación de este programa. Algo similar sucedió en Mendoza, donde la ejecución efectiva del Nacer cobró auge a partir de abril de 2008, con el cambio de coordinador y una modificación en su dependencia institucional, a pesar de que el convenio había sido suscripto el año anterior. En el caso de ambas provincias, la evolución en la cantidad de beneficiarios y en la cantidad de prácticas facturadas dan cuenta de esto (al respecto, ver **Tabla 4**).

Los elementos comunes a estas dos situaciones son el cambio de coordinador y la modificación en la inserción institucional del programa. De ellos, el más determinante parece ser el primero, ya que los cambios en la dependencia del Nacer se dieron, en estas dos provincias, en sentidos opuestos. Mientras que el auge del programa se asocia, en el caso de Río Negro, a su incorporación formal al área de Maternidad e Infancia, en Mendoza se identifica con su separación de esta repartición.

Sin embargo, el caso más emblemático en cuanto a distancia entre el momento de la decisión formal (que podemos asociar a la firma del convenio) y la ejecución efectiva se da en el caso de Santa Fe. Según consta en el Convenio mismo, la provincia de Santa Fe (entonces gobernada por Jorge Obeid, alineado con el gobierno nacional) había expresado su interés en incorporarse al Plan Nacer desde mediados de 2006, a través de la presentación de una Carta de Intención. En enero de 2007 se suscribió el Convenio y en agosto de ese mismo año se lanzó públicamente el Plan, en un acto del cual participaron el gobernador y el entonces presidente Néstor Kirchner. De acuerdo con información aparecida en los medios de comunicación en ese momento, la Nación se comprometía a invertir \$188 millones para financiar estas acciones, se estimaba que el Plan contaría con 600 efectores públicos y que habría 162 mil beneficiarios en esta provincia<sup>20</sup>.

A pesar de su creación y lanzamiento en el año 2007, el Plan Nacer recién pudo ponerse en marcha en abril de 2009. Hasta el momento, se desconocen los motivos del retraso durante la gestión del gobernador Obeid (entre la firma del convenio, en enero de 2007, y la finalización de su mandato, en diciembre del mismo año). Respecto del período que concierne a la gestión de Hermes

---

<sup>20</sup> En este acto público también estuvieron presentes los ministros nacionales de Salud (Ginés González García), de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios (Julio De Vido), y del Interior (Aníbal Fernández). En representación de la provincia, participaron la vicegobernadora (María Eugenia Bielsa), el senador Carlos Reutemann, los diputados Rafael Bielsa y Agustín Rossi y el intendente de Santa Fe (Martín Balbarrey), entre otros.

Binner, los testimonios relevados dan cuenta de que algunos miembros de su gabinete planteaban diferencias ideológicas en relación con esta iniciativa, en particular, debido a que se trataba de un programa focalizado y que contaba con financiamiento del Banco Mundial. No obstante, luego de llegar a la conclusión de que los propósitos del Plan Nacer no iban en desmedro (e incluso, que contribuirían) de la implementación de las políticas que el estado provincial quiere promover, se decidió acerca de su puesta en marcha. El Plan llevaba, en 2010, sólo un año de ejecución en esta provincia. A diferencia de las dos situaciones planteadas anteriormente, aquí lo que intervienen son factores de otra índole, vinculados a la relación política entre el gobierno nacional y el provincial, sumado a las diferencias ideológicas. Aunque, claro está, este factor no alcanza a dar cuenta del retraso en la puesta en marcha durante la gestión de Obeid.

Otra provincia que se encontraba dando los pasos iniciales respecto de la implementación del Plan Nacer al momento de hacer el trabajo de campo (año 2010) era la de Neuquén. En este caso, los motivos del retraso estarían asociados no sólo a diferencias político-partidarias sino también a la resistencia de esta jurisdicción y de los actores del sistema sanitario a adoptar una iniciativa considerada “externa” (recordemos que el sistema sanitario público neuquino ha sido considerado históricamente como muy prestigioso, a la vez que los actores asociados a él resultan muy fuertes e ideologizados).

### **Margen de acción de las provincias**

Uno de los propósitos principales de esta investigación consistió en identificar qué grado de adaptación pueden hacer los gobiernos subnacionales respecto de los programas que son desarrollados desde el gobierno nacional. En otras palabras, lo que hemos buscado es identificar –a través del estudio de la implementación de seis programas sociales -cuál es el margen de acción que tienen las provincias, en cada caso, para hacer ajustes a una propuesta de políticas diseñada desde el nivel central, de tal forma que ésta se adecue a sus preferencias y/o necesidades. Para ello, hemos considerado su posibilidad de incidencia respecto de la (re)definición de cinco cuestiones: los objetivos, la inserción institucional, el marco normativo, el perfil de la población beneficiaria, las prestaciones.

### **Margen para adecuación de objetivos**

Los objetivos que orientan la implementación del Plan en cada una de las diez provincias analizadas son los mismos que los propósitos vigentes a nivel nacional. En este sentido, no se registran modificaciones ni adecuaciones. De los testimonios recogidos surge, en algunas provincias con más énfasis que en otras, la referencia a la naturaleza “instrumental” del programa, considerado como una herramienta y un recurso a disposición de la provincia para el fortalecimiento y el financiamiento de su estrategia de atención materno infantil. Son tres los casos en que este rasgo se ha mostrado en forma más clara: Buenos Aires, Santa Fe y Neuquén. En las dos primeras provincias, el Plan Nacer se encontraba, al momento de hacer las entrevistas, incluido dentro de la Dirección de Maternidad e Infancia. En Neuquén, el Nacer estaba integrado al Plan de Salud de esa jurisdicción.

### **Margen para re-definición del marco normativo**

En cuanto al respaldo normativo que se ha dado a la implementación del programa en las provincias, las situaciones también son variadas. En todos los casos, la provincia suscribe un convenio marco con Nación y compromisos de gestión con los efectores. Ahora bien, algunos casos presentan particularidades. Entre ellos se destaca Misiones, donde el acuerdo marco entre la

provincia y el Ministerio de Salud de la Nación fue ratificado por ley provincial. Esto se vincula con la intención de que la implementación de este programa, en articulación con otras políticas e intervenciones propias de esta jurisdicción, contribuya al establecimiento de un seguro materno infantil integral.

En Corrientes, la implementación del programa está respaldada por un Decreto (Nro. 66/2005). Por su parte, en Buenos Aires, el Plan fue creado por Resolución del Ministerio de Salud. Al momento de hacer el trabajo de campo para este estudio, se había enviado al Gobernador un proyecto para avalar la existencia del programa por Decreto. Finalmente, en Neuquén, la implementación del Nacer está respaldada por la Disposición Ministerial 1914/06. En el resto de las provincias no se hizo referencia a un respaldo normativo propio para la implementación de este programa<sup>21</sup>.

En lo que concierne a las regulaciones específicas que incorpora el equipo provincial respecto del diseño general del programa, la más relevante es la de definir qué uso pueden hacer los efectores de los recursos generados a través del Plan Nacer. El hecho de poder definir toques máximos y pisos mínimos para la utilización de los fondos es una importante atribución que tienen los equipos locales, y que puede ser aprovechada en función de la trayectoria y las proyecciones a futuro que tenga la provincia en materia de salud materno infantil.

Tal como se observa en la **Tabla 1**, la mayor parte de las provincias hacen uso de esta facultad. La limitación más frecuente es aquella asociada al porcentaje de los recursos que pueden ser destinados a incentivos al personal o a contrataciones nuevas. También aparece como restricción la no admisión del uso de estos fondos para compra de insumos o medicamentos. En estos casos, el argumento subyacente es que éstos son provistos ya sea por el ministerio provincial o a través de otros programas (como el Redes-Remediar). Por el contrario, lo que se trata de promover, a través del establecimiento de pisos mínimos, es la inversión en infraestructura y la compra de equipamiento médico y no médico.

La naturaleza de los incentivos y las restricciones fijadas en cuanto a los rubros a los que se pueden destinar los recursos debe ser entendida dentro del contexto de la situación del sector salud en cada provincia. En este sentido, los antecedentes y la coyuntura no sólo inciden al momento de no admitir ciertos usos sino también al permitirlos. En particular se destaca, en este sentido, el caso de Santiago del Estero donde, en la práctica, no existen restricciones locales al uso que los efectores pueden hacer de los fondos, en tanto se lo haga dentro de lo estipulado por las leyes provinciales de administración pública. Aparentemente, el desfinanciamiento que durante algunos períodos sufrieron los efectores condujo a que se relajaran las disposiciones orientadas a destinar un máximo del 50% de los fondos a recursos humanos (las que tampoco eran controladas rígidamente). En la actualidad, se estima que el 80% de los recursos se estarían destinando a este tipo de gastos: los aportes del Nacer, en algunos casos, constituyen un adicional al salario, pero en otros representan la totalidad de lo que cobra un profesional. En cambio, los aportes a mejorar la infraestructura han sido menores.

Los equipos provinciales enfrentan, actualmente, dos dilemas en cuanto al uso de los fondos, a los cuales se está tratando de dar solución a través de algunas estrategias que ya se están

---

<sup>21</sup> Si bien algunas provincias han producido normativa propia, ésta se refiere a aspectos puntuales vinculados a la organización (Río Negro) y/o circuitos de la administración provincial (Mendoza).

implementando o bien que se están ideando. El primero se vincula con el hecho de que algunos centros de salud ya cuentan con equipamiento básico y que adquirir aquel de mayor complejidad escaparía a las funciones del nivel primario de atención. El otro dilema se refiere a que algunos centros de salud muy pequeños tienen necesidades pero nunca llegarán a un nivel de facturación que les permita contar con fondos para hacerles frente. Ante estos casos, las propuestas están orientadas a la administración centralizada (en el nivel provincial) de una parte de los recursos o bien en la promoción de “compras solidarias” (conjuntas) entre efectores de equipamiento que puedan usar en forma rotativa.

**Tabla 1. Restricciones y propuestas en discusión en cuanto al uso de fondos por parte de efectores**

Provincia	Restricciones	Propuestas aplicadas y en discusión
Buenos Aires	Los topes para el uso fondos difieren según el tipo de efector: a) para los hospitales: hasta 35% en incentivos al personal y mínimo de 35% en compras e infraestructura; b) municipios: hasta 25% en incentivos al personal	Estrategia de compras solidarias o conjuntas entre efectores
Corrientes	Hasta 50% en recursos humanos y mínimo de 50% para equipos e infraestructura El director del hospital o CAP puede disponer del 100% para un gasto o inversión en particular, si cuenta con acuerdo del personal	Propuesta de uso centralizado del 50% que debe destinarse a equipos e infraestructura, a modo de mecanismos compensador
Mendoza	Uso no admitido para compra de medicamentos o insumos, e incentivos o contrataciones de recursos humanos Uso permitido para mejoras en equipamiento e infraestructura y capacitación (becas, asistencia a congresos)	Propuesta de uso centralizado para la compra de equipo costoso Propuesta de simplificación del trámite vinculado al uso de fondos dentro de la administración provincial
Misiones	Sin datos	No se hizo referencia a ninguna
Neuquén	Sin datos	No se hizo referencia a ninguna
Río Negro	Uso no admitido para recursos humanos	Estrategia de asociación entre efectores para compras costosas de equipamiento vinculado a atención primaria (ecógrafo portátil)
Salta	Hasta un 50% en recursos humanos	No se hizo referencia a ninguna
Santa Fe	Sin datos	Estrategia de compras solidarias o conjuntas entre efectores
Santiago del Estero	Ninguna restricción	No se hizo referencia a ninguna

Fuente: elaboración propia en base a relevamiento de casos provinciales.

### **Margen para definición de la inserción institucional**

Un aspecto respecto del cual hay diferencias significativas entre las provincias es la inserción institucional (dependencia jerárquica) que tiene el programa en cada una de ellas. En este sentido, nos detendremos a considerar si, dentro del organigrama de la administración pública provincial, el Plan Nacer se encuentra (o no) vinculado con el área que tradicionalmente se encarga de las políticas de maternidad e infancia. El supuesto subyacente a esta observación es que resulta factible que haya mayores posibilidades de coordinación de iniciativas en aquellos casos en que el Nacer depende de la Dirección de Maternidad e Infancia o está incluido, junto con esa área, en una repartición de mayor rango de incumbencia. Junto con esto, otra de las cuestiones que interesa

analizar es la jerarquía que tiene el programa para la provincia, según su ubicación dentro del organigrama.

Al momento de hacer el trabajo de campo (año 2010), el Plan Nacer formaba parte de las respectivas Direcciones de Maternidad e Infancia en las provincias de Río Negro, Santa Fe y Buenos Aires. Las tres jurisdicciones fueron incorporadas en la 2da etapa del programa. En dos de ellas (Río Negro y Buenos Aires), inicialmente el Plan no tenía esta dependencia jerárquica, pero fue absorbido por la dirección de línea en un intento por mejorar la coordinación con otras iniciativas orientadas a la misma población objetivo y por evitar situaciones experimentadas en el pasado con programas nacionales que terminaron generando “estructuras paralelas”.

En Misiones y Mendoza, por su parte, el Plan Nacer estaba incluido, junto con el área de Maternidad e Infancia, en una estructura más abarcativa. En la primera de esas provincias, el Nacer dependía de la Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (creado en 2003), cuyo coordinador tenía a su cargo iniciativas de salud sexual, adolescencia integral, nutrición y maternidad e infancia<sup>22</sup>.

En las provincias restantes (Corrientes, Santiago del Estero, Salta y Neuquén), el Plan Nacer no tiene una vinculación cercana –en términos de dependencia jerárquica– con el área de maternidad e infancia. En algunos casos, la relación entre ellos es fluida y se materializa en iniciativas concretas realizadas en conjunto (al respecto se destaca el caso de Corrientes). Resulta interesante destacar, en este sentido, el caso de Salta, donde el cambio en la dependencia institucional del Programa de Maternidad e Infancia dificultó la coordinación con el Nacer.

En cuanto a la jerarquía que el Plan tiene dentro del organigrama, se destacan los casos de Corrientes, Misiones y Santiago del Estero, donde la Unidad Ejecutora Provincial tiene vinculación directa con la autoridad máxima en materia sanitaria (ministro). Las tres jurisdicciones fueron incorporadas en la 1ra etapa del programa, momento temporalmente cercano a la crisis 2001/03. La gravedad que por entonces tenían las problemáticas sociales y la novedad que implicaba esta intervención pueden haber sido factores que influyeron sobre esta particular configuración institucional. En el caso de Misiones se suma, como fue señalado, el hecho de que el programa fue incorporado dentro de una iniciativa provincial relevante.

---

<sup>22</sup> Los testimonios relevados en esta provincia también pusieron de manifiesto la relevancia de los programas previos implementados en materia de maternidad e infancia, en particular, el PROMIN. En este caso, no obstante, la referencia fue positiva y realizada en términos de valorar al Plan Nacer como la continuación de aquella iniciativa. La diferente percepción acerca de este programa nacional puede estar vinculada con la situación de cada jurisdicción en términos de relevancia de la problemática y disposición de recursos propios para hacerle frente.

**Tabla 2. Dependencia jerárquica y vinculación del Nacer con el área de Maternidad e Infancia**

Jerarquía dentro del organigrama provincial	Vinculación con el área de Maternidad e Infancia		
	Depende de MI	Ambos dependen de un área más abarcativa	En diferentes reparticiones
Alta (vinculación directa con Ministro)		Misiones	Corrientes Santiago del Estero (*)
Media	Río Negro Santa Fe Buenos Aires	Mendoza	Salta Neuquén
Baja			

Fuente: elaboración propia en base a relevamiento de casos provinciales.

(\*) Al momento de realizar el trabajo de campo, el coordinador del Nacer se había hecho cargo de la Dirección de Maternidad e Infancia, pero se trataba de una situación coyuntural.

En cuatro de las nueve provincias relevadas se han producido modificaciones en cuanto a la dependencia institucional del Plan Nacer, a lo largo del período de su implementación. Ya se ha hecho referencia a los casos de Río Negro y Buenos Aires, donde el programa fue incorporado a la estructura de línea abocada a las cuestiones de maternidad e infancia. Ahora bien, en otras dos provincias (Mendoza y Santiago del Estero) se dio la situación opuesta: el Plan fue separado de las Direcciones de Maternidad e Infancia, a las cuales había sido asignado inicialmente. Si bien los cambios en una u otra dirección tienen su fundamento en cuestiones vinculadas al programa (su crecimiento, su articulación con otras iniciativas), un elemento común que aparece en las diferentes situaciones es que los cambios en la figura de los coordinadores se convierten en la “ventana de oportunidad” para avanzar en estas modificaciones.

**Tabla 3. Cambios en la dependencia jerárquica del Plan Nacer**

Provincia	Año del cambio	Cambio	Motivo
Buenos Aires	s/d	Incorporado por MI	Crecimiento del programa / experiencias previas (PROMIN) / necesidad de mejorar la coordinación
Mendoza	2008	Escindido de MI	Cambio de coordinador
Río Negro	2009	Incorporado por MI	Cambio de coordinador / experiencias previas (PROMIN) / necesidad de mejorar la coordinación
Santiago del Estero	s/d	Escindido de MI	Crecimiento del programa

Fuente: elaboración propia en base a relevamiento de casos provinciales.

### **Margen para re-definición de la población objetivo**

Las provincias tampoco tienen posibilidad de incidir acerca del perfil de la población objetivo del Plan. En cambio, sí pueden organizar las estrategias de comunicación del programa y de captación de beneficiarios de la manera que consideren más adecuada según el contexto local. Esto

genera una variedad de situaciones respecto de acuerdos y trabajo conjunto con otros actores (esto será retomado más adelante).

De acuerdo con información del programa, a mediados de 2010, Nacer tenía 1.456.100 beneficiarios e históricamente había alcanzado a un total de 2.983.770 personas (Tabla 4).

**Tabla 4. Beneficiarios del Plan Nacer y cobertura, total nacional y por regiones**

Beneficiarios	Total	NEA	NOA	Cuyo	Patagonia	Centro
Niños y niñas menores de 6 años	1.335.055	246.421	273.530	136.551	62.102	616.451
Embarazadas y puérperas	121.047	22.554	23.045	11.146	5.426	58.876
Total	1.456.102	268.975	296.575	147.697	67.528	675.327
Cobertura (%)	75%	88,1%	81,0%	79,2%	62,6%	61,7%

Fuente: elaboración propia en base a datos del Plan Nacer (información a agosto/2010).

Al analizar la evolución en la cantidad de beneficiarios por provincia se observa que aquellas que fueron incorporadas en la 1ra etapa (Corrientes, Misiones, Salta y Santiago del Estero) tuvieron una expansión notable hasta el año 2008, a partir del cual mantienen niveles bastante estables en cuanto a cantidad de inscriptos. En el resto de las jurisdicciones, donde el Plan comenzó a implementarse en 2007, el aumento es creciente y sostenido, destacándose las situaciones de Santa Fe y Buenos Aires: el alcance del programa aumenta allí de manera muy notoria durante los últimos años (Tabla 5).

**Tabla 5. Evolución en la cantidad de beneficiarios del Plan Nacer, total nacional y por provincias**

Provincias	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Buenos Aires				96.035	172.428	230.996	460.525
Corrientes		36.377	55.252	61.728	62.378	59.442	62.826
Mendoza				28.848	39.259	54.041	76.858
Misiones		45.590	53.932	74.814	76.719	76.543	74.441
Neuquén				1.422	5.291	8.523	17.227
Río Negro				5.353	13.720	17.888	21.238
Salta	2.662	42.025	39.513	60.768	60.011	56.167	59.346
San Luis (*)				5.296	12.464	15.829	17.437
Santa Fe					2.361	19.028	71.945
Santiago del Estero		38.988	58.272	68.989	73.308	69.879	71.020
<b>Total nacional (**)</b>	<b>Sin datos</b>	<b>331.962</b>	<b>429.182</b>	<b>760.580</b>	<b>932.448</b>	<b>1.079.537</b>	<b>1.456.102</b>

Fuente: elaboración propia en base a datos del Plan Nacer (información a agosto/2010).

(\*) Se incluye la información de esta provincia, que forma parte de la muestra para este estudio, aunque no se pudo realizar allí el trabajo de campo.

(\*\*) Los datos generales correspondientes a los años 2004 a 2009 fueron extraídos de Ministerio de Salud de la Nación (2010).

Como se mencionó anteriormente, para cada provincia existe una proyección de la población objetivo que debería ser incorporada al programa. Al comparar los porcentajes de cobertura en cada provincia con el promedio de su región, son dos los casos que se destacan: Misiones y Salta. En la primera de esas jurisdicciones, la cobertura es casi total y lo que queda por fuera del Plan son zonas agrestes y de difícil llegada. En Salta, por el contrario, la cobertura resulta muy inferior a la esperada, lo cual llama la atención al ser ésta una de las primeras jurisdicciones en incorporarse al Nacer. De acuerdo con los testimonios relevados en la provincia, esto se debería a una sobreestimación de la población objetivo.

**Tabla 6. Cobertura del Plan Nacer en 2010**

Situación respecto de la media regional (*)			
Muy superior (**)	Levemente superior	Levemente inferior	Muy inferior (**)
Misiones (98%)	Corrientes (92%) Santiago del Estero (84%)		Salta (54%)
	Buenos Aires (67%) Santa Fe (70%) <sup>23</sup> Neuquén (67%)	Río Negro (57%)	

Fuente: elaboración propia en base a relevamiento de casos provinciales. No se cuenta con la información para Mendoza.

(\*) Los porcentajes de cobertura son los informados por los responsables del programa en cada una de las provincias, al momento de hacer el trabajo de campo (2do semestre de 2010).

(\*\*) Se han considerado como “muy superior” o “muy inferior” a los casos donde la brecha entre el promedio regional y el valor provincial es de 10 puntos porcentuales o más.

Los testimonios relevados entre funcionarios del nivel central indican que la Asignación Universal por Hijo (AUH) ha dado un impulso a la cobertura del Nacer, a la vez que ha motivado la incorporación de algunos municipios que estaban reticentes o dudosos. De acuerdo con información del programa, el impacto que la AUH tuvo en las inscripciones fue del 93% (se pasó de 408.533 altas en 2009 a 792.414 altas en 2010).

Por su parte, los testimonios recogidos en la mayoría de las provincias confirman esta aseveración. En particular, se destaca el caso de Buenos Aires, donde la cantidad de inscriptos se duplicó en un año. En otras provincias como Río Negro, el impacto cuantitativo fue menor, pero se ha señalado que la vinculación entre el Nacer y la AUH contribuyó a que la inscripción saliera de una etapa de “amesetamiento”.

La incidencia que ha tenido la AUH sobre la convocatoria del Nacer parece haber sido de mucha menor envergadura en las provincias que habían sido incorporadas más tempranamente y que, en consecuencia, muestran valores más elevados de cobertura. En particular, se destaca el caso de Misiones: allí, luego del cruzamiento de datos con el Registro Único de Salud de Misiones, la ANSES envió a la coordinación del Plan un listado que identificaba la población inscrita en la

<sup>23</sup> A pesar del retraso en la puesta en marcha, la implementación habría sido rápida y eficiente, lo cual explicaría la alta cobertura lograda en poco tiempo.

AUH sin acceso a ninguna obra social. El listado contaba aproximadamente 9.000 personas. Los promotores de salud lanzaron operativos territoriales, con apoyo de los Centros Integradores Comunitarios (CIC), para acercar el Plan a esta población. Sin embargo, de acuerdo con los testimonios relevados en la provincia, la mayoría de estos casos correspondían a cambios o equivocaciones de domicilio, o a duplicaciones o falta de cruces de información respecto a los responsables de los niños.

### Margen para re-definición de las prestaciones

De acuerdo con información del programa, entre el año 2005 y mediados de 2010 se han financiado un total de casi 20 millones de prácticas (**Tabla 7**) y se han suscripto convenios con 6.325 efectores (**Tabla 8**). La información disponible acerca la relación entre los efectores elegibles y aquellos efectivamente incorporados al programa permite observar que el porcentaje de cobertura es alto o muy alto: los efectores aún no incluidos en el Plan suelen ser centros de salud, muchos de ellos ubicados en lugares poco accesibles y/o con funcionamiento irregular.

**Tabla 7. Evolución en la cantidad de prácticas facturadas, por provincias**

Provincias	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Buenos Aires			21.877	131.060	414.752	866.998	1.434.687
Corrientes	1.237	273.961	538.168	1.068.480	955.002	380.441	3.217.289
Mendoza			807	40.932	109.762	128.127	279.628
Misiones	6.492	306.040	691.233	759.376	598.987	609.651	2.971.780
Neuquén				6.274	26.592	26.978	59.844
Río Negro			1.796	57.647	102.626	70.286	232.355
Salta	2.143	173.620	307.895	697.750	633.430	552.241	2.367.080
San Luis (*)			1.310	37.287	65.644	78.506	182.747
Santa Fe					1.559	17.347	18.933
Santiago del Estero	378	57.815	423.959	607.006	768.606	542.533	2.400.297
Total nacional	27.967	1.190.374	3.248.702	5.322.308	7.042.281	2.945.235	19.776.867

Fuente: elaboración propia en base a datos del Plan Nacer (información a mediados de 2010).

(\*) Se incluye la información de esta provincia, que forma parte de la muestra para este estudio, aunque no se pudo realizar allí el trabajo de campo.

(\*\*) Los datos generales correspondientes a los años 2005 a 2009 fueron extraídos de Ministerio de Salud de la Nación (2010).

**Tabla 8. Convenios con efectores**

Provincias	Convenios 2010 (a)	Efectores con convenio (a)	Cobertura estimada (b)	Lo que aún queda fuera de cobertura (b)
Buenos Aires	149	1.644	86%	Postas sanitarias
Corrientes	2	313	97%	Lugares demasiado inaccesibles
Mendoza	61	241	Todos los municipios y hospitales elegibles + CAP y vacunatorios	
Misiones	23	354	85%	
Neuquén	133	177	-	
Río Negro	208	209	90%	Centros que no atienden diariamente
Salta	2	439	-	
San Luis (*)	1	115	-	
Santa Fe	112	515	-	
Santiago del Estero	146	261	98%	Hospitales especializados, municipios del interior con CAP
Total	456	6.325		

Fuente: (a) elaboración propia en base a datos del Plan Nacer (información a agosto/2010). (b) elaboración propia en base a relevamiento de casos provinciales.

(\*) Se incluye la información de esta provincia, que forma parte de la muestra para este estudio, aunque no se pudo realizar allí el trabajo de campo.

En lo que se refiere a las definiciones vinculadas a la oferta de prestaciones del Nacer, los equipos provinciales tienen margen para tomar decisiones sobre dos cuestiones relevantes: una de ellas es la posibilidad de aceptar o no la incorporación de efectores privados. En este sentido, hemos encontrado diferentes situaciones: a modo de ejemplo, en Misiones y Salta se admite a la realización de este tipo de convenios, no está permitida en el caso de Santiago del Estero y sólo se acepta en situaciones muy excepcionales en Corrientes<sup>24</sup>.

El otro aspecto relevante en torno al cual los equipos provinciales tienen margen de acción es la posibilidad de fijar valores diferenciales a las prestaciones de tal forma de poder fomentar aquellas prácticas que consideren estratégicas, en función de la evolución de los indicadores socio-sanitarios locales. Si bien existe esta posibilidad, debe notarse que los testimonios relevados plantearon cierta limitación en cuanto a sus resultados efectivos que se obtienen. Uno de los casos más ilustrativos, en este sentido, es el de Santiago del Estero: cuando fue implementado este mecanismo, si bien aumentaba la facturación de las prestaciones mejor valoradas, no se observaba un repunte en las “trazadoras” asociados a esas prácticas<sup>25</sup>. En Río Negro, por su parte, se llamó la

<sup>24</sup> Fue necesario suscribir convenio con el Instituto Cardiológico de Corrientes, por ser el único efector disponible en la zona para esta especialidad.

<sup>25</sup> Por ejemplo, en un momento se decidió intervenir activamente para mejorar el resultado de la trazadora 1 (captación temprana de la mujer embarazada), para lo cual se asignó un precio preferencial a las prestaciones de primer control del embarazo y a la captación de mujeres embarazadas por búsqueda activa. Luego de un

atención respecto de otra cuestión: a pesar de la valorización diferencial, los efectores suelen facturar en mayor medida aquello que es más fácil de rendir y no necesariamente lo que se busca incentivar (que, en esta jurisdicción, eran las prácticas preventivas).

En la tabla que se presenta a continuación se resume la información más relevante respecto del margen de acción de las provincias, de acuerdo con el diseño de este programa.

**Tabla 9. Margen de acción de las provincias**

Margen de acción para modificaciones/ajustes respecto de definiciones sobre				
Objetivos	Inserción institucional	Regulación normativa	Población objetivo	Prestaciones
No	Parcial	Parcial	No	Parcial
Diferencias por consideración explícita como recurso puesto a disposición de una estrategia provincial	La provincia decide rango y vinculación con el área de MI, y designación del coordinador (en acuerdo con el nivel central)	Posibilidad de imponer restricciones al uso de fondos por parte de los efectores  Modificaciones en cuanto a estructura y circuitos administrativos	Diferencias en cuanto a manera de realizar convocatoria y difusión	Posibilidad de decidir sobre aceptación de efectores privados  Posibilidad de adecuar nomenclador para promoción de determinadas prácticas

Fuente: elaboración propia en base a normativa que regula el funcionamiento del programa y relevamiento de casos provinciales.

## Recursos y capacidades

### Recursos humanos

A nivel nacional, el Plan Nacer se implementa desde una Unidad Ejecutora Central (UEC) que funciona en el ámbito de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios. Este equipo está compuesto por aproximadamente 70 personas que se organizan en las siguientes ocho áreas: Técnica, Médica, de Operaciones, de Transferencias Capitadas, de Capacitación, de Comunicación, de Administración y Finanzas y de Supervisión y Monitoreo.

Por su parte, en cada una de las jurisdicciones en las que se implementa el Plan debe conformarse una Unidad de Gestión del Seguro Provincial (UGSP). La provincia tiene margen de decisión acerca de la inserción institucional de la UGSP, la designación de su coordinador y la conformación del equipo de trabajo. No obstante, hay ciertas áreas que deben ser cubiertas, a la vez que la designación del coordinador debe estar avalada por la UEC.

En cuanto a la figura de los coordinadores, el relevamiento realizado en nueve provincias ha permitido constatar que la mitad de ellos son financiados con el aporte del gobierno nacional mientras que la otra mitad lo es por las provincias. Hay incluso, entre ellos, quienes son empleados

---

tiempo, se notó un incremento en la facturación de estas prácticas, pero no así una mejoría en la trazadora. Esto se atribuye a que los efectores salieron a buscar embarazadas, cualquiera fuera su mes de gestación (no sólo aquellas que se encontraban en el tramo inicial). Algo similar sucedió con los controles de niño sano: al incrementar el valor de estas prácticas, se observó una mayor frecuencia en el control de los mismos niños, en lugar de una incorporación de otros que nunca habían sido atendidos.

de planta. Las situaciones de coordinador financiado por las provincias se dan con más frecuencia en aquellos casos donde el Plan ha sido incluido dentro del área que se aboca a la salud materno infantil. Por el contrario, resulta más habitual que el coordinador esté financiado por nación en las provincias que tienen la UGSP en vinculación directa con el ministro (**Tabla 10**).

En Buenos Aires se da una particularidad respecto de la figura de coordinación: para poder abordar el tamaño y la complejidad de esta jurisdicción, hay una Coordinación Ejecutiva (que actualmente es asumida por la Directora de Maternidad e Infancia, quien es médica) y una Coordinadora Operativa (contadora). En cuanto a sus perfiles, casi todos ellos son médicos, pero hay también algunos contadores. Este rasgo da cuenta a las claras de la doble naturaleza del programa.

**Tabla 10. Vinculación del Nacer con el área de Maternidad e Infancia y dependencia del coordinador**

Dependencia del coordinador	Vinculación con el área de Maternidad e Infancia		
	Depende de MI	Ambos dependen de un área más abarcativa	En diferentes reparticiones
Financiado por nación	Buenos Aires (Coordinadora Operativa)	Misiones	Corrientes Santiago del Estero (*) Salta
Financiado por provincia	Buenos Aires (Coordinadora Ejecutiva) Santa Fe Río Negro	Mendoza	Neuquén

Fuente: elaboración propia en base a relevamiento de casos provinciales.

(\*) Al momento de realizar el trabajo de campo, el coordinador del Nacer se había hecho cargo de la Dirección de Maternidad e Infancia, pero se trataba de una situación coyuntural.

En cuanto a los equipos, de la UEC se recibe financiamiento para un *staff* básico, que debe ser complementado con una contraparte provista por la administración provincial. En términos generales, el aporte de nación se destina a cubrir los cargos de responsables de área (administrativa, técnica, control de gestión, control de operaciones, comunicación y legales). Por su parte, los miembros del equipo incorporados en carácter de contraparte suelen ser quienes se abocan a las tareas administrativas y la carga de datos.

Las provincias tienen oportunidad de solicitar financiamiento para “proyectos estratégicos”. Los recursos se asignan, en este caso, durante un período prefijado de tiempo. Interesa destacar, en este sentido, las experiencias de Buenos Aires y de Santa Fe, las que cuentan con apoyo de la UEC para la contratación de referentes regionales/nodales. De esta forma, el Plan contribuye al fortalecimiento de las estrategias de descentralización impulsadas en ambas jurisdicciones.

**Tabla 11. Composición de los equipos del Plan Nacer**

Provincias	Financiamiento nación	Total equipo provincial	% nación
Buenos Aires	52 personas en regiones (médicos y técnicos financiados por plan estratégico: un referente cada 10/12 municipios) + 8 data entries por período prefijado	57 personas	91%
Corrientes	Aproximadamente 20 personas	40 personas	50%
Mendoza	7 personas (administrativo, control de gestión, ingeniero informático, asesor técnico, médicos y contables que hacen auditoría en terreno)	17	41%
Misiones	7 personas (coordinador, responsables de área)	Sin datos La provincia pone a disposición del Plan unas 30 personas dedicadas a tareas administrativas en forma no exclusiva	-
Neuquén	6 personas (responsables de área)	15 personas	40%
Río Negro	7 personas (administrativo, asesor legal, responsable comunicación, auditores)	15 personas	47%
Salta	8 personas (coordinador, responsables de área)	Sin datos	-
Santa Fe	2 personas a nivel central + 14 personas en nodos (financiadas por plan estratégico: un referente para inscripción y uno para facturación en cada nodo)	23 personas en nivel central / DMI + 35 personas en nodos	9% (nivel central) 40% nodos
Santiago del Estero	13 personas (coordinador, consultores, auditores, consultor externo)	Sin datos	Mayoría es contraparte provincial

Fuente: elaboración propia en base a información relevada en las provincias

(\*) Esta modalidad de contratación se refiere a personal contratado por un período de tiempo que no supera los doce meses del ejercicio.

Respecto de los recursos humanos, el relevamiento de campo permitió identificar dos preocupaciones centrales. Una de ellas es la dificultad para conseguir personal con un perfil adecuado para el programa, no sólo en términos profesionales sino también en cuanto a su compromiso y predisposición (por ejemplo, para cumplir con horarios más extensos de trabajo que los de la administración pública provincial). También, se hizo referencia a la precariedad de la contratación de quienes integran la contraparte provincial, lo cual atenta contra el mantenimiento del equipo en el largo plazo.

## Recursos presupuestarios

Para su financiamiento, el Plan Nacer cuenta con los recursos provenientes de los créditos otorgados por el Banco Mundial (el primero, por U\$S 135,8 millones y el segundo por U\$S 300 millones). La tabla que se presenta a continuación muestra la evolución del presupuesto ejecutado entre los años 2005 hasta comienzos de 2010, tanto en transferencias (pago por prestaciones) como por provisión de equipamiento médico y de oficina a las provincias.

**Tabla 12. Total de recursos ejecutados por el Plan Nacer, en pesos**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (*)
Transferencias totales	22.960.370	56.531.237	94.450.761	110.771.578	115.706.181	24.453.821
Inversión en bienes - fase I	4.605.910	28.961.223	14.380.596	7.243.591	1.970.200	1.364.088
Inversión en bienes - fase II	-	-	3.903.363	43.483.272	37.311.167	1.916.105
Total	27.566.280	85.492.460	112.734.720	161.498.441	154.987.548	27.734.014

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación – Plan Nacer (2010).

(\*) A febrero de 2010.

En relación con los recursos presupuestarios, es interesante destacar que el Plan Nacer se caracteriza por tener un modelo de gestión por resultados. El pago que hace nación a las provincias tiene dos componentes: el 60% del monto se liquida mensualmente en concepto de pago por inclusión de población objetivo (inscripción propiamente dicha), mientras que el 40% restante se liquida cuatrimestralmente según el cumplimiento de metas previamente acordadas, en relación con 10 indicadores sanitarios. Estos indicadores, denominados “trazadoras”, se refieren a:

- Captación temprana de la embarazada (antes de la semana 20 de gestación).
- Efectividad de la atención del parto y atención neonatal.
- Efectividad del cuidado prenatal y prevención de la prematuridad.
- Efectividad de la atención prenatal y del parto.
- Auditoría de muertes infantiles y maternas.
- Cobertura de inmunizaciones.
- Cuidado sexual y reproductivo.
- Seguimiento de niño sano hasta 1 año.
- Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años.
- Inclusión de comunidades indígenas.

Durante los primeros cuatro años de implementación, las transferencias capitadas son liquidadas y transferidas al 100% con financiamiento de nación, pero a partir del cuarto año, los gobiernos provinciales deben cofinanciar en un 30% con recursos propios. En estos casos, a partir de que se deposita la transferencia de nación (lo cual se realiza mensualmente), las provincias tienen 15 días para depositar su cuota parte. Si no lo hacen, nación suspende las transferencias de los meses subsiguientes. De acuerdo con los testimonios relevados entre funcionarios del nivel central, se observa un alto grado de cumplimiento en el depósito de las contrapartes, lo cual resulta significativo debido a que las provincias que en 2010 estaban en régimen de co-financiamiento eran las del NOA y NEA (por ser las que primero se incorporaron). Esto se debería, por un lado, a la

aceptación del modelo en función de los resultados observados y, por otro, al incentivo de seguir recibiendo los fondos del programa<sup>26</sup>.

En cuanto a la distribución de recursos a las provincias, no hay criterios prefijados ya que los montos se reducen o acrecientan en función del porcentaje de población objetivo captada y del cumplimiento de las metas sanitarias que se registre en cada jurisdicción. No hay topes a las transferencias, pero debe destacarse que aún ninguna provincia ha alcanzado el óptimo de inscripción en función de la población objetivo estimada para su jurisdicción como así tampoco respecto del logro de indicadores sanitarios<sup>27</sup>. Una situación particular se ha dado en el caso de Salta, donde se registra una reducción de los recursos transferidos que se vincula con el bajo cumplimiento de los indicadores sanitarios<sup>28</sup>.

La tabla que se presenta a continuación ilustra la manera en que se distribuyen los fondos entre las provincias. Puede consultarse una tabla más desagregada en el **Anexo 2**. Transferencias del Plan Nacer a las provincias, años 2004-2010.

---

<sup>26</sup> En una de las entrevistas realizadas se mencionó que algunas provincias tuvieron que ajustar sus presupuestos y la única partida que no se modificó fue la del Plan Nacer.

<sup>27</sup> Como situación particular, se comentó la situación de Tierra del Fuego, donde resulta particularmente difícil calcular la población objetivo debido a que es un número bajo y errático. En esa provincia hubo una cantidad de inscriptos mayor que lo previsto, a pesar de lo cual nación pagó efectivamente por esas prácticas y tomó el dato para actualizar sus estimaciones.

<sup>28</sup> Recordemos que en esta provincia, el porcentaje de cobertura de población meta es del 54,6% frente a un promedio nacional de 75% y regional de 81%. Sumado a esto, en la mayoría de las trazadoras no se ha logrado alcanzar las metas establecidas por la UEC. Al interior de la provincia, la distribución de recursos por distrito también se encuentra atada al cumplimiento de metas.

**Tabla 13. Presupuesto asignado al Plan Nacer por provincias, en pesos**

Provincia / Año	Año 2010	Porcentaje provincia/ total	Total período 2004-10	Porcentaje provincia/ total
	(en pesos)	(en %)	(en pesos)	(en %)
Buenos Aires	49.009.212	19	95.036.105	8
CABA (*)	64.776.008	25	390.267.469	31
Catamarca	2.143.537	1	11.509.692	1
Chaco	12.155.555	5	57.735.629	5
Chubut	2.881.017	1	16.435.845	1
Córdoba	18.344.674	7	34.435.559	3
Corrientes	9.483.606	4	36.532.865	3
Entre Ríos	9.218.079	3	23.646.688	2
Formosa	5.041.385	2	24.324.834	2
Jujuy	5.051.377	2	28.090.871	2
La Pampa	2.260.000	1	8.226.987	1
La Rioja	3.491.442	1	10.162.888	1
Mendoza	10.998.953	4	28.703.485	2
Misiones	12.718.285	5	53.503.853	4
Neuquén	1.897.630	1	7.890.943	1
Río Negro	4.335.209	2	11.224.494	1
Salta	7.493.188	3	50.115.635	4
San Juan	4.438.912	2	13.600.456	1
San Luis	3.847.494	1	11.517.561	1
Santa Cruz	534.771	0	4.749.072	0
Santa Fe	4.425.751	2	20.806.942	2
Santiago del Estero	11.230.650	4	40.327.542	3
Tierra del Fuego	890.658	0	4.517.981	0
Tucumán	17.480.053	7	65.111.751	5
<b>TOTAL</b>	<b>264.147.446</b>	<b>100</b>	<b>1.244.798.426</b>	<b>100</b>

(\*) En esta jurisdicción se incluyen los recursos asignados a la Unidad Ejecutora Central.

Observación: las diferencias en los totales anuales respecto de la tabla anterior radican en que en este caso se ha tomado el monto asignado en el proyecto de Ley de Presupuesto en lugar de los fondos efectivamente ejecutados.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los Mensajes de elevación de las Leyes de Presupuesto 2004-2010.

La facturación y el uso de los fondos es uno de los aspectos del programa respecto del cual más se ha llamado la atención al realizar el trabajo de campo. Una de las dificultades más frecuentemente encontradas es la de provincias que tienen un bajo nivel de facturación, a pesar de que las prestaciones del Plan son ofrecidas. Esto aparece, en el discurso de los entrevistados, relacionado con diferentes cuestiones, ante las cuales se han ideado diversas estrategias (**Tabla 14**).

**Tabla 14. Motivos atribuidos a la baja facturación y estrategias desplegadas**

Motivos	Estrategias	Provincias (*)
Desconocimiento sobre la manera en que se debe facturar	Dar continuidad a la capacitación acerca de la manera de facturar	Salta
Alta rotación del personal en los efectores y, por lo tanto, desconocimiento acerca de la manera en que se debe realizar la facturación		Río Negro
Ausencia de alguien que se encargue de la facturación: los médicos están sobre-cargados de tareas y los administrativos no reciben un incentivo por hacerlo	Sugerir que los médicos cedan una parte de lo que reciben por incentivo a los administrativos que se encargan del trámite	Corrientes
Descrédito de la posibilidad de llegar a cobrar lo que se factura, por demoras en el tramo inicial del programa	Simplificación de los circuitos burocráticos provinciales	Buenos Aires <sup>29</sup> Mendoza <sup>30</sup>
Funcionamiento irregular o ubicación poco accesible de los efectores	-	Río Negro

Fuente: elaboración propia en base a relevamiento de casos provinciales.

(\*) Se incluyen aquellas donde el problema fue mencionado explícitamente.

Junto con ésta, aparecen otras dos dificultades asociadas al uso de los fondos. Una de ellas es el hecho de que aún cuando facturan, muchos efectores mantienen los fondos inmovilizados por no saber cuál tipo de inversión es la más conveniente. Y, en otros casos, como resultado de la más rápida disponibilidad de estos fondos, en algunas ocasiones son utilizados para hacer frente a gastos corrientes (pago de la luz o de artículos de limpieza, por ejemplo), siendo que no es ése el destino que se les debería dar.

### Sistemas de información

El Plan Nacer lleva un registro de beneficiarios que se contrasta mensualmente con los registros de la seguridad social (nacional y provincial) y de otros programas nacionales, de tal forma de evitar la doble cobertura y la existencia de subsidios cruzados no deseados. El padrón de beneficiarios del Plan Nacer es considerado como uno de los más completos y actualizados del país, ya que incorpora información acerca de las obras sociales provinciales<sup>31</sup>. Además, se realizan cruces de información con todos los padrones de la seguridad social a través de la

<sup>29</sup> En 2010, se logró acelerar los tiempos de pago (llegando a demorar 50 días como máximo y han logrado hacerlo, incluso, en 40). Esto fue resultado de algunas medidas administrativas orientadas a facilitar el proceso, entre las cuales figuran: el requerimiento de una menor cantidad de papeles para los expedientes, el pedido de que fuera considerada como comunicación oficial acerca de la disponibilidad de los fondos la enviada por mail, la reducción en el plazo máximo para la presentación de facturación por parte de los efectores, el envío de los informes de auditoría concurrente a las áreas correspondientes para que modificaran los circuitos involucrados.

<sup>30</sup> La demora inicial se debió a que el circuito administrativo de la provincia no se ajustaba a los requerimientos del programa. La adecuación, que insumió bastante tiempo, demandó, por ejemplo, que el área de Hacienda creara un nuevo nomenclador para esta fuente de financiamiento.

<sup>31</sup> Para poder cobrar el padrón de inscriptos del Plan Nacer, cada provincia debe enviar previamente el padrón de la obra social provincial. De esa forma, se plantea un incentivo que resultó suficientemente atractivo para lograr el envío de información.

Superintendencia de Servicios de Salud, con los padrones del Programa Federal de Salud (PROFE)<sup>32</sup> para detectar cobertura de salud y con la información que maneja SINTyS para identificar fallecidos, debido a que este organismo tiene convenio de exclusividad con el Registro Nacional de las Personas (RENAPER). De acuerdo con los testimonios relevados en las provincias, al menos en dos de ellas (Misiones y Santa Fe) la información es también cotejada con registros propios que reúnen información sobre beneficiarios de programas sociales (**Tabla 16**).

En la mayoría de los casos, los efectores realizan la carga de información sobre inscripciones y facturación en soporte papel. La carga informática es realizada, posteriormente, por el equipo provincial (UGSP). Hay tres excepciones: Buenos Aires, Santa Fe y Misiones.

En la primera de esas provincias, la decisión de informatizar la carga de datos por parte de los efectores se concretó a mediados de 2010. Fue tomada a raíz del alcance que estaba teniendo el programa, lo cual hacía sumamente compleja su gestión. Cabe mencionar que el sistema fue ideado y generado por la Dirección de Informática del Ministerio de Salud, lo cual también da cuenta de la voluntad por vincular al Nacer con la estructura provincial. Para la puesta en marcha de esta modalidad, se hicieron capacitaciones y se previeron instancias de consultas y reclamos (vía mail).

Santa Fe también ha diseñado un sistema propio de inscripción y de facturación *on line*, que está siendo incorporado lentamente. La información ingresada con esta modalidad estará asimilada a un sistema más abarcativo, que permitirá consultas acerca de la evolución de las trazadoras, la historia clínica de los beneficiarios y la inscripción de los efectores, entre otras.

Cabe mencionar que en estos dos casos, la iniciativa y el desarrollo del proceso de informatización correspondieron a la provincia. En Misiones, en cambio, la UEC apoyó el proceso de informatización (a través de la entrega de computadoras) que permitió la presentación de la facturación en forma digital (aunque aún no en forma *on line*, sino a través de la entrega de un CD con la información).

**Tabla 15. Modalidad de carga de información y cruces de datos**

Provincias	Inscripción	Facturación	Cruce de datos (*)
Buenos Aires	Realizada por los efectores on line (desde 2010)	Realizada por los efectores on line (desde 2010)	Sin datos
Corrientes	Realizada por los efectores en papel Carga digital centralizada	Realizada por los efectores en papel Carga digital centralizada	PUCO
Mendoza	Realizada por los efectores en papel Carga digital centralizada	Realizada por los efectores en papel Carga digital centralizada	Sin datos
Misiones	Sin datos	Cargada por los efectores en CD	ANSES, Registro Único de Salud Misiones (relevamiento censal)
Neuquén	Realizada por los	Realizada por los	Instituto de la Seguridad Social de

<sup>32</sup> A través del PROFE se brinda cobertura sanitaria a los beneficiarios de las pensiones no contributivas.

Provincias	Inscripción	Facturación	Cruce de datos (*)
	efectores en papel Carga digital centralizada	efectores en papel Carga digital centralizada	Neuquén y otras bases provinciales
Río Negro	Realizada por los efectores en papel Carga digital centralizada	Realizada por los efectores en papel Carga digital centralizada	PUCO e IPROSS (obra social provincial)
Salta	Efectores no informatizados	Efectores no informatizados	ANSES, PUCO
Santa Fe	Sin datos	Lentamente se incorpora la facturación on line	Ficha Única de Registro (avances incipientes)
Santiago del Estero	Realizada por los efectores en papel Carga digital centralizada	Realizada por los efectores en papel Carga digital centralizada	ANSES, Registro Civil (se espera compartir bases con Redes Remediar)

Fuente: elaboración propia en base a información relevada en las provincias.

(\*) Se enumeran las bases de datos que fueron mencionadas explícitamente, no se descarta la realización de otros cruces que no fueron mencionados.

Los efectores deben llevar una historia clínica actualizada de cada beneficiario al que se le preste un servicio. Para el seguimiento de las acciones desarrolladas, se han elaborado diferentes instrumentos y herramientas (asignación de fondos, liquidación de prestaciones, informes prestacionales). Estos son completados por los efectores, remitidos a la Unidad de Gestión del Seguro Provincial (UGSP) y, posteriormente, a la Unidad Ejecutora Central (UEC). Tanto la UGSP como la UEC tienen asignadas funciones de auditoría sobre los efectores.

Los instrumentos de monitoreo y evaluación del Plan son varios e incluyen auditorías internas, auditorías concurrentes (con empresas privadas), las acciones de supervisión y monitoreo del equipo del programa, el estudio de satisfacción de usuarios, estudios específicos<sup>33</sup> y una evaluación de impacto que se estaba realizando en el año 2010. Para su elaboración se ha utilizado una metodología novedosa avalada por el Banco Mundial, Fondo de Evaluación de Impacto de España, Fondo Noruego de Evaluación basada en Resultados y por profesores de la Universidad de Berkeley. Al momento de finalizar el trabajo de campo para este estudio, los resultados aún no estaban disponibles.

En relación con los sistemas de información utilizados por el programa, en algunas provincias se llamó la atención respecto de su complejidad y la necesidad consecuente de dar continuidad a las capacitaciones acerca de ellos. Otra observación de interés se vincula con la insuficiencia de algunas de las herramientas utilizadas por los ministerios de salud provinciales para cumplir con los requisitos del Nacer. En particular, se destaca el caso de Río Negro, donde algunas de las prestaciones que se brindan no quedan debidamente registradas de acuerdo con los criterios establecidos por el programa, de tal forma que la Coordinación Nacional no las puede dar por válidas. Esto ha sucedido, por ejemplo, respecto de la vacunación, cuya cobertura se estima en

---

<sup>33</sup> Por ejemplo, durante 2010 se estaba elaborando un estudio sobre el uso de fondos en las provincias del Norte.

un 90% pero debido a que la madre se lleva consigo la ficha donde consta la vacunación del hijo, éste dato no queda en la historia clínica.

## **Modo de organización**

### **División de responsabilidades entre niveles de gobierno**

Los actores que participan en la gestión del Plan Nacer son el gobierno nacional (a través de la Unidad Ejecutora Central), los gobiernos provinciales (a través de las Unidades de Gestión del Seguro Provincial) y los efectores. Estos últimos pueden ser hospitales o centros de atención primaria de la salud (CAPS) públicos.

La Unidad Ejecutora Central (UEC) se encarga de elaborar las regulaciones necesarias para el funcionamiento del Plan, establecer las metas, transferir recursos a las provincias, entregar equipamiento complementario que permita mejorar la capacidad de la oferta pública, supervisar, monitorear y evaluar el cumplimiento de las estrategias y acciones encaradas.

Para su implementación, las provincias suscriben un Convenio Marco de 5 años de duración y, posteriormente, se negocian y consensuan Compromisos Anuales de Gestión. En ellos se establecen las metas específicas y las estrategias y acciones que cada provincia plantea para lograrlos. Durante 2010, el Plan había sido ratificado por las provincias del NOA y NEA cuyos convenios vencían en ese momento.

En cada provincia debe conformarse una Unidad de Gestión del Seguro Materno Infantil Provincial (UGSP). Su inserción institucional depende de la decisión de cada gobierno provincial. En algunos casos, están ubicadas en el área de Maternidad e Infancia de la provincia pero en otros se conforman como unidades con bastante autonomía, en relación directa con la máxima autoridad sanitaria (para información más detallada, ver **Tablas 2 y 3**). Su coordinador es designado por la provincia, aunque su nombramiento efectivo está supeditado al aval de la UEC. Esto se debe a que existen términos de referencia para su contratación y el coordinador propuesto debe cumplir los requisitos exigidos en términos de perfil y experiencia. En cuanto al resto de los recursos humanos de la UGSP, desde nación se financia un *staff* básico y el resto de los integrantes del equipo son aportados por la provincia (al respecto, ver **Tablas 10 y 11**). En ciertas jurisdicciones, estos equipos tienen a su cargo responsabilidades que exceden al programa. Esto sucede, por ejemplo, en Santa Fe, donde intervienen en la gestión del programa 23 personas de la Dirección de Maternidad e Infancia, pero ellas tienen a su cargo, también, otras responsabilidades.

La UGSP es responsable por la actualización de los registros de beneficiarios, la valorización del nomenclador de las prestaciones, la contratación de las prestaciones con su red pública de efectores, el envío de recursos a los efectores y el establecimiento de objetivos sanitarios. En la mayor parte de los casos, la carga de datos acerca de inscripciones y facturación se realiza en forma centralizada, adicionando tareas al equipo de la UGSP. Sólo en Buenos Aires, Santa Fe y Misiones son los efectores quienes llevan a cabo estas tareas. En los dos primeros casos, la informatización de la carga fue resultado de iniciativas de las propias provincias, a través de sus áreas de Informática.

Sólo en un caso se detectó un eventual conflicto entre la UGSP y el ministerio provincial: al momento de realizar el trabajo de campo, en la provincia de Salta se advertía cierta tensión entre las autoridades provinciales y el equipo a cargo del Plan Nacer, vinculada al temor de los primeros por la pérdida de control sobre los efectores.

Los municipios participan de la gestión en tanto los efectores dependen de este nivel de gobierno (esto es, en aquellos casos en que se trate de hospitales o centros de atención primaria municipales). En siete de las provincias relevadas, los municipios cumplen el rol de tercero administrador<sup>34</sup>, firmando compromisos de gestión con la UGSP y recibiendo los recursos económicos si los centros de atención primaria no poseen personería jurídica. En algunos casos, esto ha generado situaciones de tensión, principalmente respecto de la disponibilidad de los fondos y los rubros en que se considera adecuado que sean invertidos. Una situación particular se da en el caso de las provincias de Buenos Aires y Santa Fe, ya que hay no sólo centros de salud sino también hospitales que son municipales. En Buenos Aires, se ha optado por avanzar en la firma de acuerdos con ellos, replicando los convenios marco que se suscriben con nación. Por su parte, en las dos provincias restantes (Río Negro y Salta), los municipios no cumplen ningún rol. En el caso de Río Negro, esto se debe a que la atención primaria y la hospitalaria dependen del gobierno provincial. En Salta, por su parte, si bien los municipios no intervienen en la gestión del Plan, han participado en la organización de algunas campañas de prevención.

En algunas provincias, a este esquema básico de relaciones se le suma un actor adicional: las regiones (en el caso de la provincia de Buenos Aires) y los nodos (en Santa Fe). La incorporación de este nivel se ve reflejada en los “planes estratégicos” elaborados por cada una de estas jurisdicciones y en sus esfuerzos por armar una red de referentes del Plan en territorio. En Misiones también se hizo referencia al funcionamiento de las regiones sanitarias, pero su importancia parece estar concentrada en el momento de localización de población potencialmente beneficiaria, a través de la realización de los operativos territoriales.

Finalmente, los efectores del Plan son los prestadores de servicios. Estos pueden ser hospitales o centros de atención primaria de salud (CAPS) de cada localidad. Algunas provincias aceptan, también, incorporar efectores privados. Su accionar se rige por un “Compromiso de Gestión”, suscripto con la UGSP, por el cual se regulan aspectos vinculados con las prestaciones de los servicios a los beneficiarios, la facturación y pago de los mismos y el cumplimiento de metas específicas acordadas entre las partes.

En el marco del Plan, los efectores deben captar beneficiarios activamente e inscribirlos, brindar gratuitamente las prestaciones previstas en el nomenclador del Plan Nacer, cumplir con las directivas de las campañas de comunicación establecidas en el programa, registrar prestaciones y rendir cuentas ante la UGSP y liquidar mensualmente las prestaciones efectivamente brindadas con los valores que rigen para la provincia. Reciben, de la UGSP, los recursos que les corresponden por atender a la población objetivo, a los valores acordados en el nomenclador. Estos fondos deben ser utilizados para mejorar la capacidad de resolución de los problemas de salud de la población a cargo, aplicándolos a construcción y mejoras edilicias, compra y mantenimiento de equipamiento médico, y/o incentivo, contratación y capacitación de recursos humanos. El destino específico de los fondos es decidido entre la UGSP y los efectores (ver **Tabla 1** sobre limitaciones impuestas en cada provincia para el uso de los recursos transferidos).

### **Espacios institucionales y reglas para la coordinación**

En el marco del Plan Nacer se desarrollan encuentros de los equipos técnicos a cargo del programa en las provincias. Además, como ya se ha mencionado, el Plan Nacer forma parte de las

---

<sup>34</sup> En algunas provincias (como Corrientes) también hay hospitales que son administradores de fondos.

acciones establecidas en el Plan Federal de Salud y de aquellas diseñadas desde el Ministerio de Salud de la Nación para hacer frente a la problemática de la mortalidad infantil y materna. Desde esa perspectiva, ha sido muy frecuente su tratamiento en el ámbito del Consejo Federal de Salud (COFESA). De acuerdo con la información publicada en la página web institucional del ministerio<sup>35</sup>, la problemática de la mortalidad materno infantil y las iniciativas promovidas para reducirla fueron tratadas en las reuniones organizadas entre los años 2008 y 2010. A lo largo del año 2008, las autoridades provinciales agrupadas en regiones (Consejos Regionales de Salud) fueron discutiendo y acordando los lineamientos para un plan estratégico en esta temática. En diciembre de ese año, el plenario del COFESA aprobó los postulados del “Plan estratégico para la reducción de la mortalidad materna e infantil”. En base a este documento, las autoridades nacionales elaboraron, en 2009, un plan operativo, que también fue puesto a consideración de sus pares provinciales. El Plan Nacer es presentado como una herramienta fundamental dentro de estos planes. Los testimonios relevados dan cuenta de que, en términos generales, los coordinadores del Nacer tienen conocimiento de estos encuentros y de lo que allí se discute, aunque no siempre son ellos quienes participan.

A nivel provincial, las articulaciones del Nacer varían según el caso. Una primera vinculación que puede analizarse es aquella que se da con las áreas que tradicionalmente se abocan a la atención de la problemática materno infantil. Si bien es esperable que la coordinación con las Direcciones Provinciales de Maternidad e Infancia sea mayor en los casos en que el Plan depende jerárquicamente de ellas, se ha detectado el desarrollo de iniciativas conjuntas en la mayor parte de los casos. Dentro del sector salud, suele ser común, también, la vinculación con otras áreas que atienden a la misma población objetivo (inmunizaciones, detección de patologías congénitas, atención primaria de la salud, salud escolar). Progresivamente se avanza, también, en la coordinación con las reparticiones que se abocan a la población objetivo que sería incorporada al programa a partir de 2011 (por ejemplo, áreas de salud sexual y reproductiva). Como caso de particular interés, se destaca la provincia de Salta, en donde la UGSP articula con diferentes áreas y programas nacionales y provinciales para mejorar la inclusión de la población originaria al sistema sanitario.

En cuanto a las articulaciones que se dan con programas de otras áreas, se destaca la vinculación con la ANSeS para la implementación de la Asignación Universal por Hijo. Estas interacciones, no obstante, parecen estar acotadas a aspectos puntuales y operativos. En dos casos (Río Negro y Santiago del Estero) fue mencionado el trabajo de articulación con otros organismos con el propósito de compatibilizar los registros de beneficiarios (en el caso de la segunda provincia, se aclaró que se lo había hecho por impulso del Ministerio de Salud de la Nación).

Como casos puntuales de coordinación con organismos y programas provinciales, se destacan la experiencia de Misiones y de Neuquén. En Misiones, se trabaja conjuntamente con el “Plan Mamá”<sup>36</sup>, con el “Plan Cuna”<sup>37</sup> y con el programa alimentario “Hambre Cero” (todos ellos dependientes del área de Desarrollo Social). En el último caso, las bases del Plan Nacer son

---

<sup>35</sup> <<http://www.msal.gov.ar/htm/site/cofesa-index.asp>>

<sup>36</sup> Se trata de una ayuda económica dispensada por la provincia para la población del Plan Nacer, la cual apunta también a que las mujeres embarazadas realicen los controles necesarios y a que los niños adquieran el DNI.

<sup>37</sup> Entrega de mobiliario.

utilizadas para identificar a los niños desnutridos. En Neuquén, por su parte, se ha recurrido a la firma de un convenio con el Consejo Provincial de la Mujer con el propósito de mejorar los canales para la inscripción activa de beneficiarias.

A pesar de compartir la misma población objetivo, es escasa la articulación entre el Nacer y el programa “Primeros Años”, que a nivel nacional depende del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Sólo en el caso de Santiago del Estero se hizo referencia explícita al trabajo conjunto con esta iniciativa, que en la provincia depende del Centro de Referencia Territorial (CDR) pero en cuya gestión también interviene activamente el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. A fines de 2010 se habían iniciado tratativas con este programa para llegar más fácilmente a la población y brindar orientación a través de sus Mesas de Gestión<sup>38</sup>. Motivó esta estrategia el hecho de constatar a través de diferentes medios (entre ellos, las propias encuestas de satisfacción), que una parte importante de la población y de los efectores no tenía información cierta acerca de los beneficios del Plan ni conocía a través de qué medios se podía reclamar ante situaciones de mala atención en los centros de salud y hospitales.

Finalmente, se destaca el hecho de que para estas coordinaciones no se han generado estructuras formales específicas o de interacción conjunta: no fue mencionada la existencia de comités o consejos en cuyo marco los coordinadores del Nacer se reúnan con otras autoridades ya sea del sector salud o de otros sectores. Sólo se ha relevado, en Mendoza, la existencia de una Unidad Asesora que concentra los programas de salud que cuentan con financiamiento internacional y que, en la práctica, ha contribuido no sólo a su articulación sino también a la llegada que el equipo del Nacer tiene a las autoridades provinciales.

En cuanto a la participación de la ciudadanía, tampoco se han detectado estructuras creadas con este propósito.

---

<sup>38</sup> Cabe aclarar que no en todos los municipios existen estas Mesas de Gestión y también que, según nos fue relatado, son contados los casos en que tienen un funcionamiento regular.

**Tabla 16. Articulaciones del Plan Nacer con otras áreas y programas**

Provincias	Área Materno infantil	Otras áreas y programas del sector Salud	Otras áreas y programas por fuera del Sector Salud
Corrientes	Iniciativas conjuntas	Articulación con áreas que atienden a la misma población objetivo actual (inmunizaciones) o eventual (salud sexual)	
Misiones			UDAI ANSeS (por AUH) Plan Mamá, Plan Cuna y Hambre Cero (Desarrollo Social)
Salta	Articulación para canalizar los fondos del Nacer	Articulación con programas nacionales y provinciales para inclusión de población originaria a la red sanitaria	UDAI ANSeS (por AUH)
Santiago del Estero	Iniciativas conjuntas	Articulación con áreas que atienden a la misma población objetivo actual (inmunizaciones y APS)	Primeros Años - CDR-MSyDS (para mejorar información) Redes-Remediar (por registros)
Mendoza	Iniciativas conjuntas	Articulación con áreas que atienden a la misma población objetivo (enfermedades congénitas)  Articulación con otros programas internacionales a través de Unidad Asesora	
Neuquén	Articulación para capacitaciones	Articulación para capacitaciones con APS	Consejo Provincial de la Mujer (para potenciar inscripción activa) UDAI ANSeS (por AUH)
Río Negro	Dependencia jerárquica – iniciativas conjuntas		UDAI ANSeS y Ministerio de Familia (por compatibilidad registros de beneficiarios)
Santa Fe	Dependencia jerárquica – articulación con otras iniciativas de MI (salud sexual, salud escolar)	Coordinación con odontología, oftalmología, bioquímica	
Buenos Aires	Dependencia jerárquica - articulación con otras iniciativas de MI (patologías congénitas)	Articulación con otras iniciativas que apuntan a la misma población objetivo eventual (salud sexual)	

Fuente: elaboración propia en base a información relevada en las provincias.

### **3. Conclusiones y recomendaciones de políticas**

#### **Incidencia de los factores político-institucionales en la gestión del programa**

El modelo de gestión del Plan Nacer plantea una clara división de funciones entre niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal), que resulta acorde a la actual distribución de responsabilidades en el sector sanitario. El nivel central (gobierno nacional) diseña la estrategia, pone recursos a disposición de los niveles provincial y municipal y realiza el seguimiento y evaluación de la implementación. Las provincias adecúan la estrategia a sus particularidades y necesidades, se comprometen al logro de determinadas metas (consensuadas entre la UGSP y la UEC), e instrumentan las acciones necesarias para alcanzarlas. Tienen un margen de acción significativo que se pone de manifiesto, por ejemplo, en la inserción institucional del Plan (dependencia jerárquica de la UGSP y designación del coordinador, en acuerdo con el gobierno nacional) y su operatoria (valorización de prestaciones, restricciones al uso de los fondos, admisión de efectores privados). Todas estas decisiones, que pueden parecer meramente instrumentales, se vinculan en forma directa con la estrategia que las autoridades de cada provincia hayan decidido implementar. Por esta razón, podemos afirmar que el Plan deja en mano de los gobiernos subnacionales la capacidad de usar, efectivamente, al propio programa como un recurso supeditado a sus propias estrategias en esta materia.

En términos formales, la relación entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales se canaliza a través de dos mecanismos: las reuniones del Consejo Federal de Salud (COFESA) y los encuentros propios del Plan Nacer. La preocupación por la salud materno infantil ha estado presente, durante los últimos tiempos, en las reuniones del COFESA. Los coordinadores provinciales del Plan tienen conocimiento de lo que allí se discute, ya sea por haber participado o por haber recibido información al respecto. En general, no se detectaron situaciones de conflicto manifiesto o de tensión entre el nivel nacional (la UEC) y los niveles provinciales (las respectivas UGSP), tampoco entre éstas últimas y las autoridades provinciales del sector salud. Sin embargo, registramos algunas excepciones relevantes.

Las diferencias de criterios se relacionan, por lo general, con diferencias partidarias y/o ideológicas que se manifiestan en la puesta en marcha efectiva del programa. En este sentido, se destaca el caso de Santa Fe, donde el retraso en el lanzamiento del Plan Nacer fue explicado, por parte de los propios referentes consultados, en términos de reticencias ideológicas que luego fueron superadas al comprender que la iniciativa es una herramienta puesta al servicio de la política sanitaria provincial. Similares motivos se verifican en el caso de Neuquén, donde la implementación tardía del Plan se asocia a las resistencias político-partidarias e ideológicas (la provincia cuenta con un históricamente prestigioso sistema público de salud y fuertes actores vinculados a él).

No obstante, la situación de mayor distancia entre autoridades nacionales y provinciales se registró en la provincia de San Luis. A pesar de que esta jurisdicción estaba incluida en la muestra seleccionada para este estudio no se pudo realizar el trabajo de campo debido a la negativa del equipo provincial del Plan Nacer y de las autoridades del Ministerio de Salud provincial. Por ese motivo, no contamos con información detallada acerca de la experiencia local, pero el relevamiento realizado sobre la implementación de los demás programas nacionales en esta provincia permite vislumbrar un escenario de fuerte confrontación y disputa entre los distintos niveles de gobierno.

En cuanto a eventuales conflictos entre la UGSP y los ministerios provinciales, en Salta se advirtió cierta tensión entre las autoridades provinciales y el equipo a cargo del Plan Nacer vinculada al temor de los primeros a perder el control sobre los efectores.

El diseño del programa contempla que los municipios cumplan la función de administradores de los fondos de los efectores (CAPS sin personería jurídica) pero, en términos generales, no se detectaron conflictos relevantes en la relación entre provincias y municipios. Dado que el programa tiene actualmente una cobertura muy alta en el nivel de los municipios, resulta difícil identificar si las diferencias políticas fueron un elemento que incidió en la incorporación de unos u otros gobiernos locales a esta iniciativa. Además, y como resultado del modelo de gestión propuesto por el programa, las relaciones directas entre el gobierno nacional y los municipios son muy poco frecuentes. El formato del Plan Nacer no admite la llegada directa del nivel central a los gobiernos locales.

La institucionalidad formal asociada al Plan Nacer tiene una fuerte presencia en la implementación del programa. Los testimonios relevados demuestran que las relaciones entre niveles de gobierno, así como también con los efectores, están claramente pautadas en convenios marco y compromisos de gestión. También forma parte de la institucionalidad ligada al programa el esquema de incentivos, basado en la gestión por resultados. El cumplimiento de las metas acordadas y las responsabilidades atribuidas a cada actor es también objeto de un seguimiento regular.

Como ya se ha mencionado, la distribución de funciones que supone el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación del Plan Nacer es coherente con las reglas de juego formales que rigen las relaciones inter-gubernamentales en el sector salud. Además, y siguiendo el patrón de interacciones predominante, muchos aspectos del programa deben ser objeto de acuerdos, principalmente entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales. Finalmente, y a medida que la institucionalidad sectorial incorpora a nuevos actores (regiones sanitarias, nodos), éstos son a su vez incluidos en la dinámica de funcionamiento del Plan.

### **Coordinación pro-integralidad: ¿qué recomendaciones podrían hacerse?**

De acuerdo al estado de implementación del programa a nivel subnacional en diez provincias argentinas, y a las lecciones que podemos aprender de dichas experiencias, presentamos algunas recomendaciones de política pública tendientes a promover una mejora en la gestión de la propuesta a nivel local y en su articulación con otras iniciativas públicas<sup>39</sup>.

#### ***Acerca de la apropiación del Plan y su inserción a nivel provincial***

- **Enfatizar los aspectos instrumentales del Plan**, de forma tal que las provincias puedan incorporarlo como herramienta para sus propias políticas y estrategias. La reciente expansión del Plan Nacer a nuevos grupos de la población jerarquiza el propósito histórico del programa ya que fortalece la red pública de servicios de salud al contribuir con financiamiento y como mecanismo de inversión adicional basado en resultados.

---

<sup>39</sup> Estas recomendaciones toman como marco de referencia las propuestas desarrolladas por el Programa de Salud de CIPPEC, presentadas en CIPPEC (2011a) y (2011b).

- **Revisar las características organizacionales de las áreas desde las cuales se gestiona el Plan**, para evitar la formación de “estructuras paralelas” que, a pesar de tener vínculo directo con las altas autoridades sanitarias provinciales, no desarrollen una suficiente articulación entre las distintas reparticiones que se abocan a las políticas sustantivas (como puede ser la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia).

Al respecto, no es posible hacer recomendaciones generales (no hay una “única receta”), sino que cada equipo gestor provincial debe considerar las ventajas y desventajas de las diferentes inserciones institucionales posibles. Lo que sí se pone de manifiesto con claridad, a partir del estudio realizado, es que –ya sea por estar bajo una misma dependencia de la organización pública provincial o bien por haberse establecido canales de articulación aceptados- **los equipos gestores del Plan deben mantener una comunicación estrecha y una colaboración constante con las áreas desde las cuales se diseñan e implementan políticas sustantivas dirigidas a los grupos de población atendidos por el programa.** En este sentido, el escenario óptimo sería que formen parte de la misma repartición, aunque esto puede ser difícil de concretar a medida que el alcance del Plan se amplíe y su población objetivo se diversifique.

- **Promover la paulatina incorporación de los recursos humanos que gestionan el Plan a las burocracias provinciales**, incluyendo a los coordinadores provinciales y a los referentes regionales/nodales/locales. Hasta el momento, la contraparte ofrecida por las provincias en términos de recursos humanos se materializa, la mayoría de las veces, en empleados administrativos y/o *data entries*. Sería relevante, a los fines de la apropiación provincial del programa y de su sustentabilidad en el tiempo, que los profesionales con responsabilidad sobre la gestión del programa formen parte de la burocracia provincial.

**Sin embargo, al analizar la viabilidad de esta propuesta no pueden obviarse algunas consideraciones asociadas a la situación de los sistemas sanitarios provinciales.** Las limitaciones más relevantes son la precariedad de algunos contratos, la diferencia de honorarios entre empleados financiados por la Nación y empleados provinciales, y la flexibilidad que tienen estos últimos respecto de su presentismo y extensión de la jornada laboral, aspectos que –según los referentes consultados- forman parte de los usos y costumbres de la administración pública subnacional.

#### **Acerca de la coordinación de políticas y actores**

- **Dar continuidad al tratamiento de las políticas materno infantiles** (y de aquellas orientadas a los grupos de población recientemente incorporados al Plan Nacer), **tanto en el COFESA como en las reuniones nacionales y regionales organizadas desde el nivel central del Plan**, porque resultan ámbitos muy valorados de encuentro entre pares, de intercambio de información y útiles para lograr acuerdos<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> El ámbito del COFESA, en particular, puede ser fortalecido institucionalmente a través de las siguientes acciones: a) asignar carácter vinculante a los acuerdos entre jurisdicciones alcanzados en su seno; b) crear una estructura propia de apoyo técnico, co-financiada entre la nación y las provincias; y c) generar intercambios con el Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELESA), en particular, para la generación de una Ley Nacional de Salud. Esta ley apuntaría establecer los principios rectores, las competencias de los actores y jurisdicciones, así como las instancias de articulación en materia de: recursos humanos, aseguramiento,

- **Identificar posibles articulaciones entre el Plan y otros programas sanitarios, educativos y/o de desarrollo social, orientados a los grupos de población objetivo.** Si bien en algunas provincias ya se avanzó en esta dirección, la incorporación (a partir de 2011) de nuevos grupos como destinatarios de este programa posibilita nuevas articulaciones y oportunidades de trabajo conjunto con otros organismos.

***Acerca del fortalecimiento de recursos y capacidades en los actores involucrados***

- **Dar continuidad a la estrategia de capacitación en registro de beneficiarios y, especialmente, en facturación.** La falta de facturación por parte de los efectores se atribuye, entre otras cuestiones, a la ausencia de personas con conocimiento de la tarea. Abordar adecuadamente este aspecto resulta crucial en tanto constituye el “corazón” del programa (si no se facturan correctamente las prestaciones no se reciben fondos y, en consecuencia, el Plan pierde su razón de ser). Junto con esto, como se planteará más adelante, es posible revisar el nivel de complejidad del proceso de facturación.
- **Desarrollar o profundizar estrategias provinciales orientadas a asesorar a los efectores respecto de los usos posibles y deseables (en términos de adecuación a la estrategia sanitaria provincial) de los recursos recibidos a través del Plan.**

Nuevamente, considerar esta propuesta requiere, como contrapartida, de condiciones que sólo pueden garantizar los ministerios de salud provinciales. En este caso, el efectivo envío de los recursos e insumos necesarios para el funcionamiento regular de los efectores. En algunas provincias, los fondos del Plan Nacer han sido utilizados para fines no estipulados en el diseño del programa, y esto no ha ocurrido por desconocimiento de los efectores sino como reacción lógica ante la falta de otros recursos monetarios.

***Acerca de los aspectos vinculados a la gestión operativa***

- **Actualizar las estimaciones de población objetivo, haciendo uso de los datos relevados por el último Censo Nacional de Población.** Definir exactamente quienes están incluidos en la población objetivo es crucial porque de este cálculo depende el análisis de la cobertura lograda y, en consecuencia, el monto de los fondos que serán transferidos. Además, algunas provincias en las que la cobertura alcanzada resulta aún muy baja afirman que la población objetivo está sobreestimada.
- **Asistir a las provincias desde el nivel central para diseñar e implementar estrategias de difusión y captación de población elegible de difícil acceso.** En muchas provincias se logró una cobertura muy alta del Plan (en lo que concierne a la población materno infantil), por eso, llegar a poblaciones alejadas o aisladas requiere de un esfuerzo adicional cuyo resultado será superior si se logra trabajar en coordinación con otros organismos de la administración pública nacional, provincial o municipal.
- **Evaluar la posibilidad de simplificar los circuitos administrativos requeridos para la facturación y rendición de cuentas.** El alcance del estudio realizado no permite identificar si estos mecanismos son, efectivamente, excesivamente complejos. En este punto nos

---

cartera de prestaciones, provisión de atención, financiamiento, sistema de información sanitaria, calidad del sistema e investigación (CIPPEC, 2011a y 2011b).

limitamos a tomar una de las principales inquietudes manifestadas por los referentes provinciales consultados.

- **Modificar los registros provinciales** que se han mostrado inadecuados o insuficientes para avalar el cumplimiento de las trazadoras.
- **Promover en cada jurisdicción la elaboración de un marco normativo claro que regule los usos permitidos de los fondos de acuerdo a la estrategia sanitaria provincial.** Como se ha mencionado, la puesta en práctica de esta propuesta reconoce como requisito ineludible que los ministerios provinciales provean regularmente los recursos e insumos requeridos por los efectores.
- **Avanzar en la digitalización de la información sobre inscripciones y facturación.** Esto puede suponer, en un primer momento, una sobrecarga de trabajo para los efectores, un importante esfuerzo en materia de capacitación y, quizás, requiera (en el caso de las provincias con menores recursos propios) del apoyo inicial del gobierno nacional. No obstante, en el mediano plazo, permitirá disponer de información de mejor calidad, lograr procesos más eficientes y, también, alivianar las tareas a cargo del equipo provincial.

## **Anexo 1. Funciones del Ministerio de Salud de la Nación, según enumeración en el art. 3 del Decreto 828/06**

- La determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia.
- La fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud.
- La planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social.
- La elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina, la odontología y profesiones afines, garantizando la accesibilidad y la calidad de la atención médica.
- La fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional.
- El ejercicio del poder de policía sanitaria en lo referente a productos, equipos e instrumental vinculados con la salud, e intervenir en la radicación de las industrias productoras de los mismos.
- El dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica.
- La coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social, y del sector privado.
- La organización, dirección y fiscalización del registro de establecimientos sanitarios públicos y privados.
- La distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva, o asistencial, y fiscalizar los mismos.
- La actualización de las estadísticas de salud y los estudios de recursos disponibles, oferta, demanda y necesidad, así como el diagnóstico de la situación necesaria para la planificación estratégica del sector salud.
- La normatización y elaboración de procedimientos para la captación y el procesamiento de datos sanitarios producidos a nivel jurisdiccional, efectuar su consolidación a nivel nacional y difundir el resultado de los mismos.
- La difusión e información sobre los servicios sustantivos de salud a los destinatarios de los mismos para disminuir las asimetrías de información.
- El desarrollo de estudios sobre epidemiología, economía de la salud y gestión de las acciones sanitarias de manera de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las organizaciones públicas de salud.
- La regulación de los planes de cobertura básica de salud.
- Las relaciones sanitarias internacionales y en las relaciones de cooperación técnica con los organismos internacionales de salud.
- La formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectorial.
- El control, la vigilancia epidemiológica y la notificación de enfermedades.
- La programación y dirección de los programas nacionales de vacunación e inmunizaciones.

- La elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales-determinados en situación de riesgo.
- La elaboración y ejecución de acciones tendientes a lograr la readaptación y reeducación del discapacitado e inválido.
- La elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales comprendidas en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.
- Las relaciones y normativa de la medicina prepaga.
- La formulación de políticas y estrategias de promoción y desarrollo destinadas a prevenir y/o corregir los efectos adversos del ambiente sobre la salud humana, en forma conjunta con otros organismos dependientes del Poder Ejecutivo Nacional con competencia en la materia.
- La elaboración y ejecución de los programas materno infantiles tanto en el ámbito nacional como interregional, tendientes a disminuir la mortalidad infantil.
- La elaboración de los planes de las campañas sanitarias destinadas a lograr la erradicación de enfermedades endémicas, la rehabilitación de enfermos y la detección y prevención de enfermedades no transmisibles.
- La fiscalización del estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública Nacional y de aquéllos que ya se desempeñan en la misma.
- El estudio, reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los lugares destinados a realizar tareas, cualquiera sea su índole o naturaleza, con presencia circunstancial o permanente de personas físicas.
- La elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del trabajo.
- La elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del deporte.
- La aprobación de los proyectos de los establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas.
- La fiscalización de todo lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, alimentos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes.
- La corrección y eliminación de las distorsiones que se operen en el mercado interno de productos medicinales.
- Las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud.
- La normatización, registro, control, y fiscalización sanitaria y bromatológica de alimentos, en el ámbito de su competencia, en coordinación con el Ministerio de Economía.
- En la asignación y control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de emergencia a necesidad, no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor.
- En la elaboración y ejecución de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud.
- En la disminución de la morbilidad por tóxicos y riesgos químicos en todas las etapas del ciclo vital.
- En la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas primarias, secundarias o especiales, para crear desde la niñez conciencia sanitaria en la población, en coordinación con el Ministerio de Educación.

- En el desarrollo de programas preventivos y de promoción de la salud tendientes a lograr la protección de las comunidades aborígenes y todo otro servicio sanitario.

## Anexo 2. Transferencias del Plan Nacer a las provincias, años 2004-2010 (en pesos)

Provincia / Año	2004	2005	2006	2007*	2008*	2009	2010
Buenos Aires	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 3.669.470	\$ 25.480.042	\$ 16.877.381	\$ 49.009.212
CABA (**)	\$ -	\$ 12.285.224	\$ 29.373.690	\$ 87.981.134	\$ 138.551.353	\$ 57.300.061	\$ 64.776.008
Catamarca	\$ -	\$ 2.810.708	\$ 2.373.810	\$ 979.098	\$ 1.221.807	\$ 1.980.732	\$ 2.143.537
Chaco	\$ -	\$ 10.437.986	\$ 7.804.381	\$ 4.748.889	\$ 7.173.791	\$ 15.415.028	\$ 12.155.555
Chubut	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 750.437	\$ 4.586.563	\$ 8.217.828	\$ 2.881.017
Córdoba	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.286.563	\$ 6.576.284	\$ 8.228.038	\$ 18.344.674
Corrientes	\$ -	\$ 7.352.500	\$ 3.944.893	\$ 3.901.248	\$ 8.406.210	\$ 3.444.408	\$ 9.483.606
Entre Ríos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.350.337	\$ 4.438.547	\$ 8.639.724	\$ 9.218.079
Formosa	\$ -	\$ 4.469.577	\$ 3.882.567	\$ 1.995.735	\$ 4.001.132	\$ 4.934.438	\$ 5.041.385
Jujuy	\$ 2.000.000	\$ 5.826.994	\$ 6.267.610	\$ 2.155.494	\$ 2.960.619	\$ 3.828.777	\$ 5.051.377
La Pampa	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 722.807	\$ 2.319.882	\$ 2.924.298	\$ 2.260.000
La Rioja	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 740.652	\$ 2.340.058	\$ 3.590.736	\$ 3.491.442
Mendoza	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.750.447	\$ 5.407.393	\$ 10.546.692	\$ 10.998.953
Misiones	\$ -	\$ 9.053.518	\$ 13.027.768	\$ 3.233.701	\$ 7.624.004	\$ 7.846.577	\$ 12.718.285
Neuquén	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 550.120	\$ 2.868.323	\$ 2.574.870	\$ 1.897.630
Río Negro	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 994.241	\$ 1.778.497	\$ 4.116.547	\$ 4.335.209
Salta	\$ -	\$ 11.262.572	\$ 15.810.110	\$ 3.106.530	\$ 4.964.756	\$ 7.478.479	\$ 7.493.188
San Juan	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.147.283	\$ 3.442.267	\$ 4.571.994	\$ 4.438.912
San Luis	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 899.855	\$ 2.662.924	\$ 4.107.288	\$ 3.847.494
Santa Cruz	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 646.746	\$ 1.918.494	\$ 1.649.061	\$ 534.771
Santa Fe	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.288.514	\$ 6.141.059	\$ 8.951.618	\$ 4.425.751
Santiago del Estero	\$ -	\$ 6.351.983	\$ 4.546.989	\$ 3.548.257	\$ 6.254.418	\$ 8.395.244	\$ 11.230.650
Tierra del Fuego	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.776.886	\$ 1.850.437	\$ 890.658
Tucumán	\$ -	\$ 8.768.398	\$ 13.467.547	\$ 4.313.396	\$ 7.709.773	\$ 13.372.584	\$ 17.480.053
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 2.000.000</b>	<b>\$ 78.619.460</b>	<b>\$ 100.499.365</b>	<b>\$ 131.760.955</b>	<b>\$ 260.605.082</b>	<b>\$ 210.842.840</b>	<b>\$ 264.147.446</b>

(\*) Para estos años, la desagregación entre provincias parte de una estimación propia realizada a partir del total asignado por provincia por el Programa "Atención a la madre y al niño", ponderada con la proporción sobre el total correspondiente al subprograma 04 - Plan NACER a nivel nacional.

(\*\*) En esta jurisdicción se incluyen los recursos asignados a la Unidad Ejecutora Central.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los Mensajes de elevación de las Leyes de Presupuesto 2004-2010.

## Bibliografía

CIPPEC (2011a): *Agenda pública presidencial – la revista de políticas públicas de CIPPEC*, Año 4, Nro. 5, Buenos Aires.

CIPPEC (2011b): “Memo para el futuro presidente/a y sus ministros: Salud”, mimeo.

CIPPEC-UNICEF (2010): “Gasto público social en infancia y adolescencia: un análisis presupuestario para la provincia de Salta”, mimeo.

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS) – PNUD Argentina (2009): *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe país 2009*, Buenos Aires.

Díaz Langou, Gala, Paula Forteza y M. Fernanda Potenza Dal Masetto (2010): “Los principales programas de protección social: una mirada desde el nivel nacional”, Documento de Trabajo 45, CIPPEC, Buenos Aires.

Gobierno de la provincia de Santa Fe (2009): “Informe de gestión 2009”, Santa Fe.

Ministerio de Salud de la Nación – Dirección Nacional de Salud Materno Infantil (2006): “Anuario 2006 de información perinatal, Sistema Informático Perinatal de la República Argentina”. Disponible en < <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/archivos>>.

Ministerio de Salud de la Nación, Plan Nacer (2010): Brochure “Cobertura en cirugías de cardiopatías congénitas”.

Potenza Dal Masetto, María Fernanda (2005): “Educación y Salud en la Argentina de hoy: ¿qué hacer?”, Fundación PENT – Serie Policy Reports N°2005-01, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Potenza Dal Masetto, María Fernanda (2008): “Coordinación intergubernamental en políticas sociales: el funcionamiento de los Consejos Federales de Educación y Salud en la elaboración de políticas sectoriales (1990 – 2004)”, en *Premio a la innovación y mejoramiento de las políticas públicas 06-07 – categoría Maestría*, publicado por la Secretaría de la Función Pública, Fundación CIPPEC y Fundación Noble – Grupo Clarín, Ciudad de Buenos Aires.

Repetto, Fabián y M. Fernanda Potenza Dal Masetto (2004): “Problemáticas institucionales de la política social argentina: más allá de la descentralización”, en Ricard Goma, Ricard y Jacint Jordana (eds.) *Descentralización y políticas sociales en América Latina*, Fundación CIDOB.

Repetto, Fabián, Daniela Dborkin y Gala Díaz Langou (2009): “Informe Final: ¿Cómo alcanzar mejores Sistemas de Protección Social en la región?: un análisis de sus retos de coordinación”, CIPPEC.

## **Decisiones, decretos, leyes y resoluciones**

Leyes de presupuesto 2002-2010 y respectivos Mensajes de elevación, Oficina Nacional de Presupuesto, Secretaría de Hacienda, Ministerio de Economía de la Nación.

Ley 25.590 - Emergencia Sanitaria Nacional.

Decreto 1269/92 - Políticas sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud

Decreto 455/00 - Marco estratégico – político para la salud de los argentinos

Decreto 355/02 - Modificación de la Ley de Ministerios.

Decreto 357/02 - Organigrama de la Administración Pública Nacional.

Decreto 486/02 - Emergencia Sanitaria Nacional.

Decreto 2.724/02 – Plan Materno Infantil.

Decreto 141/03 - Modificación de la Ley de Ministerios.

Decreto 1210/03 - Prórroga de la Emergencia Sanitaria Nacional.

Decreto 1.140/04 - Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial.

Decreto 828/06 - Funciones del Ministerio de Salud

Decreto 20/07- Administración Pública Nacional – Estructura Organizativa – Modificación.

Resolución Ministerio de Salud 1.173/04 – Plan Nacer.

## **Páginas web**

CIPPEC – Agenda Presidencial, <http://agendapresidencial.org>

Ministerio de Salud de la Nación, <http://www.msal.gov.ar>

Plan Nacer, <http://www.nacer.gov.ar>

Consejo Federal de Salud (COFESA), <http://www.msal.gov.ar/htm/site/cofesa-index.asp>

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), [www.politicassociales.gob.ar/odm](http://www.politicassociales.gob.ar/odm)

Oficina Nacional de Presupuesto, Secretaría de Hacienda, Ministerio de Economía de la Nación, <http://www.mecon.gov.ar/onp/html/>

Página oficial de la provincia de Santa Fe, [www.santafe.gov.ar](http://www.santafe.gov.ar)

Gobierno de Santiago del Estero, <http://www.sde.gov.ar:84/Default.aspx>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Santiago del Estero,  
<http://www.msaldsgo.gov.ar/web/index.php>

Gobierno de la provincia de Río Negro, <http://www.rionegro.gov.ar/>

Ministerio de Salud de la provincia de Río Negro, <http://www.salud.rionegro.gov.ar/inicio/>

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, <http://www.gba.gov.ar/>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, <http://www.ms.gba.gov.ar/>

Gobierno de la provincia de Mendoza, <http://www.mendoza.gov.ar/>

Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza, <http://www.salud.mendoza.gov.ar/>

Gobierno de la provincia de Corrientes, <http://www.corrientes.gov.ar/>

Ministerio de Salud Pública de la provincia de Corrientes,  
<http://www.saludcorrientes.gob.ar/comunidad.html>

Ministerio de Salud de la Provincia de San Luis,  
<http://www.salud.sanluis.gov.ar/saludasp/Paginas/Pagina.asp?PaginaId=43>

Página oficial de la provincia de Salta, <http://www.salta.gob.ar/>

Ministerio de Salud Pública de Salta, <http://www.salta.gov.ar/ministerio-salud-publica-salta.php>

Página oficial de la provincia de Neuquén, <http://w2.neuquen.gov.ar/index.php>

Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén, <http://www.saludneuquen.gob.ar/>

Página Oficial del Gobierno de Misiones, <http://www.misiones.gov.ar/>

Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones, <http://www.salud.misiones.gov.ar/>

## **Entrevistas realizadas**

Ansola, Esteban - Miembro del equipo del Plan Nacer, Ministerio de Salud de Río Negro.

Criscuolo, Camila - Responsable del Área Técnica del Plan Nacer, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Santiago del Estero.

Czernik, Miguel - Miembro del equipo del Plan Nacer, Ministerio de Salud de Santa Fe.

Destailats, Solange - Coordinadora del Plan Nacer, Secretaría de Salud de Neuquén.

Fascio, Damián - Miembro del equipo del Plan Nacer, Ministerio de Salud de Buenos Aires.

Gigli, Victoria - Coordinadora del Plan Nacer, Ministerio de Salud Pública de Corrientes.

Ledesma, Mónica - Coordinadora Operativa del Plan Nacer, Ministerio de Salud de Buenos Aires.

López Torres, Luis - Asesor legal de la Coordinación del Plan Nacer, Ministerio de Salud Pública de Misiones.

Mulki Collado, Oscar - Coordinador del Plan Nacer, Ministerio de Salud Pública de Salta.

Mussotto, Mariano - Coordinador del Plan Nacer, Ministerio de Salud de Mendoza.

Raineri, Flavia - Coordinadora General de la Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Maternidad e Infancia SEMIP-NACER, Ministerio de Salud de Buenos Aires.

Sabignoso, Martín - Subcoordinador General del Plan Nacer, Ministerio de Salud de la Nación.

Teppaz, Daniel - Coordinador del Plan Nacer, Ministerio de Salud de Santa Fe.

Vincent, Daniel - Ministro, Ministerio de Salud de Neuquén.

## **Acerca de la autora**

**María Fernanda Potenza Dal Masetto:** becaria de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCyT) para proyecto desarrollado por el programa de Protección Social de CIPPEC. Alumna del Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Administración y Políticas Públicas, Universidad de San Andrés (UdeSA). Licenciada en Ciencia Política, Universidad del Salvador (USAL). Integró equipos de investigación sobre políticas sociales para estudios financiados por diferentes organismos nacionales e internacionales.

**Gala Díaz Langou, Paula Forteza, Juan Pablo Fernández y Carolina Aulicino** colaboraron en la elaboración de este documento.

El **Programa de Protección Social** trabaja con la misión de contribuir para que, desde un enfoque de derechos, el Estado, en los niveles nacional, provincial y municipal, pueda diseñar, gestionar y evaluar políticas integrales de protección social que mejoren la calidad de vida de los habitantes de la República Argentina.

**Si desea citar este documento:** Potenza Dal Masetto, María Fernanda: “La implementación del Plan Nacer”, *Documento de Trabajo N°82*, CIPPEC, Buenos Aires, marzo de 2012.

CIPPEC alienta el uso y divulgación de sus producciones sin fines comerciales.

Para uso online CIPPEC agradece la utilización del hipervínculo al documento original disponible en [www.cippec.org](http://www.cippec.org).

*La opinión de la autora no refleja necesariamente la posición institucional de CIPPEC en el tema analizado.*

*Este trabajo se realizó gracias al apoyo brindado por la  
Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica*





**DOCUMENTO DE TRABAJO N°82**  
**MARZO DE 2012**

#### **DOCUMENTOS DE TRABAJO**

Con los **Documentos de Trabajo**, CIPPEC acerca a expertos, funcionarios, legisladores, periodistas, miembros de organizaciones de la sociedad civil y a la ciudadanía en general investigaciones propias sobre una o varias temáticas específicas de política pública.

Estas piezas de investigación aplicada buscan convertirse en una herramienta capaz de acortar la brecha entre la producción académica y las decisiones de política pública, así como en fuente de consulta de investigadores y especialistas.

Por medio de sus publicaciones, CIPPEC aspira a enriquecer el debate público en la Argentina con el objetivo de mejorar el diseño, la implementación y el impacto de las políticas públicas, promover el diálogo democrático y fortalecer las instituciones.

**CIPPEC** (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente, apartidaria y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en la Argentina. Su desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de **Desarrollo Social, Desarrollo Económico, e Instituciones y Gestión Pública** a través de los programas de Educación, Salud, Protección Social, Política Fiscal, Integración Global, Justicia, Transparencia, Desarrollo Local, y Política y Gestión de Gobierno.

Av. Callao 25, 1° C1022AAA, Buenos Aires, Argentina  
T (54 11) 4384-9009 F (54 11) 4384-9009 interno 1213  
info@cippec.org www.cippec.org