

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autora: Gabriela Concetti

DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

Evaluación de acciones asociadas a planes de beneficio en salud de dos países de América Latina (Argentina y Chile)

2017

Director de Tesis: Mg. Dr. Sergio Horis Del Prete

Citar como: Concetti, G. (2017). Desarrollo infantil temprano: evaluación de acciones asociadas a planes de beneficio en salud de dos países de América Latina (Argentina y Chile). [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/497>



ÍNDICE

I.	Resumen/Abstract-Palabras claves.....	5
II.	Introducción.....	6
	a. Presentación.....	6
	b. Relevancia y justificación.....	8
III.	Planteamiento del problema.....	8
	a. Objetivos: Generales y específicos.....	8
IV.	Marco Teórico.....	9
	a. <i>Desarrollo Infantil Temprano</i>	9
	b. <i>Concepto de Desarrollo Infantil Temprano en el marco de las políticas públicas</i>	13
V.	Metodología de la investigación	14
	a. Tipo de estudio	14
	b. Dimensiones, variables e indicadores.....	14
	c. Universo y características de la muestra.....	15
	d. Fuentes de información y técnicas de recolección de datos.....	15
VI.	Desarrollo.....	15
	a. Políticas públicas orientadas a primera infancia.....	15
	i. Argentina:	15
	<i>Asignación Universal por Hijo (AUH)</i>	15
	<i>Asignación por Embarazo para Protección Social (AxE)</i>	17
	<i>Programa Primeros Años</i>	17
	ii. Chile:	20
	<i>Sistema de Protección Integral a la Infancia: Chile Crece Contigo</i>	20
	b. Contexto y Organización de los Sistemas de Salud.....	25
	i. Sistema de Salud de Argentina.....	25
	<i>Sistema Nacional de Salud. Características</i>	26
	<i>Subsector Público</i>	28
	<i>Subsector de la Seguridad Social</i>	29
	<i>Subsector privado</i>	30
	<i>Financiamiento del Sistema</i>	31
	<i>Recursos físicos y humanos del Sistema</i>	32
	ii. Sistema de Salud de Chile.....	32
	<i>Sistema Sanitario</i>	34
	<i>Subsector Público</i>	36

	<i>Subsector de la Seguridad Social</i>	37
	<i>Subsector Privado</i>	38
	<i>Financiamiento del Sistema</i>	40
	<i>Recursos físicos y humanos</i>	41
c.	Situación Sanitaria Materno infantil	41
	i. Argentina.....	41
	ii. Chile.....	45
d.	Políticas comparadas de Salud	52
	<i>Los Planes de Beneficios de Salud. Comparación</i>	52
	<i>Los Planes de Beneficios de Salud en el contexto de la Promoción del</i> <i>Desarrollo Infantil temprano</i>	54
	<i>Planes de beneficio en salud en Argentina. Programa NACER-</i> <i>SUMAR</i>	55
	<i>Plan de Servicios de Salud del Programa SUMAR Características y</i> <i>componentes</i>	57
	<i>Planes de Servicios en Chile. Plan AUGE</i>	58
e.	Análisis particular de los PBS con enfoque en DIT.....	62
	i. Población objetivo de los planes de beneficios en salud en relación al DIT.....	62
	<i>Población objetivo de Argentina</i>	62
	<i>Población objetivo de Chile</i>	63
	ii. Menú prestacional comparativo de los PBS orientado a DIT.....	64
	<i>Análisis comparativo de prestaciones orientadas a la promoción del</i> <i>DIT</i>	65
	<i>Menú prestacional en Argentina</i>	65
	<i>Menú prestacional en Chile</i>	70
	<i>Criterios de calidad de las prestaciones contenidas en los PBS de Chile</i> <i>y Argentina</i>	77
	<i>Argentina</i>	77
	<i>Chile</i>	79
	iii. Articulación con programas y otros actores relevantes en relación al DIT.....	80
	<i>Articulación intra e inter institucional en relación al DIT en</i> <i>Argentina</i>	80
	<i>Chile</i>	84
	iv. Desarrollo de la Cultura Evaluativa	88

	<i>Evaluación de cumplimiento de metas de programas orientadas al DIT en Chile</i>	90
	<i>Evaluación de cumplimiento de metas de programas orientadas al DIT en Argentina</i>	95
	Comparación de mediciones de impacto.....	99
VII.	Conclusiones.....	107
VIII.	Propuesta Final.....	113
IX.	Bibliografía.....	115
X.	Anexos.....	122

I. Resumen

En las últimas décadas los países de América Latina han incluido en sus agendas políticas públicas que promueven las acciones destinadas a potenciar el Desarrollo Infantil Temprano (DIT), así como también han incorporado los Planes de Beneficios de Salud (PBS) destinados a explicitar la cobertura de ciertas condiciones de salud consideradas prioritarias.

Argentina y Chile no han sido ajenos a estas nuevas modalidades de gestión. El presente estudio indaga acerca de las acciones que refieren a los planes de beneficios de Salud en relación al DIT implementadas en ambos países.

Abstract

In the last decades, regional countries of Latin America have included in their agendas public policies that promote actions aimed at empowering the Early Childhood Development (ECD), these countries have also incorporated Health Benefit Plans (HBP) destined to make explicit the coverage of certain priority health conditions.

Argentina and Chile have not been unaware of these new management modalities. The present study investigates the actions referring to the health benefit plans in terms of the ECD implemented in both countries.

Palabras claves:

Planes de beneficios de salud, Desarrollo infantil temprano, Salud infantil, Chile, Argentina, Desempeños sanitarios, Pago por desempeño, Sistema de salud, Cultura evaluativa, Monitoreo, Evaluación de impacto.

Key words:

Health benefit plans, Early child development, Child health, Chile, Argentina, Health performance, Performance payment, Health system, Evaluative culture, Monitoring, Impact assessment.

II. Introducción

Presentación

En los últimos 20 años, los países de la región latinoamericana han incorporado como tema de agenda en salud los Planes de Beneficios de Salud (en adelante PBS). Los mismos se encuentran destinados a explicitar la cobertura de ciertas condiciones de salud consideradas prioritarias.

En este sentido, la priorización de determinadas prestaciones difiere de un país a otro, atendiendo en mayor o menor medida a las demandas de la sociedad, las necesidades de atención en salud, y al perfil epidemiológico de la población sobre la que se desea extender cobertura.

Distintos organismos internacionales y entidades que tienen como uno de sus objetivos a la promoción de la salud materno infantil -tales como UNICEF y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)- han propiciado durante las últimas décadas la inclusión en las agendas de gobierno de políticas públicas que promuevan acciones destinadas a potenciar el Desarrollo Infantil Temprano (en adelante DIT). Dichas políticas se fundamentan a partir de acciones que posibiliten al niño -desde su gestación- el pleno desarrollo de su potencial biopsicosocial, como así también contar con intervenciones oportunas ante la detección de posibles retrasos en el mismo.

La evidencia científica avala la importancia de adoptar medidas tempranas en este sentido. No sólo por los resultados en salud sino también por la costo/efectividad que resulta de invertir recursos institucionales y humanos tanto en lo sanitario como lo social a lo largo de la primera infancia.

Atendiendo a la necesidad de establecer una cadena de acciones que garanticen el desarrollo infantil temprano, los países latinoamericanos han puesto en marcha diferentes planes destinados a este grupo etario. No sólo concentrándose en la reducción de la morbilidad materno infantil, sino un paso más, procurando otorgar garantía de que esos niños tengan posibilidades de un pleno desarrollo de sus capacidades como derecho humano básico.

En este contexto, vale indicar la relevancia que reviste, para la medición de su impacto, el seguimiento y evaluación de las políticas implementadas. Sólo aplicando instrumentos eficaces se podrá disponer de una noción adecuada respecto de los cambios sociales ocasionados, adquiriendo reconocimiento crucial respecto de la efectividad de las estrategias aplicadas.

El resultado obtenido a partir de una correcta evaluación de las políticas será de suma utilidad para planificadores y tomadores de decisión gubernamentales, en tanto permitan identificar las problemáticas institucionales y/o sociales que más dificulten la correcta gestión pública.

La presente investigación procura indagar las políticas públicas implementadas en Argentina y Chile en los últimos 10 años, vinculadas a los Planes de Beneficios en Salud en materia de desarrollo infantil temprano; y de la implementación de una cultura que evalúe tales estrategias.

Su objetivo general radica en comparar dimensiones asociadas al menú prestacional así como los mecanismos de abordaje intersectorial en materia de DIT en Chile y Argentina, materializados respectivamente en el Plan AUGE, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicocial (PADBP) y el Programa SUMAR. Al mismo tiempo procura indagar respecto de la cultura evaluativa de dichas estrategias en ambos países y del grado de articulación con las políticas macro destinadas a la primera infancia, como son el Programa Chile Crece Contigo y el Primeros Años, en Chile y Argentina respectivamente. Se trata de ambos casos de países de medianos ingresos, que han transitado en el mismo periodo temporal la implementación de planes de beneficios de salud y de políticas intersectoriales específicamente orientadas al desarrollo infantil temprano.

Además, se han planteado como objetivos específicos el análisis y comparación del menú prestacional correspondiente a los planes de beneficios de salud de Argentina y Chile en relación al abordaje del DIT, la indagación respecto de cuáles son los mecanismos de abordaje interinstitucional del DIT planteados desde el momento de su diseño tanto en el plan AUGE como en el PADBP y en el programa SUMAR, la identificación de los factores condicionantes de éxito o fracaso y finalmente el análisis de la cultura evaluativa del plan AUGE y del programa SUMAR. De esta forma será posible efectuar una correcta descripción de las buenas prácticas desarrolladas por ambas políticas públicas, así como

la detección de fortalezas y debilidades que puedan servir como instrumentos para colaborar en un eventual rediseño del plan de beneficios en salud, siempre orientado a la promoción del desarrollo infantil.

Relevancia y justificación

Dado que la implementación de un Plan de Beneficios de Salud en Argentina se llevó a cabo en el marco de la puesta en marcha en el año 2004 del proyecto de creación de seguros provinciales materno infantiles (Plan Nacer), y que el mismo se extendió posteriormente en forma gradual a la población de 0 a 64 años sin cobertura explícita de salud a través del Programa Sumar. Este proyecto y su financiamiento tienen como fecha de finalización el mes de septiembre de 2017, con extensión al mismo mes del siguiente año (2018).

El tiempo transcurrido desde la implementación del programa a la fecha permite indagar acerca de cuáles son las acciones que el Programa Sumar ha llevado a cabo en torno a la promoción del DIT y efectuar a la vez un *benchmarking* con el Plan y subprogramas que aplica Chile para idéntica problemática.

Se propone que a partir del análisis comparativo y los hallazgos observados de las estrategias implementadas en ambos países, generar recomendaciones que permitan a los decisores en la materia, adoptar las mejores medidas posibles en lo que refiere al abordaje del Desarrollo Infantil Temprano en el marco de la ampliación de un proyecto de financiamiento por desempeño como es Plan Nacer/Programa Sumar.

III. Planteamiento del problema

Objetivos Generales

Comparar dimensiones asociadas al menú prestacional, mecanismos de abordaje intersectorial y si el desarrollo contempla o no una cultura evaluativa de las acciones implementadas a través de los planes de beneficios en salud desarrollados tanto en Argentina como en Chile, en lo que refiere a la mejora del desarrollo infantil temprano.

Objetivos Específicos

- Analizar y comparar el menú prestacional correspondiente a los planes de beneficios de salud de Argentina y Chile en relación al abordaje del DIT.
- Indagar acerca de cuáles han sido los mecanismos de abordaje interinstitucional del DIT planteados desde su diseño por parte de los PBS.
- Reconocer y analizar la presencia o no de una cultura evaluativa y/o de instrumentos de medición de efecto e impacto en relación a las acciones implementadas en torno al DIT por parte de los PBS.
- Evaluar y contrastar los desempeños observados en relación al DIT, presentes en los PBS de ambos países.

IV. Marco Teórico

Desarrollo Infantil Temprano

Siguiendo conceptualmente a UNICEF “el desarrollo infantil temprano (DIT) se refiere al desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y socio-emocional de los niños y niñas de 0 a 8 años, de una manera integral para el cumplimiento de todos sus derechos” (2016, p.1). El desarrollo humano es un proceso continuo y progresivo mediante el cual se adquieren habilidades, conocimientos y conductas cada vez más complejas (Landers et. al, 2006). Este proceso se realiza mediante un patrón de cambios denominado desarrollo normal o típico. Este se enfoca en diferentes áreas del desarrollo (Shonkoff y Phillips, 2000), a saber:

- Desarrollo físico (crecimiento);
- Desarrollo motor (habilidad del niño para moverse y controlar las diferentes partes de su cuerpo);
- Desarrollo cognitivo (expansión de las capacidades intelectuales);
- Desarrollo perceptivo (creciente complejidad en el uso de la información recibida por parte de los órganos de los sentidos: visión, audición, olfato, gusto y tacto corporal);
- Desarrollo del lenguaje y
- Desarrollo psico-emocional.

Existe un vasto cuerpo teórico que explica al Desarrollo como un producto de la carga genética que el individuo posee, como así también resultado de la capacidad que este tiene de interactuar con el medioambiente que lo rodea y con los factores posibilitadores que ese entorno le ofrece (determinantes).

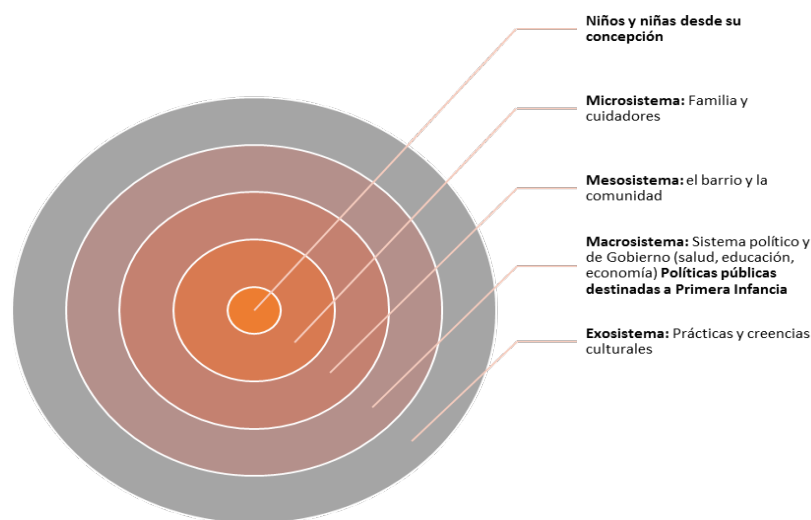
Es en el período denominado primera infancia donde se logra obtener el mayor número de capacidades, y donde también ante injurias tanto externas (violencia, maltrato, carencia de nutrientes) como internas (patologías infecciosas, neurológicas, etcétera), puede llegar a afectarse la adquisición de nuevas habilidades. Las eventuales secuelas pueden llegar a minimizarse, a partir de la incorporación de intervenciones anticipatorias en etapas claves y centradas en la promoción del desarrollo infantil temprano.

Como ya se mencionará oportunamente, el desarrollo del potencial físico psíquico y emocional de un individuo no solo dependerá de su genética, sino también de su historia y del entorno en el que habita (interacción con los determinantes socio-ambientales). Este concepto fue descrito por Urie Bronfenbrenner (Molina y Torres, 2013, p.16) en lo que denominó "teoría ecológica del desarrollo humano" (modelo bio ecológico). Esta se basa en un enfoque ambiental sobre el desarrollo del individuo, a partir de los diferentes entornos en los que se desenvuelve y que influyen en su desarrollo. Toma en cuenta que el desarrollo humano se da en interacción con las variables genéticas y el entorno, explicitando los diferentes sistemas que conforman las relaciones personales en función del contexto en el que tienen lugar.

Este autor describe a su vez la presencia de cuatro sistemas interrelacionados de menor a mayor globalidad (Gráfico 1), donde el núcleo es el propio individuo (desde su concepción), ampliando la interrelación en primera instancia con su familia y cuidadores (microsistema), el barrio, y la comunidad (mesosistema). Y posteriormente con el sistema político y de gobierno, las instituciones religiosas y los sistemas de salud, educativo y económico (macrosistema). En este contexto, y en forma asociada a las prácticas y creencias culturales (exosistema) se generan instancias donde el propio Estado puede intervenir en base a la implementación de determinadas políticas públicas que se apliquen a lo largo del curso de vida del niño, y también sobre su familia y la comunidad.

Es durante los primeros años (desde la gestación hasta los 6 años) cuando se forman las habilidades, y donde toda intervención orientada a la mejora del cuidado del niño, de su nutrición, estimulación y educación adecuada se va a ver reflejada en una mejora del desarrollo infantil. Por el contrario, cuestiones como la presencia de patologías congénitas (defectos del tubo neural o cardiopatías), el consumo de drogas o alcohol en el embarazo, infecciones (TORCH)¹, patologías que cursan con retraso mental, prematurez y malnutrición materna entre otros factores, asociados a desequilibrios del contexto como violencia intrafamiliar, maltrato y deprivación afectiva, ejercen un efecto negativo sobre un potencial buen desarrollo.

Gráfico 1: Modelo ecológico en torno al desarrollo infantil temprano



Fuente: Molina y Torres, 2013, p. 28.

Dentro del periodo evolutivo mencionado -hasta los 6 años- es posible distinguir dos sub-etapas. La primera va desde la gestación hasta los 3 años (primera infancia). A lo largo de esta, tanto el desarrollo motor, el cognitivo, el social, el emocional y el sensorial tienen su máxima expresión. De esta forma, toda experiencia de estimulación visual, verbal, de protección y de afecto favorecerá el desarrollo de sus habilidades.

En la segunda, comprendida entre los 3 y los 6 años, los niños y niñas ya dominan el sistema gramatical y lingüístico básico, se desarrollan socio emocionalmente y son

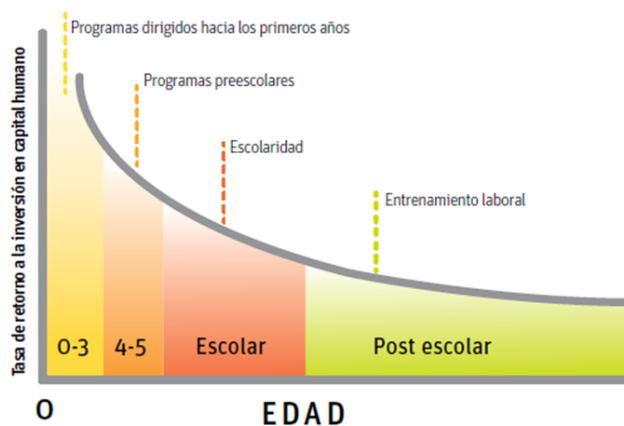
¹ Toxoplasmosis, Rubeola, Citomegalovirus, y Herpes Simple.

capaces de manejar capacidad de resolución de problemas. Ambas etapas del desarrollo infantil se van a ver afectadas por la presencia de factores estresantes del contexto, como son la pobreza y la presencia de un entorno familiar y social desfavorable (carencia de afecto, estímulo y de sistemas de protección en la infancia) elementos que van a repercutir en los niveles cognitivos y motivacionales, con la posibilidad de afectar el desempeño escolar y la futura inserción del individuo en el mercado laboral.

En base a este complejo interaccionar, el desarrollo infantil temprano ha cobrado importancia desde el punto de vista económico ya que tanto el crecimiento de la economía como el desarrollo social de los países se verá influenciado positivamente. Especialmente si sus poblaciones han tenido mayor acceso al desarrollo de habilidades y capacidades en forma temprana, tal como lo sugiere Amartya Sen (2000).

En sintonía con esta teoría, se ha podido comprobar el impacto que generan los programas de educación al potenciar una tasa de retorno de inversión mayor respecto tanto de las oportunidades de desarrollo como del bienestar social, en la medida que las acciones se hayan focalizado en etapas tempranas de la vida (Carneiro, Cunha y Heckman, 2003) (Figura 1).

Figura 1: Modelo de Carneiro y Heckman. "Curva de Heckman". Índice de Retorno de Inversión en Capital Humano a diferentes edades.



Fuente: Molina y Torres, 2013, p. 28

Esto debiera servir como incentivo a los gobiernos para orientar recursos hacia la mejora de la primera infancia vulnerable, independientemente que sus efectos impacten positivamente recién en el largo plazo respecto de su desarrollo en términos de habilidades y capacidades para su inserción laboral futura. El capital humano se forma

en el tiempo, así como se potencia el capital social. Y esto, en términos de rédito político, resta dimensión cualitativa en cuanto a visibilidad e impacto en el corto plazo.

Concepto de Desarrollo Infantil Temprano en el marco de las políticas públicas

Tras la sanción en el año 1989 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN), quedaron sentadas las bases para que los Estados miembros adoptaran medidas tendientes a sostener en forma adecuada el bienestar de la niñez garantizando los derechos allí promulgados. Siguiendo con esta línea, en el año 2002 tuvo lugar una sesión especial de la Asamblea General de Naciones Unidas en favor de la Infancia con el objetivo de evaluar los avances alcanzados respecto de los derechos del niño desde la promulgación de la CIDN. La misma estableció un horizonte al cual los Estados participantes debían aspirar, en base al compromiso de que todos los niños alcancen el mejor comienzo posible de su vida, disfruten del acceso a una educación básica de calidad y de esta forma logren desarrollar todo su potencial individual. La Asamblea estableció un carácter vinculante con la CIDN, y marcó como ejes prioritarios promover vidas sanas, ofrecer educación de calidad, proteger a los niños contra todo maltrato y luchar contra el VIH/SIDA.

Tanto Argentina como Chile no estuvieron ajenos a estos lineamientos. En el año 1990, Argentina ratifica la CIDN mediante la sanción de la Ley n° 23849. Posteriormente en el año 2005 se sanciona la Ley n° 26061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, estableciéndose el pleno goce de los derechos emanados de la Ley y de los tratados internacionales y teniendo como premisa el interés superior del niño. Esta Ley llevó a la creación de la Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) y del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, como organismos encargados de la implementación de políticas públicas destinadas a la niñez y adolescencia en todo el territorio nacional. Finalmente, en el año 2006 tuvo lugar la sanción de la Ley de Educación Nacional N°26.206, la que incluyó en su encuadre normativo la educación inicial desde los 45 días hasta los 5 años, adquiriendo carácter obligatorio para el último año.

En el caso de Chile, en el año 2001 impulsa el proceso de la reforma en materia de derechos en la infancia y adolescencia, mediante la creación del Consejo de Ministros para la Infancia y el establecimiento de un marco jurídico orientado a la protección de

los derechos de niños, niñas y adolescentes. Entre ellos se destacan el aseguramiento de la educación gratuita y obligatoria en el nivel medio (Ley 19.876/2003), la Ley de Garantías Explícitas de Salud (Ley 19.966/2004), la Instalación del Sistema de Protección Integral de la Infancia Chile Crece Contigo (Ley 20.379/2009) y el Aseguramiento de la calidad de educación parvularia, básica y media (Ley 20.529/2011).

Es interesante destacar que, pese a los numerosos avances en materia legislativa, Chile recibió recomendaciones por parte del Comité de los Derechos del niño acerca de la necesidad de reformar la Ley de Menores N° 16.618 (año 1967), de protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. En mayo de 2017, la Cámara de Diputados chilena dio media sanción al proyecto de Ley de Garantías de Derechos de la Niñez, dando de esta forma respuesta a los señalamientos provenientes de organismos internacionales.

Estos marcos jurídicos permitieron establecer las bases para que Argentina y Chile elaboraran estrategias destinadas a dar respuestas a las brechas de equidad existentes en relación al desarrollo infantil en la primera infancia, a partir de la implementación de políticas públicas de objetivos similares en su origen, pero con diferencias metodológicas al momento de su diseño e implementación.

V. Metodología de la investigación

- **Tipo de estudio**

La investigación en curso se basa en la aplicación de un método de estudio cualitativo y comparativo entre países, consistente en la revisión de literatura y de documentos técnicos disponibles a la fecha.

- **Dimensiones, variables e indicadores**

Se realizará un análisis comparativo de las dimensiones que se detallan a continuación para los países en estudio:

- Menú prestacional:

- ✓ Prestaciones orientadas a la cobertura de patologías en general y estrategias sanitarias que inciden en la morbilidad materno-infantil cubierta por los PBS de Argentina y Chile.
- ✓ Prestaciones destinadas específicamente a la promoción del DIT.
- Articulación con otros actores relevantes en DIT
 - ✓ Diseño del PBS. Explicitación del abordaje intersectorial.
- Monitoreo y evaluación de desempeño de la implementación de PBS en relación al DIT
 - ✓ Mecanismos de monitoreo y evaluación de efecto e impacto implementados.
 - ✓ Desempeños.
- **Universo y características de la muestra**

Se tomará como universo de estudio los Planes de beneficios de Salud implementados en Argentina y Chile (Plan Nacer/Programa Sumar y Plan Auge y PADBP respectivamente).

Fuentes de información y técnicas de recolección de datos

- Recopilación bibliográfica
- Revisión de documentos clave
- Informes de resultados

VI. Desarrollo de la Investigación

- **Políticas públicas sociales y sanitarias orientadas a primera infancia en Argentina:**

Asignación Universal por Hijo (AUH)

La Asignación Universal por Hijo (AUH) fue creada mediante Decreto de Necesidad y Urgencia N° 2602/2009. Mediante su dictado, la Presidencia de la Nación amplió los

alcances de la Ley 24.714 del año 1996, que establecía el régimen de asignaciones familiares (AF) para los trabajadores formales.

El mencionado Decreto establece, en su primer artículo, un nuevo modelo de transferencias monetarias asimilable a la Asignación Familiar del trabajador asalariado formal, con las siguientes particularidades:

“subsistema no contributivo de Asignación Universal por Hijo para Protección Social, destinado a aquellos niños, niñas y adolescentes residentes en la República Argentina, que no tengan otra asignación familiar prevista por la presente, y pertenezcan a grupos familiares que se encuentren desocupados o se desempeñen en la economía informal.” (Artículo 1).

La Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) es quien realiza su implementación y control, a la vez que administra los requisitos de acceso. En cuanto a su financiación, vale indicar que:

“(…) se asignan los establecidos para la ley 24.241/93 del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, administradas por ANSES. Esta ley establece en su Artículo 18º que las prestaciones correspondientes al régimen de reparto se financiarán mediante fondos provenientes de: a) Las contribuciones a cargo de los empleadores, establecidas en el artículo 11; b) Dieciséis (16) puntos de los veintisiete (27) correspondientes a los aportes de los trabajadores autónomos; establecidos en el artículo 11; c) La recaudación del Impuesto sobre los Bienes Personales no incorporados al Proceso Económico y otros tributos de afectación específica al régimen nacional de previsión social o a este régimen; d) Los recursos provenientes de "Rentas generales" de la Nación; e) Intereses, multas y recargos; f) Rentas provenientes de inversiones; g) Todo otro recurso que corresponda ingresar al régimen de reparto; h) Los aportes correspondientes a los afiliados previstos en el artículo 30 que no hayan ejercido la opción prevista en el artículo 39. Se agrega al sistema de financiamiento, los rendimientos anuales del Fondo de Sustentabilidad del Sistema Integrado Previsional Argentino” (Rouquau y Páez, 2013, p.13).

Respecto de su alcance de cobertura, según informe de Basualdo et al. (2010) la AUH incorpora a más del 36% de los menores del país cuyos padres no tienen trabajo formal registrado, "(...) lo cual, sumado al 53.3% que se hallaba cubierto por el régimen contributivo, indica que el 89.9% de los menores estaría en condiciones de percibir asignaciones familiares" (Ministerio de Salud, 2013, p.9).

Asignación por Embarazo para Protección Social (AxE)

Este sistema de transferencias monetarias se extiende a su vez mediante la Asignación por Embarazo para Protección Social, consistente en un ingreso provisto por el Estado nacional y destinado a mujeres embarazadas que residen en el territorio nacional en situación de vulnerabilidad.

En este sentido, la cobertura se fundamenta en que

"(...) tiene como objetivo brindar protección social a las mujeres en situación de vulnerabilidad socioeconómica en estado de gestación, de forma tal de ofrecerles servicios públicos de diagnóstico y tratamiento oportuno, a los fines de contribuir a disminuir los índices de mortalidad materna, perinatal, neonatal e infantil asociados a problemas en el acceso a los servicios de salud" (Ministerio de Salud, 2013, p.7)

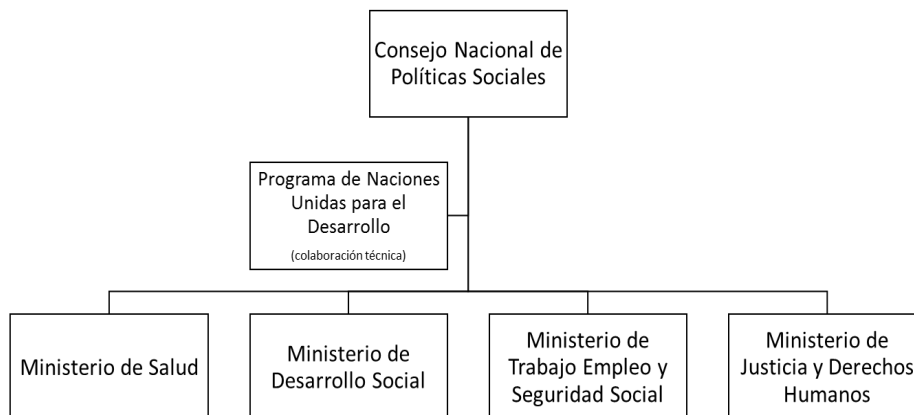
El beneficio es otorgado a mujeres embarazadas entre la duodécima y la cuadragésima segunda semana de gestación, argentinas (ya sea nativas, o por opción, naturalizadas o residentes). No deben contar con cobertura de Obra Social, ni poseer otro tipo de asignación familiar.

Programa Primeros Años

Fue creado en el año 2005 bajo la órbita del Consejo Nacional de Políticas Sociales y de los Ministerios de Desarrollo Social, de Salud, de Trabajo Empleo y Seguridad Social y de Justicia y Derechos Humanos, mediante un convenio que integra diferentes recursos, y con la colaboración técnica del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (Grafico 2), Establece como objetivo principal generar condiciones familiares comunitarias e institucionales que permitan promover el Desarrollo Infantil Temprano

(DIT) a partir de un abordaje integral y con la finalidad de establecer entornos protectores de los derechos de los niños y niñas de 0 a 4 años.

Gráfico 2. Programa Primeros Años. Organigrama



Fuente: Elaboración Propia

Sus objetivos específicos refieren a la formación y fortalecimiento de redes territoriales que acompañen a las familias en su rol de crianza, contribuyendo al fortalecimiento de las mesas locales intersectoriales destinadas al abordaje del DIT. Al mismo tiempo, apuntan a promover la responsabilidad colectiva en torno a la primera infancia y consolidar un sistema de acciones y seguimiento del programa que permita una mejora en la toma de decisiones.

En lo que respecta específicamente al sector salud, fuentes consultadas en la Dirección de Maternidad e Infancia - las cuales participaron de las mesas intersectoriales del programa Primeros Años - refieren que los objetivos generales planteados en el marco del programa estuvieron orientados a mejorar la calidad y cobertura de la atención de las mujeres durante las etapas preconcepcional, del embarazo, el parto y el puerperio, y mejorar la atención de los niños y niñas desde el nacimiento, así como la promoción del desarrollo en la primera infancia con enfoque de género. En tanto, los objetivos específicos, planteados desde el Ministerio de Salud, fueron:

Control del embarazo, parto y puerperio

- Elevar el número de consultas durante el embarazo a un mínimo de 5 controles.
- Abordar el embarazo adolescente de forma integral, considerando los aspectos sociales en cada caso.

- Preparar a la mujer y a su familia para la lactancia materna y asegurar una lactancia exitosa antes del alta.
- Informar adecuadamente a la mujer sobre su derecho a estar acompañada durante el parto y la internación por la persona que ella decida.
- Informar a la familia sobre las Estrategias de parto Humanizado y Maternidades Centradas en la Familia.
- Planificación familiar: informar antes del alta sobre el derecho a recibir consejería adecuada sobre métodos anticonceptivos.

Control del niño:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad por medio de la mejora del control en salud de los niños y niñas, con énfasis en la inclusión del desarrollo infantil en el contexto de la atención integral
- Crecimiento y desarrollo y alimentación.
- Inmunizaciones.
- Atención de patologías prevalentes.
- Condiciones ambientales sustentables.
- Factores protectores para el desarrollo infantil, con acompañamiento de las familias en la crianza.
- Prevención de accidentes en los niños.
- Construcción de redes sociales de sostén hacia la salud integral de la primera infancia.
- Abordaje comunitario en los temas de discapacidad, abuso, violencia y adicciones.

En cuanto al modo de articular acciones entre los diferentes actores, el Programa estableció la creación de una mesa intersectorial a nivel nacional, con modalidades similares a nivel provincial y municipal, al ser en estos donde se diseña la estrategia de promoción del DIT de acuerdo a la realidad de cada localidad.

Más allá de informes de gestión analizados, que dan cuenta de un aumento de cobertura del plan en números absolutos y del trabajo realizado en cada una de las jurisdicciones, un inconveniente observado es no haber contemplado en el diseño del programa la

elaboración de un diagnóstico de situación inicial (línea de base) que pudiera dar cuenta de la magnitud del problema antes de su inicio. Tampoco se observa la presencia de indicadores y metas tendientes a evaluar no solo el grado de articulación intersectorial efectivo, sino el cumplimiento de los objetivos propuestos (efectos e impacto) respecto de tal línea de base inicial.

- ***Políticas públicas sociales y sanitarias orientadas a primera infancia en Chile***

Sistema de Protección Integral a la Infancia: Chile Crece Contigo

En la búsqueda de mejorar las condiciones de vida y salud de la población materno infantil, el país trasandino implementó en el año 2006 el Sistema Chile Crece Contigo. El mismo fue concebido como un sistema de protección integral a la infancia, que procura acompañar, proteger y apoyar el desarrollo integral de niños y niñas junto con sus familias, desde la gestación hasta su ingreso a la escolaridad formal. La idea central es que dicho Sistema se constituya en un articulador intersectorial de programas y prestaciones orientados a la primera infancia.

Estructuralmente está conformado por un entramado complejo de acciones dirigidas al desarrollo integral del niño, diseñadas de acuerdo a las necesidades exclusivas de cada individuo y su familia. Dichas acciones corresponden a servicios de apoyo, así como beneficios generales y particulares garantizados.

Su implementación se centra en el análisis y entendimiento que la desigualdad surge en los primeros años de vida. Y que si lo que se desea es mejorar esta condición, deben implementarse medidas que aborden el problema desde su raíz. De esta manera, los organismos de salud pública y el componente de educación inicial requieren una modificación profunda en cuanto a su dinámica de provisión de prestaciones para los niños.

Dentro de los programas que configuran el Sistema Chile Crece Contigo se encuentra el denominado Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB), que resulta el eje neural. Su objetivo principal es proveer las condiciones mínimas de bienestar necesarias para un desarrollo integral de niños y niñas que nazcan en las instituciones de salud pertenecientes al sector público. Esto se obtiene en base a la implementación de una atención integral, sistémica y continuada desde su gestación hasta los 4 años.

Existen cinco elementos centrales que conforman el programa:

1. Fortalecimiento del desarrollo prenatal, dando educación a la madre y su pareja respecto de la importancia de los cuidados prenatales, y brindándoles atención integral a las familias que estén en situación de vulnerabilidad.
2. Atención personalizada durante el parto y el puerperio.
3. Atención integral del niño/a hospitalizado.
4. Reforzamiento del desarrollo integral del niño/a, enfatizando la importancia del control médico de salud de los niños y asociando intervenciones de tipo educativas y de apoyo a la crianza.
5. Atención de los niños y niñas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

El primer componente del PADB se enfoca al fortalecimiento de la atención prenatal, dando prioridad a la detección de posibles riesgos biopsicosociales y al desarrollo de planes relacionados con el cuidado y la educación preparatoria para el parto y la crianza del infante, que paralelamente estén orientados al ámbito familiar. Por tal razón, el programa otorga importancia al primer control efectivizado tras la confirmación del embarazo. Esta primera consulta permite determinar no sólo factores de riesgo a nivel físico, sino también a nivel social y familiar con capacidad para afectar a la futura madre y su hijo. De esta forma, se hace posible establecer acciones de salud prioritarias de acuerdo a cada caso, y activar los servicios diferenciados necesarios dentro de la Red de Protección Social (Chile Crece Contigo, 2012).

El segundo componente del PADB se vincula con la atención personalizada que se lleva adelante a lo largo del parto y el puerperio. En este sentido, el Programa tiene diseñadas estrategias de educación e información para la gestante y su familia, en relación con la preparación para el parto y para la crianza durante los primeros años. Esto constituye un aspecto muy importante, ya que proporciona herramientas a la población para aumentar su conocimiento en ambos temas, lo que facilita la toma de decisiones pertinentes en cada caso. Las embarazadas reciben en su primera consulta de control una Guía de la Gestación, consistente en material informativo diseñado especialmente

para las familias que esperan la llegada de un bebé. Esta Guía le proporciona conocimientos a la familia respecto de cuidados y recomendaciones para cada etapa del proceso de embarazo y parto, así como también sobre los derechos laborales de la madre durante este período. Paralelamente, se contempla el diseño de un Plan de Salud personalizado. Este consiste en una serie de acciones destinadas a dar cobertura específica a situaciones de riesgo psicosocial y clínico, y aplicadas a casos particulares de gestantes en situación de vulnerabilidad. Dicho Plan es diseñado por el Equipo de Salud que atiende a la gestante, encargado de reunir y evaluar la información pertinente.

Otro de los aspectos importantes que ofrece el Programa dentro de este componente es la atención personalizada durante el parto, a fin que resulte una experiencia lo menos estresante posible. Para tal fin incorpora talleres de entrenamiento para el parto y cuidados del recién nacido. Estos talleres están dirigidos a las futuras madres y sus parejas o, en el caso de las madres solteras, a la persona significativa que la acompañará durante el proceso. Un aspecto positivo es que se permite y estimula el acompañamiento por parte de la pareja o familiar durante el trabajo de parto, lo que contribuye significativamente a reducir el estrés y la ansiedad de la madre durante el proceso. Asimismo, se ofrece información a la madre sobre el manejo del dolor y las posibilidades con que cuenta para ello. Las alternativas farmacológicas y no farmacológicas están incluidas en el Régimen AUGE, como acciones prioritarias para la atención del parto. En este aspecto, depende de los recursos tanto humanos como físicos con que cuenta la institución que atiende el parto, así como del tipo de problemas médicos u obstétricos que se presenten y de las preferencias particulares de las madres. La responsabilidad de informar sobre las alternativas que éstas tienen para el manejo del dolor durante el parto recae en el equipo médico profesional que la atiende. En la actualidad, la técnica más utilizada es la analgesia local (peridural o epidural). También se propicia el contacto físico piel con piel entre el recién nacido y su madre al momento del nacimiento, lo que permite fomentar los vínculos afectivos y de reconocimiento mutuo.

El tercer componente está relacionado con la atención integral del niño/a hospitalizado/a. Partiendo del entendimiento que una situación de hospitalización es generalmente un evento de gran estrés para el niño y su familia, el Programa promueve estrategias que permitan minimizar el efecto negativo de tal situación. En este sentido, se consideran aspectos como la habilitación de espacios físicos que permitan el acompañamiento

familiar y el juego de los niños, el involucramiento familiar que permita el acceso de los padres y madres por lo menos 10 horas diarias y el acompañamiento cognitivo y emocional para aquellos niños que deban recibir por ejemplo tratamiento quirúrgico. El propósito es que la experiencia del niño o niña en situación de hospitalización sea lo menos traumática posible, siendo responsabilidad del equipo de salud propiciarlo en la medida en que los recursos particulares lo permitan.

El cuarto componente del PADB refiere al reforzamiento de la atención integral del niño durante su primera infancia (4 años). Se da énfasis a la detección temprana de situaciones de riesgo que puedan dificultar el desarrollo infantil. Esta detección no se circunscribe solamente a los factores físicos que puedan afectar el desarrollo, sino también a las condiciones del entorno que puedan ser factores desencadenantes. Entre las acciones que se implementan están los protocolos de evaluación neurosensorial, que se realizan antes del segundo mes de vida, la evaluación temprana de síntomas de depresión en la madre, mediante la aplicación de la Escala de Evaluación Depresión Postparto de Edimburgo, y la evaluación temprana de problemas en el vínculo materno-infantil mediante la aplicación de la escala Massie - Campbell. El propósito fundamental de la aplicación de estas estrategias es generar acciones diferenciadas de acuerdo a las necesidades particulares que detectan, y disminuir o eliminar dichas necesidades (Chile Crece Contigo, 2012).

Finalmente, el quinto componente del PADB se refiere a la atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad. Se entiende por esto a la ausencia o a las deficiencias de un entorno familiar que propicie de forma positiva el desarrollo integral del infante mediante la estimulación y los cuidados adecuados por parte de los adultos. Para abordar esta población vulnerable, el programa Chile Crece Contigo ha incorporado una serie de acciones variadas, integrales y sistemáticas, entre las cuales se encuentra la elaboración de un plan de intervención personalizado basado en una serie de acciones realizadas por el equipo de salud con el niño y su familia. Se suma a esto las consultas familiares, consistentes en la entrega de información, dirección y apoyo a los responsables del cuidado del niño en relación con juegos, actividades y diferentes asuntos relacionados con la estimulación adecuada para este grupo poblacional, así como consejería familiar, que permite facilitar el desarrollo de competencias en las familias para lograr el desarrollo integral de los infantes.

Una de las acciones más importantes dentro de este componente es la visita domiciliaria integral a familias con niños en situación de vulnerabilidad. Consiste en una visita programada realizada por personal capacitado, que brinda asesoría dentro del propio ambiente familiar del infante. Esto permite un abordaje más personalizado, y la implementación de acciones adecuadas a cada caso.

Otra de las acciones establecida a partir del Sistema Chile Crece Contigo es el denominado Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN). Consiste en otorgar apoyo familiar a fin de garantizar que los infantes cuenten con los insumos necesarios para su adecuada atención y cuidado durante la primera etapa del desarrollo. Se hace entrega a la familia de un kit de implementos básicos para cuidado e higiene del recién nacido, que incluye una cuna completamente equipada, bolso, ropa y elementos para el aseo personal del bebé. Además, se desarrolla complementariamente un plan de información para la familia que incorpora el cuidado y atención que requiere el recién nacido, la importancia de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y la creación de vínculos de apego entre el bebé y sus padres. Está dirigido a todos los recién nacidos vivos que lo hicieron en instituciones de salud pública, sin distinción del tipo de cobertura social que posea el padre o la madre.

En lo que respecta a la modalidad de financiamiento, el sistema Chile Crece Contigo dispone de recursos procedentes de diversos convenios interministeriales vía partida presupuestaria. En relación específica al menú prestacional, los recursos provienen del Ministerio de Salud nacional, en convenio con el Ministerio de Planificación.

Los programas se financian de la siguiente forma:

- Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsico Social: Se encuentra financiado por los Ministerios de Salud y de Planificación, en convenio con los municipios. Se transfieren recursos que se suman a la cápita que ya reciben los municipios destinados a la canasta básica de atención primaria.
- Programa de Apoyo al Recién Nacido: Es el Ministerio de Salud quien financia los insumos e implementos necesarios para su ejecución.

- Fondo de Apoyo al Desarrollo Infantil: Se financian diferentes modalidades de apoyo a niños con riesgo y retraso en el desarrollo que se gestionan mediante a) Servicios itinerantes de Estimulación Temprana, b) salas de estimulación, c) Atención domiciliaria, d) Formación de competencias, e) Mejoramiento y extensión de las modalidades existentes y e) Ludoteca.
- Material educativo: se financia específicamente.
- Fondo de fortalecimiento municipal: está dirigido a financiar las redes comunales de ChCC (gestionado por Ministerio de Planificación).

Se observa que Chile - en lo que respecta a la atención de la población materno infantil - no cuenta con un único menú prestacional. Por un lado, garantiza un conjunto de prestaciones con financiamiento tanto público como privado (Plan AUGE). Por otro, extiende un menú variado de prestaciones enfocado a la promoción del desarrollo infantil financiado a través de partidas presupuestarias. Es importante destacar que más allá que las prestaciones indicadas se financian vía presupuesto nacional, tal situación no las exime de un sistema de registro, reporte y monitoreo de desempeños alcanzados

Contexto y Organización de los Sistemas de Salud

- ***Sistema de Salud de Argentina***

La República Argentina posee una extensión de 2.780.400 km² y una población aproximada de 43,1 millones de habitantes (INDEC, 2010). Está constituida en 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y más de 2.200 municipios. El 89.4% de su población reside en áreas urbanas y solo 13.4%, en zonas rurales. Según las últimas mediciones, el 10.2% de la población es mayor de 65 años de edad con el 14.3% mayor de 60, lo que ubica a Argentina como el tercer país más avejentado de América Latina (RISSALUD, 2016). Una de sus particularidades, razón de muchas de sus dificultades, se corresponde con la disparidad del territorio - especialmente el denominado Conurbano bonaerense- de sus economías y las grandes brechas relacionadas al desarrollo productivo y social de cada una de las provincias.

Respecto del sistema de salud, la autoridad sanitaria recae en el Ministerio de Salud de la Nación como parte del Poder Ejecutivo, así como en las autoridades sanitarias provinciales. Estas últimas integran el denominado Consejo Federal de Salud (COFESA), ámbito donde se discuten y consensuan asuntos sanitarios tanto nacionales como locales (RISSALUD, 2016).

En Argentina, las provincias disponen de cierta autonomía en materia de organización de sus sistemas de salud pública respecto de cuestiones no delegadas constitucionalmente al Poder central, así como de ciertos aspectos regulatorios. Por su parte, los municipios poseen distintos niveles de responsabilidad en materia sanitaria según la provincia a la que pertenezcan. Esta dinámica lleva a complejizar las decisiones políticas relacionadas al funcionamiento integrado y coordinado del sistema de atención de la salud. La autoridad nacional sanitaria tiene ciertas incumbencias en cuanto a rectoría del sistema y en la instrumentación de programas nacionales verticales que se administran a nivel provincial, donde es visible cierta mediación en las decisiones locales.

El derecho a la salud en Argentina es constitucional. Todos los habitantes tienen igual derecho a la salud, en función de haber adscrito el país en 1994 -tras la última reforma de la Constitución Nacional- a numerosos Pactos internacionales que así lo consideran. Sin embargo, como resultado de la segmentación y fragmentación de su sistema de salud, tanto el derecho a la igualdad de oportunidades de atención -expresado como cobertura efectiva- como la propia equidad y eficiencia del sistema posee brechas significativas. El acceso a una atención con calidad y efectividad según se posea cobertura de seguridad social o de servicios públicos exclusivamente resulta desigual. De esta forma, el sistema brinda un acceso distinto a cada grupo poblacional según donde se viva y que tipo de cobertura se posea, de la seguridad social, privada o pública.

Sistema Nacional de Salud. Características

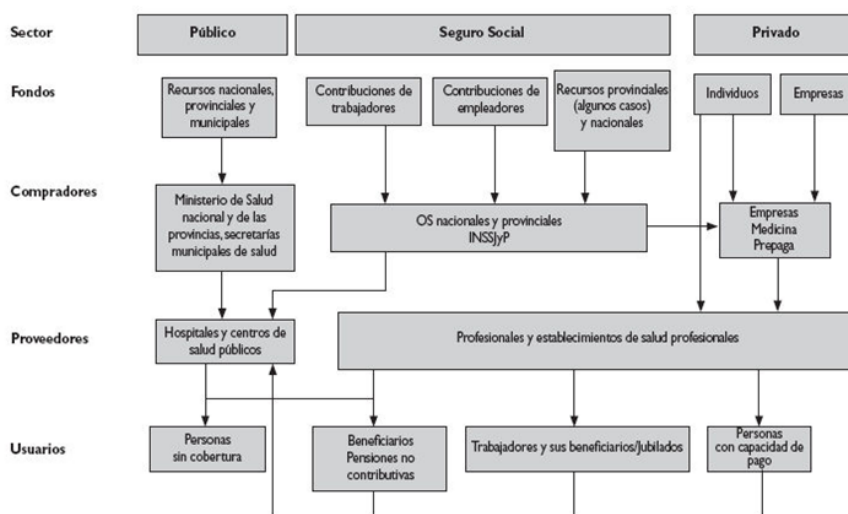
Una de las principales causas del particular funcionamiento del sistema de salud argentino es, como se mencionó, resultado de su segmentación y fragmentación entre los varios subsistemas existentes, y al interior de ellos mismos. Se lo denomina Modelo Tipo II (de baja o nula integración entre rentas generales y cotizaciones a la seguridad social) según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), donde la distribución de la prestación pública es mezclada y coexisten diferentes formas de vinculación entre

el sector público y el privado. Todo ello lleva a dificultades de coordinación y articulación lo cual reduce la eficiencia y equidad en el buen uso de los recursos y la obtención de igualdad de oportunidades de cobertura.

El sistema reconoce la presencia de tres subsectores: el público (Nación, Provincia y Municipios); el de la Seguridad Social (Obras sociales nacionales, Obras sociales provinciales y INSSJP) y el sector privado (aseguradoras y prepagas). (Ver Esquema 1)

Según datos del Ministerio de Salud, Argentina invierte alrededor del 8% de su Producto Bruto Interno (PBI) en atención de la salud -4.8% según estimaciones del Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud (tabla 2)-, lo que significa una media de U\$S 650 per cápita por año. De este total, el 43% es financiamiento privado y el 57% restante, como Gasto Público Social, comprende la seguridad social y el sector público. Según la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS), en el año 2010 la población sin cobertura de seguro de salud ni prepagas se ubicó en el 36.1%, mientras que el 46.4% de la población disponía de algún tipo de obra social u otras instituciones de la seguridad social por su condición de trabajadores asalariados privados o estatales, o bajo el sistema previsional nacional. El 10.6% adicional tenía cobertura por seguros privados, a los que se pertenecía a ciertos casos a partir de asociaciones de las mismas obras sociales con entidades de medicina prepaga post desregulación, en tanto un 5.1% accedía a la medicina prepaga por medio del pago voluntario de seguros.

Esquema 1. Sistema de Salud en Argentina



Fuente: Del Prete, S. (2016).

Como los gobiernos de las provincias poseen independencia en lo referente a ciertas políticas y regulaciones en materia de salud y a la vez son garantes de la provisión de servicios públicos y concentran servicios privados tanto ambulatorios como con internación, el acceso a la atención sanitaria por parte de la población depende tanto de la capacidad de producción y distribución de sus servicios asistenciales, como de la dotación de recursos humanos especializados, del equipamiento disponible, de la estructura física y de la capacidad de gestión (Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional, 2002). En consecuencia, pueden existir múltiples coberturas, mezcla de provisión de efectores públicos y privados y de financiamiento del sector público y de los distintos tipos de seguros sociales. Y también los distintos miembros de la familia pueden poseer seguros de diferentes instituciones aseguradoras, o pueden afiliarse voluntariamente a seguros privados. De allí que, si bien la cobertura asegurada por las normativas vigentes es universal, para nada resulta mínimamente homogénea (RISSALUD, 2016).

Subsector Público

En Argentina, todos los habitantes tienen derecho a los servicios públicos que provee el Estado en sus diferentes jurisdicciones subnacionales, sin importar tipo de cobertura aseguradora o capacidad de pago. A su vez, 36% de la población que no posee cobertura evidente de salud acude, en su mayoría, a servicios asistenciales que provee el Estado tanto nacional como provincial y municipal según las jurisdicciones. (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Si bien este subsector es conducido por el Ministerio de Salud nacional a través del dictado de normas y regulaciones, diseño y gestión de programas, financiación y articulación de políticas públicas, el mismo prácticamente no posee estructura asistencial a excepción de algunos Hospitales especializados y los denominados SAMIC.

Los gobiernos provinciales y los municipios, dada la estructura federal del país, además de contar con cierta independencia en materia de políticas y regulaciones de salud, concentran el 98% de los hospitales de naturaleza pública. De allí que coexista una instancia nacional, una provincial y una municipal en la gestión de las políticas y

programas de salud, lo que complejiza la posibilidad de creación y funcionamiento de redes de atención pública integradas y eficientes.

Los hospitales públicos proporcionan atención especializada de mediana y alta complejidad a través de consultas externas, en tanto los centros de atención primaria lo hacen con las prestaciones de menor complejidad. A través de su accionar, las entidades asistenciales provinciales o municipales resuelven un 66.6% de la demanda de atención hospitalaria, en tanto 33.3% lo es por entidades o centros de salud municipales. La atención en los hospitales suele ser espontánea o a través de servicios de emergencia y/o urgencia, y en mucha menor medida a través de referencia desde centros ambulatorios (Giovannella, 2013).

Subsector de la Seguridad Social

Los Seguros Sociales de Salud en Argentina están conformados por

- a) las Obras Sociales Nacionales (OSN);
- b) las Obras Sociales Provinciales (OSP);
- c) el INSSJP y
- d) Obras Sociales "especiales" como las de FFAA, Universidades y otros Institutos (Cetrángolo, 2014).

Estas instituciones son garantes de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales, activos (incluye a los monotributistas) y pasivos, junto a sus grupos familiares. El sector de la seguridad social se configura esencialmente como un tercer pagador, que obtiene sus aportes y contribuciones tanto de los empleados, pensionados y empleadores, como del Estado Nacional y de los Estados provinciales y prácticamente no dispone de capacidad prestacional propia.

Las Obras Sociales Provinciales (OSP) proveen de cobertura a los trabajadores del Estado provincial o municipal y su núcleo familiar. Una particularidad de las OSP es que la afiliación de los trabajadores estatales es obligatoria dentro de cada provincia, lo que hace que no sea posible sustituirse entre sí. Las OSP están conformadas por 6.606.702 afiliados (Torres, 2015) y obtienen sus recursos financieros de aportes salariales que varían entre cada jurisdicción (no tienen relación con las OSN y tampoco las regula la

Superintendencia de Servicios de Salud) y de contribuciones del empleador (la propia provincia o el municipio)

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) ofrece servicios asistenciales a la población pasiva y ciertos familiares a través del Programa de Atención Médica Integral (PAMI). Se financia a partir de aportes y contribuciones de trabajadores activos y de los pasivos, es decir, sobre los ingresos de los jubilados y los gravámenes sobre los sueldos, además de disponer de subsidios de emergencia del gobierno. En 2015 estaba conformado por 4.465.624 beneficiarios (Torres, 2015). El INSSJP cubre al 91% de los individuos mayores de 65 años que en su momento pertenecieron a las Obras Sociales Nacionales, así como a pensionados graciabiles y Ex Combatientes de Malvinas, y constituye el 9.2% de la población total del país. En las provincias hay marcadas diferencias cuantitativas. Por ejemplo, en Santa Fe los beneficiarios representan el 11.1% y en la Tierra del Fuego solo el 2%.

Una particularidad del sistema de Seguros Sociales es que muchos afiliados tienen doble cobertura (un esposo es beneficiario del INSSJP y el otro esposo de otra obra social nacional), o también por disponer de planes de medicina prepaga por insatisfacción con los servicios que ofrece su Obra Social de origen.

SubSector Privado

El sector privado comprende prestadores de servicios médico asistenciales, financiadores o empresas de seguros médicos y medicina prepaga, laboratorios de especialidades médicas, empresas de emergencias móviles, de equipamiento e insumos médicos, servicios farmacéuticos y centros de diagnóstico. Además, cuenta con organizaciones privadas que intervienen en la educación y formación de los recursos humanos en las diferentes especialidades médicas y no médicas que conforman el sector.

Respecto del sector privado prestador de servicios, se estima alrededor de 10.000 establecimientos asistenciales entre sanatorios, clínicas, hospitales, etc., algunos con internación y otros sin ella, constituyendo más del 60% de la capacidad instalada sobre el total del sector. Por lo general tienen finalidad de lucro, tratándose de pequeñas y medianas empresas (PYMES) con gran disponibilidad de recursos humanos

especializados y, por lo tanto, generadoras de empleo (cerca de 390.000 puestos de trabajo, de los cuales 70% se encuentra en relación de dependencia formal).

Financiamiento del Sistema

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), el gasto total en salud asciende a 4.8% del PIB (datos de Argentina referencian cerca del doble) correspondiendo al subsector público (Nación, provincias y municipios) un 2.7% del mismo. El gasto per cápita en salud en Argentina escala los USD 605 /año².

La falta de información oficial de gasto público en salud imposibilita ofrecer información más precisa y obtener la dimensión de la repartición del sector en su totalidad (RISSALUD, 2016).

En lo que se refiere a salud pública, tanto municipal como provincial y nacional, se financia a través de los presupuestos respectivos; y la seguridad social lo hace con cuotas sobre la nómina del empleado y del empleador. Esto incluye a las Obras Sociales Nacionales (OSN), las Obras Sociales Provinciales (OSP) y el INSSJP. Por ley, las OSN se financian con contribuciones del 9% de total salarial de los trabajadores en relación de dependencia (3% personal y 6% patronal) (Acuña y Chudnovsky, 2002). En cuanto a las OSP, tienen su regulación propia y definen los aportes que deben cumplir sus afiliados y el Estado provincial en cada caso. Las alícuotas fluctúan entre el 8 y 10% de los salarios (entre 4 y 6% el aporte patronal y entre 3 y 5% el aporte personal). Los jubilados y pensionados también aportan entre 1 y 6%, y existen contribuciones añadidas para familiares que por alguna razón no entran en este beneficio. Por otra parte, y aun cuando en el sistema de OSN la Ley 23.661 considera su regulación por parte de la Superintendencia de Seguros de Salud, la cual establece mecanismos redistributivos a partir del denominado Fondo Solidario de Redistribución, en las OSP no existe este tipo de ayuda respecto de mayor demanda en relación a la atención de la salud.

Respecto del INSSJP - PAMI, su financiamiento es de un 5% sobre el sueldo de los trabajadores activos y un 3/6% de los haberes jubilatorios, según el total de salario percibido. Asimismo, el Instituto ha percibido en varias oportunidades ayuda financiera por parte del Gobierno Nacional (Cetrángolo, 2014), así como ha contribuido a asistir al Tesoro Nacional.

² http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/

En cuanto al componente privado del financiamiento, corresponde a un 31% que se desembolsa en los hogares (gasto de bolsillo), del cual el mayor componente corresponde a medicamentos. Es un marcador de inequidad a la hora de acceder a bienes o servicios de salud. En tanto, el subsector privado de seguros obtiene su flujo de financiamiento a partir de cuotas o primas costeadas bajo la forma de seguros voluntarios o facultativos.

Recursos físicos y humanos del Sistema

Con respecto a los recursos con los que cuenta el sistema de salud argentino, la cantidad de médicos y de camas disponibles es semejante a la de muchos países desarrollados. Argentina cuenta con 30 médicos por cada 100.000 habitantes y 4.5 camas disponibles por cada 1.000 habitantes.

Según el Ministerio de Salud (DEIS, 2014) hay 17.840 entidades hospitalarias de las cuales 7.727 son públicas (1.271 con internación y 6.456 ambulatorios) y 10.113 privadas (2.040 con internación y 8.073 ambulatorios). De estas, el 43.3% pertenece al Estado, el 1.4% a las Obras Sociales y el 55.2% al sector privado. De las entidades dependientes del Estado, el 0.2% pertenecen al Gobierno Nacional, el 67% a los gobiernos provinciales y el 29% a los municipios (Maceira y Cejas, 2010). En cuanto a las camas de dotación, hay 153.000 camas disponibles, de las cuales 82.000 pertenecen al sector público y 71.000 al sector privado. La media de camas por establecimiento es de 64 a favor de los hospitales públicos contra 34.9 de los privados.

A nivel de las diferentes provincias, la distribución es desigual en lo que hace a dotación de recursos físicos y humanos. Así, en las de menor desarrollo, principalmente en NOA y NEA, se reduce significativamente la cantidad de médicos por habitante, y al momento de recibir servicios de salud según la zona de residencia de la población se establecen importantes asimetrías (Maceira y Cejas, 2010).

- ***Sistema de Salud de Chile***

Chile se localiza en el extremo sudoccidental de América del Sur, frontera por medio con Argentina, sobre una superficie larga y angosta con una longitud de 4.329 km. y un

ancho promedio de 177 Km. El área continental e insular es de 756.626 km² y la del territorio Antártico de 1.250.257 km². Su división político-administrativa circunscribe 15 Regiones.

Para el año 2015, la cantidad de habitantes se estimó en 18.006.407 millones, de los cuales 21.8% corresponde a menores de 15 años y 13.8% a mayores de 60. Entre 1990 y 2010, la población aumentó en 29.9%. Chile cuenta con una población urbana de 87% (RISSALUD, 2016).

El aumento de la esperanza de vida, de sobrevivencia al nacer y la disminución continua de la fertilidad y natalidad han provocado una situación particular de su pirámide de población, a favor de una población envejecida. Sin embargo, la última década ha mostrado un aumento progresivo de inmigrantes provenientes del resto de Sudamérica, especialmente de Perú, Ecuador y Venezuela. Si bien esto no va a revertir su situación, ensancha particularmente dicha pirámide en su parte media.

Desde lo social, Chile ha conseguido reducir sustancialmente los indicadores de pobreza e indigencia y ha aumentado aquellos relacionados a infraestructura social básica como agua potable, alcantarillado, etc. (Panorama Social, CEPAL, 2015), situación que contribuye indudablemente a mejorar la salud de la población.

El nivel de salud en Chile es concordante con su grado de desarrollo socioeconómico y de calidad de vida. En los últimos años se ha mantenido una vinculación positiva entre el crecimiento progresivo del Ingreso Nacional Bruto (INB, en USD miles) y la expectativa de vida al nacer, aunque se observa una pequeña diferencia del Índice de Desarrollo Humano (IDH) entre regiones, que oscila de 0.9 en la Metropolitana a 0.8 en la Araucanía (Observatorio Chileno de Salud Pública, 2016).

Las políticas sociales aplicadas sobre la población más vulnerable, más el desarrollo y cobertura alcanzados por el sistema mixto de salud se ven reflejados en aspectos como la perspectiva de la subsistencia al nacer y la disminución de incidentes de salud evitables como la mortalidad materna e infantil, las enfermedades transmisibles y las condiciones de saneamiento e higiene. Particularmente, la tasa de mortalidad infantil tuvo un espectacular descenso entre 1952 y 2014, pasando de 136 por mil a 7.2 por mil y logrando reducir las brechas existentes entre las 15 regiones del país. Según el Observatorio Chileno de Salud Pública (2016), en 2011 la tasa de mortalidad general fue

de 5.4 por cada 1000 habitantes (RISSALUD, 2016). Es importante considerar que los retos concernientes a la mejora del nivel de salud continúan. Se registra una elevación de la prevalencia de enfermedades crónicas y de adultos mayores enfermos, problemas de salud mental, cierto amesetamiento de las cifras de VIH/SIDA y embarazo de riesgo en adolescentes. A la vez, coexisten otros factores como dificultades no saludables concernientes al desarrollo (contaminación ambiental, sobrepeso y obesidad asociadas a enfermedades crónicas, y accidentes industriales o de tránsito).

Chile posee un sistema de salud que en las últimas décadas ha venido siendo objeto de una serie de reformas estructurales importantes con el objetivo de evitar, entre otros problemas, las inequidades en salud, un objetivo central del Plan Nacional de Salud 2011-2020. La última reforma aplicada a su sistema de salud, conocida como Reforma AUGE, ha sido el mayor esfuerzo realizado por el país en los últimos 25 años respecto de la finalidad de avanzar hacia una mayor equidad.

Sistema Sanitario

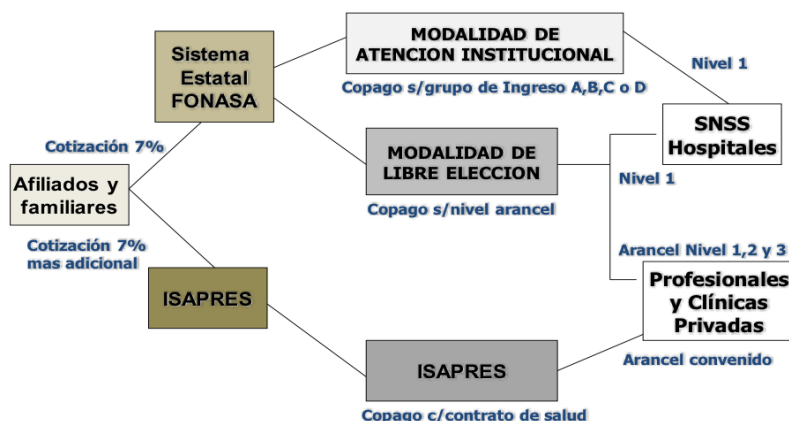
El sistema de salud chileno está conformado por un grupo de entes públicos y privados a nivel nacional, que se corresponden, directa o indirectamente, con la finalidad de promover, prever, cuidar y recuperar la salud tanto del individuo como de toda la población. El sistema es mixto o segmentado, y está conformado por un subsector público y otro privado. El rol rector del Estado se ejerce a través del Ministerio de Salud, y el componente financiador –asegurador FONASA– Isapres es regulado por la Superintendencia de Salud. El Estado, las empresas y las cotizaciones de los empleados financian el sistema de salud.

A comienzos de los años 70, el sistema se organizaba en base a la interacción de cuatro entes: el Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Salud (SNS), el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el sector privado. Hacia finales de esa década, el régimen militar inicia una serie de reformas estructurales pro mercado. Por Decreto Ley 2.763 se fusionan los recursos del SNS y del SERMENA en el denominado Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se reorientan los Servicios de Salud. Entre 1981 y 1988 se traspasan el 70% de los establecimientos de salud vinculados con la Atención Primaria quedando bajo la tutela de las administraciones municipales (Del Prete, 2016).

Para el aseguramiento y atención de la salud, el FONASA pasa a ser la principal institución financiera del sector público, responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros vinculados al seguro público de salud. En tanto, las nuevas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) creadas por el Decreto Ley 3.626 quedan dirigidas al aseguramiento privado, pero de tal forma que los trabajadores registrados pueden trasladar sus cotizaciones desde FONASA a estas en forma voluntaria (Del Prete, 2016). Las reformas posteriores mantienen esta misma estructura original en cuanto a organización, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios, si bien introducen regulaciones destinadas a evitar asimetrías profundas en cobertura, entre ellas la Superintendencia de Isapres.

La provisión de salud en el sector público es responsabilidad del SNSS, y cuenta con servicios de salud territoriales y la Atención Primaria municipalizada. Según previsión de personal de las FFAA y de Orden, los hospitales bajo su jurisdicción, por ser estatales, gozan de otro tipo de beneficios determinados (Infante y Paraje, 2014).

Esquema 2: Sistema de Salud de Chile



Fuente: Del Prete, S. (2016).

Con relación al personal del SNSS, tanto de servicios de salud como de atención primaria municipal, incluye 123 mil empleados de los cuales el 32% pertenecen a la APS municipal y el 68% a la atención hospitalaria secundaria y terciaria. Por su parte, el sector privado está conformado por prestadores de salud tales como clínicas, laboratorios, centros médicos y profesionales médicos y otros en práctica autónoma.

La integración subsectorial institucional entre el sector público y privado es casi nula (desde el punto de vista de OPS). El eventual traspaso de recursos al sector privado (por prestaciones de hospitalización) se ejecuta por acuerdos de provisión de prestaciones médicas, donde se establecen las prestaciones a conceder y su evaluación por parte de organismos no públicos.

Tras las reformas, el sistema de salud chileno pasó a ser desregulado mixto, con abierta participación de los subsectores público y privado tanto en aseguramiento como en financiamiento y provisión de servicios. La reforma logro brindar una mejor salud para todos los chilenos, aunque no resolvió el problema de los derechos (Del Prete, 2016).

Subsector Público

Al Sistema Nacional de Servicio de Salud (SNSS) lo conforma el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes. Estos son los Servicios de Salud; el Fondo Nacional de Salud (FONASA); el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento (CENABAST). También intervienen otros organismos que ejecutan acuerdos y convenios, destacándose los municipios y ciertos servicios delegados. De igual modo, los Servicios de Salud son los encargados de llevar a cabo las acciones integradas de fomento, prevención y restablecimiento de la salud y de rehabilitación de los enfermos, además de velar por el cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario en lo que le corresponde.

La red asistencial está compuesta por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales (Bastías y Valdiria, 2007). La provisión de servicios asistenciales se encarga de 29 Servicios de Salud en todo el país. Directamente atiende los hospitales dependientes (por propiedad o convenio) y en ciertas ocasiones atiende centros de atención ambulatoria de nivel primario.

Los niveles, primario, secundario y terciario, tienen distinta complejidad y funcionamiento. Así, el nivel primario, donde se ejecutan los Programas Básicos de Salud de las personas, ofrece amplia cobertura, dispone de baja complejidad y es de carácter ambulatorio, a partir de las Postas Rurales de Salud y de los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales.

El nivel secundario, de especialidades básicas, tiene mediana cobertura y complejidad. Su atención se efectúa a través de referencia desde el nivel primario, y puede ser ambulatorio u hospitalario, y funciona en consultorios adosados a los hospitales. Por su parte, el nivel terciario es de poca cobertura y gran complejidad tecnológica, funciona recibiendo pacientes desde otros niveles y puede operar como punto de referencia tanto para pacientes de su área de red asistencial como para recibir o referir a nivel regional, supra-regional y hasta nacional (como institutos de especialidades) (Oficina Regional de la OMS, 2010). Igualmente, los Servicios de salud poseen distintas coberturas según el área territorial asignada, diferentes tamaños y diferente número de hospitales a su cargo. También los hospitales ostentan desigual grado de complejidad tecnológica y de especialidades ofrecidas.

Finalmente, corresponde mencionar que existen otros organismos del sector público que poseen sistemas propios de salud y atienden a su personal y su núcleo familiar en sus propias clínicas y unidades asistenciales. Estos son las Fuerzas Armadas y de Orden, la Penitenciaría, la Empresa Nacional del Petróleo y la Universidad de Chile, entre otras. Las Fuerzas Armadas y de Orden, con regulación del Ministerio de Defensa, tiene una red de prestadores de servicios de distinta complejidad por cada rama en que se diversifica. Así, están la Dirección de sanidad de la Armada, la División de sanidad de las Fuerza Aérea, el Comando de Salud del Ejército, La Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) y la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile. Estas tramitan y dirigen el convenio de la red de prestadores propios concediendo una cobertura nacional a sus afiliados y componiendo la medicina curativa y preventiva de las fuerzas (OMS en Chile, 2010).

Subsector de la Seguridad Social

El sistema de Protección Social en Salud de Chile, bajo las órdenes del Ministerio de Salud, forma parte del Sistema de Protección Social de la Nación por lo que participa del Área de Protección Social del gabinete que comprende además a otros ministerios. Los riesgos, necesidades y contingencias previstas de aseguramiento por parte de la Protección Social en Salud son la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, los accidentes del trabajo y enfermedades laborales, y los accidentes escolares.

Esto se logra a través de los regímenes contributivos de Enfermedad Común y de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que se constituyen esencialmente en tres sistemas específicos:

- a) El seguro público FONASA (bajo seguro de reparto y cubre el 70.4% de la población)
- b) El sistema ISAPRE (que congrega 14 entidades privadas mayormente bajo seguro individual y cubre un 16.6% de la población) y
- c) El Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden (brinda cobertura a los funcionarios, y familiares, de todas las ramas de las fuerzas armadas y de orden, bajo seguro de reparto. Incluye alrededor del 2.7% de la población) (RISSALUD, 2016).

Además, se toma en cuenta las prestaciones universales de prevención y promoción de salud bajo un régimen no contributivo, que constituyen las acciones de Salud Pública. Entre ellas resaltan más de 24 programas y prestaciones. También hay prestaciones no contributivas de ayuda médica a la población sensible y vulnerable, objeto de políticas de protección social gubernamentales.

En los últimos años, con el desarrollo de la Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas y la Ley de Régimen de Garantías Explícitas de Salud (AUGE-GES), el amparo social en salud se hace más consistente y complejo y ofrece cobertura explícita, acceso adecuado y oportuno a servicios de calidad y seguridad financiera respecto de una serie de patologías debidamente identificadas, que incluyen más del 70% de la carga por enfermedad (Infante y Paraje, 2010).

Subsector Privado

El suministro privado de servicios de salud adquiere la particularidad que puede ser concedido tanto por proveedores privados como públicos, y que los clientes de servicios asistenciales también pueden provenir tanto del seguro FONASA como de seguros privados. El sector está formado por un conjunto de centros asistenciales (ambulatorios y cerrados) y por los profesionales que ofrecen sus servicios de manera individual. La regulación se establece a través de la Subsecretaría de Salud Pública y de la Superintendencia de Salud.

La prestación privada abarca la parte ambulatoria (consultas médicas y odontológicas en todas las especialidades) apostadas en oficinas privadas individuales o en centros médicos, el componente de prestaciones diagnósticas y terapéuticas de diversa complejidad, los centros especializados en diagnóstico por imágenes, laboratorios clínicos y de terapia física, etc. y la parte hospitalaria y de internación. Se estima que en la actualidad hay 150 clínicas privadas, casi todas ubicadas en la capital Santiago, y de las 42.500 camas hospitalarias existentes, cerca de 11.500 pertenecen a estas clínicas, e incluyen maternidades y establecimientos de atención psiquiátrica y geriátrica (RISSALUD, 2016).

Los prestadores privados se agrupan en la Asociación de Clínicas de Chile y las redes de prestadores privados están, en su mayoría, articuladas desde el propio seguro (ISAPRE y el sistema de Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas o CAEC). Funcionan en modalidad cerrada y desde lo ambulatorio a la máxima complejidad en forma progresiva. Esta red privada incluye también las redes de farmacias, las ópticas y los proveedores de prótesis y otros insumos médicos. El 42% de las prestaciones concedidas en el país son de provisión privada.

Según una encuesta realizada a petición de la Superintendencia de Salud en 2008-2009, los beneficiarios de FONASA utilizan los consultorios del SNSS en un 63%, los hospitales públicos del SNSS en un 41% y los servicios de urgencia del SNSS en un 11%. Respecto del uso del subsector privado, resulta una proporción mucho menor. Las consultas médicas privadas comprenden el 14%; los centros médicos y otros son utilizados en un 9%; las clínicas privadas en un 8% y los hospitales universitarios en un 3% (las categorías preguntadas no son excluyentes).

En tanto, los afiliados a las ISAPRES se refirieron un 50% a hospitales o clínicas privadas; un 37% a consultas médicas privadas y un 27% a centros médicos, radiológicos y otros. Una proporción menor fue a hospitales públicos (8%); a consultorios del SNSS (4%); y a servicios de urgencia del SNSS (3%) (RISSALUD, 2016).

Financiamiento del sistema

El gasto total en salud asciende al 7.8% del PIB, concerniéndole al sector público el 47.4% lo que constituye el 16% del presupuesto gubernamental. El gasto privado suma 65%, siendo en su mayoría gasto directo o de bolsillo. A pesar de que el gasto en salud per cápita se ha elevado cada año, los problemas para lograr universalidad con justicia y eficacia en el sistema de salud continúan, ya que la proporción del gasto privado sigue siendo mayor que la del público.

Acerca del financiamiento no privado del sistema, proviene de diferentes fuentes. Las principales son el Estado y de cotizaciones de los trabajadores y las empresas. El rol garante del sistema de Salud en Chile se incluye dentro de un macrosistema de protección social. FONASA es la encargada del aseguramiento público y costea las acciones de salud y las inversiones, así como las prestaciones concedidas a través del sistema público o por otras entidades. Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) configuran el sistema de aseguramiento privado.

FONASA se financia con las contribuciones del 7% de los empleados formales. Para aquellos individuos que no dispongan de capacidad de pago o de empleo formal, lo subsidia el Estado a través de sus propios hospitales. Las ISAPRES por su parte, al ser un sistema privado, permiten incluir la parte del trabajador correspondiente al 7% del sueldo, a lo que deben sumarse otros pagos en función de los riesgos del empleado y de planes de cobertura superiores. Entre sus beneficiarios incluyen a trabajadores formales de altos ingresos y contratan servicios privados o propios.

La modalidad de financiación del FONASA se agrupa en base a prestaciones llamadas Modalidad Atención Institucional (MAI). El gasto MAI se desagrega en tres campos:

- a) Atención Primaria de Salud (APS): consultorios y/o postas que poseen diferentes fuentes de financiamiento obedeciendo a su dependencia administrativa
- b) Programa de Prestaciones Institucionales (PPI): pertenece al nivel secundario y terciario de atención y lo forman los Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales. El financiamiento se da por un convenio de prestación de servicios entre el MINSAL, FONASA y el Servicio de Salud conveniente
- c) Programa de Prestaciones Valoradas (PPV): también pertenece a los niveles secundario y terciario, pero abarca los casos de salud variables entre los servicios

de salud y los establecimientos privados en acuerdo con la Dirección de Presupuestos y FONASA. En este conjunto se encuentran las prestaciones GES y otras No GES (como las prestaciones del seguro catastrófico, de salud mental, urgencias, camas críticas, etc.). El tipo de financiamiento y el pago de servicios por parte de la población cubierta se establece en el contrato de prestación de servicios que ejecuta el MINSAL, la Subsecretaría de Redes, FONASA y el Servicio de Salud correspondiente (RISSALUD, 2016).

Recursos físicos y humanos

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) es el encargado de la provisión de los servicios estatales de salud. Esta estructura, además del Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, cuenta con 29 Servicios de Salud garantes de la provisión de servicios y de la situación de salud en un área establecida. Administra la red asistencial formada por hospitales públicos (y otros bajo convenio) junto a la Atención Primaria de Salud que mayormente está encomendada a la Administración Municipal.

De los recursos físicos, al año 2008 Chile tenía 61 hospitales de gran complejidad en el SNSS (28.8% de los hospitales de ese sistema y 14.6% de los hospitales del país), 24 de mediana complejidad en el SNSS, (10.8% de los hospitales del SNSS y 5.5% de los hospitales del país), y 99 de baja complejidad, con coberturas directas a entre 3.000 y 40.000 habitantes (46.7% de los hospitales del SNSS y 23.7% de los hospitales del país). Aun cuando estos hospitales conforman cerca de la mitad de los existentes en el SNSS, la cantidad de camas es menor ya que su tamaño varía entre 30 y 100 camas. En tanto, los hospitales de gran complejidad disponen de más de 100 camas por entidad.

Con respecto a los recursos humanos de los servicios de salud y de la Atención Primaria municipal hay un total de 123.000 profesionales y técnicos funcionarios, de los cuales 32% pertenecen a la Atención Primaria y 68% a la atención Secundaria y Terciaria.

Situación Sanitaria Materno infantil

- **Argentina**

Según el INDEC, para el año 2010 la población de niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años era 12.333.747 (30.7% de la población total país), de los cuales un 13.4% se encontraba viviendo debajo de la línea de pobreza y no hallándose datos oficiales

respecto al grupo poblacional 0 a 4 años. A partir del año 2016 el INDEC fue reestructurado arrojando las nuevas mediciones valores más cercanos a los que muestran otros organismos privados dedicados a la medición de la pobreza en Argentina (UCA - Observatorio de la Deuda Social). Tal es así que las nuevas cifras disponibles en 2016 por el organismo oficial indican que el 45.8% de la población de 0 a 14 años vive en situación de pobreza, y un 9.6% por debajo de la línea de indigencia.

Entendiendo que la situación de la niñez en Argentina debe ser evaluada desde una perspectiva de derechos, y considerando que las privaciones y carencias no se restringen únicamente a la falta de bienes materiales sino que son multidimensionales, el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) construye anualmente un índice en el cual se contemplan 6 dimensiones: 1- Derecho a la alimentación, 2- Derecho al saneamiento, 3- Derecho a la vivienda Digna, 4- Derecho a la Atención de la Salud, 5- Derecho a la estimulación temprana y 6- Derecho a la información. Para la construcción de este índice se toma como premisa el carácter inalienable de los derechos (enfoque de unión) donde el déficit en alguna de las dimensiones pone al niño o niña en situación de vulnerabilidad de derechos, y entiende que todos los derechos son sustitutos perfectos entre sí, no existiendo jerarquía entre ellos, y por lo tanto no son pasibles de ponderación. Por ultimo para cada una de las dimensiones se establecieron parámetros de déficit moderado y severo (método Bristol) lo que permite estimar el nivel de vulneración de los derechos en la primera infancia (Tuñón, 2017).

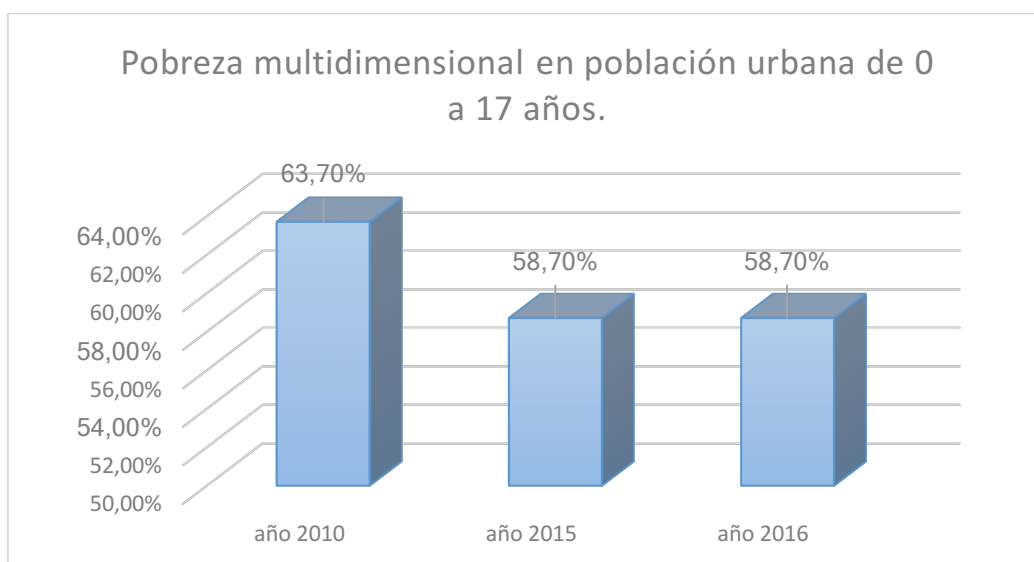
Bajo esta metodología de análisis, se observa que para el año 2016 el 58.7% de los niños y niñas que viven en zonas urbanas están bajo condiciones de pobreza con carencia de al menos una de las dimensiones estudiadas. Esta cifra es similar a la del año 2015 pero con 5.1 puntos porcentuales menos respecto al año 2010 (63.7%)³ al igual que la pobreza extrema, la cual experimentó un descenso de 9 puntos para el mismo periodo (14.8% para el año 2015 respecto a 23.8% en el 2010). En cuanto a la composición de los niveles de pobreza en relación a cada una de las dimensiones estudiadas, las correspondientes al derecho a la vivienda y a la salud explican el 23.9%

³ El OSDA dio comienzo a la medición de la pobreza bajo esta metodología de análisis a partir del año 2010 en lo que llamó "El periodo del Bicentenario (2010-2016)". Por este motivo no se dispone de datos previos al mencionado periodo.

y el 21.5% respectivamente para el año 2016, presentando un incremento porcentual durante todo el periodo de análisis (Gráfico 4).

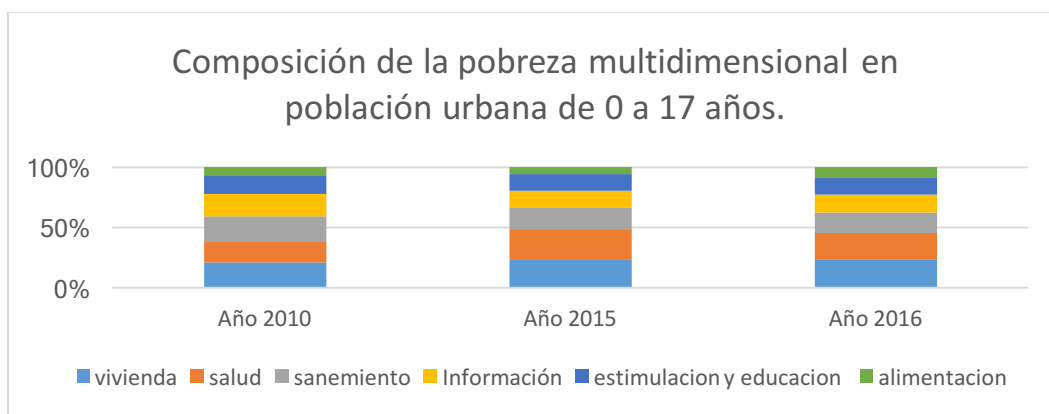
Respecto a la situación de la primera infancia (niños y niñas de 0 a 4 años), se observa que el nivel de pobreza multidimensional experimentó un descenso de 7.9 puntos porcentuales en el periodo estudiado, con una cifra de pobreza del 51.1% para el año 2016 respecto a 59% en el año 2010. A pesar del descenso observado en el periodo interanual, se destaca un aumento del nivel de pobreza respecto al año 2015, el cual finalizó con un 49.5% de niños y niñas en situación de pobreza multidimensional (Gráfico 3).

Gráfico 3. Niveles de pobreza multidimensional en población de 0 a 17 años. Argentina periodo 2010 - 2013



Fuente: Elaboracion propia en base a datos del ODSA 2017.

Gráfico 4. Composición de la pobreza multidimensional en población de 0 a 17 años. Argentina. Periodo 2010 - 2016



Fuente: Elaboracion propia en base a datos del ODSA 2017.

Atendiendo específicamente al derecho a la salud, el estudio arroja que el 6.7% de la población observada de 0 a 4 años presentó privación en el derecho al acceso a la salud, en tanto 19% de los niños presentó privación en el derecho a la estimulación temprana. Este dato se correlaciona con información proveniente del Ministerio de Educación de la Nación, donde se evidencia que menos del 4% de los niños y niñas menores de 3 años concurren a jardines maternos.

Al momento de analizar detalladamente el estado de salud de la población infantil, Argentina viene experimentando una sostenida mejora en los indicadores que dan cuenta del componente materno-infantil, aunque manteniendo brechas interjurisdiccionales que aún restan saldar. Para el año 2015, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) alcanzó un valor de 9.7 muertes en menores de un año por cada 1000 nacidos vivos, lo que se corresponde con un 27% de reducción respecto al año 2005 donde la TMI registró 13.3 fallecidos por mil nacidos vivos. No obstante, a pesar de tal reducción, no se logró alcanzar la meta propuesta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), establecida en una TMI de 8.5 muertes por cada 1000 nacidos vivos para el año 2015.

Al desagregar la mortalidad infantil según causas, para el año 2015 y según datos publicados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), el 68% de las muertes de menores de un año correspondía a fallecimientos ocurridos en el periodo neonatal. Prematurez, afecciones respiratorias y malformaciones congénitas fueron sus principales causas. Superado el primer mes de vida, las malformaciones congénitas y las infecciones respiratorias se reportan como las más frecuentes dentro de la casuística. Cuando el análisis se extiende a causas de mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años, se observa que, para el año 2015, la TMI en menores de 5 años fue del 12,5 por 1000 NV con un 30% originadas en causas externas, donde los accidentes de tránsito fueron la causa más frecuente de muerte seguidos del ahogamiento. Es de destacar que estas causas, en caso de no provocar la muerte, dejan una severa morbilidad con el peso que esto agrega a la situación de la salud infantil.

Analizando indicadores un gran porcentaje de niños, por su condición al nacer, se encuentran en situación de alta vulnerabilidad para el logro pleno de su potencial de

crecimiento y desarrollo. De ellos, solo un tercio (32%) de la población de 0 a 4 años puede acceder a centros de primera infancia. El problema es que cuando se indaga acerca del estado de este grupo poblacional respecto de prevalencia efectiva de retraso en el desarrollo, capacidad de oferta disponible para la promoción del DIT y eventual brecha en el acceso a estos recursos, es posible advertir que Argentina no se ha esforzado en establecer un estado de situación inicial (línea de base) que permita ser utilizado como punto de partida para la toma de decisiones y la comparación de efectos e impacto.

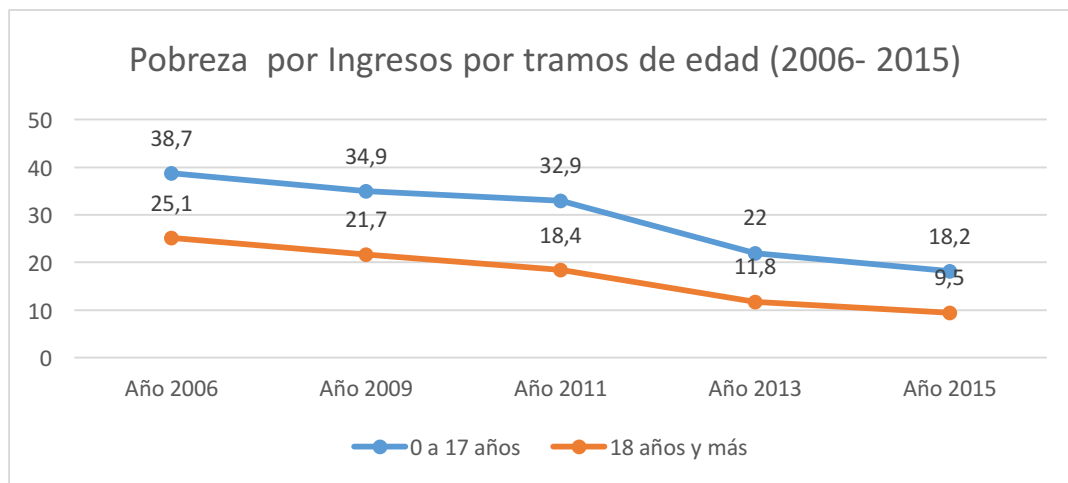
- **Chile**

El 5.8% de la población chilena corresponde a niños y niñas de 0 a 3 años de edad. A partir de los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2015) se observa que el nivel de pobreza por ingresos en la población presenta una tendencia descendente sostenida en el tiempo (periodo 2006-2015) con un descenso de 15.6 puntos porcentuales para la población mayor de 18 años y 10.5 puntos porcentuales para la población de 0 a 17 años con 18.2% de este grupo poblacional viviendo en condiciones de pobreza al final del periodo de análisis (gráfico 5).

Al igual que la pobreza por ingresos, el análisis multidimensional de la misma ha tenido un comportamiento similar, con una tendencia favorable a lo largo del periodo logrando un descenso en 8.5 puntos porcentuales para el grupo poblacional mayor de 18 años y de 7.6 puntos porcentuales en la población de 0 a 17 años.

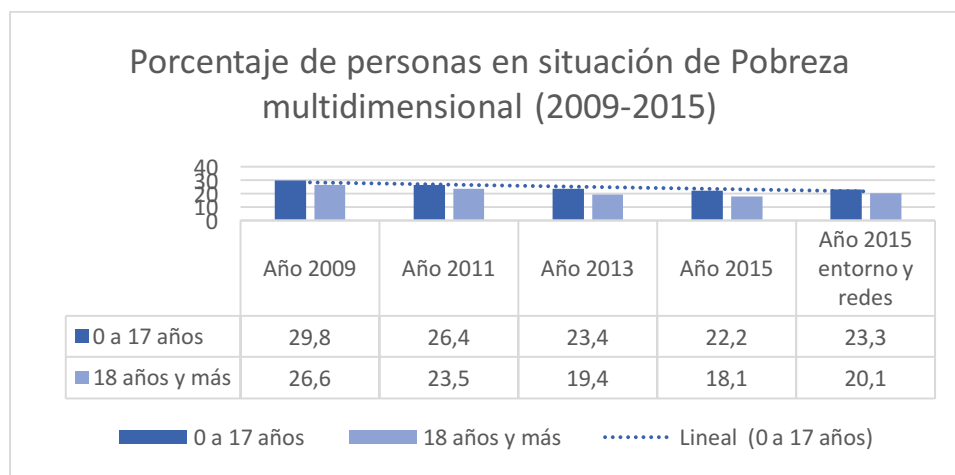
Respecto a la situación de los niños y niñas en general, se observa que para el año 2015 el 18.2% de la población de 0 a 17 años se encontraba en situación de pobreza por ingresos, que asciende a 23.3% cuando el análisis de la pobreza se hace desde lo multidimensional (gráfico 6).

Gráfico 5: Niveles de pobreza por ingresos. Chile. Periodo 2006 - 2015



Fuente: Elaboración propia, tomado de Niñez y Adolescencia, Síntesis de Resultados.
http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_NNA.pdf

Gráfico 6: Pobreza multidimensional. Chile. Periodo 2009 - 2015

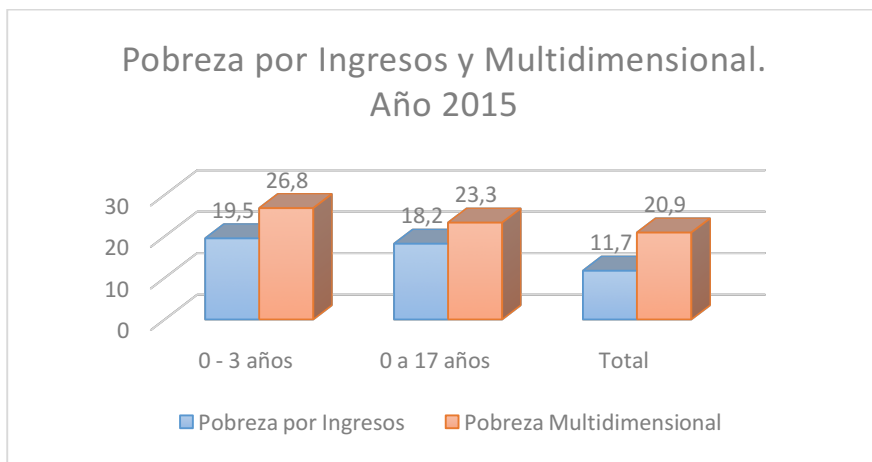


Fuente: Elaboración propia, tomado de Niñez y Adolescencia, Síntesis de Resultados.
http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_NNA.pdf

Al indagar acerca de cuál es el nivel de carencias y cuáles de ellas explican los niveles observados, en hogares con presencia de niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años, se observa que el 35.1% de los hogares registra carencias en lo que respecta a la Seguridad Social, 28.6% en la dimensión escolaridad y el 24.5% en sus condiciones de habitabilidad. En cuanto a la inscripción al sistema de salud, un 6.3% presentaba carencias al momento del relevamiento.

Observando la situación de la población de 0 a 3 años se observan cifras de pobreza por ingresos y multidimensional de 19.5% y 26.8% respectivamente, lo que da cuenta de las condiciones de vulnerabilidad que presenta la primera infancia.

Gráfico 7. Niveles de pobreza multidimensional y por ingresos por grupo etario. Chile. Año 2015



Fuente: Elaboración propia, tomado de Niñez y Adolescencia, Síntesis de Resultados. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_NNA.pdf

Cabe destacar que los resultados de pobreza no son comparables entre países, ya que las variables, indicadores y metodología de análisis difieren entre sí. Así es que Chile establece como pobreza multidimensional a la situación de personas que forman parte de hogares que no logran alcanzar condiciones adecuadas de vida en un conjunto de cinco dimensiones relevantes del bienestar, incluyendo Educación; Salud; Trabajo y Seguridad Social; Vivienda y Entorno; y Redes y Cohesión Social (incluida en el año 2015). Dichas condiciones son observadas a través de un conjunto ponderado de 15 indicadores (tres por cada dimensión), con los que se identifican carencias en los hogares. Aquellos que acumulan un 22.5% o más de carencias se encuentran en situación de pobreza multidimensional.

La brecha de ingresos de niños - esto es el cálculo de la desigualdad de ingresos de los niños en el quintil inferior- resultó ser según un informe de UNICEF (2016) de un 59.03%. Significa que los ingresos de las familias de niños que están en el percentil 10 resultan casi 60% inferiores a los de aquellas que están en el centro de la distribución. Según el Report Card 13 –medida como porcentaje de niños que viven en hogares con ingresos inferiores al 50% de la mediana de la renta- Chile resultó ser el segundo país de 41 analizados que posee la tasa de pobreza infantil más alta (26.3%, es decir cerca

de 1 millón 200 mil niños). El mayor porcentaje de niños en situación de vulnerabilidad se aprecia en la región Metropolitana (22.6%)

Otro estudio, efectuado en 2002 por el Servicio Nacional de Menores (SENAME) relacionando necesidades básicas y hábitat con edad de los(as) niños(as), demostró que quienes tenían más corta edad resultaban ser los más afectados. La situación de carencia comprendía al 25.9% de los lactantes, al 25.3% de los niños entre 3 a 5 años, al 22.8% del grupo de entre 6 a 13 años y al 19.5% de los adolescentes de entre 14 y 17 años de edad. También se comprobó que estas situaciones de carencia relativa afectaban con más intensidad a las familias cuyos progenitores eran preferentemente jóvenes (Álvarez Chuart, 2002).

Respecto a las condiciones de salud, Chile viene experimentando mejoras en sus indicadores sanitarios desde hace décadas. La TMI para el año 2014 fue de 7.2 muertes por cada 1000 NV, lo que representa un 11.4% de reducción para el periodo 2005 - 2015. Este porcentaje de reducción (significativamente menor respecto de Argentina), se debe a que Chile viene sosteniendo valores de TMI de un dígito desde el año 1999. Esto también traduce que ciertas causas que ocasionan muertes infantiles son de más difícil abordaje. En lo que respecta a la salud de los menores de 5 años, la tasa de mortalidad resulta de 8,1 por 1000 NV, con una esperanza de vida al nacer de 81.6 años (año 2014).

Vinculado a la problemática del desarrollo infantil, Chile tiene entre sus líneas de acción la medición del rezago y del retraso del desarrollo, entendido el primero como aquel niño que al ser sometido a un test de evaluación de desarrollo no alcanza los hitos esperables para su edad y el segundo como el retraso en el desarrollo en aquellos niños que no cumplen con los hitos esperables para su tramo de edad anterior. Se observa así que 30% de la población entre 2 meses y 4 años y 11 meses presenta rezago en el desarrollo, con brechas según quintil de ingreso en el que se ubique la población estudiada y una prevalencia de rezago en el desarrollo de un 25.9% en la población estudiada perteneciente al primer quintil de ingresos, en contraste con el 23.1% presente en la población ubicada en el quinto quintil de ingreso.

El retraso en el desarrollo también presenta brechas de acuerdo al nivel socioeconómico. Mientras el 2% de la población de 1 año a 1 año y 11 meses perteneciente al primer

quintil presenta retraso en el desarrollo, no se observa lo mismo en idéntico grupo etario correspondiente al quinto quintil de ingreso.

Lo mismo se repite al contrastar el porcentaje de retraso de niños entre 5 años y 5 años y 11 meses, registrándose un 37% versus un 18% entre primer y quinto quintil respectivamente (Encuesta de Calidad de Vida y Salud del MINSAL, 2006).

Tabla 1: Prevalencia total (%) con IC 95% de rezago en el desarrollo según quintil de ingreso en menores de 5 años. Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. Año 2006

Edad	1° Quintil	2° Quintil	3° Quintil	4° Quintil	5° Quintil
de 2 a 11 meses	31 (15,4 - 46,5)	19,7 (7,7 - 48,8)	33,5 (18,2 - 48,8)	24,5 (9,8 - 39,1)	14,4 (2,7 - 26,1)
de 12 a 23 meses	35,6 (22,4 - 46,8)	30,4 (16,9 - 43,9)	31,3 (17,9 - 44,6)	19,5 (8,8 - 30,1)	22,5 (7,3 - 37,8)
de 24 a 35 meses	37 (22,4 - 53,2)	30 (17,3 - 42,7)	39,5 (24,7 - 54,3)	15,1 (4,7 - 25,6)	21,8 (8,2 - 35,5)
de 3 años a 3 años y 11 meses	34 (20,4 - 47,7)	42,5 (24,4 - 60,6)	27 (14,7 - 39,3)	32,2 (18,9 - 45,4)	39,8 (22,4 - 57,2)
de 4 años a 4 años y 11 meses	39,7 (26,4 - 53,3)	35,9 (22,5 - 49,4)	43,9 (28,6 - 59,3)	29,8 (15 - 44,7)	14,9 (2,3 - 27,5)
Total	25,9 (29,5 - 42,4)	31,6 (25,2 - 38)	34,9 (28,5 - 41,3)	24,5 (18,5 - 30,4)	23,1 (16,4 - 29,9)

Fuente: Tomado de "Cuatro Años Creciendo Juntos". Memoria de la instalación del Sistema de Protección Integral de la Infancia. Chile Crece Contigo 2006-2010.

Como puede observarse, respecto del análisis del estado de situación del desarrollo infantil Chile pareciera disponer de un mayor grado de avance respecto del conocimiento de su población infantil. Esto probablemente se debe a que Argentina centró sus esfuerzos en responder a los compromisos asumidos respecto a la reducción de la mortalidad materno-infantil, situación frente a la cual Chile -al menos en parte- presenta un grado de avance mayor.

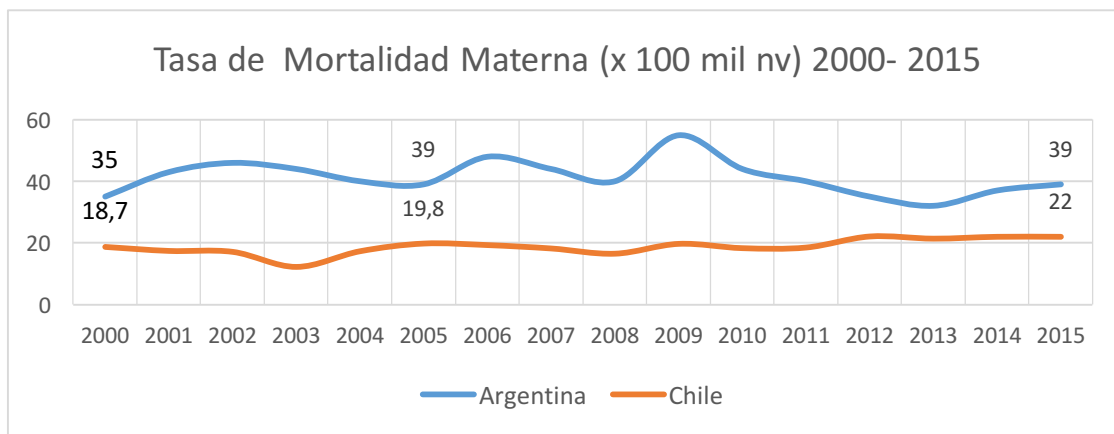
Tabla 2. Cuadro resumen. Indicadores socio demográficos. Argentina Chile.

	Chile	Argentina
Indicadores socio demográficos		
Población total (2015)	18.006.407	43.416.755
Población de 0 a 5 años		3.428.566 (8,8%)*
PBI per cápita PPA (2015) (dólares)	23.366,60	20.364,40
Índice de Desarrollo Humano (2015)	0,847	0,827
Índice de Gini	50,45 (2013)	42,7 (2014)
Gasto en Salud total (% del PBI)	7,8 (2014)**	4,8 (2014)**
% PBI destinado a Salud, Sector Público (2014)	3,9**	2,7**
Financiamiento de sistema de salud	Mixto: público – privado. Fonasa e ISAPRE. FFAA	Mixto: público – privado, Obras Sociales Nacionales y provinciales
Esperanza de vida al nacer (años)	81 (2014)	76 (2014)

Indicadores niñez		
Mortalidad		
TMI (2015)	7***	9,7***
RMM x 100 mil NV	22 (2015)***	39 (2015) ***
Morbilidad		
Tasa de anemia en menores de 5 años (2011)	21%	21%
Tasa de retraso de crecimiento en menores de 5 años	1,8 (2014)	8% (2005)
Tasa de emaciación en menores de 5 años	0,3% (2015)	1,2% (2005)
Prevalencia de niños menores de 5 años con rezago o retraso del desarrollo	30% en niños e/ 6 meses y 4 años y 11 meses	No se estableció como objetivo la medición de rezago en el desarrollo
Educación		
Acceso a Jardín Maternal	39%	4%

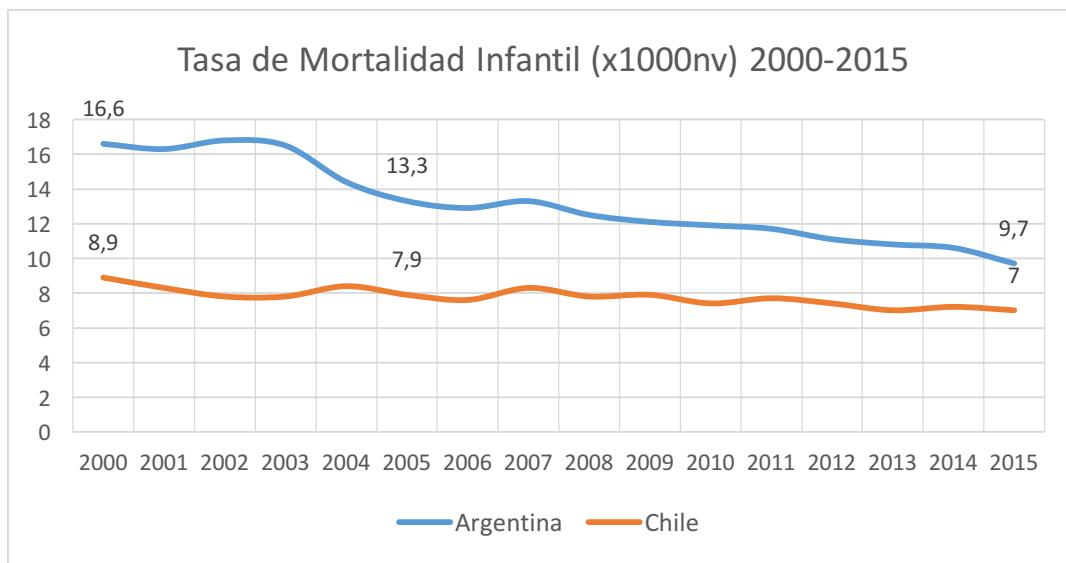
Fuente: Cuadro elaboración propia. Datos tomados del Banco Mundial y otras fuentes
https://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_SapUnicef_cifras2013.pdf
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS?locations=AR-CL&view=chart>
<http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>
<http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-mortalidad/>

Gráfico 8. Tasa de Mortalidad Materna Argentina- Chile. Periodo 2000-2015



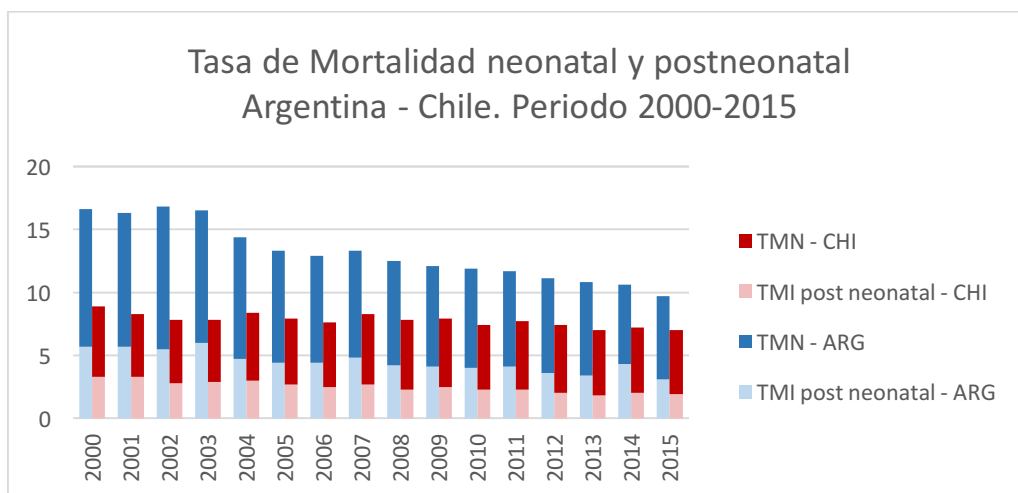
Fuente: Elaboración propia en base a fuentes oficiales (DEIS Argentina y Chile) y estimaciones del Banco Mundial.

Gráfico 9. Tasa de Mortalidad Infantil Argentina- Chile. Periodo 2000-2015



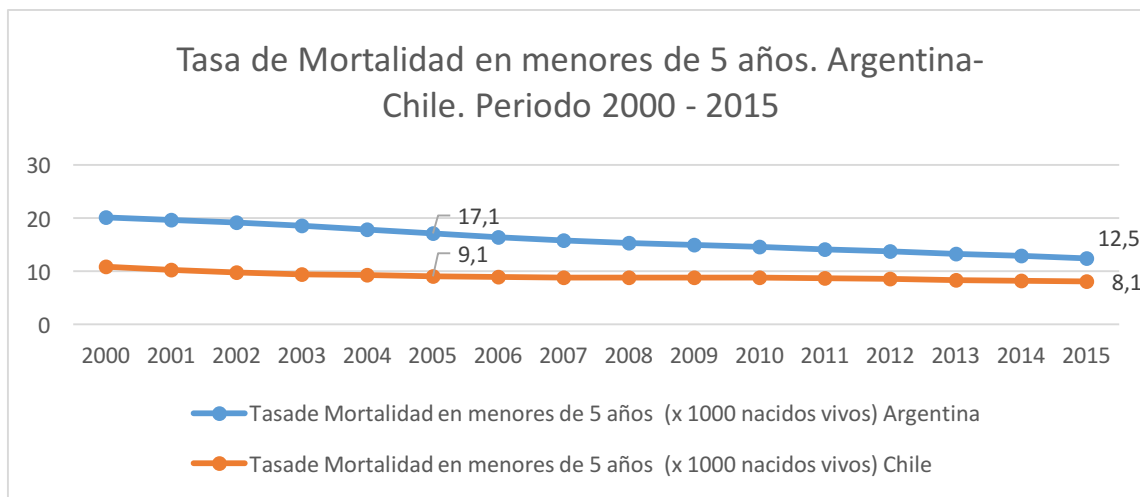
Fuente: Elaboracion propia en base a fuentes oficiales (DEIS Argentina y Chile) y estimaciones del Banco Mundial.

Gráfico 10. Tasa de mortalidad neonatal y post neonatal Argentina Chile. Periodo 2000 – 2015



Fuente: Elaboracion propia en base a fuentes oficiales (DEIS Argentina y Chile) y estimaciones del Banco Mundial.

Gráfico 11. Tasa de Mortalidad en menores de 5 años. Argentina- Chile. Periodo 2000-2015



Fuente: Elaboración propia en base a estimaciones del Banco Mundial.

Políticas de Salud y Planes de Beneficios de Salud comparados

Las políticas de salud están comprendidas dentro del ámbito de la política social, esto es, en una política que está volcada hacia la reproducción de los individuos y de las colectividades. En virtud del contexto en que tienen lugar, quedan sujetas a múltiples determinantes, muchas veces contradictorios. Sin embargo, todas se dirigen a lograr mejoras de las condiciones sanitarias de la población. En este sentido, su principal objetivo podría estimarse en garantizar que la salud constituya junto con la educación uno de los derechos inherentes a la condición humana y a la vez igualadores de la condición social. Uno de los instrumentos a través de los cuales se desarrolla la política de salud es el otorgamiento a individuos o a grupos sociales de planes de atención, definidos como de Beneficios de Salud.

Planes de Beneficios de Salud. Estrategias y particularidades

Giedion *et al.*, (2013a) refiere que diversos países han adoptado Planes de Beneficios de Salud (PBS), y que estos se definen de forma explícita a través de la implementación de una serie de actividades o de provisión de servicios que van a ser financiados en base a recursos públicos. Se los diferencia de lo que se considera el racionamiento implícito de los planes de salud (ajuste a través de lista de espera, autorizaciones, falta de turnos en horarios necesarios, etc.) al ser esto poco eficiente y poco equitativo. El mismo autor plantea que tales planes explícitos emergen en el marco de los nuevos escenarios de la política social, y de las menciones del derecho humano internacional. Esto hace que la

idea de los beneficios explicitados constituya un sendero hacia el logro de la meta principal, que es el derecho a la salud. En el mismo sentido, Filgueira *et al.*, (2006) en su trabajo sobre universalismo básico como alternativa para mejorar la calidad de vida en América Latina, sostiene que una política social del tipo universalismo básico “apunta a promover un conjunto limitado de prestaciones básicas, que incluye las prestaciones esenciales de derecho universal, que variarán de acuerdo con las posibilidades y definiciones propias de cada país” (p. 99).

Por su parte, Wong y Bitrán (1999) señalan que un Plan de Beneficios de Salud (PBS) requiere cumplir con las siguientes características:

- Debe representar un subconjunto de la totalidad de las intervenciones que pueda proporcionar el desarrollo médico en cuanto a tecnología.
- Debe ser resultado del proceso de prioridades que se precisa otorgar a los objetivos técnicos específicos, así como a lo social, y no seleccionados al azar.
- Debe existir complementación entre los planes básicos de salud, para que puedan tener fortaleza suficiente, y actúen en conjunto a fin de obtener el resultado que se espera de ellos.

Por otra parte, y complementando esta idea, Rumbold *et al.*, (2012), plantea que existen tres elementos básicos que integran un plan de beneficios, a saber:

1. Tipos de actividades o servicios que son financiables dentro de las normas del sistema sanitario.
2. Uso adecuado de los servicios por medio de normas establecidas.
3. Limitantes financieras que determinan cuales servicios serán cubiertos y cuáles no.

Si bien los planes de beneficios de salud de los países de la región presentan particularidades en cuanto a los motivos de su implementación, como así también respecto de los mecanismos adoptados para su diseño, existe cierto consenso respecto a que deben contar con ciertas características comunes.

- a) Concretar el derecho a la salud. Mediante el explicitación de los servicios que serán cubiertos, ofreciéndoles a la población herramientas legales que le otorgan el derecho a reclamar ante el incumplimiento de la cobertura de ciertas condiciones de salud. En relación a los países bajo estudio, la población chilena cuenta con esta herramienta de reclamo, ya que las GES están garantizadas por ley. Por su parte, en Argentina el Programa SUMAR ofrece un paquete explícito de beneficios, aunque no reviste carácter de obligatorio
- b) Mejorar la equidad en salud. Mediante la selección de intervenciones claves que apunten a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de enfermedades de acuerdo a la situación epidemiológica, financiera y a las preferencias sociales en cada país. Por otra parte, la explicitación de la cobertura en salud se presenta como una herramienta de gestión que permite la planificación del financiamiento y provisión de servicios a la población objetivo.

Los Planes de Beneficios de Salud en el contexto de la Promoción del Desarrollo Infantil temprano

El acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud pública se ha convertido en tema obligado de las agendas políticas de muchos países latinoamericanos. La implementación de Planes o Programas de Beneficio de Salud (PBS) buscan precisamente reducir las brechas existentes a nivel de coberturas entre los diferentes grupos sociales en que se segmenta la población.

Cuando existe un desbalance en este aspecto, los más afectados suelen ser los niños y las mujeres, quienes conforman el componente de más alta vulnerabilidad de una sociedad. En base a esto, se ha procurado implementar programas de salud que les garanticen accesibilidad a los servicios asistenciales que demandan y precisan. El objetivo de estos programas es, en general, garantizar un desarrollo sostenido y saludable del componente materno – infantil. Esta tendencia ha estado fuertemente influenciada en las últimas décadas por distintos organismos y entidades internacionales (como UNICEF y el BID), que han promovido la inclusión en las agendas gubernamentales de acciones específicas que permitan el desarrollo del potencial físico y social del niño desde su gestación, así como también del cuidado de su madre.

Esta insistencia respecto de la necesidad de proteger al niño desde su primera infancia haciendo referencia a lo que a su bienestar general se refiere, tiene su basamento en la

evidencia científica que confirma la importancia de esta atención temprana. No solo por los resultados inmediatos de salud para el individuo, sino por el beneficio que esto puede aportarle en el largo plazo (mayor calidad de vida adulta, mejora de la expectativa de vida, etc.). Por esta razón, muchos países de América Latina están aplicando políticas y programas que apunten a garantizar el desarrollo infantil temprano en estos subgrupos poblacionales, especialmente los más vulnerables socio económicamente. Tales programas se han concentrado no solo en la prevención de situaciones de riesgo y la reducción de la tasa de mortalidad materno-infantil, sino básicamente en garantizar un desarrollo integral de los/as niños/as como derecho social básico que les pertenece.

Ahora bien, dado que estos programas revisten importancia significativa, resulta necesario efectuar un preciso análisis y evaluación de su desarrollo, a fin de determinar fehacientemente su grado de eficacia y efectividad en cuanto al logro de los objetivos que se plantean. Este proceso requiere disponer de herramientas técnicas de monitoreo y evaluación que permitan realizar los ajustes o mejoras necesarias acordes a su eficiencia, y de esta forma optimizar el impacto.

Tanto Argentina como Chile han desarrollado Planes de Beneficios en Salud en ese sentido, destinados a disminuir las brechas de equidad en el acceso a los cuidados en salud especialmente en lo que respecta a la población materno - infantil.

- *Planes de Beneficios en Salud en Argentina. El Programa NACER-SUMAR*

En el caso argentino, el Programa NACER-SUMAR se ha convertido en una herramienta estratégica para el logro de una mejora de resultados en la política sanitaria, a lo largo de los doce años que lleva su implementación. Este programa otorga cobertura explícita en materia de salud para diferentes grupos poblacionales, a saber: materno-infantil, niños/niñas y adolescentes de 6 a 19 años y adultos hasta los 64 años de edad. Según datos oficiales⁴ (Informe cápitás), dicho programa contaba, a diciembre de 2015, con un total de 12.787.232 beneficiarios, de los cuales 2.270.232 correspondían a niños y niñas entre 0 a 5 años.

El programa SUMAR resulta de una extensión sobre el original Plan NACER, que fuera implementado por el Ministerio de Salud de la Nación a partir del año 2004 en un contexto socio sanitario complejo. Como resultado de la crisis económica del 2001, la

⁴ Ministerio de Salud de la Nación. Programa Sumar. Informe mensual área capítas, diciembre de 2015.

población argentina presentó una fuerte reducción de sus ingresos y un aumento significativo de las cifras de pobreza. La pérdida de cobertura del seguro social de salud, derivado de la caída abrupta del empleo y la informalidad creciente llevo a un aumento de la presión de demanda de servicios de salud sobre las instituciones asistenciales públicas. Esto condujo al deterioro de varios indicadores sanitarios, como la Tasa de Mortalidad Infantil que en 2003 llegó a 16.5/1000 nacidos vivos (Plan Nacer/Programa Sumar, 2013), con brechas significativas entre provincias, especialmente las más rezagadas. Se hizo evidente entonces por parte de la autoridad sanitaria nacional la necesidad de planificar y poner en marcha un nuevo esquema complementario de las políticas tradicionales de salud, que subsanara ciertas asimetrías de financiamiento existentes en el sistema, especialmente en las provincias del norte argentino, y que afectaban de forma especial a la población materno-infantil en situación de vulnerabilidad social.

El Plan Nacer tuvo como objetivo general mejorar los indicadores de salud materno-infantiles. Establecido por razones de mayor necesidad un primer abordaje en las provincias de la región Noroeste y Noreste argentino poseedoras de los índices más altos de morbilidad y mortalidad materna e infantil, posteriormente se llegó en el año 2007 a incorporar a las restantes provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En el año 2012, el gobierno nacional decidió otorgar una extensión a nuevos grupos etarios dentro del esquema del Plan Nacer, denominándolo a partir de ese momento como Programa SUMAR. Con esto se logró ampliar su alcance no sólo respecto de la población objetivo, sino institucionalizar una novedosa modalidad de pago por desempeño asociado a resultados en el campo del cuidado de la salud.

De acuerdo con el Informe Cápitas del Programa Sumar de diciembre 2015, el programa funcionaba en ese entonces en 7.515 efectores de salud distribuidos en todo el país, en base a una gestión coordinada entre el gobierno nacional y las diferentes provincias, las cuales a su vez firmaron convenios de gestión con cada uno de los efectores de salud de sus propias jurisdicciones (Centros de Atención Primaria y hospitales).

Uno de los objetivos principales del ahora Programa NACER-SUMAR consistió en lograr un cambio cultural en la forma de plantear y gestionar el modelo de atención de la salud, procurando el desarrollo de seguros públicos de salud provinciales y otorgándole

prioridad a la Atención Primaria. Y al mismo tiempo mejorar la eficacia del sistema y obtener un uso eficiente de los servicios por parte de la población. Para lograrlo, el Ministerio nacional efectúa una transferencia capitada de recursos monetarios a las provincias, basándose parte de la misma en los resultados que estas presentan en cuanto a reclutamiento de la población en el sistema y cumplimiento de los objetivos sanitarios de cada región. De esta manera se fomenta la participación del gobierno provincial en la gestión por resultados en su propio territorio.

Otra importante herramienta de gestión del Programa SUMAR consiste en la nominalización de la población a cargo. Esto posibilita el monitoreo permanente de los cuidados brindados. Asimismo, permite realizar actividades de búsqueda activa de aquellos beneficiarios que no han contactado con el Centro de Salud, como así también articular con otros programas y estrategias ministeriales, con el objetivo de buscar acciones coordinadas, longitudinales, oportunas e interdisciplinarias sobre determinados grupos poblacionales de interés.

Plan de servicios de Salud del Programa SUMAR. Características y componentes

El Programa Sumar señala que el plan de servicios que posee se basa en un conjunto de prestaciones que a la vez sirven de herramienta para la obtención de fondos mediante el sistema de pago por desempeño, ya que envían señales al equipo de salud acerca de cuáles son las condiciones sanitarias que desde el Ministerio se han fijado como prioritarias. Este conjunto de prestaciones no sólo enumera los cuidados que debe recibir la población a cargo, sino que también incluye un modelo innovador en su diseño en base a la definición -para cada una de las prestaciones- de ciertos atributos que (en consenso con actores ministeriales y expertos) definen la calidad de una prestación. Tales atributos constituyen un criterio de exigibilidad para el financiamiento de las prestaciones otorgadas.

Al mismo tiempo, el programa contempla desde su diseño una sistematización de la información por parte del nivel central acerca de las prestaciones brindadas, y de ciertos atributos de calidad para alguna de ellas, lo cual constituye una valiosa herramienta para el análisis y gestión de los datos observados.

De esta forma, los principales objetivos del Plan de Servicios de Salud del Programa SUMAR están orientados a:

- a) Explicitar la cobertura de intervenciones claves, de acuerdo a las necesidades de la población beneficiaria según perfiles epidemiológicos nacionales y peso de enfermedad.
- b) Establecer acciones sinérgicas, a fin de fortalecer y promover la implementación a nivel nacional de las estrategias sanitarias desarrolladas por otros programas dependientes del Ministerio de Salud de la Nación.
- c) Fortalecer el trabajo en redes en salud y promover atenciones integrales a lo largo del ciclo de vida.
- d) Reducir la variabilidad clínica, favoreciendo la implementación de normativas y protocolos y en base a la exigencia de estándares de calidad acordados con los programas nacionales, así como monitorear su cumplimiento mediante procesos de auditoría externa.
- e) Configurar un sistema de monitoreo respecto del nivel de acceso a los servicios de salud por parte de la población beneficiaria del programa, a partir de la utilización de las prestaciones contenidas en el plan de servicios de salud.

La experiencia del Programa NACER-SUMAR permite demostrar que las prestaciones orientadas a la población materno-infantil en base a estas premisas han dado respuesta al perfil epidemiológico y sanitario del/los grupo/s poblacional/es elegido/s.

- *Planes de Beneficios en Salud en Chile. El Plan Auge*

En el caso chileno, el actual esquema de prestación de servicios de salud está enmarcado en el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Entre sus principales objetivos se incluyó dar prioridad a una política sanitaria con énfasis preventivo, y con intervenciones de tipo asistencial garantizadas que abarcaran la totalidad de la población y disminuyera la brecha de inequidad. Este régimen de garantías establece las prestaciones de servicios prioritarias que el FONASA (Fondo Nacional de Salud) debe brindar como cobertura a sus beneficiarios. Y también incorpora las denominadas Garantías Explícitas en Salud (GES), vinculadas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad que se le deben otorgar a ciertas prestaciones de servicios elegidas, asociadas a programas, condiciones o enfermedades que se establecen como prioritarias por su peso relativo (BID, 2014, p.49-83).

El AUGE surge con el dictado de la Ley 19.996. Se implementó como parte de la denominada "reforma de la reforma" que fuera efectivizada en el año 2005. Esta es resultado del análisis de los problemas de salud que afectaban a la población y debían ser considerados como un tema central para modernizar las políticas sociales del país. Dicho análisis señaló una serie de desafíos a enfrentar. En primer lugar, el aumento de la esperanza de vida de la población adulta que se asocia al aumento progresivo del envejecimiento poblacional y el consecuente peso de las enfermedades crónicas representando un gasto importante en atención médica. En segundo lugar, la presencia de una importante brecha entre los diferentes grupos socioeconómicos respecto de su acceso igualitario a los servicios de salud. En tercer lugar, la necesidad de cubrir ciertas expectativas de la población respecto de la efectividad, eficiencia y calidad de los servicios de salud, considerados hasta ese momento como un elemento de insatisfacción. Finalmente, dar solución a los problemas de salud existentes y al mismo tiempo afianzar los logros obtenidos.

De esta forma se pusieron en evidencia una serie de problemas operativos que afectaban al sistema de salud chileno, a saber:

- Alto grado de desigualdad en el acceso a las prestaciones de salud, principalmente por asimetrías entre los sistemas ISAPRE y FONASA.
- Gestión ineficiente de las instituciones hospitalarias públicas, que conllevaba a una escasa y poco coordinada gestión de las redes nacionales y regionales.
- Modelo de atención materno-infantil y de las enfermedades infectocontagiosas inadecuado.
- Escasa flexibilidad del modelo de atención para adaptarse a la transición demográfica y epidemiológica observable en el aumento de la población adulta en proceso de envejecimiento.
- Financiamiento insuficiente para atender el gasto derivado de dicho envejecimiento poblacional, con la consecuente necesidad de implementar nuevos esquemas que permitan mayor equidad, eficiencia y adaptación del modelo asistencial.

Todos estos problemas requerían urgentes cambios sustanciales en cuanto a la prestación de los servicios asistenciales, tomando en cuenta no solo la forma en que se

otorgaban, sino de qué forma cubrían a la población. En base a este diagnóstico inicial pudieron establecerse cuestiones prioritarias que debían ser modificados, a saber: discriminación en cuanto a cobertura, alto nivel de individualismo del sistema en lugar de solidaridad y deficiencias en la prestación de los servicios.

El plan AUGE buscó satisfacer estas demandas poblaciones, estableciendo una serie de garantías que le permitieran a la población chilena ejercer su derecho a la salud dentro de un sistema que sea accesible, de calidad, con igualdad de oportunidades y basado en la protección financiera tanto en el régimen público como privado. Estas garantías, conocidas como GES, se orientan fundamentalmente a establecer la obligatoriedad por parte del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Provisional de velar por la prestación de salud en aquellos casos establecidos en el régimen GES. De igual forma, garantizar que la prestación del servicio sea de calidad mediante el registro o acreditación de las instituciones asistenciales. Otra de tales garantías es la de temporalidad, a partir del establecimiento de plazos máximos para el otorgamiento de las prestaciones de salud. Finalmente, la última garantía se refiere a la protección financiera, y tiene que ver con el tope de contribución que debe hacer cada afiliado por prestación o grupo de prestaciones.

La particularidad de este sistema, a diferencia del de otros países, es que establece un marco legal para una reforma de tipo estructural de la Salud Chilena. El régimen GES comenzó otorgando prioridad según el peso de cada enfermedad sobre la sociedad chilena, incorporando 56 de ellas, a las que se garantizaría en términos de tiempo tanto su diagnóstico como tratamiento. Mediante esta priorización, se buscó generar un mayor impacto sobre la población al privilegiar precisamente los problemas de salud que registran mayor incidencia en términos de morbi-mortalidad. De esta forma se procuró otorgar una cobertura explícita en forma más eficiente a los grupos poblaciones más expuestos y vulnerables a patologías críticas, brindándoles una atención rápida y efectiva que les permitiera recuperarse o sobrellevar su situación.

Las patologías que se consideraron prioritarias. y se enumeran en el listado AUGE, fueron seleccionadas de acuerdo a criterios utilizados por el MINSAL y el Consejo Consultivo, tales como (Valdivieso y Montero, 2010, p.4):

- 1) Estudios de carga de enfermedad y de carga de factores de riesgo;

- 2) Eficacia y efectividad de las prestaciones que se ofrece otorgar, de acuerdo a criterios de Medicina Basada en Evidencia;
- 3) Capacidad real de atención de los sistemas de salud para cada una de las patologías o condiciones propuestas;
- 4) Criterio de "preferencias sociales" que recientemente ha sido motivo de un estudio que ha generado un informe al respecto, pero que por ahora no se aplica en plenitud.

La incorporación de las prestaciones bajo régimen de garantías explícitas se efectuó en forma gradual, en un plazo escalonado de tres años, a fin de permitir que se desarrollaran actividades paralelas en las redes asistenciales para efectivizar su cumplimiento. Los problemas de salud incluidos en la primera etapa representaron el 65% de la carga de enfermedad de la población chilena, llegando a ser un total de 80 prestaciones garantizadas (Del Prete, 2016). Esto permitió atender de forma eficiente a los grupos poblacionales más vulnerables, especialmente aquellos provenientes de estratos socioeconómicos más bajos. Los jóvenes menores de 15 años y los adultos mayores de 64 se encuentran entre los grupos más favorecidos al recibir ayuda médica especializada (Valdivieso y Montero, 2010).

EL AUGE resultó así un potente instrumento de regulación, al asociar cuestiones de calidad, protección financiera y oportunidad con que debían ser otorgadas las prestaciones respecto de una serie de cuestiones priorizadas en salud, definiendo cuatro garantías centrales (Del Prete, 2016).

- 1.- Garantía explícita de acceso: obligación del FONASA y de las ISAPRES de asegurar el otorgamiento de las prestaciones conferidas por el régimen GES.
- 2.- Garantía explícita de calidad: las prestaciones deberán ser provistas por un prestador registrado y acreditado por parte de la SSS en base a estándares de calidad para establecimientos.
- 3.- Garantía explícita de oportunidad: se refiere al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones garantizadas, la forma y las condiciones que determine el Decreto respectivo.
- 4.- Garantía explícita de protección financiera: contribución que debe efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser del 20% del valor determinado

en un arancel de referencia del régimen AUGE. En principio, FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones.

- **Análisis particular de los PBS con enfoque en DIT**

Población objetivo de los planes de beneficios en salud en relación al DIT

El desarrollo infantil (DI) comienza en el período previo a la concepción, dada la importancia de factores como la disponibilidad y preparación de los padres y madres para este evento, así como el apoyo social que tengan para los efectos que acompañan el embarazo hasta su culminación. Los niños que nacen de familias que viven bajo la línea de pobreza –donde hay bajos niveles educacionales, mala calidad de los trabajos, bajos niveles de ingresos, inadecuada vivienda y problemas de saneamiento básico– constituyen un grupo de alto riesgo para alcanzar el desarrollo pleno.

Está reconocido que las intervenciones tempranas pueden modificar las trayectorias vitales de los niños y niñas, y que tendrán un impacto significativo en las etapas posteriores de vida, principalmente en aquellos que nacen en condiciones de pobreza y privación. Es ese sentido, los programas que las incluyen toman como población objetivo la población infantil de 0 a 5 años y las mujeres embarazadas, ya que sobre ambos subgrupos poblacionales están dirigidas principalmente las acciones basadas en el fortalecimiento del DIT

Población objetivo de Argentina

De acuerdo con UNICEF Argentina, el segmento de población de niños y niñas de 0 a 9 años de 7.334.821. De estos, 3.337.652 corresponden al subgrupo 0 a 4 años de edad, lo que configura el 8.7% de la población total. Respecto de los bajo cobertura del Programa SUMAR (área capitales), en su informe correspondiente a diciembre del 2015 la población objetivo se correlaciona con dicho porcentaje, comprendiendo 3.643.293 niños y niñas de 0 a 9 años inscriptas al mismo.

Esto arroja un 100% de registro de la población objetivo, alcanzando al 49.7% de la población total/país correspondiente a dicho grupo etario (es importante aclarar que la población total es la que surge de los datos del censo 2010, cifra que puede haber variado en base al crecimiento vegetativo).

Focalizando dicha población sobre la cual se orientan explícitamente las acciones en relación al DIT, el Programa Sumar cuenta con una franja etaria de 0 a 5 años de 2.270.580 inscriptos (diciembre 2015), dato que supera el 100% de cobertura ya que la población objetivo estimada para tal grupo es de 1.956.485 niños y niñas.

Respecto de las embarazadas, el Programa Sumar dispone mensualmente del padrón de inscriptas al programa, registrándose a igual mes un total de 98.912 beneficiarias, con un 22% de promedio de embarazo adolescente.

Población total/país de 0 a 9 años	7.334.821
Población de 0 a 9 años inscripta en Programa Sumar	3.643.293
Porcentaje de cobertura sobre población sin cobertura explícita de salud	49.7% del total
Población objetivo estimada de 0 – 5 años	1.956.485

Es importante tener en cuenta estos números, ya que el diseño del programa contempla la definición de metas de los indicadores asociados a desempeño (Trazadoras) en base a la población objetivo. Esto se asocia con otras políticas de transferencias monetarias destinadas al mismo grupo poblacional, como la Asignación Universal por Hijo (AUH) y la Asignación Universal por Embarazo (AxE) en espejo con el Programa Sumar a partir de constituir la misma población beneficiaria inscripta. Al estar toda la población materno – infantil sin cobertura de seguros sociales de salud registrada como beneficiaria y nominalizada, es posible identificar su lugar de residencia y de esta forma facilitar su georreferenciación con los recursos asistenciales locales disponibles para la prestación de servicios.

Población objetivo de Chile

En base a las cifras publicadas por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2012) del país trasandino, la población objetivo de cobertura del Plan AUGE corresponde a un total de 17.444.799 habitantes, de los cuales 1.238.021 son niños y niñas de 0 a 4 años. De este total, aproximadamente 235.000 niños y niñas de 0 a 3 años se encuentran viviendo por debajo de la línea de pobreza por ingresos, pudiendo estimársela como población objetivo de otros componentes prestacionales destinados específicamente a población vulnerable con enfoque en DIT (PADBP y PARN).

El Programa Chile Crece Contigo está destinado a la promoción del desarrollo infantil sobre toda la población de 0 a 4 años, en base a menús prestacionales focalizados de acuerdo al nivel de vulnerabilidad. El 60% de los beneficiarios considerados altamente vulnerables tiene provisión de ayuda técnica para aquellos que asocian discapacidades, además de acceso gratuito a salas de cuna, jardín infantil de jornada simple y extendida y al Programa Chile Solidario. El ingreso al Sistema Chile Crece Contigo ocurre en el primer control prenatal de la madre en el sistema público de salud, con embarazo confirmado según las normas del Ministerio de Salud.

El 40% de la población con mayor grado de vulnerabilidad también accede a otros programas de tipo social, como el denominado Subsidio Único Familiar (SUF), a la nivelación de estudios, al mejoramiento de vivienda, a la asistencia judicial y a la prevención y atención de la Violencia Intra Familiar (VIF) entre otros.

Chile Crece Contigo establece un modelo de gestión que parte de considerar al territorio local (el municipio) como el entorno básico donde se deben proveer los servicios apropiados para otorgar apoyo y asistencia al desarrollo de los niños y niñas junto a su familia. Tiene como eje al sector salud, a través del denominado Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, mediante el cual se establecen alertas tempranas que disparan prestaciones relacionadas no sólo con el área de la salud, sino también educativas, sociales, laborales y judiciales. Al estructurarse las prestaciones en un Catálogo programático, se garantiza por una parte su obligatoriedad, y por otra su financiamiento. Al mismo tiempo y considerando la necesidad de evaluación y monitoreo sistemático de sus acciones, procura garantizar que los objetivos propuestos se cumplan y que el Programa tenga impacto (Bedregal et al., 2015).

- ***Menú prestacional comparativo de los PBS orientados al DIT***

A fin de establecer el análisis comparativo, se procederá en primer lugar a analizar las prestaciones incluidas en ambos Planes de Beneficios de Salud (PBS), destinadas a una población similar de mujeres embarazadas y niños/as de 0 a 5 años sin cobertura explícita de salud. En el caso de Chile, en lo que refiere al acceso a las Garantías Explícitas de Salud abarca similar población independientemente de su cobertura y

específicamente a la población cuya atención se lleva a cabo en la red pública de salud y presenta condiciones de vulnerabilidad, a la vez beneficiaria de las prestaciones contenidas en el Programa de Apoyo Biopsicosocial y el Programa de Apoyo al Recién Nacido.

En el caso de Argentina, el PBS del Programa SUMAR se encuentra ordenado por líneas de cuidado que se corresponden a los objetivos prioritarios establecidos por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. Se incluyen en cada eje temático prestaciones orientadas a la promoción de la salud, detección precoz y tratamiento de patologías o condiciones de salud relevantes en la salud materno infantil y que por consiguiente pueden influir en el desarrollo infantil.

En el caso de Chile, a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsico Social se establece un PBS orientado específicamente al abordaje del DIT. Por su parte, como ya se señalará, el Plan AUGE contempla dentro de la cobertura de ciertas patologías que por su carga de enfermedad resultan relevantes la mejora de la salud infantil, que de no ser tratadas adecuada y oportunamente pueden incidir en el desarrollo evolutivo de los niños/as.

Análisis comparativo de prestaciones orientadas a la promoción del DIT

En primer término, se describen los menús prestacionales orientados a la población materno infantil presentes tanto en Argentina como en Chile y detallados de acuerdo a los objetivos y lineamientos que motivó el diseño de cada uno de ellos. Para ello se ha elaborado una matriz comparativa de la oferta prestacional basada en el enfoque del modelo chileno de abordaje del DIT (fortalecimiento del desarrollo prenatal, atención del proceso de nacimiento, atención de niños y niñas de 0 a 4 años hospitalizados, fortalecimiento integral del desarrollo y atención de niños/as en situación de vulnerabilidad). Por último, se describen comparativamente las patologías cubiertas por los planes de beneficios de salud que específicamente inciden el desarrollo infantil.

Menú prestacional en Argentina

El Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar (PSS) contempla en su diseño una organización definida en base a líneas de cuidado, que se corresponden a un conjunto de cuidados de calidad, continuos, oportunos e integrales que van desde la promoción

de la salud y la prevención de la enfermedad hasta el tratamiento y seguimiento de las patologías expresamente contempladas.

Dado que uno de los objetivos del Programa Sumar es establecer acciones sinérgicas con las actividades programáticas del Ministerio de Salud de la Nación y de las provincias, la inclusión de cada una de las líneas de cuidado en el PSS surge del consenso con las autoridades ministeriales de cada jurisdicción y referentes en la materia, teniendo en cuenta el análisis geográfico de estudios de carga de enfermedad, la capacidad de oferta por parte de los servicios de salud y las situaciones sanitarias específicas que determinan la planificación.

Respondiendo a este desarrollo, el proceso de diseño e inclusión de las prestaciones del PSS destinadas a la población materno-infantil se efectuó en forma conjunta con la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. De esta forma, considerando los indicadores sanitarios vinculados a la salud materno infantil y los compromisos asumidos respecto del cumplimiento a los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), más lo que corresponde a la promoción del DIT, se procedieron a establecer como ejes prioritarios los siguientes:

- 1) Reducción de la morbilidad materno infantil, con foco en la reducción de la mortalidad neonatal;
- 2) Fortalecimiento de las redes de atención perinatal;
- 3) Elevación del número de controles de embarazo a un valor no inferior a cinco controles durante la gestación;
- 4) Estímulo a la promoción de la lactancia materna y el derecho a un parto respetado en el marco de maternidades seguras y centradas en la familia;
- 5) Fomento de la planificación familiar mediante la incorporación de consejerías sobre métodos anticonceptivos antes del egreso de la maternidad;
- 6) Fortalecimiento de la prevención y promoción de la salud, así como del crecimiento, desarrollo y nutrición de la población infantil;
- 7) Incremento en la cobertura de inmunizaciones;
- 8) Atención de patologías prevalentes de la infancia;
- 9) Promoción de condiciones de vida sustentables y
- 10) Acompañamiento de las familias en la crianza.

De esta forma, el PSS del Programa Sumar asocia su actividad a cada uno de los ejes priorizados por la DINAMI. Los puntos 4 (estímulo a la promoción de la lactancia materna y de derecho a un parto respetado en el marco de maternidades seguras y centradas en la familia), 5 (fomento a la planificación familiar mediante la incorporación de consejerías sobre métodos anticonceptivos antes del egreso de la maternidad), 9 (promoción de condiciones de vida sustentables) y 10 (acompañamiento de las familias en la crianza) están contemplados en el PSS mediante el financiamiento de prestaciones correspondientes a talleres y consejerías. Incluyen diversas temáticas tales como la promoción de hábitos saludables, pautas de alimentación y de crianza, consejerías en Salud Sexual y reproductiva y prevención de la violencia de género e intrafamiliar entre otras. Los restantes puntos se explicitan a continuación:

1. Reducción de la morbimortalidad materno infantil, con foco en la reducción de la mortalidad neonatal

Incluye consultas ambulatorias e internación destinadas a la atención de embarazo de bajo riesgo para las siguientes condiciones de salud: embarazo normal, anemia, puerperio normal y con complicaciones leves, consultas a especialistas ante la detección prenatal de malformaciones congénitas como la Fisura Labio Alveolo Palatina (FLAP), consulta e internación por hemorragia del primer, segundo y tercer trimestre del embarazo, atención y tratamiento de la infección de tracto urinario, consultas para atención y tratamiento del Sífilis y HIV, e infecciones de transmisión sexual (ITS), atención del parto vaginal y cesárea y del recién nacido.

Ante el embarazo de alto riesgo, si bien los factores que lo condicionan son variados (condiciones biológicas, estilo de vida y entorno social de la embarazada), se priorizó la atención de aquellas patologías con mayor incidencia en la mortalidad materno infantil. Esto dio lugar a la incorporación de prestaciones de consulta, internación y seguimiento de la amenaza de parto pretérmino, consulta internación y seguimiento de diabetes (gestacional y crónica), consulta, seguimiento internación de hipertensión (gestacional y crónica), internación por emergencias hipertensivas y consulta, internación y tratamiento (clínico y quirúrgico) de la hemorragia post parto.

En niños y niñas de 0 a 5 años, el PSS abarca la atención de patologías que con mayor frecuencia se asocian a la mortalidad infantil. Incluye la internación y tratamiento clínico

de Recién Nacidos Pretérmino con peso inferior a 1500 gr, la internación y tratamiento quirúrgico de malformaciones congénitas (cardiopatías, atresia de esófago, gastroquisis, oclusión intestinal, hidrocefalia, mielomeningocele y ano imperforado) como causantes de mortalidad neonatal, y el FLAP, pie bot y la displasia del desarrollo de cadera como causas de morbilidad asociada.

El programa también contempla consultas orientadas al diagnóstico precoz e inicio de tratamiento de enfermedades hematológicas como la leucemia y el linfoma causante de mortalidad en menores de 5 años.

2. Fortalecimiento de las redes de atención perinatal

El PSS establece como eje prioritario la organización y fortalecimiento de redes de atención en salud, mediante la incorporación de prestaciones que incentiven el desarrollo de circuitos formales que el paciente debe recorrer en base a un esquema de complejidad creciente y de estímulo a la referencia y contra referencia en el proceso de atención perinatal.

Dicho proceso se lleva a cabo a partir de prestaciones destinadas a la pesquisa activa de embarazadas, la notificación de factores de riesgo en el embarazo, la referencia de embarazadas de alto riesgo a niveles de atención con capacidad específica de resolución, la búsqueda activa de niños/as que hayan abandonado los controles habituales de salud. Asimismo, se procura incentivar la derivación de recién nacidos prematuros de alto riesgo nacidos en efectores que no cuentan con capacidad resolutive, hacia hospitales categorizados para su atención especializada. Paralelamente, la conformación de la red se orienta a incentivar las prestaciones de contrarreferencia de embarazadas y recién nacidos que resolvieron su patología hacia efectores de menor complejidad donde pueden continuar su atención y disponen de mayor cercanía a su domicilio. Lo mismo ocurre con el seguimiento por consultorios del recién nacido de alto riesgo, basándose en el concepto de atención en red para los niños en condición de alta de servicios de neonatología de la red pública de salud.

También se estimula el desarrollo de otras redes de atención pediátrica como el caso de la oncológica, que permita resolver la interconsulta de sospecha de tales patologías y su derivación oportuna a efectores especializados y preestablecidos, así como la de cardiopatías congénitas y del resto de las anomalías congénitas de cierta complejidad.

Otra característica del PSS del programa Sumar es que las prestaciones con enfoque de red sólo pueden ser financiadas en efectores a los que las autoridades competentes los han certificado como adecuados para brindar determinado nivel de cuidado asistencial a la población materno infantil. Por ejemplo, el financiamiento de partos vaginales y cesáreas debe adecuarse a la categorización perinatal basada en el cumplimiento de las Condiciones Obstétricas Neonatales Esenciales (CONE) establecidas por el Ministerio de Salud de la Nación.

3. Controles de embarazo:

El PSS contempla consultas de control de embarazo de bajo y alto riesgo tanto al inicio como de seguimiento y consulta con especialista de acuerdo a la presencia o no de patología asociada. Respecto al número de controles esperables, el Programa Sumar establece la realización del primero antes de la semana 13 de embarazo, y posteriormente al menos cuatro controles a lo largo de la gestación, los que se corresponden a dos de los indicadores de desempeño del Programa (denominados Trazadora I y II).

4. Fortalecimiento de la prevención y promoción de la salud, crecimiento, desarrollo y nutrición de la población infantil:

Para esta estrategia, el PSS contempla prestaciones destinadas al examen periódico de salud del niño. En estos controles se propone el cumplimiento de un cronograma de acuerdo a la edad del niño, visibilizándose su cumplimiento a partir de los indicadores de desempeño asociados al control de niño de 0 a 1 año (denominados Trazadora IV) y de 1 a 9 años (trazadora VII). Estos dos indicadores, a partir de enero del 2016, fueron unificados en un solo indicador de desempeño denominado Trazadora IV de seguimiento del niño menor de 10 años.

Este control de salud será el que, en base al estado clínico de los beneficiarios, promoverá interconsultas con especialistas (nutricionista, cardiología, nefrología, gastroenterología, infectología, endocrinología entre otros) también financiado como prestaciones del programa. Respecto de la patología nutricional, se incluyen consultas ambulatorias por anemia leve y moderada, sobrepeso y obesidad y atención modulada ambulatoria de niños y niñas de 0 a 5 años con retraso del crecimiento y desnutrición aguda o emaciación.

5. Elevar la cobertura en inmunizaciones:

El plan de servicios de salud contempla el financiamiento de prestaciones consistentes en la aplicación de todas las vacunas contenidas en el calendario nacional de vacunación, haciendo visible esta estrategia básica a través de dos indicadores de desempeño asociados a cobertura de vacunación en el menor de 24 meses y a los 7 años (Trazadora VIII y IX respectivamente).

6. Atención de patologías prevalentes en la infancia

Según el *Estudio de carga de enfermedad 2010* del Ministerio de Salud de la Nación, el mecanismo de incorporación de prestaciones orientadas a patologías prevalentes en la población materno - infantil se corresponde a un ejercicio de priorización basado en estudios de carga de enfermedad, así como a propuestas sanitarias implementadas por los programas nacionales bajo dependencia de la DINAMI. Siguiendo estos requerimientos, el PSS incorporó prestaciones de pesquisa neonatal destinadas a la detección de patología metabólica, detección temprana de hipoacusia, detección y tratamiento de Chagas y sífilis congénita.

Asimismo, procedió a incorporar la atención de las gastroenteritis agudas mediante consultas ambulatorias y posta de rehidratación oral, así como la atención ambulatoria inicial y el seguimiento de patología respiratoria infecciosa en menores de seis años con énfasis en estrategias de atención en guardia e internación abreviada en caso de síndromes bronquiales obstructivos agudos bajos (IRAB) y neumonía.

Menú prestacional en Chile

El abordaje del Desarrollo Infantil Temprano mediante menús prestacionales en el país trasandino puede dividirse en dos ejes temáticos. Por un lado, prestaciones incluidas como GES, las cuales están garantizadas por Ley y corresponden al 100% de la población independientemente del responsable de su financiamiento. Por otro, un menú prestacional enmarcado en el Programa Chile Crece Contigo, de carácter universal y con acciones focalizadas según el grado de vulnerabilidad de la población. Esto incluye tanto el Programa de Apoyo al Desarrollo Bio Psico Social (PADB) como el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) respectivamente. Ambos constituyen la puerta de entrada al

sistema de salud, y orientan las acciones específicas que el equipo de salud debe planificar según nivel de vulnerabilidad.

a. Prestaciones GES:

Como ya se detalló, a partir de un ejercicio de priorización de prestaciones establecido en la Ley 19.966 se establecen una serie de prestaciones que quedan bajo Garantía Explícita. Este ejercicio responde a los objetivos de las autoridades sanitarias, teniendo en cuenta la carga de enfermedad que cada patología conlleva, la eficacia y eficiencia de las prestaciones propuestas en función de medicina basada en la evidencia, la capacidad real de oferta y las preferencias sociales.

Si bien el menú prestacional de las GES no habla específicamente del grupo etario 0 a 5 años y de lo materno, se mencionan aquellas patologías efectivamente cubiertas y relacionadas directamente con morbilidad materno infantil:

1. Parto Prematuro y enfermedades del Recién Nacido:

- Prevención del Parto Prematuro: incluye a toda embarazada con factores de riesgo o síntomas de parto prematuro desde su prevención, detección oportuna y el tratamiento del parto prematuro y el recién nacido.
- Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido: incluye internación, consultas con especialistas, estudios complementarios y tratamiento de las siguientes patologías: Enfermedad de la Membrana Hialina (EMH), Hernia Diafragmática, Hipertensión Pulmonar Persistente, con y sin aspiración de Meconio y Neumonía, Aspiración de Meconio, Bronconeumonía.
- Analgesia en el parto: incluye todo trabajo de parto y todo parto vaginal en embarazo cualquiera sea su edad gestacional.
- Retinopatía del Prematuro.
- Displasia Broncopulmonar del Prematuro: incluye consultas, estudios complementarios, tratamiento y seguimiento.
- Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro (con peso al nacer menor de 1500 gr o 32 semanas de gestación), incluye *screening*, diagnóstico y tratamiento de casos confirmados.

2. Salud Bucal

- Salud Oral integral en la Embarazada: incluye la atención integral, consultas con especialistas, tratamiento farmacológico, prótesis y elementos de higiene bucal.

3. Salud en personas menores de 15 años

- Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años: incluye en su listado de prestaciones interconsultas, estudios de imágenes y de laboratorio para el diagnóstico pre y post natal, cirugía correctiva, seguimiento y colocación de prótesis de ser necesario.
- Tratamiento de la hipoacusia moderada, severa y profunda. Incluye tratamiento y cambio de procesador en aquellos que requieran implante coclear.
- Diagnóstico y tratamiento y seguimiento de las disrafias espinales: incluye defectos del tubo neural abiertos y cerrados.
- Tratamiento quirúrgico de cataratas en menores de 3 años: incluye diagnóstico, evaluación pre y post quirúrgica y el acto quirúrgico incluyendo la prótesis intraocular.
- Fisura Labio Alveolo Palatina (FLAP) incluye diagnóstico (consultas y estudios complementarios), resolución quirúrgica y rehabilitación hasta su resolución definitiva. Cubre material de ortodoncia.
- Displasia Luxante de Caderas: incluye *screening* y confirmación diagnóstica más tratamiento ortésico (no incluye cirugía).
- Infección Respiratoria Aguda (IRA). Incluye atención ambulatoria en menores de 5 años, consulta y tratamiento médico más la provisión de aerocámara.
- Estrabismo en personas menores de 9 años: incluye consultas y estudios complementarios diagnósticos, tratamiento quirúrgico y médico, así como anteojos y sello ocular.

4. Enfermedades Crónicas

- Epilepsia no refractaria en mayores de 1 año y menores de 15 años: incluye consultas con especialistas, estudios complementarios y tratamiento farmacológico.

- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH/SIDA) en relación a la población materno infantil. Incluye estudios de laboratorio para diagnóstico y determinación de carga viral y linfocitos en embarazadas y niños, tratamiento para la prevención de la transmisión vertical en embarazo y parto y seguimiento y tratamiento en niños hijos de madres VIH+.
- Hemofilia: incluye consultas y estudios diagnósticos, profilaxis en menores 15 años con factor VIII y IX, y diagnóstico y tratamiento de eventos graves y no graves.
- Fibrosis Quística: incluye diagnóstico, etapificación, tratamiento ambulatorio, en internación y tratamiento farmacológico e inmunizaciones y seguimiento.

5. Patología Oncológica

- Cáncer en menores de 15 años: consiste en consultas con especialistas y estudios complementarios para diagnóstico y tratamiento de tumores sólidos, leucemia y linfoma en menores de 15 años. Incluye tratamiento de quimioterapia, quirúrgico y trasplante de médula ósea, rehabilitación y seguimiento.

b. Prestaciones contenidas en el Programa de apoyo al Desarrollo Biopsico Social (PADBP)

Consiste en un paquete de servicios de características universales, que funciona como puerta de entrada al sistema de salud y al Sistema de Protección al Desarrollo Chile Crece Contigo. En líneas generales, las prestaciones de ingreso permiten establecer una valoración integral de las condiciones de riesgo de la embarazada y del niño/a y su familia, a partir del cual se propone desde los centros de salud la elaboración de una propuesta de abordaje para cada caso en particular, pero con lineamientos generales y herramientas provistos por ChCC.

El conjunto de prestaciones se divide en tres grupos:

- Gestantes:

Fortalecimiento de los cuidados prenatales, destinado al 100 % de las gestantes mediante la prestación de ingreso al control prenatal orientada a la detección de

factores de riesgo bio-psico-sociales. Provee la guía de gestación “Empezando a Crecer” y la “Agenda de Salud del Control Prenatal”.

➤ Atención integral de las familias en condiciones de vulnerabilidad psico social.

Se basa en dos prestaciones. La primera consiste en el diseño de un plan de salud personalizado para la gestante y su familia, que funciona activando la red comunal del Programa Chile Crece Contigo según la vulnerabilidad hallada y las derivaciones a especialistas según se requiera. La segunda consiste en la Visita Domiciliaria Integral (VDI) a gestantes en situación de vulnerabilidad, y provee educación grupal o individual de la gestante, su pareja o acompañante significativo, la incorporación al Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN), el apoyo cognitivo, emocional y la preparación para el nacimiento y la crianza.

➤ Atención del Proceso de Nacimiento.

Las prestaciones incluidas para este grupo son: la atención personalizada del parto y parto centrada en las necesidades maternas y respetando a la pertinencia cultural, la atención personalizada e integral de mujer puérpera y el Recién Nacido/a, la contrarreferencia personalizada de familias con vulnerabilidad psicosocial desde el Servicio de Obstetricia hacia APS para el rediseño de su plan de seguimiento, y la coordinación oportuna entre el equipo de obstetricia y el de APS.

Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN). Es una intervención de apoyo instrumental al recién nacido, e incluye la prestación de educación sobre el uso de los implementos PARN y la crianza temprana destinada al 100% de las madres de los recién nacidos vivos/as más la entrega del set de implementos básicos para el recién nacido/a junto a material educativo.

Atención del Niño y Niña Hospitalizado. Incluye prestaciones destinadas tanto a neonatos como a niños y niñas hasta 4 años internados en servicios de pediatría. Se trata de dos prestaciones diferenciadas, que apuntan a una valoración integral

del desarrollo a fin de permitir el contacto con la familia, la prevención de déficits del neurodesarrollo y la educación e intervenciones sociales.

➤ Fortalecimiento del Desarrollo Integral del Niño y Niña

Se promueve el primer contacto en Atención Primaria de la Salud del recién nacido con su madre, padre y/o cuidador, mediante el control de salud para una valoración integral del niño y su familia, y controles posteriores del niño y niña con la aplicación de test de pesquisa de rezago y/o retraso en el desarrollo. Incluye asimismo intervenciones socio-educativas tanto individuales como grupales destinadas al taller de crianza "Nadie es Perfecto", al taller de promoción del desarrollo lenguaje y al taller para la promoción del desarrollo motor (para niños/as de 0 a 12 meses y su familia).

Atención del niño y Niña en Situación de Vulnerabilidad. El programa ofrece prestaciones destinadas a la atención específica de niños en situación de vulnerabilidad con rezago y/o retraso en el desarrollo, y programas específicos de estimulación para este grupo.

Tabla 3. Matriz comparativa de las prestaciones incluidas en los PBS de Chile y Argentina que inciden en el DIT.

Planes de beneficios de Salud. Acciones asociadas a la promoción del Desarrollo Infantil Temprano			
	Chile		Argentina
	PADBP	GES	SUMAR
Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	Ingreso al control prenatal (e/4 y 14 semanas de gestación) Guía "empezando a crecer" y de la Libreta de Salud Prenatal Seguimiento del embarazo según vulnerabilidad, incluye consultas a especialistas Visita domiciliaria integral Activación de la red comunal Chile Crece contigo Educación grupal o individual a la gestante y su pareja y/o acompañante significativo. Ingreso al PARN	Prevención, diagnóstico y seguimiento y tratamiento del parto prematuro Salud Oral integral en la Embarazada	Búsqueda activa de embarazadas en el primer trimestre de embarazo, o por abandono de controles. Promoción de la Salud: talleres y consejerías sobre cuidados en el embarazo, y puericultura Prevención de violencia de género e intrafamiliar Embarazo de bajo riesgo y complicaciones leves: consultas, exámenes complementarios. Se promueve la primera consulta antes de la semana 13 de gestación Embarazo de alto riesgo: Diabetes e hipertensión crónica y gestacional. Amenaza de parto pre término. Emergencia hipertensiva y hemorragias en el embarazo Salud bucal en el embarazo Aplicación de Inmunizaciones según calendario nacional Red perinatal: notificación de factores de riesgo, prestaciones de referencia a niveles de complejidad mayor y contrarreferencia
Atención del proceso de nacimiento	Atención personalizada del pre parto y parto Atención personalizada integral del puerperio y recién nacido Contra referencia personalizada de familias con vulnerabilidad psico social Coordinación oportuna con los equipos de APS Educación sobre la utilización de los elementos PARN y pautas de crianza temprana Entrega de set de elementos y material educativo incluido en el PARN Control de Salud de la diada madre, padre y/o cuidador - hijo/a (ingreso a APS)	Analgesia en el parto	Atención de parto vaginal o cesárea y atención del recién nacido Alta conjunta binomio madre – hijo Screening de patología metabólica y pesquisa de Chagas congénito e hipoacusia
Atención del niño/a hospitalizado de 0 a 4 años de edad	Atención integral del RN internado en neonatología con foco en la integración de la familia en la atención, hospital abierto a la familia, promoción del neurodesarrollo, educación e intervención psicosocial Atención integral del niño hospitalizado en pediatría con foco en el desarrollo	Atención del Recién nacido prematuro Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido Retinopatía del Prematuro Displasia Broncopulmonar del Prematuro Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro	Internación y tratamiento de recién nacido prematuro con peso al nacer menor de 1500 gr durante los primeros 30 días de internación

	Chile		Argentina
	PADBP	GES	SUMAR
Atención de niños/as en situación de vulnerabilidad	Control integral de salud con evaluación y seguimiento del desarrollo integral del niño y niña (pesquisa de depresión post parto y evaluación del desarrollo psicomotor) Taller de crianza "nadie es perfecto", de promoción temprana del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor Atención de salud del niño/a en condición de vulnerabilidad y/o rezago del desarrollo Atención del niño/a con retraso del desarrollo integral Visita domiciliaria integral para familias de niños/as menores de 4 años en situación de vulnerabilidad para su desarrollo integral Modalidad de apoyo al desarrollo infantil en el centro de salud (Estimulación)		Búsqueda activa de niños con abandono de controles
Fortalecimiento del desarrollo integral del niño/a	Salud integral del niño/a sano.		Control de Salud en niños y niñas de 0 a 10 años Control odontológico Aplicación de Inmunizaciones Talleres de promoción de hábitos saludables, prevención de accidentes. Pautas de crianza y desarrollo infantil
Atención de patologías prevalentes que pueden incidir en el DIT (internación y ambulatorio)		Tratamiento integral de: Cardiopatías congénitas operables Hipoacusia moderada, severa y profunda. Disrafias espinales Cataratas en menores de 3 años FLAP (Incluye ortodoncia) Displasia luxante de caderas Estrabismo Epilepsia no refractaria Leucemia, Linfoma y tumores solidos Fibrosis quística HIV Insuficiencia respiratoria aguda	Diagnóstico, seguimiento y tratamiento clínico/quirúrgico/ortésico de: Anemia Sobrepeso, obesidad, y desnutrición Cardiopatías congénitas Gastrosquisis, mielomeningocele, hidrocefalia congénita, atresia de esófago, oclusión intestinal y ano imperforado FLAP Hipoacusia Displasia luxante de caderas y Pie Bot Infección respiratoria aguda baja, Leucemia, Linfoma: diagnóstico y seguimiento Infecciones de transmisión sexual (incluye HIV)

Crterios comparativos de calidad de las prestaciones contenidas en los PBS de Argentina y Chile

Argentina

El programa Sumar, en su modelo de financiamiento, establece que para el pago de las prestaciones facturadas por parte los efectores de salud a las Unidades de Gestión

Provinciales (UGSP), deben completarse ciertos criterios considerados como atributos que debe tener una prestación para que se considere de calidad. Estos son definidos de acuerdo a protocolos y consensuados con programas nacionales y expertos en cada una de las condiciones de salud cubiertas por el programa. Al tratarse de una modalidad innovadora de financiamiento en salud y relación con los efectores, los atributos de calidad son incorporados como obligatorios en forma gradual, a fin de favorecer la adherencia del equipo de salud. Otra característica es que algunos de estos atributos obligatorios deben ser reportados a nivel central, por lo que se convierten en una fuente de información valiosa como herramienta para la planificación de la gestión en salud.

En cuanto al abordaje del DIT, si bien no hay prestaciones específicas dirigidas a esta temática, el correcto registro, facturación y reporte de las prestaciones puede brindar información con valor agregado. Por ejemplo, ante la consulta para un examen periódico de salud en un niño de 0 a 3 años, el sistema obtendrá información sobre su identificación (nombre apellido, edad, DNI y n° de beneficiario), fecha y efector donde realizó el control, datos antropométricos como peso, talla y perímetro cefálico (según corresponde). Todo esto permite monitorear su estado nutricional y el de la población a cargo y generar acciones focalizadas sobre grupos vulnerables. Al analizar los atributos de calidad de las prestaciones contenidas en el PSS, no se encuentra como requisito la evaluación de pautas madurativas en niños ni la aplicación estandarizada de test de pesquisa de riesgo o rezago en el desarrollo.

Cada una de las prestaciones del PSS cuenta desde su diseño con un instructivo para guiar al equipo de salud acerca de su correcta aplicación. Estos instructivos brindan información sobre nombre y código de la prestación, línea de cuidado que la contiene, cuales son los profesionales que pueden brindar la prestación y en que ámbito (consultorio ambulatorio en centros de salud u hospital o domicilio), en que consiste la prestación, y guías y protocolos recomendados por los referentes. Por último, señalan el número sugerido de prestaciones ideales (tasa de uso teórica), y si la prestación se asocia a alguno de los indicadores de desempeño del programa (Cobertura Efectiva Básica, Trazadoras). A pesar de la búsqueda efectuada, no se ha encontrado información respecto al nivel de difusión de estas normativas en el equipo de salud, ni del grado de adherencia al cumplimiento de guías y protocolos de atención. Todas las prestaciones

poseen medios de verificación, lo que permiten someterlas a auditoria y verificar su calidad brindada.

Chile

Como ya se detallará oportunamente, en relación al abordaje del DIT es posible identificar dos tipos de menús prestacionales. Por un lado, las patologías incluidas dentro de las GES y por otro las prestaciones focalizadas en la promoción del desarrollo integral de niños y niñas y enmarcadas en los Programas PADBP y PARN dentro del sistema Chile Crece Contigo. Cada uno de ellos dispone de criterios de calidad, definidos en el marco de la estrategia que les da origen.

Respecto del plan AUGE, establece garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. En lo que respecta a la calidad garantizada, explicita que las prestaciones deben ser brindadas en efectores registrados y acreditados, respetando guías y protocolos establecidos por la autoridad sanitaria. Estos protocolos delimitan también la garantía de oportunidad por la cual se establece el plazo máximo en el que una prestación debe ser brindada. Los atributos de calidad, al estar garantizados por Ley, le otorgan al ciudadano la potestad de reclamar ante su incumplimiento. Se desconoce el nivel de empoderamiento real del ciudadano para el ejercicio de su derecho a la salud.

En relación a los menús prestacionales orientados a DIT, si bien no están bajo régimen de garantías, están presentes para cada uno de las prestaciones instructivas donde constan las características de la prestación, objetivo de la misma, tiempo estimado de duración de la prestación y personal capacitado que debe realizarla. También se establecen guías y protocolos y se explicita el tipo de material educativo/didáctico que debe ser entregado al beneficiario en cada oportunidad, así como la fuente de verificación de la prestación brindada. A modo de ejemplo, entre los criterios considerados obligatorios para la evaluación del DIT en las prestaciones contenidas en el PADB, el programa utiliza instrumentos de evaluación (escalas de desarrollo infantil y de pesquisa de depresión en embarazadas) avalados por referentes en la materia y autoridades nacionales.

Los instrumentos destinados a la evaluación del desarrollo infantil comprendidos en las prestaciones del PADB son:

- la Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor en menores de dos años (EEDP) la cual se aplica a los 8 y 18 meses y
- el test TEPSI en niños y niñas mayores de 3 años que se aplica a los 36 meses de edad.

Si bien los mismos no constituyen el *gold standard* en lo referente a evaluación del desarrollo infantil, cuentan con amplio consenso, son de fácil aplicación en la práctica diaria (tiempo breve de duración y aplicable por profesionales de atención primaria de la salud) y orientan al equipo de salud sobre la necesidad de brindar prestaciones diferenciadas según la situación hallada.

Articulación con programas y otros actores relevantes en relación al DIT

Articulación intra e interinstitucional en relación al DIT en Argentina

El abordaje de las necesidades sanitarias y sociales de la población materno infantil y específicamente en lo que refiere a la promoción del Desarrollo Infantil Temprano ha seguido los lineamientos programáticos del Ministerio nacional, estableciéndose mecanismos de articulación formales interministeriales - por ejemplo - con el Ministerio de Trabajo/ANSES para programas de transferencia condicionada (Asignación Universal por Hijo y Asignación por Embarazo). También se ha favorecido el trabajo intraministerial en el espacio sanitario, mediante la incorporación de prestaciones asociadas al Programa Nacional de Acompañamiento de la Madre y el Recién Nacido (Qunita).

A fin de lograr un mayor impacto positivo tras la implementación del Plan Nacer, se promovió su articulación directa con las condicionalidades de la Asignación Universal por Hijo (AUH). Este modelo de transferencias monetarias vigente desde noviembre de 2009 consiste en un estímulo económico a la inclusión de familias que se encuentran en situación de desempleo o informalidad y por tal razón no registradas en la seguridad social tradicional, con hijos menores a 18 años. El propósito de este programa es, además de ofrecer un complemento de ingreso equiparable a la Asignación Familiar por Hijo a los grupos poblacionales más vulnerables, romper con la idea de la pobreza

intergeneracional, incentivar la escolarización de los menores a cargo y promover el control de su salud como condicionalidad asociada. Posteriormente se articuló también con el Plan Nacer la Asignación por Embarazo para la Protección Social (AE), a fin de incluir a mujeres embarazadas de escasos recursos y facilitarles el acceso a los servicios públicos de salud para disminuir la tasa de mortalidad materno-infantil asociada al riesgo de no acceder en tiempo y forma a los controles necesarios por parte de este grupo poblacional.

El mecanismo formal que se utilizó para la articulación de los tres programas mencionados se aplicó de la siguiente forma: para estar incluido en los beneficios de la AUH y la AE es obligatoria la inscripción en el plan Nacer/Programa Sumar, al igual que la presentación de los controles de retención escolar y de salud respectivamente. Si bien el no cumplimiento de estos solo restringe el cobro final de un 20% acumulativo anual que se deduce de las transferencias mensuales, esta sinergia AUH – Plan Nacer/Programa Sumar contribuyó a aumentar el volumen de inscriptos de 0 a 5 años. Si la tasa de inscripción tenía un incremento interanual del 15% en los dos años previos a la implementación de la condicionalidad de registro en el plan Nacer para ser beneficiario de la AUH, dicha inscripción aumentó al 39% al año de su vinculación hasta alcanzar en el año 2011 una tasa cercana al 84% respecto a la población objetivo (gráfico 12). La articulación buscada propició que las mujeres embarazadas o con hijos menores de 6 años – beneficiarios directos del Plan Nacer- se involucren efectivamente en su dinámica y visibilicen la importancia de concurrir a los controles de salud durante la gestación y los primeros años de vida de sus hijos.

Otro aspecto importante en el proceso de articulación de programas sanitarios y sociales tiene que ver con las particularidades de su implementación en el contexto de un país federal como es Argentina. En ese sentido, la articulación entre los entes asistenciales y los espacios de gestión de la salud pública estatal subnacional como provincias y municipios resulta imprescindible para lograr efectos e impacto. En ese sentido, uno de los instrumentos exitosos resultado de la sustentabilidad y gradualidad de implementación del modelo de financiamiento parte por cápita directa y parte por resultados sanitarios del Programa. La idea central, acordada con la administración provincial, es el desarrollo del mismo hacia Seguros Públicos de Salud para la población sin cobertura explícita de salud, incluida la materno-infantil.

De esta forma, el Ministerio Nacional, a través de la Unidad Central de Gestión del Programa, va transfiriendo recursos a las provincias bajo la modalidad capitada en la medida en que estas incentivan a la población sin cobertura explícita a inscribirse y participar del Plan Nacer, así como también en función del alcance de resultados sanitarios definidos a partir de las denominadas "Trazadoras". Estos recursos son de tipo transferencias monetarias, pero también se complementan con recursos no monetarios (equipamiento). A nivel provincial, la facturación que los efectores presentan a la Unidad de Gestión Provincial (UGP) - en función de las prestaciones efectuadas correspondientes al PBS - son pagadas mediante transferencias a los CAPS y Hospitales, que las destinan a la compra de recursos físicos, insumos o a la contratación de recursos humanos para los Equipos de Salud.

La respuesta a este modelo innovador ha sido satisfactoria, permitiendo generar nuevas alternativas de gestión interna a los entes públicos responsables de la prestación de servicios de salud. El cumplimiento por parte del Estado en cuanto a la regularidad de las transferencias financieras permite otorgar un sentido de credibilidad entre los diferentes actores, lo que redundando indirectamente en una mayor participación y aprovechamiento de los beneficios por parte de la población.

La coordinación entre los programas de la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) y el Plan Nacer también ha propiciado la cooperación recíproca en términos de operatividad e inscripción. Por un lado, el Plan Nacer proporcionó datos que permitió a la ANSES determinar quiénes eran los niños que no formaban parte de los registros originales para la AUH. Como contraparte, la implementación del Plan Nacer como requisito para acceder y mantener la AUH/AE significó una potencial expansión de alcances de beneficiarios en la nómina de las UGP y de esta forma dar un primer paso en el avance hacia la conformación de los Seguros Provinciales de Salud (Plan Nacer/SUMAR, 2013). Además, existe una fuerte articulación y rectoría en el Plan NACER/Programa SUMAR que refiere a la relación Nación-Provincia y Provincia-Efectores de Salud, en el cual, a partir de la lógica de financiamiento asociado a los desempeños sanitarios pautados por nación en acuerdo con los estamentos provinciales y locales, ha sido posible "unificar" (al menos en parte) la oferta de servicios de salud para la población sin cobertura explícita. Estas instancias de cooperación y colaboración

recíproca continúan en la actualidad, lo que marca una fuerte institucionalización estratégica.

Apuntando específicamente a contribuir a la promoción del Desarrollo Infantil Temprano, en el año 2015 el Ministerio de Salud de la Nación procedió a implementar el Programa Nacional de Acompañamiento de la madre y el recién nacido (denominado Qunita), que estaba destinado a mujeres embarazadas inscriptas en la Asignación por Embarazo. El mismo consistía en la entrega de un set para el cuidado de la madre y el niño, que contenía indumentaria para el recién nacido, porta bebe bolso materno y cambiador, elementos para el cuidado del niño y la madre, un libro de cuentos infantiles y una guía sobre cuidados de la mamá y el bebé junto a una cuna destinada a ofrecer sueño seguro hasta los 6 meses de vida.

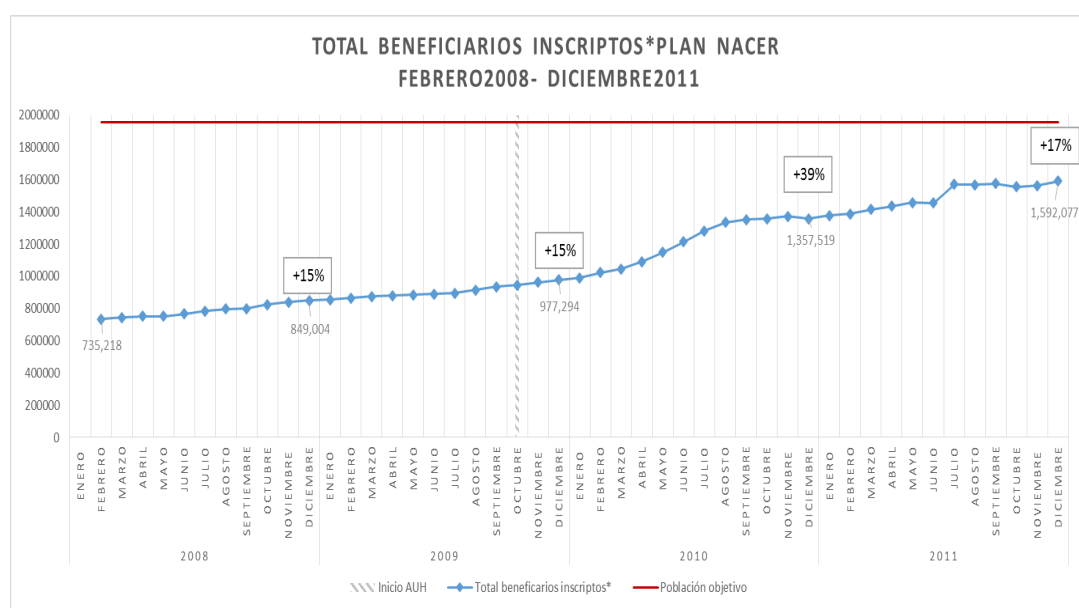
Qunita tenía por objetivos específicos garantizar el acceso equitativo a insumos y recursos para el cuidado y crianza de niños y niñas desde su nacimiento hasta los primeros meses de vida y para un adecuado puerperio materno, fortalecer la captación temprana de las mujeres embarazadas y fomentar un adecuado seguimiento mediante un adecuado circuito de referencia y contra referencia bajo la estrategia de regionalización perinatal. Como condicionantes para el acceso, establecía que la mujer embarazada debía encontrarse inscripta en el Programa Sumar, ser receptora de la Asignación por Embarazo, haber cumplido al momento del parto al menos con 5 controles de embarazo, y que el parto se haya realizado en maternidades seguras, públicas y habilitadas por el Ministerio de Salud de la Nación. El Programa Sumar a su vez estableció un mecanismo de sinergia incorporando a su plan de servicios de salud dos prestaciones destinadas a financiar el quinto control del embarazo en maternidades seguras y el alta conjunta del binomio madre hijo con la entrega del kit Qunita.

Este plan por diversas razones se suspendió al entrar en instancia judicial y posteriormente fue dado de baja en el año 2016 por resolución del Poder Ejecutivo nacional. No se dispone de informes acerca del volumen de kit entregados como tampoco de evaluaciones que midieran el posible impacto de esta estrategia sobre lo que constituía una población estimada de 150 mil recién nacidos y sus familias.

La investigación efectuada no permitió registrar otros mecanismos formales de articulación entre las prestaciones brindadas al grupo materno infantil que son

financiadas por el Programa SUMAR con estrategias desarrolladas por otros ministerios o instituciones que apunten a optimizar la oferta de los recursos disponibles para el mejor abordaje del DIT. Probablemente esto sea resultado que entre el programa rector de la política pública en DIT (el Programa Primeros Años) y la DINAMI (encargada de implementar la protocolización de la estrategia materno-infantil en el sector salud oficial), no se contempló estratégicamente la utilización de las prestaciones que forman parte del Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar como “puerta de entrada” a una oferta integral e interrelacionada de recursos asociados al DIT.

Gráfico 12. Sinergia Plan Nacer – Asignación Universal por Hijo. Porcentaje de incremento anual de inscriptos al Plan Nacer



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por el área Capitas, Programa Sumar. Ministerio de Salud de la Nación.

Articulación intra e interinstitucional en relación al DIT en Chile

En lo referente al DIT en Chile, la articulación entre los diferentes programas se ha dado en el marco de la Reforma de Salud, hilo conductor que establece varios principios sobre los que éste se ha basado. Más que un proceso de correlación de fuerzas para un propósito común, ha significado un cambio en la gestión orientada a adecuar acciones de los actores involucrados en el contexto de una visión ampliada de la prestación de servicios de salud. Implicó, en cierta forma, favorecer la optimización de la red pública

de servicios para alcanzar la calidad y el nivel de acceso representados en los principios que rigen el Plan Auge.

En función de este principio otros programas, como el caso del Chile Crece Contigo, han quedado enmarcados en un modelo de gestión que permita la articulación intersectorial, a fin de evitar superposición de acciones. Este modelo considera que la institución responsable de la coordinación de las políticas del programa sea el Ministerio de Planificación, trabajando en conjunto con los ministerios de Salud y Educación. Estos últimos serán quienes definan las prestaciones específicas que serán ejecutadas por los equipos de salud en cumplimiento de los objetivos definidos para el sistema, con los estándares de calidad e impacto adecuados. Al mismo tiempo, todas las instituciones y ministerios pertenecientes al Gobierno Central que estén de una u otra manera involucrados en el Sistema de Protección Integral a la Infancia deben ajustarse a los lineamientos del Sistema de Control de Gestión de la Dirección de Presupuestos (DIPRES).

Respecto de la responsabilidad por el suministro de las prestaciones, ésta se ha descentralizado a las comunas (municipios), que son quienes las otorgan a través de prestadores locales configurando lo que se conoce como la Red Comunal Chile Crece Contigo. Esta red queda conformada entre los centros de salud, los centros de educación inicial comunales y otros prestadores locales. El apoyo y la asistencia técnica a tales Redes Comunales lo proporcionan los ministerios sectoriales de cada provincia.

En cuanto a la gestión financiera y la rendición de cuentas para el programa, es ejecutada principalmente por el ministerio coordinador (MIDEPLAN). Dado que la disponibilidad de información actualizada y de la calidad prestacional son elementos primordiales para la administración de la red, existe un Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo, encargado de coordinar y gestionar en forma permanente las redes comunales. La información suministrada por dicho sistema proporciona a los equipos de trabajo de todos los niveles el conocimiento necesario en cuanto a logros y desajustes, con la finalidad de aplicar correcciones. Las Redes Comunales desempeñan aquí un rol fundamental en la operación del sistema en el ámbito local. Se encargan de la provisión del conjunto de servicios y beneficios, en base a las condiciones particulares de la población objetivo del programa y su función prioritaria es velar por el funcionamiento eficaz, efectivo y oportuno de las derivaciones de los beneficiarios del programa a las

prestaciones de salud disponibles, de acuerdo a las necesidades particulares de soporte de cada uno de ellos. Otra de las funciones claves consiste en ofrecer respaldo y fortalecer iniciativas respecto de la generación de oportunidades para la participación de la comunidad, en temas vinculados al desarrollo de la infancia.

La puerta de entrada al sistema puede darse tanto en el primer nivel de atención como en los hospitales al momento del nacimiento o de la internación de la madre y/o el niño/a. Los menús prestacionales orientados a la población materno infantil, establecen como "hito de entrada" al Sistema Integral de Protección de la Infancia el momento en que la mujer embarazada realiza su primer control de embarazo. En tanto, el "hito de salida" ocurre cuando el niño o niña ingresa al primer nivel de transición de educación inicial.

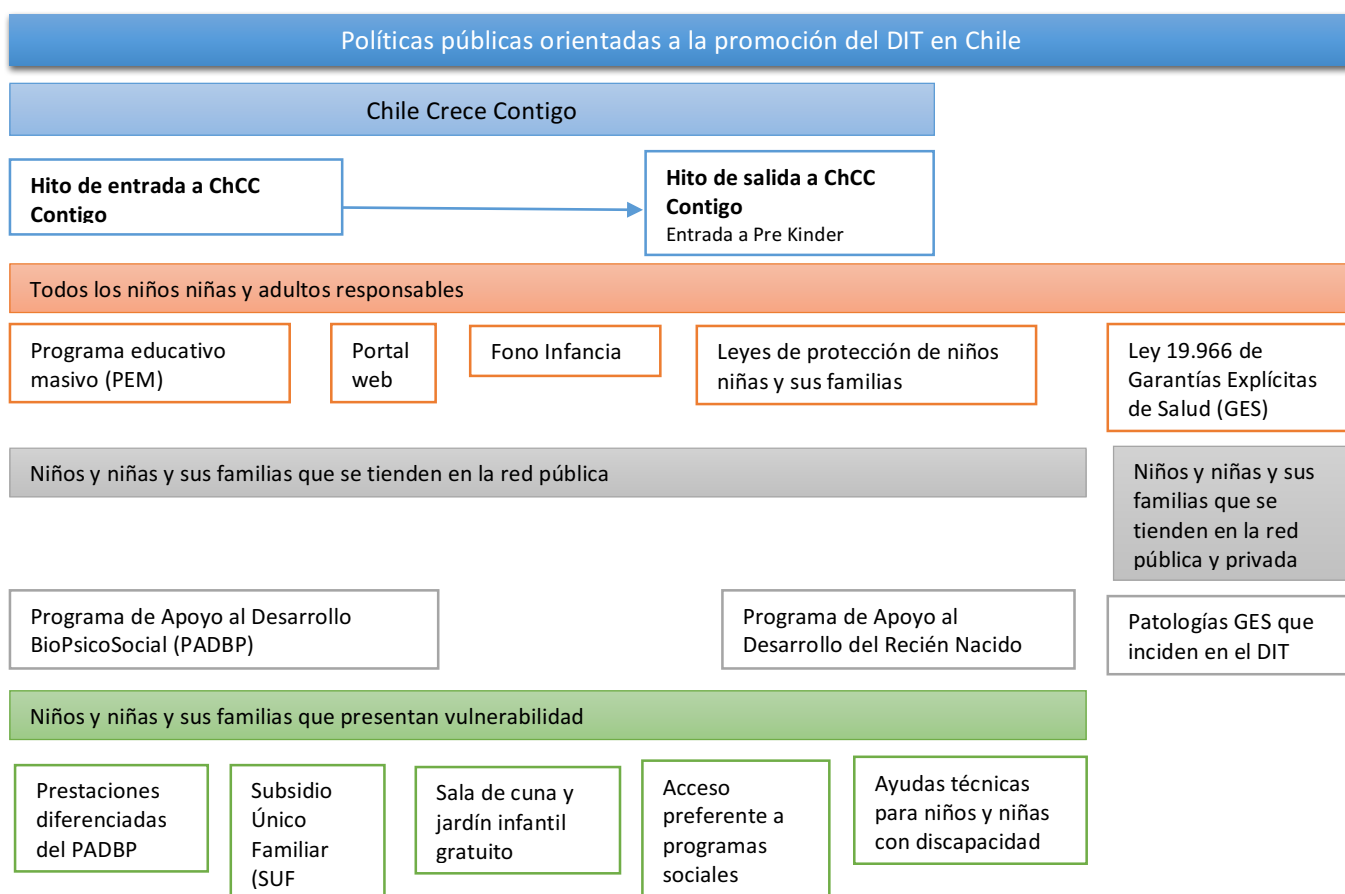
Una vez ingresada la embarazada o el niño a dicho Sistema, tiene lugar un acompañamiento a lo largo del ciclo de vida, lapso durante el cual se van activando prestaciones específicas de acuerdo al nivel de vulnerabilidad o riesgo detectado. De esta forma, todos los niños/as y sus familias cubiertas por la red pública tienen igualdad de acceso tanto al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) como al de Apoyo al Recién Nacido (PARN). Un punto interesante de articulación es que ciertos factores de vulnerabilidad y riesgo constituyen Garantías Explícitas de Salud (GES). Por ejemplo, la garantía de cobertura de depresión en el embarazo, que registran 45,8% de las gestantes con uno o más factores de riesgo, al igual que el caso de la atención del recién nacido prematuro.

Por lo tanto, y como se ha podido observar a través de la comparación de actividades, es posible definir dos modelos de articulación a partir de la utilización de Planes de Beneficios en Salud en relación a la promoción del DIT. En el caso de Argentina, el Plan NACER/Programa SUMAR opera como una herramienta con capacidad para ejercer cierto nivel de incentivo a nivel jurisdiccional, lo que permite direccionar otras estrategias sanitarias y sociales propuestas por parte de los programas nacionales vinculados específicamente a la protección del componente materno infantil. En relación específica al DIT, no ha sido posible identificar en forma directa mecanismos formales de articulación con y/o entre los restantes ministerios nacionales que participan de la política social, que estén dirigidos a la promoción del desarrollo infantil temprano (por ejemplo, con el Plan Primeros Años). Tampoco se evidencian desarrollos a nivel local (provincias

o municipios) que establezcan interacciones con las mesas locales de gestión dependientes del citado Plan.

En el caso de Chile, la articulación de la protección social materno – infantil aparece más consolidada desde su diseño, ya que contempla paquetes prestacionales de carácter universal que constituyen su puerta de entrada. Una vez efectivizada la misma, distintos actores ministeriales vinculan estratégicamente sus recursos favoreciendo el abordaje completo de la problemática del niño en riesgo y su familia. Estas estrategias son impulsadas desde el propio Ejecutivo nacional, y se gestionan a nivel local por medio de las Mesas Comunales y los efectores de salud (Hospitales y centros de atención primaria).

Gráfico 13. Esquema de Prestaciones ofrecidas por el Sistema de Protección Integral de la Infancia. Chile Crece Contigo.



Fuente: Adaptado de, Cuatro Años Creciendo Juntos. Memoria de la instalación del Sistema de Protección Integral de la Infancia. Chile Crece Contigo 2006-2010

La entrega de material de apoyo, kits e indumentaria que se efectúa en Chile también tiene un carácter universal, siendo así beneficiarios todos los recién nacidos en la red pública, independientemente de su tipo de cobertura de salud. Respecto de transferencias monetarias a las familias para compensación de ingresos, no se han establecido como política universal, sino más bien como una focalización hacia segmentos de población con factores de vulnerabilidad específicos, que han sido detectados en su contacto con el sistema de salud.

Desarrollo de la Cultura Evaluativa

En términos generales, tanto la política social como la sanitaria que procure ser integrada se caracteriza por el desarrollo de planes estratégicos luego materializados en programas específicos. Estos a su vez se corresponden con un conjunto de proyectos específicos coordinados entre sí, que se implementan en base a una serie de actividades concretas. Tener la posibilidad de conocer, medir y valorar los procesos, los resultados, los impactos y los cambios sociales que se buscan a partir de la concepción, la implementación y la ejecución de una política social resulta cuestión de gran relevancia práctica en cuanto a la mejor toma de decisiones, así como en lo que hace al diseño, planificación presupuestaria, desarrollo del plan, implantación territorial, corrección de resultados y logro de eficacia través de efectos e impactos concretos.

Precisamente, en la evaluación de impacto hay al menos cinco elementos que la permiten establecer:

1. Contacto
2. Línea de base o características iniciales
3. Línea de Comparación o características finales
4. Cambios o efectos
5. Resultados

La evaluación de impacto es esencialmente así una actividad de cuantificación, donde el resultado final es la diferencia entre los datos observados en la línea de base y los correspondientes a la línea de comparación.

Respecto de cada uno de estos componentes, el contacto es la primera intervención sanitaria y/o social vinculada con la realidad de la población objetivo. La línea de base no siempre es igual a diagnóstico, un tema importante, aun cuando en ocasiones ciertos elementos del diagnóstico pueden ser utilizados como indicadores de la misma. En relación a la línea de comparación, se construye a partir del recuento de las "características finales" que muestra la población objetivo, es decir *después* de la implementación de la intervención sanitaria y/o social. Su especificación ya ha sido prefijada en la línea de base, por lo cual resulta posible entonces comparar en forma menos compleja y objetiva la evolución de las dimensiones e indicadores cuantitativamente alcanzados. En cuanto a cambios o efectos, se entienden las diferencias entre las características finales respecto de las iniciales. Finalmente, los resultados finales son la expresión o sumatoria de todos los cambios o efectos observados.

La modalidad de evaluación clásica de las políticas públicas en América Latina se ha centrado históricamente en la medición de los insumos utilizados y de los resultados inmediatos, más que en la determinación de los resultados finales que como efectos e impacto son condición de cumplimiento de los objetivos que motivaron su implementación. En los últimos años, muchos países han procurado adoptar nuevos enfoques, orientados a hacer visibles más que los resultados obtenidos el impacto real generado sobre la población objetivo, denominándose a esta nueva modalidad como "políticas públicas basadas en la evidencia". Programas como el Progresar, luego llamado Oportunidades y finalmente Prospera implementado en México han incluido no solo la evaluación tradicional, sino que han posibilitado a los actores involucrados disponer de líneas de base, fijar metas, monitorearlas, reorientar la asignación de recursos en base a los resultados obtenidos y analizar el impacto final que dicha intervención tuvo sobre la población destinataria (CONEVAL, 2015).

Los PBS de Argentina y Chile no han estado ajenos a esta tendencia, avanzando en el establecimiento de nuevos modelos de monitoreo y evaluación de impacto, estando en el caso chileno específicamente orientado a la observación cuantitativa de la promoción del DIT.

El monitoreo de una política pública corresponde a un proceso continuo que supervisa lo que ocurre mientras el programa se desarrolla, a partir de la recolección de datos

previamente establecidos. Este monitoreo puede ser tanto de los insumos utilizados como de las actividades realizadas, de los productos obtenidos y de los desempeños alcanzados de acuerdo a metas preestablecidas. Este último punto será el que se aplicará al análisis de los PBS en estudio en cuanto a abordaje y logros específicamente en DIT.

- *Evaluación de cumplimiento de metas de programas orientados al DIT en Chile*

Una particularidad de Chile es la definición del punto de contacto entre población objetivo y Programa. Al momento de establecer cuál debía ser la mejor “puerta de entrada” al sistema de protección integral de la infancia denominado “Chile Crece Contigo” se estableció que, debido a la expansión territorial y a la capacidad de oferta del sistema de salud, fuera éste quien se prefijara como lugar inicial de ingreso al Programa tanto de embarazadas como niños y niñas con sus familias respecto de los beneficios ofrecidos. Esta puerta de entrada se constituyó instrumentalmente a través del PADBP, que en base a su catálogo de prestaciones es quien ofrece el conjunto de servicios y cuidados a los beneficiarios mediante acciones de carácter universal (100% de la población objetivo), pero focalizando acciones específicas de acuerdo al nivel de riesgo detectado.

A diferencia del Plan Auge, el PADBP contempla desde su diseño el establecimiento de un conjunto de indicadores por cada uno de los ejes temáticos del programa, a partir de los cuales se establece el sistema de monitoreo periódico de metas anuales. La matriz de indicadores, si bien mantiene su estructura inicial, puede sufrir modificaciones año tras año, orientadas a dar más relevancia a determinada estrategia. Por ejemplo, las visitas domiciliarias si bien siempre estuvieron presentes entre los indicadores del programa, tuvieron una puesta en valor en los últimos años. Esto quizá se deba al afianzamiento del programa que permite reajustar su planificación estratégica.

El PADBP cuenta con cinco ejes que abarcan el cuidado del niño/a y su familia desde la gestación hasta los 4 años de vida, a saber:

- 1.- Fortalecimiento del desarrollo prenatal
- 2.- Atención personalizada del proceso de nacimiento
- 3.- Atención del niño y niña hospitalizado/a
- 4.- Fortalecimiento integral del niño y la niña y

5.- Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad

Todos tienen definidas, mediante una lógica encadenada de resultados, acciones, actividades e insumos destinados a alcanzar las metas propuestas. Cada eje se evalúa a partir de un set de 21 indicadores (tabla 4), los cuales tienen a su vez predefinida su población objetivo, la fuente de verificación de los datos recolectados y las metas propuestas. Esta matriz de indicadores permite efectivizar el monitoreo de los desempeños alcanzados, así como realizar ajustes y correcciones a la gestión del proyecto mientras este se está ejecutando. Los indicadores se dividen según el nivel de atención donde se brindan las prestaciones definidas (sea en atención primaria u hospitales).

Respecto de los desempeños observados por el Programa, si bien no es el principal objetivo del presente estudio comparar los logros alcanzados, se destacan los alcanzados a finales del año 2015 (que superan las metas propuestas) en indicadores relacionados con estrategias orientadas al niño/a y su entorno como son

- ✓ la asistencia de madres padres y/o cuidadores a talleres de cuidado prenatal, de crianza y de promoción del desarrollo motor y del lenguaje y
- ✓ la puesta en marcha de visitas domiciliarias a aquellas familias con factores de vulnerabilidad y familias con niños/as con retraso del desarrollo

Puntualmente, el desempeño observado en el indicador porcentaje de niños con retraso del desarrollo ingresados a sala de cuna da cuenta de la efectiva implementación de una articulación intersectorial (salud y educación), de hacer visible la estrategia en una matriz de indicadores y del éxito de la misma reflejado en el indicador en cuestión. No se hallaron informes donde se analicen las posibles brechas de registro y reporte de las prestaciones brindadas, que pudieran incidir en los desempeños observados.

En cuanto a la medición del nivel de riesgo y retraso del desarrollo infantil, la misma se hace explícita en el diseño del PADB, siendo abordada desde diferentes niveles:

- Evaluación de las acciones en salud llevadas a cabo por el programa mediante el monitoreo del nivel de cobertura respecto a la aplicación de test de pesquisa a los 8, 18 y 36 meses de edad
- Implementación de estudios de validación de los test utilizados por el programa (EEDP y TEPSI)
- Análisis del nivel de riesgo y retraso del desarrollo en base a los reportes de las prestaciones brindadas a la población beneficiaria a partir de la aplicación del Test EEDP y TEPSI
- Evaluación de impacto del PADB mediante la medición de riesgo y retraso del desarrollo mediante la utilización de test de evaluación del desarrollo psicomotor con validación internacional (test de Battelle) lo que permite comparar los resultados con experiencias en otros países

En lo que respecta al plan AUGE, al tener como principio rector mejorar el estado de salud de la población chilena y disminuir las desigualdades en cuanto a brechas de acceso al cuidado de la salud (con el impacto financiero que esto generaba en sectores de menores ingresos) caracteriza su monitoreo y medición de impacto a partir de hacer foco en este aspecto de la gestión de servicios de salud. Una particularidad que lo diferencia de los descripto para el PADBP es que el AUGE no contempla desde su diseño y ejecución el establecimiento de líneas de base en relación a las patologías incluidas en el plan de Garantías Explícitas. Tampoco dispone de indicadores de desempeño en cuanto al nivel de cobertura alcanzado, especialmente respecto de lo que atañe a la promoción del DIT en particular.

Lo que sí puede observarse es la presencia de datos que corresponden a valores absolutos de casos acumulados en un periodo de tiempo, sin distinción de si el acceso a dichas prestaciones fue otorgado en más de una oportunidad al mismo individuo. Esto podría llegar a ocurrir con patologías tales como las infecciones agudas respiratorias, que pueden ocasionar que un beneficiario/a contacte en varias oportunidades con el sistema de salud- (tabla 5). Tampoco se visualiza la posibilidad de estimar brechas en el acceso a la cobertura de las patologías con GES.

Siguiendo con la lógica de la promoción del DIT, no se observa la presencia de mecanismos formales de monitoreo en el acceso a los servicios por parte de sectores de población con mayor nivel de vulnerabilidad - al menos en lo económico (usuarios de

FONASA) - que a su vez hayan tenido alguna de las patologías GES que inciden en el desarrollo infantil temprano.

Tabla 4. Matriz de indicadores y metas 2015. Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Chile Crece contigo.

Lugar de Atención	Componente	Indicador	Meta 2015	Desempeño (diciembre 2015)
Atención Primaria	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	Promedio de Visitas domiciliarias integrales (VDI) realizadas a familias con gestantes en situación de riesgo psicosocial según EPSA que presentan al menos 3 riesgos psicosociales	1,5	1,58
		Porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria	80%	52,81%
		Porcentaje de controles de salud realizados en presencia de pareja, familiar u otra figura significativa de la gestante	sin datos	34%
		Porcentaje de gestantes con EPsA aplicada al ingreso a control prenatal	sin datos	sin datos
	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	Porcentaje de controles de salud entregados a díadas dentro de los 10 días de vida del recién nacido o nacida	70%	68,22%
		Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto	junio: 2,9%	4,20%
		Promedio de talleres Nadie es Perfecto iniciados por facilitadores vigentes a la fecha de corte	junio.: 1,7	sin datos
		Porcentaje de niños(as) menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres de Promoción del desarrollo: motor y lenguaje	20%	42,44%
		Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en el que participa el padre	sin datos	16,77%
	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	Porcentaje de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor en la primera evaluación, ingresados a sala de estimulación	90%	100,70%
		Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a familias de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI en la primera evaluación	1,5	2,58
		Porcentaje de niños(as) con resultado de rezago en EEDP y TEPSI en la primera evaluación derivados a modalidad de estimulación (no considera ludoteca)	sin datos	113%
		Porcentaje de niños(as) de 7 a 11 meses con alteraciones en el DSM recuperados	sin datos	79,30%

Lugar de Atención	Componente	Indicador	Meta 2015	Desempeño (diciembre 2015)
Hospitales	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	Porcentaje de mujeres gestantes beneficiarias que asisten a taller en las Maternidades del Servicio de Salud	40,0%	19,61%
	II. Atención personalizada del proceso de nacimiento	Porcentaje de recién nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 2.500 gramos con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos supervisado por equipo	80,0%	75,49%
		Porcentaje de partos con acompañamiento durante parto y parto de mujeres beneficiarias	80,0%	62,16%
		Porcentaje de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva	90%	89%
		Porcentaje de mujeres que recibe el set de implementos del Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) y que participan en sesión educativa en puerperio	sin datos	sin datos
	III. Atención integral del niño y niña hospitalizado	Porcentaje de recién nacidos(as) (hasta 28 días) egresados del Servicio de Pediatría o Neonatología atendidos por profesional del equipo psicosocial	45%	53,38%
		Porcentaje de niños y niñas mayores de 28 días y menores de 5 años, egresados de una Unidad de hospitalización Pediátrica atendidos por equipo psicosocial	35%	55,72%
		Porcentaje de egresos de neonatología con lactancia materna exclusiva	70%	57,90%

Fuente: elaboración propia en base a datos reportados por Chile Crece Contigo <http://ChCCsalud.cl/indicadores/>

Tabla 5. Casos GES acumulados. Periodo julio 2005- marzo 2016

PROBLEMA DE SALUD	Número de casos acumulados Jul-2005 a Mar-2016 (*)	
	FONASA 2016-04-01	ISAPRE 2016-04-01
Cardiopatías Congénitas Operables	74.172	4.252
Disrafias Espinales	8.834	376
Fisura Labiopalatina	4.103	579
Cánceres Infantiles	11.677	1.462
Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	3.293.555	126.250
Prematurez	210.208	6.742
Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido	25.373	3.066
Retinopatía del prematuro	11.121	1.274
Displasia broncopulmonar del prematuro	3.754	1.106
Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro	10.003	1.498
Displasia luxante de caderas	531.269	3.078
Tratamiento de Hipoacusia moderada en menores de 2 años	174	77
TOTAL	4.184.243	149.760

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Fonasa – Superintendencia de servicios de Salud de Chile. Datos sin auditar.

- *Evaluación de cumplimiento de metas de programas orientados al DIT en Argentina*

El Programa SUMAR presenta una cultura evaluativa bien desarrollada, donde la medición de desempeños se realiza a través de una matriz de catorce (14) indicadores (denominados Trazadoras) y que a la vez determina una modalidad de pago por desempeño que ajusta a ellas una parte de las transferencias monetarias que el ministerio nacional efectúa en forma capitada a cada una de las provincias.

De acuerdo al Manual operativo del Programa Sumar (2016, p. 86) y bajo la lógica del marco federal del proyecto, anualmente se procede a la firma de un compromiso anual de gestión donde la Unidad Ejecutora Central (UEC) del Programa firma con cada una de sus contrapartes provinciales (Unidades de Gestión del Seguro Provincial- UGSP) un acuerdo en la propuesta de metas sanitarias y en la valorización de las prestaciones incluidas en el plan de servicios de salud para el cumplimiento de los indicadores del proyecto (Trazadoras). Es decir que si bien desde nación se establecen desempeños mínimos para la retribución monetaria y metas de cobertura (tabla 6), cada provincia dispone de la potestad de fijar sus metas de desempeño anual de acuerdo a sus capacidades operativas y contexto sanitario.

Dentro de los catorce indicadores de desempeño, ocho (8) están asociados a componentes de salud materno - infantil. Pero como ya se mencionó previamente, la cuestión del DIT no ha estado presente como objetivo del programa. Por tal razón, no hay indicadores directamente asociados a dicha temática. No obstante, algunas trazadoras asociadas al niño desde su gestación, sea mediante el pago por desempeño relacionado con la detección precoz del embarazo y su correcta frecuencia de controles posteriores, por el monitoreo del cumplimiento de la agenda de controles en niños de 0 a 9 años y por el monitoreo de la sobrevivencia neonatal en pacientes prematuros puede asociarse al nivel de cuidados de salud ofrecidos y recibidos por la población infantil. Y al repercutir en la capacidad de desarrollo temprano puede ser empleado como dato indirecto.

En cuanto a los desempeños alcanzados para el promedio país en el tercer cuatrimestre de 2015, se observa que los resultados distan de las metas teóricas propuestas (con disparidad entre provincias). Si bien estos desempeños obligan a replantear futuras

estrategias de abordaje sanitario integral de la población objetivo, sería preciso indagar acerca del posible impacto de la “complejidad operativa” de la matriz de indicadores que pudiera repercutir en los desempeños observados.

Respecto del flujo de información, una característica del Programa SUMAR es que todas las prestaciones contenidas en el Plan de Servicios de Salud brindadas a los beneficiarios registrados, así como facturadas por los efectores de salud, deben ser reportadas por las Unidades de Gestión de los Seguros Provinciales (UGSP) al Nivel Central a través del Sistema Integrado de Reporte de Gestión (SIRGe). Esto permite que todas las prestaciones incluidas en el PSS puedan ser eventualmente incorporadas a una matriz de indicadores para monitoreo de estrategias específicas.

Un ejemplo es la evolución en la cobertura respecto de la prestación de Taller “Encuentros para promoción del desarrollo infantil, prevención de patologías prevalentes en la infancia, conductas saludables, hábitos de higiene” destinado a la población infantil de 0 a 5 años. Su análisis ha demostrado un crecimiento cuantitativo gradual, a pesar de no estar sistematizado su monitoreo ni tampoco constituir uno de los objetivos del programa (tabla 7 y gráfico 13).

También el programa Sumar plantea a partir de su diseño tanto el reporte como la sistematización del análisis de los Datos Obligatorios Mínimos (DOM) indispensables para que una prestación brindada sea considerada válida tanto para para su facturación como para el registro en una trazadora. Esta metodología resulta una valiosa fuente de información para la gestión, ya que del análisis sistemático de los datos antropométricos reportados en la prestación “Examen periódico de salud” a ser brindada a niños, niñas y adolescentes hasta los 19 años es posible detectar población vulnerable (al menos desde el aspecto nutricional) y generar en forma paralela planes de acción focalizados. Aprovechando estos aspectos, es posible sumar nuevas estrategias e incorporar otras metas en salud, como por ejemplo el monitoreo de acciones vinculadas específicamente a la promoción del DIT y la utilización de esta información como insumo para la mejor gestión de salud en el campo materno-infantil.

Tabla 6. Matriz de indicadores asociados a pago por desempeño (trazadoras). Programa SUMAR. Desempeños tercer cuatrimestre 2015. Promedio país.

Número	Trazadora	Definición Operativa	Asociadas al cuidado materno infantil	Meta a diciembre de 2015**	Tasa de Cobertura Mínima	Desempeño 3er cuatrimestre de 2015*
I	Atención temprana de embarazo	Proporción de mujeres embarazadas elegibles para el SPS con al menos un control prenatal antes de la semana 13 de gestación.	SI	95%	25%	22%
II	Seguimiento de embarazo	Proporción de mujeres embarazadas elegibles para el SPS con seguimiento de embarazo.	SI	95%	18%	33%
III	Efectividad del cuidado neonatal	Proporción de niños elegibles para el SPS con peso al nacer entre 750grs. y 1500grs. y con sobrevivida a los 28 días desde el nacimiento.	SI	85%	57%	54%
IV	Seguimiento de salud del niño menor de 1 año	Proporción de niños menores de 1 año elegibles para el SPS con seguimiento de salud.	SI	90%	35%	34%
V	Equidad intraprovincial en el seguimiento de salud del niño menor de 1año	Resultado equitativo a nivel provincial en la Trazadora IV "Seguimiento de salud del niño menor de 1 año".	SI	80%	53%	19%
VI	Capacidad de detección de casos de cardiopatía congénita en el menor de 1 año	Proporción de niños elegibles para el SPS con diagnóstico de cardiopatía congénita y reporte al Centro Coordinador de Derivaciones, antes del año de vida.	SI	95%	57%	67%
VII	Seguimiento de salud del niño menor de 1 a 9 años	Proporción de niños de 1 a 9 años elegibles para el SPS con seguimiento de salud	SI	90%	30%	44%

Número	Trazadora	Definición Operativa	Asociadas al cuidado materno infantil	Meta a diciembre de 2015**	Tasa de Cobertura Mínima	Desempeño 3er cuatrimestre de 2015*
VIII	Cobertura de inmunizaciones a los 24 meses	Proporción de niños de 24 meses elegibles para el SPS con aplicación de primer refuerzo de vacunación Cuádruple Bacteriana y cuarta dosis de vacuna antipoliomielítica entre los 18 y 24 meses.	SI	90%	35%	59%
IX	Cobertura de inmunizaciones a los 7 años	Proporción de niños de 7 años elegibles para el SPS con aplicación de refuerzo de vacunación triple bacteriana, triple viral y vacuna antipoliomielítica entre los 5 años y los 7 años.	SI	90%	30%	55%
X	Seguimiento de salud del adolescente de 10 a 19 años	Proporción de adolescentes de 10 a 19 años elegibles para el SPS con seguimiento de salud.	NO	60%	5%	14%
XI	Promoción de derechos y cuidados en salud sexual y/o reproductiva	Proporción de adolescentes entre 10 y 19 años y mujeres hasta 24 años elegibles para el SPS con acceso a información sobre el cuidado sexual y/o reproductivo.	NO	60%	5%	3%
XII	Prevención de cáncer cérvico uterino	Proporción de mujeres elegibles para el SPS de 25 a 64 años con lesiones de alto grado o carcinoma de cuello uterino diagnosticados en el último año.	NO	95%	20%	235%
XIII	Cuidado del cáncer de mama	Proporción mujeres elegibles para el SPS hasta 64 años con diagnóstico de cáncer de mama efectuado en el último año.	NO	95%	20%	11%
XIV	Evaluación del proceso de atención de los casos de muertes infantiles y maternas	Evaluación del Proceso de atención de los casos de muertes materno-infantiles elegibles para el SPS.	SI	95%	48%	87%

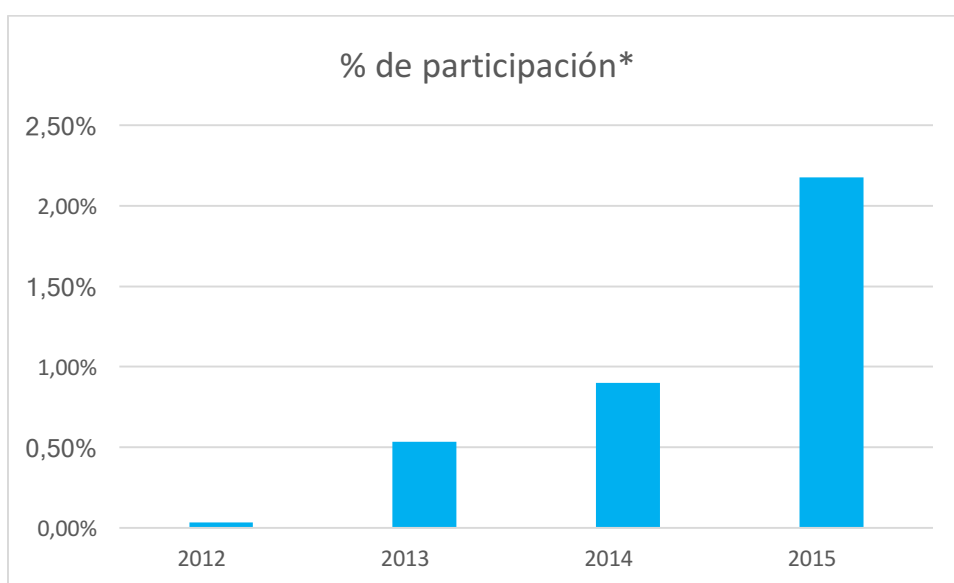
* Promedio país. Post auditoria. Fuente: Área capitas. Programa Sumar

** Meta País. Cada jurisdicción fija metas cuatrimestrales de acuerdo a su situación sanitaria

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de trazadoras del Programa Sumar.

Tabla 7 y Gráfico 13. Taller "Encuentros para promoción del desarrollo infantil, prevención de patologías prevalentes en la infancia, conductas saludables, hábitos de higiene". Cobertura en población de 0 a 5 años. Periodo 2012-2015

Año	n° de niños y niñas de 0 a 5 años que participaron del taller	% de participación*
2012	749	0,03%
2013	12182	0,54%
2014	20443	0,90%
2015	49400	2,18%



*Sobre una población objetivo de 2.270.232 niños y niñas de 0 a 5 años

Fuente: Elaboración propia en base a datos reportados al Sistema Integrado de Reporte de Gestión (SIRGe) del Programa Sumar

- *Comparación de mediciones de impacto entre países bajo estudio:*

Gertler sostiene que "La conducción de programas sociales implica tomar decisiones de manera permanente en lo que refiere a la administración de recursos públicos y que tienen impacto en la calidad de vida de los grupos sociales hacia los cuales se dirigen" (Gertler et al., 2011, p. 8-9). Precisamente, la complejidad del entorno en el que se desarrollan estos programas exige que la toma de decisiones en relación al curso y avance de las estrategias esté fundada en un conocimiento técnico relevante que asegure una mejor utilización de los recursos.

En este sentido, ambos países bajo estudio han adoptado agendas de evaluación en lo que refiere a la implementación de Planes de Beneficios en Salud, a fin de objetivar los resultados sobre la salud de la población, de acuerdo a los objetivos planteados por cada una de las estrategias.

En el caso de Argentina, a partir de la implementación del Plan NACER/Programa SUMAR se percibe la incorporación de una nueva modalidad de incentivos asociada al desempeño sanitario, que debe correlacionarse con la medición de su impacto. Esta particular estrategia de gestión en salud exige no solo la puesta en marcha de un sistema de monitoreo continuo sino de una agenda complementaria de estudios especializados que permita efectuar mediciones de impacto respecto de los resultados obtenidos en cada jurisdicción provincial. Si bien ninguno de ellos abordó específicamente la problemática del DIT, se destacan evaluaciones de impacto que fueron efectuadas oportunamente en las provincias del NEA y NOA en aspectos relacionados con la salud perinatal. Dicho estudio, desarrollado en conjunto con un equipo de expertos del Banco Mundial y la Universidad de Berkley, identificó como "grupo de tratamiento" a aquellos efectores de salud en quienes el programa se hubiera instalado tempranamente, actuando como grupo control respecto del resto de los efectores. A partir de esto, y mediante georreferenciación e identificación de las beneficiarias, se procedió al análisis del historial perinatal de cada participante del estudio, con mención del impacto en tres grupos:

- 1) impacto del Plan Nacer en beneficiarias que recibieron atención perinatal en efectores de salud del Plan Nacer,
- 2) Impacto en no beneficiarias del Plan Nacer pero que eran población elegible (sin cobertura explícita de salud) que recibieron atención en efectores del Plan Nacer (efecto derrame) y
- 3) impacto en la población general independientemente si estaban o no inscriptos en el Plan Nacer.

El estudio arrojó un impacto positivo en los resultados finales, con un 32% de reducción de la probabilidad de muerte al nacer en grandes maternidades y del 9% de reducción de la probabilidad de presentar bajo peso al nacer para todas las mujeres que asistieron

a centros de salud adheridos al Plan Nacer. Esta reducción fue del 19% si las mujeres estaban inscritas al Plan Nacer, y de más de la mitad de la probabilidad de muerte neonatal en los recién nacidos con bajo peso al nacer hijos de madres beneficiarias del programa. En el grupo de embarazadas beneficiarias se observó una reducción del 21% de la probabilidad de cesárea.

En relación a los resultados intermedios de salud, se observó un incremento del 16% en la cantidad de controles prenatales en las embarazadas inscritas al Plan NACER respecto de las no inscritas, y un aumento del 48% en la aplicación de vacuna antitetánica para el mismo grupo de estudio. Estos resultados dan cuenta del impacto positivo de la implementación del Plan Nacer, en lo que refiere al proceso de atención materno infantil y en los resultados en salud observados, lo cual tiene implicancia indirecta sobre el DIT. Al proporcionar una agenda de evaluación y de estudio de las estrategias implementadas, el NACER/SUMAR da cuenta de la presencia de un avance en el sentido de la cultura evaluativa, algo no observado en otros programas sanitarios o sociales tradicionales. Esto permite que, ante la incorporación de nuevas estrategias o líneas de trabajo, su inserción responda a una lógica de monitoreo y evaluación preexistente en la dinámica habitual de funcionamiento del programa.

Como ejemplo. En el año 2015 el Programa Sumar, en convenio con el Instituto Nacional de Medicina Tropical, realizó un estudio retrospectivo de la situación antropométrica de 1,4 millones de niños menores de 5 años que recibieron atención en 6386 centros de salud del país. El mismo evidenció una disminución del retraso del crecimiento en menores de 5 años del orden del 45% (20.6% año 2005 vs 11.3% para el año 2013) más un 38% de descenso de la prevalencia de bajo peso en el mismo grupo etario (4% año 2005 a 2.5% año 2013) (Núñez et al., 2016). Por lo tanto, este estudio aportó un valioso conocimiento del estado nutricional de la población menor de 5 años, con datos procedentes del reporte de la práctica clínica en aquellos niños y niñas que habiendo cumplido con la agenda de controles estipulada por el Programa Sumar, fueron considerados como casos positivos de trazadora IV y VI de control de niño sano⁵.

⁵ Si bien el mencionado estudio fue publicado como: "Impacto de la Cobertura Universal de Salud en el crecimiento y nutrición de niños en Argentina", el mismo no estimó el denominado contrafactual, el cual permite tener un grupo de comparación que permita determinar cuál hubiese sido la evolución del estado nutricional en aquellos niños que no recibieron la intervención bajo estudio.

Respecto del caso Chile, en lo que refiere a menús prestacionales destinados a la promoción del DIT, no se evidencian estudios de evaluación de impacto relacionados con la implementación de las patologías con GES implicadas en el adecuado desarrollo infantil. En cambio, el Sistema de Protección Integral de la Infancia Chile crece Contigo contempló desde su inicio la puesta en marcha de estudios de evaluación de resultados intermedios y finales o de impacto, como así también de evaluación del diseño del programa y de su gestión de implementación.

Precisamente, en el año 2012 se llevó a cabo el estudio de evaluación de impacto del programa Chile Crece Contigo. En el mismo se tomó como universo de estudio a todos los niños y niñas beneficiarios del programa, con una edad entre 3,5 a 4,5 años al momento del estudio. Las comunas de origen de los beneficiarios fueron subdivididas en cuatro grupos, combinando dos aspectos: 1) el tiempo de implementación del programa, generando dos cohortes (2007 vs 2008 2009) y 2) la calidad de la implementación de acuerdo a los servicios recibidos medidos a través del *Key Performance Indicators* (KPI)⁶. Para estos grupos de estudio se aplicaron dos instrumentos de estudio, el Inventario de Desarrollo de Battelle abreviado con 9 indicadores⁷ donde se exploran cinco áreas del desarrollo infantil (motora, comunicación, cognitiva, personal social y adaptativa) y la medición del uso y satisfacción de CHCC.

La conclusión fue que el diseño del programa resulta adecuado, evidenciándose no obstante problemas de gestión a nivel de las redes locales, para lo cual es necesaria la transmisión de buenas prácticas por parte de las comunas que disponen de redes más afianzadas.

En cuanto al análisis de la utilización del menú prestacional contenido en el PADBP, se pusieron de manifiesto fallas en el registro y reporte de las prestaciones brindadas en ciertas líneas de acción, aunque se evidenció un aumento creciente de la cobertura que alcanzó al 100% de las gestantes y al 85% de los recién nacidos para el año 2010.

⁶ KPI: Key Performance Indicators, desarrollado por la Secretaria Ejecutiva de Protección Social del Ministerio de Desarrollo Social. Este índice mide calidad de implementación del programa y no de las prestaciones brindadas.

⁷ El test de desarrollo de Battelle cuenta originalmente con 22 subáreas, para el estudio de impacto se utilizó la versión abreviada desarrollada por el Centro de Estudios de Desarrollo y estimulación Psicosocial (CEDEP).

Un aspecto a destacar es la escasa información disponible para evaluar ciertas líneas de acción del ChCC, como son las prestaciones diferenciadas para el 40% de la población más vulnerable. Respecto del nivel de conocimiento de las prestaciones contenidas en el programa por parte de las beneficiarias, fue de un 46.2%. Esta cifra, variable entre comunas, tiene que ver con el nivel de implementación del programa y su consiguiente difusión en la población. De aquellas mujeres que decían conocer el programa, un 75.4% utilizaron las prestaciones. catalogándolas con una valoración positiva el 97.6% de ellas. Similar situación se observa al indagar sobre el nivel de conocimiento de las prestaciones destinadas a niños con riesgo o rezago del desarrollo, donde el 41.7% de las madres con niños con riesgo o rezago detectado conocían las prestaciones, pero de aquellas que conocían las prestaciones un 74.2% hicieron uso de las mismas, con una valoración positiva de las mismas.

Se puede decir entonces que, si bien resta profundizar la difusión del programa y las prestaciones contenidas tienen una valoración positiva por parte de las beneficiarias que hicieron uso de las mismas, se reconoce como un problema la no instalación de un trabajo permanente con la red local.

Como resultado final de impacto, se puede observar que en aquellas comunas con buena implementación del programa hubo un impacto positivo y estadísticamente significativo sobre el desarrollo infantil (entre 1,73 a 2,54 puntos en el test de Battelle). Dicho impacto es aún mayor en las comunas con implementación del programa en el año 2007 respecto de las que tienen más reciente implementación (2008-2009). Esta tendencia positiva, si bien es relevante, no aplica al análisis individual, sino que estaría evidenciando una mejora en el desarrollo infantil a nivel poblacional, exhibiendo en cierta medida el éxito del programa y su necesaria continuidad.

En otro estudio colaborativo de monitoreo de indicadores del Programa "Chile Crece Contigo" 2008 - 2011 fue efectuado por Atalah & col del Departamento de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y la University of Bristol de UK sobre niños de 18 meses a 3 años en cada uno de los 29 Servicios de Salud del país. Contrastando los cambios observados en 4 años se pudo observar que, evaluados aproximadamente el 75% de los niños bajo programa, existe una prevalencia de retraso o riesgo del orden de 5% y una tasa de recuperación cercana al 50%. Asimismo, la

participación de las madres en talleres educativos aumentó de 7.6 a 11.0% ($p < 0,001$) y las visitas domiciliarias en niños con rezago lo hicieron 6 veces entre el 2009 y 2011 ($p < 0,001$). La mayor parte de estos cambios fueron positivos, si bien se advierte un aumento leve en la prevalencia de rezago en menores de 2 años (0.6%) y una disminución en la recuperación de niños de 3 años (-14.4%), con amplia variabilidad entre servicios de salud.

Respecto a la prevalencia observada de retraso en el desarrollo (baja en relación la prevalencia estimada en países de la región) los autores recomiendan la verificación de las técnicas e instrumentos de evaluación, las cuales podrían estar subestimando la presencia de alteraciones del desarrollo en la población estudiada. Esta observación es relevante, ya que los datos analizados provienen del reporte de las prestaciones de pesquisa de riesgo o retraso psicomotor mediante la aplicación de test de pesquisa como el EEDP en menores de 2 años y TEPSI en niños de 3 años en adelante. Tal situación obliga a repensar la sensibilidad de los test aplicados en la práctica clínica y el nivel de entrenamiento requerido para la pesquisa de retraso del desarrollo

Se puede considerar entonces que Chile cuenta con una cultura evaluativa afianzada respecto de su política en protección infantil, disponiendo de un sistema de monitoreo de las prestaciones brindadas y estudios de impacto que dan cuenta del éxito y de la necesaria continuidad del programa.

En el caso de Argentina, si bien el programa NACER/SUMAR cuenta con una línea de trabajo en relación a la promoción del DIT, sería posible en un futuro rediseño incorporar herramientas que hagan posible evaluar la instrumentación de acciones específicas y la medición del desarrollo infantil, teniendo como referencia la importancia de las "buenas prácticas y las lecciones aprendidas" a partir de la experiencia chilena.

Un punto en común en ambos programas, que debe corregirse ya que limita el monitoreo y evaluación efectiva, es cierta falla en el registro y reporte de las prestaciones brindadas. Lograr avances en este sentido permitiría a evaluadores y gestores contar con elementos sensibles para una mejor toma de decisiones basadas en evidencia.

Tabla 8. Matriz comparativa Planes de beneficios en Salud de Argentina y Chile. Acciones asociadas a la promoción del DIT.

		PADBP	Auge	Sumar
Menú prestacional orientado a DIT	Prestaciones orientadas a la promoción del DIT	Menú prestacional de características universales que constituyen la puerta de entrada al programa (Chile Crece Contigo) y prestaciones orientadas según riesgo y vulnerabilidad a la promoción del DIT desde la gestación hasta los 4 años de vida	No	Prestación de talleres orientados a la promoción del desarrollo infantil pero no enmarcados dentro de un programa integral ni como parte de los ejes prioritarios del programa
	Prestaciones orientadas a patologías materno infantiles	No. El menú prestacional está orientado a la promoción del DIT	Establecimiento de garantías de oportunidad, acceso, calidad y protección financiera en patologías con elevada carga de enfermedad e impacto financiero en la población materno infantil: prematuridad, malformaciones congénitas, patología infecciosa respiratoria, patología onco hematológica. El menú prestacional incluye diagnóstico y tratamiento.	Prestaciones orientadas a: Atención de embarazo de bajo y alto riesgo, patologías neonatales con alta morbimortalidad (prematuridad, malformaciones congénitas), fortalecimiento de la red perinatal y cardiopatías congénitas, control de salud e inmunizaciones de la población de 0 a 5 años y atención de patologías prevalentes en la infancia
	Criterios de calidad	Presentes en cada una de las prestaciones con explicitación de los aspectos técnicos a indagar, recursos bibliográficos de apoyo, lugar de atención, personal a cargo y tiempo estimado de duración de la prestación. Todas las prestaciones están orientadas a la promoción del DIT	Guías de práctica clínica para cada una de las patologías contenidas. No se incluye la temática DIT	Datos Obligatorios Mínimos (DOM) como requisito de calidad para el financiamiento de las prestaciones. Instructivos de uso para cada una de las prestaciones bajo guías y protocolos nacionales (lugar donde se debe brindar la prestación y personal a cargo de la misma) NO hay criterios de calidad prestacional orientados a la promoción del DIT
Articulación con programas y otros sectores en relación al DIT	Articulación intra e interinstitucional en relación al DIT	SI, contenida dentro de la política macro, Chile Crece Contigo. Las prestaciones están orientadas con criterios de vulnerabilidad ofreciendo servicios complementarios a los sectores de menores ingresos.	NO	Si, Articulación con políticas de transferencias condicionadas destinadas a la población infantil. Sinergia Asignación Universal por Hijo (AUH)- Sumar

		PADBP	Auge	Sumar
Cultura evaluativa	Presencia de indicadores de monitoreo del proyecto orientados a DIT	SI	NO (los indicadores están orientados al monitoreo del financiamiento de las prestaciones brindadas)	NO (el DIT no estuvo entre los objetivos de desarrollo del proyecto)
	Establecimiento de línea de base	Si	Si (en relación a financiamiento de cobertura en salud por parte de los subsectores)	NO
	Niveles mínimos de desempeño pre establecidos	SI	NO	SI
	Metas pre establecidas	SI	NO	SI
	Indicadores orientados a DIT	SI	NO	NO
	Proceso de verificación mediante auditoria	SI	SI (Regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud)	SI (mediante auditoria concurrente externa)
	Evaluación de impacto en relación a los objetivos del proyecto	SI, Con impacto positivo en el DIT a nivel poblacional	NO	Sí. Evaluación de impacto del Plan Nacer sobre la utilización de servicios y resultados de salud (Tucumán y Misiones). Evaluación de impacto de indicadores intermedios y finales de salud perinatal en provincias del NEA y NOA

Fuente: Elaboración propia.

VII. Conclusiones

Tanto Chile como Argentina, en los últimos 15 años, han establecido políticas macro de carácter intersectorial destinadas al abordaje de la primera infancia.

1. Respecto de su articulación con planes de beneficios de salud se observa que:

- ✓ Chile, mediante el programa Chile Crece Contigo, establece al Programa de Apoyo al Desarrollo Bio Psicosocial (PADBP) como la “puerta de entrada” al sistema de protección integral de la infancia, mediante el acceso universal de toda la población de embarazadas y niños de 0 a 3 años que asistan a la red pública de salud, ofreciendo un menú prestacional y recursos adicionales, adaptados según la valoración de riesgo inicial detectada. Paralelamente, el plan AUGE contempla la cobertura de patologías que por su carga de enfermedad inciden en la morbimortalidad materno infantil e impactan en el desarrollo.
- ✓ Argentina, a través del Programa Primeros Años, define un trabajo interministerial a nivel nación, provincias y municipios, con implementación de mesas locales de gestión para el abordaje de la situación respecto a primera infancia. Esta dinámica se lleva a cabo de acuerdo a las características del lugar y los recursos locales existentes, con el apoyo técnico de los distintos niveles de gobierno.

Los planes de beneficios de Salud (Plan Nacer /Programa Sumar) no constituyen parte de esta estrategia, al menos de manera explícita en lo que refiere al diseño implementación y monitoreo de la misma. El menú prestacional sí establece una acción sinérgica, alineada a los objetivos propuestos por el ministerio de Salud de la Nación, en relación a la salud materno-infantil, proporcionando además un financiamiento adicional al sistema de salud según los desempeños alcanzados.

En uno y otro caso de estudio, los planes de beneficios de salud implementados presentan diferentes características en base a las dimensiones analizadas:

2. a. Respecto del Menú prestacional:

Chile presenta dos tipos de oferta prestacional:

- ✓ Plan Auge destinado a toda la población chilena, el cual brinda cobertura explícita de condiciones de salud que por su carga de enfermedad impactan en la morbi mortalidad materno infantil, garantizando el acceso, oportunidad, financiamiento y calidad de las prestaciones brindadas desde su detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- ✓ Programa de Apoyo al Desarrollo Bio Psicosocial (PADBP): orientado específicamente a la promoción del DIT y destinado a toda la población de embarazadas, niños y niñas de 0 a 3 años y su grupo familiar que asisten a la red pública de salud. El menú prestacional consta con prestaciones universales que constituyen la "puerta de entrada al sistema de protección integral de la infancia" y prestaciones específicas ofrecidas según detección de factores de vulnerabilidad (Ej.: detección de depresión post parto, violencia intrafamiliar, entre otros) y la pesquisa sistemática de rezago y retraso del desarrollo a los 8, 18 y 36 meses de edad.

Argentina presenta solo una variable:

- ✓ Plan Nacer/Programa Sumar: destinado a la población sin cobertura explícita de salud. Cuenta con un menú de prestaciones diseñadas para dar respuesta a los objetivos propuestos por el ministerio de Salud de la Nación en relación a la salud materno infantil. Las prestaciones incluidas están orientadas a la promoción de la salud y, a la pesquisa y tratamiento de patologías prevalentes en el embarazo e infancia, las mismas no se hallan articuladas o encuadradas en una estrategia macro de abordaje del DIT.

2.b. Respecto de los criterios de calidad de las prestaciones incluidas en los planes de beneficios de salud, se observa que:

Chile lo articula en dos planes:

- ✓ Plan Auge: Se establecen garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera de las patologías cubiertas mediante la implementación de guías y protocolos nacionales. Esto permite unificar criterios y tener acceso a prestaciones de calidad y en tiempo oportuno independientemente de la fuente de financiamiento y de la condición social del beneficiario.
- ✓ PADBP: Explícita para cada una de las prestaciones las condiciones con las que deben ser brindadas las prestaciones (objetivo de la prestación, profesional a cargo, tiempo estimado, recursos materiales de apoyo). Existe explicitación de cuáles son los instrumentos de medición que deben ser utilizados en la evaluación de detección de depresión post parto (Escala de Edimburgo) y de pesquisa de rezago y retraso en el desarrollo (EEDP y TEPSI) unificando criterios a nivel nacional.

Argentina lo hace a través del Plan NACER/SUMAR en base a dos estrategias:

- ✓ Mediante el financiamiento por desempeño, brindando dos tipos de señales
- ✓ Al equipo de salud, mediante el financiamiento de aquellas prestaciones que cumplan con un conjunto de datos considerados obligatorios como requisito de calidad de las prestaciones brindadas y 2) a los seguros de salud provinciales mediante la retribución por el cumplimiento de indicadores asociados al cumplimiento de agenda de controles de embarazo y de niño/a sano/a (trazadoras). Estos requisitos de calidad surgen del consenso con referentes en la materia y permiten unificar al menos en parte ciertos criterios de calidad en todas las jurisdicciones.
- ✓ Promoviendo el uso de guías y protocolos nacionales, aunque la utilización de los mismos no es obligatoria.

2.c. Respecto de la Articulación intersectorial:

Chile lo hace en base a una estrategia:

- ✓ Establece mediante el PADB el acceso al sistema de protección integral de la infancia, con acceso según grado de vulnerabilidad a prestaciones diferenciales y recursos extra como acceso a salas de cuna, Subsidio Único Familiar (SUF) entre otros.

Argentina lo hace en base a una estrategia

- ✓ Acción sinérgica con la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo que permitió el aumento de la tasa de inscripción al programa Sumar y promover en la población la importancia de los controles pre natales y de salud en niños y niñas.

2.d. Respeto de la Cultura evaluativa:

- ✓ En Chile, el plan AUGE no presenta una matriz de monitoreo de los niveles de utilización de las prestaciones ofrecidas. El monitoreo parece estar más relacionado con los volúmenes de prestaciones brindadas y su fuente de financiamiento (FONASA o ISAPRE). No se hallaron estudios acerca del nivel de empoderamiento de la ciudadanía acerca de los derechos adquiridos en materia de cobertura de salud.
- ✓ En el PADB se identifica la presencia de un sistema de registro, reporte y monitoreo de las prestaciones brindadas, con una matriz de indicadores con metas pre establecidas. En el diseño se contempló el establecimiento de un diagnóstico inicial (línea de base) y estudios de evaluación de impacto el cual arrojaron resultados positivos sobre el DIT a nivel poblacional.
- ✓ También se identifica la necesidad de reevaluar la correcta implementación y utilización instrumentos de evaluación de desarrollo infantil (TEPSI y EEDP) en la práctica asistencial a fin de evitar el sub registro de riesgo o retraso del desarrollo. Por otra parte, se destaca que tanto los estudios de línea de base como de medición de impacto utilizaron instrumentos de evaluación de validez internacional (test de Battelle) lo que permite comparar con otros países donde se hayan implementado estrategias a favor del DIT.

Los estudios hallados no hacen mención a la oferta de salud y el acceso a determinadas especialidades en aquellos casos en que el retraso del desarrollo obedezca a una causa orgánica o que al menos requiera estudios y/o evaluación por especialistas.

Argentina la aplica solo a una estrategia:

- ✓ El plan Nacer/Programa Sumar tiene presente una cultura evaluativa, con indicadores que no responden directamente a una estrategia enfocada en el DIT, pero que si inciden en el mismo. Como se mencionó previamente, Esta matriz de indicadores permite unificar criterios en todas las jurisdicciones estableciendo un desempeño mínimo a partir del cual la provincia puede recibir retribución monetaria. Esto al menos en parte permite trabajar en la reducción de brechas de acceso y calidad prestacional. Dentro de su cultura evaluativa se encuentra presente la evaluación de impacto de los objetivos propuestos por el Plan Nacer (reducción de la mortalidad materno infantil) donde se observó una reducción de la probabilidad de muerte materna y parto pre término en aquellas beneficiarias del as provincias del NOA inscriptas en el Plan Nacer
- ✓ A diferencia del caso chileno, no se hallaron datos oficiales publicados acerca de los desempeños alcanzados por las jurisdicciones para cada uno de los indicadores de desempeño (trazadoras).

3. A partir de las consideraciones precedentes es posible establecer que:

- Chile parece tener un nivel de avance mayor que Argentina en lo que refiere a políticas públicas destinadas a la primera infancia y en especial a la promoción del desarrollo infantil temprano.
- Dispone de indicadores de salud consolidados (TMI estable menor a un dígito), lo que ha permitido al Gobierno avanzar estratégica y firmemente hacia la promoción del desarrollo infantil temprano.
- Ha establecido una modalidad de abordaje intersectorial. Esto no sólo se refleja en lo enunciativo, sino que en su diseño establece como eje rector al sistema de

- salud, explicitando los modelos de intervención de cada sector según los criterios de vulnerabilidad detectados.
- Presenta una cultura evaluativa instalada donde no sólo se evalúan los desempeños alcanzados sino los mecanismos e instrumentos utilizados para su evaluación.
 - Los estudios de evaluación de impacto han arrojado resultados positivos acerca de la implementación del PADBP sobre el desarrollo infantil de la población beneficiaria del programa. Esto le otorga solidez al programa permitiéndole su permanencia a lo largo del tiempo, trascendiendo diferentes gestiones de gobierno.
 - Resta realizar estudios de evaluación de impacto a largo plazo, ya que como se ha mencionado, los beneficios de la inversión en primera infancia se ponen de manifiesto en edades posteriores con mayor tasa de escolarización e inserción en el mercado laboral.
-
- Argentina, a partir del Programa Primeros Años, constituyó una estrategia nacional de abordaje intersectorial de la primera infancia mediante la conformación de mesas de trabajo intersectoriales en los tres niveles de gobierno.
 - El Plan Nacer /Programa Sumar no constituyó un recurso explícito dentro de la estrategia de abordaje intersectorial del Desarrollo Infantil Temprano.
 - Las prestaciones incluidas dentro del menú prestacional del Plan Nacer/ Programa Sumar parecen estar más en línea con los objetivos planteados de reducción de la morbilidad materno infantil. Abordan la temática del DIT en forma indirecta, mediante la cobertura de patologías y condiciones de salud que pueden impactar en el mismo.
 - La cultura evaluativa instalada permite desde su diseño reformular la estrategia de pago por desempeño, que incluya a la promoción del DIT dentro del menú prestacional y su matriz de monitoreo.
 - El establecimiento de los menús prestacionales bajo la lógica de pago por desempeño permite - al menos en parte - equilibrar la lógica federal en la gestión sanitaria y social. Esto posibilita establecer metas y objetivos comunes en todo el territorio nacional, respetando la autonomía provincial en base a consenso con cada jurisdicción acerca de las prioridades establecidas mediante la definición de

metas y objetivos. Al mismo tiempo, permite otorgar asistencia técnica permanente a aquellas provincias con mayor complejidad en el proceso de avance de la gestión del programa y menor disponibilidad de capacidad instalada asistencial.

- Si bien el DIT no está presente en la matriz de indicadores ni en las evaluaciones de impacto, disponer de una cultura evaluativa instalada al menos en un programa sanitario con transferencias monetarias facilitaría la ampliación o rediseño del menú prestacional hacia otros campos de la política social, con enfoque en la promoción del DIT.

VIII. Propuesta final

Incorporar estratégicamente la promoción del DIT dentro de un plan de beneficios de Salud en Argentina.

Decálogo de recomendaciones para su implementación

1. Dar visibilidad y colocar en carácter de prioridad en la agenda pública de gobierno la necesidad de abordar la situación del DIT en la primera infancia.
2. Considerar la promoción del DIT como una política de estado que trascienda las gestiones de gobierno, elaborada a partir de la participación y el consenso de todos los actores involucrados en la promoción del DIT. Es necesario para ello explicitar los objetivos y metas a alcanzar en relación al DIT a mediano y largo plazo, a fin de aunar esfuerzos y orientar recursos en post de su cumplimiento.
3. Elaborar un diagnóstico de situación de la niñez en Argentina, donde se incluya la medición de una línea de base en cuanto a la prevalencia de retraso del desarrollo infantil en población de 0 a 4 años, mediante la utilización de escalas y test de validez internacional que permitan luego poder comparar los resultados hallados y analizar experiencias en otros países.
4. Definir como población objetivo de los planes de beneficios de salud a la población que asista a la red pública de salud, independientemente de su fuente de financiamiento.

5. Incorporar prestaciones orientada a la promoción del DIT que permitan reducir brechas de equidad en el acceso a prestaciones de calidad, con un criterio de complejidad creciente y según enfoque de riesgo en cada nivel de atención.
6. Implementar escalas de valoración de riesgo y/o vulnerabilidad previamente consensuadas con referentes en la materia y con validación en terreno de aplicación en instancias claves, que orienten a los equipos de salud en la oferta prestacional y en la necesidad de articular con otros actores involucrados en la promoción del DIT.
7. Introducir y explicitar la utilización de instrumentos de medición del desarrollo infantil en la práctica clínica, que sean de fácil aplicación y estén previamente consensuados y validados por referentes en la materia.
8. Conformar un mapeo de actores involucrados en la promoción del DIT, e identificar recursos claves a nivel local, zonal y provincial a fin de establecer redes de atención en aquellos casos donde la evaluación del niño/a requiera de recursos humanos o estudios especializados.
9. Planificar y diseñar una matriz de indicadores que dé cuenta de las estrategias sanitarias en relación a la promoción del DIT que se pretenden visibilizar, con establecimiento de metas por parte de cada una de las jurisdicciones de acuerdo a su realidad local, y lograr el consenso de una meta a nivel país.
10. Fomentar el uso de sistemas de registro, reporte y monitoreo de las prestaciones brindadas, ofreciendo al equipo de salud señales claras acerca de los objetivos y niveles de cumplimiento de las metas sanitarias propuestas.

XI. Bibliografía

- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El Sistema de Salud en Argentina*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés.
- Alves, R. (2015). *As fases do desenvolvimento da criança e sua importância*. Recuperado de <http://novotempo.com/ntkids/videos/as-fases-do-desenvolvimento-da-crianca-e-sua-importancia/>
- Arriagada, I., Aranda, V. y Miranda, F. (2005). *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*. Santiago de Chile: Ed. Naciones Unidas (CEPAL).
- Atalah S, Eduardo, Cordero V, Miguel, Guerra Z, María Elizabeth, Quezada L, Susana, Carrasco F, Ximena, & Romo M, Marcela. (2014). Monitoreo de los indicadores del Programa "Chile Crece Contigo" 2008-2011. *Revista chilena de pediatría*, 85(5), 569-577. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062014000500007>.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2014). *Planes de Beneficios de Salud en América Latina, una comparación regional*. Washington DC, Banco Interamericano de Desarrollo, 244 p.
- Bastías, G. y Valdivia, G. (2007). *Reforma de salud en Chile; el Plan AUGE o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución*. En Boletín Escuela de Medicina. Santiago de Chile: U.C. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Basualdo, E., Arceo, N., González, M., y Mendizábal, N. (2010). La asignación universal por hijo a un año de su implementación. Centro de Investigación y Formación de la República Argentina–CIFRA-, Documento de trabajo, (7).
- Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1998). *Descentralización de los Servicios de Salud en Argentina*. Serie Reformas de Política Pública N° 47. Santiago de Chile: CEPAL.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology*, 22(6): 723-742.
- Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (2002). *El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal*. Documento 77. Banco Mundial.

- CEPAL (2005). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Ed. Naciones Unidas.
- CEPAL (2015). *Panorama Social en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. Ed. Naciones Unidas.
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *IIEP/UBA – UNTREF. Revista de economía política de BS. AS., Año 8, Vol. 13*, 145-183 | ISSN 1850-6933.
- Chile Crece Contigo. (2012). Catálogo de Prestaciones 2015. Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial (PADB) y programa de apoyo al recién nacido(a) (PARN). Recuperado de http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/04/PADB_2015-OK.pdf
- Davide, R., Aquino, R. y Barreto, M. (2010). Reducing Childhood Mortality from Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. *Pediatrics*, 126 (3): 534–40.
- Del Prete, S. (2016). Sistemas de Salud comparados. *Entre reformas y encrucijadas*. Editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Ciudad de México. En colaboración con Universidad ISALUD. ISBN 978-607-8088-23-2.
- Dmytraczenko, T. y Almeida, G. (2016). *Rumo a uma cobertura universal de saúde e equidade na América Latina e no Caribe. Evidência de países selecionados*. Washington DC: Ed. Grupo Banco Mundial.
- Erazo, L (2011). La protección social en Chile. El Plan Auge; Avances y Desafíos. CEPAL. Serie del Financiamiento No. 238. Naciones Unidas: Santiago de Chile
- Filgueira F., Molina, C., Papadópulos, J. y Tobar, F. (2006). Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida en América Latina. En C. G. Molina. *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*. Washington DC: Ed. BID.
- Fundación Alas (.....). Resúmen Ejecutivo de El Desarrollo Infantil Temprano en América Latina: Un Compromiso con el Futuro de la Región, p.3.
- Gertler, P., Martínez, S., Premand, P., Rawlings, L., Cristel, V (2011). La evaluación de impacto en la práctica. Libro edición impresa. Washington, DC: Banco mundial, 8-9.

- Giedion, U., Alfonso, E. & Díaz, Y. (2013b). *The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence*. Washington, DC. Ed. World Bank.
- Giedion, U., Tristao, I., Escobar, L., Bitrán, R., Cañón, O., Molins, S., Bolaño Prado, L. (2013a). *Health Benefit Plans in Latin America: A Regional Comparison*. New York: Ed. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Giovanella, L. (2013). Los sistemas de Salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva. *Observatorio MERCOSUR de sistemas de Salud*.
- Goic, Alejandro (2015). *El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente*. Revista Médica de Chile.
- Gragnolati, M., Lindelow, M. y Couttolenc, B. (2013). *Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde*. Washington, DC: Ed. World Bank.
- Heckman, J. y Carneiro, P. (2003). Human capital policy, IZA Discussion paper series, No. 821, 152.
- Infante, A. y Paraje, G. (2010). *La Reforma de Salud en Chile*. Chile: PNUD
- Landers, C., et al. (2006). *Desarrollo integral en la infancia: una prioridad para la salud*. Santiago de Chile: OPS.
- Maceira, D. (2010). Recursos humanos en salud: la Argentina en perspectiva. *Documento de Trabajo Nro. 46. CIPPEC*.
- Ministerio de Salud (2008). Información Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. Disponible en: www.minsal.cl
- Ministerio de Salud (2010) Estudio de carga de enfermedad: Argentina. Compilado por Miguel Alberto Borrueal; Irene Patricia Mas. 1a ed. - Buenos Aires. Consultado el 01 de abril de 2017. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/fesp/images/stories/recursos-de-comunicación/publicaciones/Estudio_de_carga_FESP_Imprenta.pdf
- Ministerio de Salud (2013). Análisis del proceso institucional de generación de una política social de impacto multisectorial: el Plan Nacer y la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo. Estudio del abordaje secuencial de la integración de programas sociales y sus resultados en la población documento de divulgación de resultados. Consultado el 31 de marzo de 2017. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/analisis-del-proceso-de->

- generacion-de-una-politica-social-de-impacto-multisectorial-el-plan-nacer-y-la-asignacion-universal.pdf.
- Ministerio de Salud (2013). Análisis del proceso institucional de generación de una política social de impacto multisectorial: el Plan Nacer y la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/analisis_del_proceso_institucional_de_generacion_de_una_politica_social_de_impacto_multisectorial_el_plan_nacer_y_auh.pdf
 - Ministerio de Salud (2013). Estadísticas vitales. Información básica- año 2012. ISSN 1668-9054. Serie 5- Número 56. Recuperado de: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro56.pdf>
 - Ministerio de Salud (2013). Memoria Anual 2013- Programa SUMAR. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/memoria-anual-sumar-2013.pdf>
 - Ministerio de Salud de la Nación (2016). Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud (Préstamo BIRF 8062-AR) y Financiamiento Adicional del Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud (Préstamo BIRF 8516-AR) Manual Operativo. Banco Mundial, 86.
 - Molina, H. y Torres, A. (2013) Fundamentos de políticas en DIT en el ámbito del marco conceptual del modelo ecológico. *Curso virtual para formuladores de políticas y gestores de programas y proyecto*. Banco Interamericano de Desarrollo.
 - Nuñez, P. A., Fernández-Slezak, D., Farall, A., Szretter, M. E., Salomón, O. D., y Valeggia, C. R. (2016). Impact of Universal Health Coverage on Child Growth and Nutrition in Argentina. *American Journal of Public Health*, 106(4), 720–726. Recuperado de: <http://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303056>
 - O. Larrañaga y D. Contreras (2015). Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile, edición ampliada y actualizada, Uqbar, Santiago.
 - Observatorio chileno de salud pública. Disponible en: <http://www.ochisap.cl/index.php/contexto-general-del-pais/caracteristicas-y-dinamica-de-la-poblacion>
 - OEA (2005). *¿Qué es Desarrollo Infantil Temprano?* Recuperado de <http://www.oas.org/udse/dit2/que-es/default.aspx>

- Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud (2010). *Panorama de la situación de salud y de sistema de salud en Chile*. Serie Técnica de Análisis de Situación – PWR CHI/11/HA/01.
- OMS (2014). Documentos básicos. – 48.^a Ed. Constitución y Estatutos. Ginebra: Ed. Organización Mundial de la Salud.
- Paes, N. (2014). Os gastos tributários e seus impactos sobre o desempenho da saúde e da educação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (4), 1245-53.
- PAHO (2012). *Health in the Americas: Regional Outlook and Country Profiles*. Washington, DC: Ed. Pan American Health Organization, PAHO.
- Perea, R y Hernando, M. (2004). *Educación para la salud: reto de nuestro tiempo*. Madrid: Ed. Díaz de santos.
- Phillips, D.A. y Shonkoff, J.P. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. National Academies Press, 587.
- Plan Nacer/Programa Sumar (2013). Análisis del proceso institucional de generación de una política social de impacto multisectorial: el Plan Nacer y la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo. *Estudio del abordaje secuencial de la integración de programas sociales y sus resultados en la población*. Ministerio de la Salud de la Presidencia de la Nación. Argentina. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/analisis-del-proceso-de-generacion-de-una-politica-social-de-impacto-multisectorial-el-plan-nacer-y-la-asignacion-universal.pdf>
- Programa Chile Crece Contigo. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/>
- Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud (Préstamo BIRF 8062-AR) y Financiamiento Adicional del Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud (Préstamo BIRF 8516-AR) Manual Operativo.
- Ranieri, F. (2015). Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el período del embarazo hasta los 5 años. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Reporte de Gestión (2016). Ministerio de la Salud de la Presidencia de la Nación Argentina. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/rg-sumar-09-16.pdf>
- RISSALUD (2016). Panorama Regional. Sistemas de salud de Latinoamérica y Estado de Situación del Modelo RISS. Disponible en: www.Rissalud.net

- Rodríguez, F. (2012). AUGE Régimen de Garantías Explícitas. Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Rolla, A., Leal, P y Torres, N. (2011). Diagnóstico de la educación parvularia en Chile. En F. Cousiño Donoso y A. Foxley Rioseco. *Políticas Públicas para la Infancia*. Santiago de Chile: Ed. Unesco.
- Romero S, Luis (2011). Modelos y Mecanismos de Financiamiento en Sistemas de Salud. Chile: Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud.
- Rouquaud, I., Páez, M. y Mónica A. (2013) Políticas públicas: algunas experiencias en Iberoamérica. 1era ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; San Luis: Universidad Nacional de San Luis. Proyecto de Investigación análisis de Políticas Públicas.
- Rumbold, B., Alakeson, V. y Smith, P. (2012). *Rationing health care: is it time to set out more clearly what is funded by the NHS?* London: Ed. Nuffieldtrust.
- Sabinoso, M. H. (2014). Lecciones aprendidas y desafíos futuros bajo nuevos esquemas de gestión de la salud en la Argentina. Ministerio de la Salud de la Presidencia de la Nación. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/lecciones-aprendidas-desafios-futuros.pdf>
- Schady N. (2014) Gradientes de riqueza en el desarrollo cognitivo durante la primera infancia en cinco países de América Latina. IDB Working Paper Series, No. IDB-WP-482: 1-29.
- Sen, A. (2000) El desarrollo como libertad. Gaceta Ecológica [en línea]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53905501>
- Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina (2012). *Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial*. Recuperado de http://www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_intervencion/chile_programa_de_apoyo_al_desarrollo_biopsicosocial.pdf
- Torres, R. (2015). *Salud para los argentinos. Reflexiones para el día después*. Buenos Aires: Ediciones Isalud.
- Tuñón, Ianina (2017). *Evolución de indicadores de desarrollo humano y social en la infancia en perspectiva de derechos humanos (2010-2016). Documento estadístico. Barómetro de la Deuda Social Argentina. Serie del Bicentenario 2010-2016*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2017. Recuperado en:

<http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/2017-Observatorio-Infancias-en-situacion-de-pobreza-multidimensional.pdf>

- UNICEF (2016). *¿Qué es el Desarrollo Infantil Temprano?* Recuperado de <http://www.desarrolloinfantiltemprano.mx/ique-es-el-desarrollo-infantil-temprano.html>
- Vadivieso, V y Montero, J. (2010). El plan AUGE: 2005 al 2009. Health care reform in Chile: 2005 to 2009. *Revista médica de Chile*, 138(8): 1040-104.
- Vaghri Z. y Arkadas A. (2010). *Manual for Early Childhood Rights Indicators. A Guide for State Parties Reporting to The Committee on the Rights of the Child.* Early childhood rights indicators group, 229.
- Valdiviezo V. y Montero J. (2010). El plan AUGE: 2005 al 2009. En: *Rev Med Chile* 2010; 138: 1040-1046
- Wallon, H. (1987). *Psicología y educación del niño. Una comprensión dialéctica del desarrollo y la Educación Infantil.* Madrid: Ed. Visor-Mec.
- White, E. (2010). *Orientação da Criança.* São Paulo: Ed. CPB.
- WHO. (2008). *Integrated health services – what and why? (Vol. Technical Brief No. 1).*
- Wong, H. y Bitrán, R. (1999). *Module 5 designing a benefits package, Prepared for the Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing World Bank Institute.* Washington DC: Ed. The World Bank Group.

XI. Anexos

Tabla 4: Matriz de indicadores y metas 2015. Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Chile Crece contigo.

Lugar de Atención	Componente	Subcomponente	Indicador
Atención Primaria	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	B. Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial	Promedio de Visitas domiciliarias integrales (VDI) realizadas a familias con gestantes en situación de riesgo psicosocial según EPSA que presentan al menos 3 riesgos psicosociales
		C. Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a)	Porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria
		C. Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a)	Porcentaje de mujeres gestantes beneficiarias que asisten a taller en las Maternidades del Servicio de Salud
		A. Fortalecimiento de cuidados prenatales	Porcentaje de controles de salud realizados en presencia de pareja, familiar u otra figura significativa de la gestante
		B. Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial	Porcentaje de gestantes con EPSA aplicada al ingreso a control prenatal
	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	A. Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral	Porcentaje de controles de salud entregados a días dentro de los 10 días de vida del recién nacido o nacida
		B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto
		B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	Promedio de talleres Nadie es Perfecto iniciados por facilitadores vigentes a la fecha de corte
		B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	Porcentaje de niños(as) menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres de Promoción del desarrollo: motor y lenguaje
		A. Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en el que participa el padre
	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor en la primera evaluación, ingresados a sala de estimulación
		A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a familias de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI en la primera evaluación
		A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños(as) con resultado de rezago en EEDP y TEPSI en la primera evaluación derivados a modalidad de estimulación (no considera ludoteca)
		A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños(as) de 7 a 11 meses con alteraciones en el DSM recuperados

Lugar de Atención	Componente	Subcomponente	Indicador
Hospitales	II. Atención personalizada del proceso de nacimiento	A. Atención personalizada del parto	Porcentaje de recién nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 2.500 gramos con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos supervisado por equipo
		A. Atención personalizada del parto	Porcentaje de partos con acompañamiento durante preparto y parto de mujeres beneficiarias
		A. Atención integral en el puerperio	Porcentaje de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva
		A. Atención integral en el puerperio	Porcentaje de mujeres que recibe el set de implementos del Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) y que participan en sesión educativa en puerperio
		A. Atención integral al recién nacido(a) hospitalizado(a) en neonatología	Porcentaje de recién nacidos(as) (hasta 28 días) egresados del Servicio de Pediatría o Neonatología atendidos por profesional del equipo psicosocial
	III. Atención integral del niño y niña hospitalizado	A. Atención integral al recién nacido(a) hospitalizado(a) en pediatría	Porcentaje de niños y niñas mayores de 28 días y menores de 5 años, egresados de una Unidad de hospitalización Pediátrica atendidos por equipo psicosocial
		A. Atención integral al recién nacido(a) hospitalizado(a) en neonatología	Porcentaje de egresos de neonatología con lactancia materna exclusiva

Fuente: Fuente: elaboración propia en base a datos reportados por Chile Crece Contigo <http://ChCCsalud.cl/indicadores/>