

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autora: Andrea Farías

PLAN NACER, SEGURO PÚBLICO PARCIAL DE SALUD

logros y resultados

2012

Director de Tesis: Dr. Mario Glanc

Citar como: Farias, A. (2012). *Plan Nacer, seguro público parcial de salud: logros y resultados*. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/511>



AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a quienes han colaborado para que este estudio pudiera ser realizado, tanto al Equipo Nacional del Plan Nacer que me proporcionaron los datos de gestión del programa de las distintas provincias, como también a quienes gentilmente accedieron a la realización de las entrevistas.

A mis directores de tesis que con su experiencia y asesoramiento han sido una guía fundamental en todo el proceso de realización de la tesis.

A quienes confiaron en mí y me dieron la posibilidad de obtener una beca para poder realizar la carrera de maestría.

A mi marido y mis hijos especialmente, por el apoyo y la paciencia.

A todos ellos quiero expresarles mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen

Palabras clave

1. Introducción	9
1.1. Presentación y Descripción del problema	9
1.2. Contexto.....	10
1.2.1. Antecedentes: Crisis socioeconómica, Emergencia Sanitaria, PFS.	10
1.3. Utilidad, Relevancia y Justificación	16
2. Diseño de la investigación	17
2.1. Formulación del Problema de la Tesis.....	17
2.2. Objetivos: General y Específicos	17
2.3. Estrategia metodológica. Tipo de Estudio	17
2.4. Variables y fuentes de información.....	18
2.5. Unidad de análisis.....	24
3. Marco Teórico	25
3.1. Políticas Públicas.....	25
3.2. Rol del Estado en Salud.....	30
3.3. Equidad, Acceso y Derecho a la Salud	34
3.4. Seguridad Social. Seguros Públicos de Salud.....	43
3.4.1. Financiamiento Basado en Resultados.....	57
4. Principales logros y resultados alcanzados por el Programa en el marco de la implementación de Seguros Público de Salud.	69
4.1. Interrelación de los componentes operativos del programa y análisis de resultados cuantitativos relevantes en el ámbito nacional.	69

4.1.1. Resultados de desempeño en inclusión social. Cobertura poblacional	75
4.1.2. Resultados de desempeño sanitario.....	77
4.1.3. Cobertura de establecimientos con convenio	80
4.1.4. Cobertura prestacional	81
4.1.5. Fortalecimiento de efectores públicos.....	82
4.1.6. Cobertura integral de Cirugías de Cardiopatías Congénitas e incorporación de efectores de alta complejidad.....	84
4.1.7. Sostenibilidad	86
4.1.8. Evolución de la lista de espera de cardiopatías congénitas a partir de la sinergia de programas sanitarios.....	88
4.1.9. Tendencia en las tasas de mortalidad Materno Infantil	90
4.2. Percepción de actores claves de la esfera nacional, provincial y local, relacionados directamente con la gestión del programa	94
4.3. Perspectivas a futuro del programa	112
5. Conclusiones y Reflexiones finales	114
6. Bibliografía	120
7. Anexos y Entrevistas a Actores.....	128
7.1. Entrevista al Coordinador Nacional del Plan Nacer /Programa Sumar.	128
7.2. Entrevista a Actores del Nivel Provincial (Río Negro)	139
7.2.1. Entrevista a la Coordinador Provincial del Plan Nacer /Programa Sumar y Directora del Programa Materno Infanto Juvenil.	139
7.2.2. Entrevista al Referente provincial del programa de Cardiopatías Congénitas (Río Negro).....	144
7.3. Entrevistas a actores del nivel local.....	151

7.3.1. Entrevista a Referentes del Hospital de San Antonio Oeste, Hospital A, CAPS Elvio Yorio y CAPS Anahí.....	151
7.3.2. Entrevista a Referente de CAPS La Costa de la localidad de Cipolletti.....	158
7.3.3. Entrevista a Referentes de Hospital Dr. Ernesto Accame y CAPS Barrio Progreso de la localidad de Allen	164
7.3.4. Entrevista a Referente del Hospital Cinco Saltos	170

Resumen

El programa Plan Nacer es una política de implementación conjunta entre la nación y las provincias, que surgió como parte de una serie de medidas coyunturales destinadas a disminuir el impacto inicial de la crisis de fines del 2001. A través de la creación del Seguro Materno Infantil Provincial se propuso garantizar un conjunto de cuidados de la embarazada y del niño hasta seis años sin cobertura explícita de salud, orientando su financiamiento hacia la generación de resultados de cobertura, calidad y situación de salud de la población bajo programa.

El presente estudio tiene como objetivos identificar y analizar los principales logros y resultados alcanzados por el programa en el marco de la implementación de Seguros Públicos de Salud. La investigación se justifica en la importancia que actualmente reviste la extensión de la protección social en salud. Dentro de los resultados cuantitativos se destaca que el Plan Nacer alcanzó un 92% de cobertura global de inscripción, con un 65,8% de cobertura de la población objetivo de mujeres (embarazadas y puérperas), y un 95,8% de cobertura de la población objetivo de niños menores de 6 años sin obra social. Firmó convenios con el 90% de la red de establecimientos públicos, los cuales facturaron más de 39.000.000 de prestaciones de salud de sus beneficiarios al seguro provincial, recibiendo recursos en concepto de pago por prestación por un total de \$ 790.297.376. Se introdujo un nuevo esquema de asignación de recursos en el subsistema público, que complementó al mecanismo presupuestario tradicional, así como al mecanismo de recupero adicional de recursos a la seguridad social; mediante la innovación del pago por resultado. A través de este esquema se transfirieron de nación a las jurisdicciones provinciales más de mil millones de pesos, de los cuales 600 millones de pesos corresponden al concepto de resultados de inclusión social, y más de 240 millones de pesos corresponden a los resultados de desempeño sanitario. El programa ha contribuído al logro de sinergias entre las distintas provincias y la nación, y entre los distintos programas y políticas, para obtener un mayor

impacto en la salud colectiva de la población. Dentro de los logros más valorados está la conformación de una red de 17 establecimientos tratantes de cardiopatías congénitas, habiendo comenzado con 12 establecimientos en 2010. Se financiaron desde el programa más de 1.400 módulos quirúrgicos para el acceso a un tratamiento integral de niños menores de 6 años sin obra social. Se conformó un Fondo de Reaseguramiento Solidario para el financiamiento de prestaciones de alta complejidad, mediante el cual se transfirieron recursos a los centros tratantes por más de 166 millones de pesos. La lista de espera disminuyó en un 80%, y aumentó considerablemente el diagnóstico precoz y oportuno de los niños con CC.

La tasa de TMI disminuyó de 14,4 defunciones cada mil nacidos vivos en 2004 a 11,7 en 2011, sobre todo, a expensas de la disminución en el componente neonatal: 9,7 (2004) a 7,6 (2011) defunciones c/1.000 NV; registrando variaciones en el período considerado como neonatal precoz (primeros siete días de vida). Sin embargo, los resultados de impacto en la mortalidad infantil no pueden atribuirse solo a la presencia del programa, sino que tienen que ver con una multiplicidad de factores como ser saneamiento, agua potable, vivienda, educación, política sanitaria, nivel de ingresos, entre otros.

De acuerdo al trabajo de campo, la ejecución del programa mediante una lógica de aseguramiento público parcial de salud, ha permitido una igualdad de oportunidades para los establecimientos que forman parte de su red, ya sean hospitales, centros de salud y/o puestos sanitarios. Además, no solo permitió visualizar cuestiones que estaban desatendidas en el subsistema público sino también, puso en evidencia características o cuestiones que son propias del sistema de salud. Una de ellas es la heterogeneidad y fragmentación en la cobertura, provisión y financiamiento de servicios así como la superposición de coberturas; especialmente en lo que concierne a las interacciones entre el sector estatal y el subsector de la seguridad social. Se destaca que el programa ha logrado poner en escena el debate sobre la importancia del aseguramiento público como instrumento integrador de los distintos subsectores, así como la búsqueda de un modelo organizativo que involucre distintas alternativas de

financiamiento. También, se perciben como positivas la capacidad del Plan Nacer para producir cambios en el equipo de salud mediante la introducción de un esquema de incentivos y motivaciones. La capacidad de institucionalizar una nueva forma de gestionar la salud a través de la priorización de metas y objetivos. La evaluación permanente de resultados, el fortalecimiento de las capacidades de autogestión hospitalaria, la contribución a la conformación de redes de atención, procurando el desarrollo de la capacidad de compra estratégica de servicios que respondan a los emergentes de la salud colectiva; la introducción de modificaciones en la estructura tradicional presupuestara, condicionando la asignación de recursos al logro de mejoras en el desempeño tendientes a mejorar la calidad del gasto público.

Palabras Claves:

Seguro de Salud, Aseguramiento Público, Cobertura universal, Pago por desempeño, Sistemas de Salud.

1. Introducción

1.1. Presentación y Descripción del problema

El programa Plan Nacer es una política de implementación conjunta entre la nación y las provincias, a partir del consenso logrado en el ámbito del COFESA.

Formó parte del Plan Federal de Salud 2004-2007, cuyo eje estratégico central era la Atención Primaria de la Salud.

Garantiza a través del Seguro Materno Infantil Provincial (SMIP) un conjunto de cuidados de la embarazada y del niño hasta seis años sin cobertura explícita de salud, orientando su financiamiento hacia la generación de resultados de cobertura, calidad y situación de salud de la población bajo programa.

Los resultados positivos de la implementación del Plan Nacer hasta el presente motivaron que el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud Provinciales se propongan avanzar en esa estrategia de "financiamiento basado en resultados" hacia otros grupos poblacionales y otras prácticas priorizadas a través del "Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud" (Programa Sumar). Esto implica, un avance en el desarrollo de una política de aseguramiento público parcial frente a las necesidades de mejoras del desempeño del sector, tendientes a reducir de manera eficiente las inequidades en el acceso a los servicios sanitarios y a mejorar el estado de salud de la población, focalizando las acciones hacia los grupos más vulnerables.

Frente a esta nueva etapa de expansión del Plan Nacer, surge la inquietud de conocer, comprender y analizar los logros y resultados alcanzados por el programa, en el marco de la implementación de los Seguros Públicos Parciales de Salud.

1.2. Contexto

1.2.1. Antecedentes: Crisis socioeconómica, Emergencia Sanitaria, PFS.

La situación económica del país desde el año '98 se encontraba en una situación de recesión y estancamiento que llevó a un deterioro de las condiciones de vida de la población.

La crisis institucional estuvo marcada por la renuncia del Presidente De La Rúa, una sucesión de presidentes interinos, la cesación de pago de sus compromisos externos y el abandono de la política monetaria de paridad con el dólar (BM, 2002).

Entre los años 2.000 y 2.002 el PIB per cápita cayó un 17 por ciento, y un 22 por ciento desde el inicio de la recesión en 1998. Los niveles de desempleo que ya eran elevados en octubre del 2001 (18,3%) aumentaron al 21,5% según los indicadores oficiales para mayo del 2002 (Mera y Bello, 2003).

La pobreza aumentó 26 puntos porcentuales entre 1999 y 2002, el coeficiente de Gini aumentó 4 puntos en el mismo período. Hubo aumento de precios debido a la devaluación, y descenso de los ingresos nominales debido a la caída en la actividad económica. La tasa oficial de pobreza, desde 38.3 por ciento en octubre de 2001 subió a 53 por ciento en mayo de 2002. (Gasparini y Cruces, 2008)

Estos niveles de pobreza son importantes porque repercuten en la infantilización de la pobreza, con un crecimiento de la vulnerabilidad social para los niños, sobre todo, teniendo en cuenta que los hogares con más niños son los más pobres y con mayor propensión a tener problemas de salud.

El Sistema de Salud tuvo un fuerte impacto a partir de la crisis política, institucional y socioeconómica del 2001 y primera mitad del 2002, registrando una disminución de población cubierta por la seguridad social debido a la caída del empleo formal, aumento del desempleo e informalidad laboral.

Uribe y Schwab (BM, 2002) explican el impacto de la crisis sobre el sector salud a través de los siguientes factores:

- a) Por el lado de la oferta:
 - Deterioro progresivo en el financiamiento de los diferentes subsistemas, que conlleva en el caso de la Seguridad Social (OSN), a la caída en la recaudación de aportes obrero-patronales debido al mayor índice de desempleo, y al

incremento de la mora y evasión de aportes. (entre el primer semestre 2001 y primer semestre 2002, la recaudación del Sistema Nacional de Seguro de Salud cayó un 12%).

- En el sector público la caída en el financiamiento proviene de la afectación del flujo normal de fondos a los programas prioritarios y hospitales respectivamente.
- La reducción del nivel de ingresos promedio en la población general reduce la capacidad de los propios usuarios para co-financiar directamente el sistema, pagando de su bolsillo.
- Aumento de los costos de medicamentos e insumos biomédicos importados como consecuencia de la devaluación. Un análisis de 250 medicamentos en abril del 2002 muestra que el precio cotizado en pesos era, en promedio, un 170% mayor que el precio de referencia cotizado en 2001.

b) Por el lado de la demanda:

- Aumento de la demanda de servicios en la red estatal que no se corresponde con un incremento en el presupuesto destinado a los hospitales públicos.
- Mayor riesgo epidemiológico consecuencia del deterioro en las condiciones socio-económicas de gran parte de la población.

Las OSN, sin considerar al PAMI, tenían una deuda acumulada crónica que, sumada a las restricciones financieras de la crisis actual, contribuyeron a la ruptura de la cadena de pagos en el sector proveedor, lo que desencadenó en cortes en los servicios a los afiliados. También se detectaron dificultades en el cumplimiento de la totalidad de las prestaciones del PMO, con lo cual, el Gobierno Nacional reformula un PMO de emergencia para garantizar a los beneficiarios servicios esenciales, por el lapso de la emergencia sanitaria.

La disminución en la cobertura de obras sociales se debe a la disminución en la cobertura de las obras sociales sindicales (de 17 a 15%).

En el sector privado, a junio del 2002 un 12% de las personas habían perdido su cobertura en los últimos 8 meses.

Con respecto al sector público, entre octubre del 2001 y mayo del 2002, el porcentaje de población que sólo tiene cobertura a través del sector público subió del 36% al 43%. Según la encuesta del Banco Mundial (2002) entre octubre 2001 y junio del 2002, el 16% de las personas que se atendieron en el hospital público tenían obra

social, 9% era afiliado al PAMI, y un 2% tenía un seguro privado (subsidio cruzado que se asocia a las dificultades de este sector para recuperación de costos, empeorando la situación financiera de los hospitales públicos).

En relación a la cobertura médica, Fiszbein (2003) señala que existe evidencia de impactos negativos severos desde comienzos del año 2002, tanto dentro del sistema de obras sociales como en el sistema de salud pública. Aproximadamente el 12% de los individuos experimentó algún cambio en su cobertura de salud y más del 60% perdió totalmente su cobertura con una concentración mayoritaria en los grupos de menores ingresos.

Tabla N°1. Argentina: Cambios en la cobertura médica (% de los individuos que experimentaron un cambio de cobertura).

Quintiles	I	II	III	IV	V	Total
Pérdida de toda forma de cobertura	76.0	61.1	78.6	52.6	33.6	61.4
Cambio de cobertura	24.0	38.9	21.4	47.4	66.4	38.7

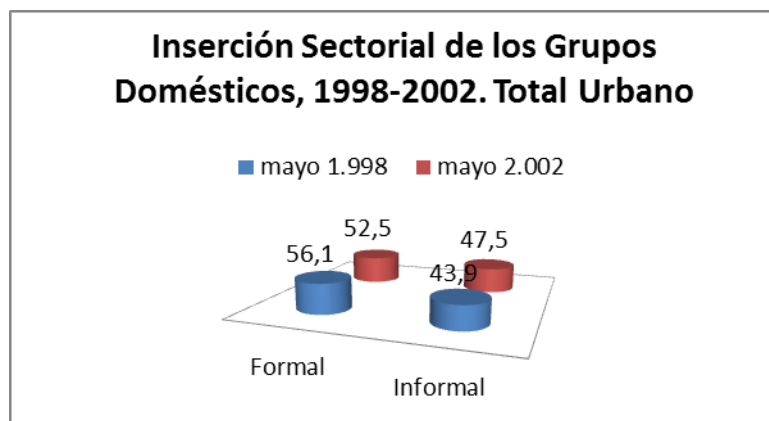
Fuente: Fiszbein, CEPAL 2003 en base a la encuesta realizada por "Opinión Pública Servicios y Mercados" (OPMS) que cubrió 2.800 hogares de diferentes regiones del país.

El 40% (de aquellos que experimentaron un cambio en su cobertura de salud) pasó a una cobertura menor. Casi la mitad de los que antes tenían una cobertura doble (obra social y prepaga) quedaron solo con su cobertura primaria (obra social). De los hogares que informaron haber reemplazado la cobertura privada por los servicios públicos como reacción a la crisis económica, el 60% ha experimentado alguna forma de pérdida o limitación de la cobertura ofrecida por sus prestadores. Casi el 23% de los hogares informó que por lo menos un miembro había experimentado la falta de acceso a servicios de salud. Tres cuartos de ellos dieron como razón la "falta de dinero" para pagar los medicamentos (44%), los costos de transporte (25%) y las cuotas (5%). Más específicamente, el 37% de los hogares con niños menores de doce años informaron haber reducido la frecuencia con la que llevan a sus hijos a los controles médicos. Casi el 45% de estos hogares pertenecen al quintil más bajo de distribución de los ingresos

En relación a la segmentación y marginalidad laboral, Lépre y Macció (2003) realizaron un análisis en base a micro datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC, ondas mayo de 1998 y 2002, correspondientes a 28 aglomerados

urbanos, proyectados al total urbano del país. Según las estimaciones, a mayo de 1998 la estructura social urbana nacional tenía aproximadamente 7.540.269 hogares con al menos un miembro activo, donde el 43,9% correspondía al sector informal de trabajo y el 56,1% al sector formal. A partir de mayo 2002, la estructura social urbana nacional tenía alrededor de 8 millones de hogares particulares con al menos un miembro activo y casi 4 millones cuyos ingresos laborales tenían como principal fuente actividades desarrolladas en el Sector Informal (47,5%) (HSI). De los 550 mil nuevos grupos domésticos que se agregaron desde 1998, el 96% fue absorbido por ese Sector.

Gráfico N°1.



Fuente: elaboración propia en base a Lépore y Macció 2003.

La pérdida de empleos plenos en los HSF llevó al desplazamiento de hogares de este tipo hacia el sector informal (empleos precarios o trabajos de indigencia).

A partir de mayo 2002, la estructura social urbana nacional tenía alrededor de 8 millones de hogares particulares con al menos un miembro activo y casi 4 millones cuyos ingresos laborales tenían como principal fuente actividades desarrolladas en el Sector Informal (47,5%) (HSI). De los 550 mil nuevos grupos domésticos que se agregaron desde 1998, el 96% fue absorbido por ese Sector.

La pérdida de empleos plenos en los HSF llevó al desplazamiento de hogares de este tipo hacia el sector informal (empleos precarios o trabajos de indigencia).

Hubo fuertes cuestionamientos por parte de la sociedad civil hacia los organismos de gobierno en cuanto a la capacidad de gestión, eficiencia y transparencia en el manejo de los fondos públicos. El Gobierno Nacional decide convocar a la Iglesia y a entidades

representativas de la sociedad a una instancia de diálogo, con el objetivo de llevar adelante un proceso participativo de intercambio, debate y consenso para el diseño de un Plan Estratégico de País. Nace de esta manera la Mesa de Diálogo Argentino que se suma a las Naciones Unidas como organismo articulador. (MSAL, Informe de Gestión 2002).

El 22 de febrero de ese año se firma un Acta Acuerdo con cuarenta instituciones en la Mesa de Diálogo Argentino del Sector Salud, cuyo artículo tercero dice: "Promover estrategias y acciones destinadas a reducir el riesgo sanitario y epidemiológico para el conjunto de la población y proteger especialmente a los grupos más desfavorecidos y/o vulnerables. A tal efecto se impulsarán aquellas actividades que prioricen la promoción y prevención en salud, especialmente aquellas relacionadas con la salud materno infantil, que permitan reducir la morbimortalidad por enfermedades nutricionales e infectocontagiosas y otras prevenibles, fomentando la participación activa de las entidades y sociedades que solidariamente aporten a este objetivo. Asimismo, se avanzará en la implementación compartida de políticas activas para aquellas patologías no transmisibles de alto impacto sanitario y social". (PNUD, 2004)

En este contexto de crisis del país, fue necesaria la adopción de medidas coyunturales de auxilio de la Nación a las Provincias en el corto plazo, lo que motivó la sanción de la Ley N° 25.561 (Ley de Emergencia Pública y de Reforma del Régimen cambiario), y el dictado del Decreto N° 486 del 12 de marzo de 2002; declarándose la Emergencia Sanitaria Nacional hasta el 31 de diciembre de 2002. Mediante el Decreto N° 2724/2002 (31/12/02) se prorroga la Emergencia Sanitaria hasta el 10 de diciembre de 2003.

La finalidad fue disminuir el impacto inicial de la crisis, garantizando a la población argentina, el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud, a través del fortalecimiento de las políticas de Atención Primaria y la adopción de medidas de urgente implementación. Tal es así, que en marzo del año 2003, se firma en la Casa Histórica de San Nicolás un Acuerdo Federal Sanitario cuyos puntos principales fueron: incentivar la política de Medicamentos genéricos, la creación de un Seguro Materno Infantil y luego de un Seguro Público de Salud, la protección financiera de los programas especiales, recuperar el rol de la Atención Primaria de la Salud y la institucionalización del COFESA.

En relación a Salud Materno Infantil apunta a la realización conjunta de acciones tendientes a disminuir las tasas nacionales de mortalidad infantil en un 25 % y la de la mortalidad materna en un 15 % en relación a los valores correspondientes al año 2.002 en el transcurso del próximo quinquenio. Para ello, se establece la implementación de un Seguro Nacional de Maternidad e Infancia, que brinde atención integral de la salud a madres embarazadas, y niños menores de 6 años. A través del aseguramiento se promueve la búsqueda de equidad en salud, la cobertura de bienes y servicios, la optimización de recursos existentes y explicitar los servicios necesarios para el cuidado de la salud de la población. (Acuerdo San Nicolás, 2003).

Cabe mencionar que dentro de las opciones de mejoramiento del sector propuestas por el Banco Mundial (Reporte N° 26144-AR BM, julio 2003), se hace hincapié justamente en la implementación del Seguro Materno Infantil que responda a la epidemiología del país, permitiendo focalizar los recursos hacia la población más vulnerable. Esta recomendación se fundamenta en la necesidad de reducir las brechas existentes, fortalecer las garantías de salud para los más pobres así como mejorar la provisión pública de servicios. Propone modificaciones al actual esquema de funcionamiento que permitan garantizar el acceso efectivo a un conjunto de servicios de calidad y protección financiera contra los riesgos de enfermar o morir.

Los acuerdos previos que se fueron realizando entre el Gobierno Nacional y los Gobiernos Provinciales, constituyeron las bases del Plan Federal de Salud 2004-2007; centrado en un enfoque de búsqueda de la salud para todos, con el objetivo de aumentar la equidad regional. Plantea mecanismos de redistribución de recursos, a través de programas específicos orientados a cubrir poblaciones objetivo que se encontraban excluidas y un modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención teniendo como base para la organización del sistema la atención primaria. Los principales componentes del PFS fueron: jerarquización de las acciones de promoción y prevención; compromiso federal sobre cobertura y acceso; redes de servicios; población bajo responsabilidad nominada; calidad en los servicios de Salud; fortalecimiento del hospital público; seguro de salud y el programa de accesibilidad a medicamentos. Incluyó al Programa Remediar, FESP, Ley de prescripción por nombre genérico, Médicos Comunitarios, Municipios y Comunidades Saludables y al Plan Nacer. (PFS, 2004-2007).

1.3. Utilidad, Relevancia y Justificación

El presente estudio se justifica en la importancia que actualmente reviste la extensión de la protección social en salud. La necesidad de valorar los resultados de la puesta en marcha del Plan Nacer como estrategia de creación y desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de salud, cobra relevancia en tanto que, su implementación transcurre en un período en el cual varios países de mundo, en especial de América Latina, se enfrentan al desafío de reducir la fragmentación de sus Sistemas de Salud y garantizar el acceso a través de políticas de aseguramiento.

La investigación, pretende dar cuenta de cuál fue el contexto histórico en el cual surgió la creación del programa, dentro de un marco en el que la pobreza, la inequidad y la informalidad laboral, ponen en evidencia la necesidad de la intervención del Estado a través de políticas públicas que protejan a los grupos sociales más vulnerables.

Mediante un proceso de indagación y comprensión de las relaciones y los hechos vinculados al tema de estudio, esta tesis pretende describir los componentes operativos del programa, y explorar a través de la revisión bibliográfica, del análisis cuantitativo y la percepción de actores claves, aquellos logros y resultados más significativos, que pudieran ser considerados como pilares o bases sólidas a tener en cuenta durante el proceso de ampliación y consolidación del Seguro Público de Salud.

La utilidad y relevancia de este trabajo también está dada, porque intenta aportar al conocimiento sobre los efectos de un programa basado en resultados, a través del cual el Plan Nacer innova, y busca introducir mejoras en la gestión del sector salud, aumentando la calidad del gasto público. Esto último cobra relevancia en tanto que podría considerarse para otras áreas prioritarias de la política pública en Argentina.

2. Diseño de la investigación

2.1. Formulación del Problema de la Tesis

En el marco de la ampliación de la cobertura del Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud a nuevos grupos poblacionales, se pretende explorar: ¿Cuáles son los logros y resultados más significativos del programa desde su implementación?

2.2. Objetivos: General y Específicos

Objetivo General:

El objetivo principal del presente trabajo es identificar y analizar los principales logros y resultados alcanzados por el programa en el marco de la implementación de Seguros Públicos de Salud.

Objetivos Específicos:

- ✓ Describir la interrelación de los componentes operativos del Programa (modelo de atención, modelo de gestión y modelo de financiación).
- ✓ Identificar los resultados cuantitativos relevantes del Programa.
- ✓ Conocer la visión de los actores claves en el proceso.
- ✓ Analizar estratégicamente las perspectivas en el mediano plazo del Plan Nacer.

2.3. Estrategia metodológica. Tipo de Estudio

En la presente investigación se utilizará la metodología Descriptiva y Analítica. De esta forma, se pretende presentar evidencia que dé cuenta del alcance de las características principales del Seguro Materno Infantil en relación a la gestión del programa, así como aportar elementos analíticos a partir de los datos obtenidos. Este tipo de diseño

también permite comprender las relaciones entre los distintos componentes y actores del programa, que culmina con una descripción detallada del objeto de estudio.

2.4. Variables y fuentes de información

Para la elaboración de este documento, se procederá a la combinación de componentes cuanti-cualitativos. Se obtendrá la información disponible, a través de fuentes primarias y secundarias. Las técnicas utilizadas consisten en la revisión documental, recopilación, organización, sistematización de la información y análisis de fuentes secundarias.

La fuente primaria implica el diseño de un instrumento cualitativo (Guía de entrevista), selección de casos a entrevistar, contacto para establecer la entrevista, trabajo de campo.

El enfoque cuantitativo, lo que permitirá es un acercamiento al tema, en la medida en que apunta a mensurar resultados en términos de inclusión, desempeño sanitario, cobertura e inversión, incluyendo la utilización de las siguientes variables e indicadores:

Variables Cuantitativas

Magnitud	variable	indicador
Pago por desempeño	Resultado de inclusión: cobertura poblacional	-Cantidad total de inscriptos. -Cobertura de inscriptos. -Tendencia en la cobertura de inscriptos
	Resultado sanitario	Evolución del desempeño sanitario medido por trazadoras.
cobertura	Establecimientos con convenio	-Incorporación de prestadores del PBS -Cobertura de establecimientos del PBS.
	Cobertura prestacional	-Cantidad de prácticas facturadas. -Composición de la facturación en base a la utilización del nomenclador. -distribución de la facturación devengada
	Cobertura integral de cirugías de cardiopatías	-Incorporación de prestadores de alta complejidad CC.

	congénitas	-% de prestaciones facturadas de CC por módulos.
Inversiones	Fortalecimiento de efectores públicos	Recursos transferidos a los efectores por prestaciones devengadas.
	Sostenibilidad	Transferencias capitadas de nación a provincia, ajustadas por desempeño. % de recursos co-financiados por los estados provinciales. Transferencias liquidadas al FRS por facturación devengada de CC.
Impacto	Lista de Espera CC	Evolución de la lista de espera
	Mortalidad materno infantil	Tendencia de la razón de mortalidad materna. Tendencia de la tasa de mortalidad infantil. Componentes Neonatal y post neonatal de la MI

Fuentes Secundarias:

a) Datos de gestión provistos por el programa, estadísticas y documentos institucionales, a saber:

- Reporte de gestión de inscriptos proveniente de la base de datos del padrón nacional de afiliados. Provincias Fase I y II. UEC-Plan Nacer, MSAL 2012.
- Informe de Gestión 2008, Provincias de Fase I y II. Área Técnica UEC. Plan Nacer. MSAL, agosto 2008.
- Boletín Estadístico N° 2, tercer bimestre 2012. Principales magnitudes del Plan Nacer/Programa Sumar. MSAL.
- Reporte de gestión de evolución de efectores con convenio al mes de Agosto 2012. UEC-Plan Nacer, MSAL.
- Reporte de Facturación Devengada. Provincias de Fase I y II, a Agosto 2012. UEC-Plan Nacer, MSAL.
- Reporte de gestión de evolución de efectores con convenio de alta complejidad CC, al mes de Agosto 2012. UEC-Plan Nacer, MSAL.
- Reporte consolidado de pagos del paquete de alta complejidad de cardiopatías congénitas a octubre 2012. UEC- Plan Nacer /Sumar. MSAL
- Reporte de transferencias capitadas totales, liquidadas de Nación a los SMIP, desde 2005 acumulado al mes de agosto 2012. UEC- Plan Nacer /Sumar. MSAL

- c) Estadísticas vitales. Dirección de Estadísticas e información de salud. MSAL, de 2004 a 2011.

A través del enfoque cualitativo lo que se pretende, es documentar la opinión de distintos actores involucrados, a través de la realización de entrevistas en profundidad. Este instrumento es especialmente aplicable cuando se busca reconstruir acciones pasadas o presentes, y conocer como interpretan sus propias experiencias. Para la confección de las entrevistas se tendrá en cuenta las variables consideradas a partir de los antecedentes bibliográficos revisados a fin de identificar puntos de interés desde lo emergente y el marco teórico. Los entrevistados, serán seleccionados siguiendo criterios estratégicos personales (muestreo intencional/ opinático) en función de los objetivos de estudio y la noción del tema. Se tendrá en cuenta a aquellos actores que tengan una relación directa con la gestión del programa, ya que por su conocimiento y/o experiencia, suelen tener mayor reflexividad sobre el tema de estudio, pudiendo aportar información relevante con mayor precisión para la investigación, a saber:

- a) Referente nacional (1): Coordinador Ejecutivo Nacional u otros cargos de Dirección de Áreas del Programa.
- b) Referentes provinciales (2): Coordinador Ejecutivo Provincial y/o Jefes de Programas Provinciales relacionados a la salud Materna y/o Infantil.
- c) Referentes locales/ Efectores de Salud (4): referentes institucionales del programa y/o jefes de servicios de atención materno infantil.

Otro aspecto importante que se tendrá en cuenta es la accesibilidad física y geográfica, con lo cual las entrevistas del nivel provincial y local se llevarán a cabo en la jurisdicción provincial de Río Negro.

Dimensiones de análisis:

- 1) Institucionalidad: presencia del plan, prácticas que se han institucionalizado, el modo en que se aplican los mecanismos de incentivos y responsabilidades, percepción de cambios en los agentes de salud.
- 2) Cobertura y Acceso: cambios en la calidad de atención y cobertura que se perciben a partir de la implementación del programa y que se traducen en una mejora en la utilización de los servicios de salud por parte de la población sin cobertura explícita.

- 3) Sostenibilidad: conocer cuál es la visión en términos de ampliación del alcance y sostenibilidad. Percepción de beneficios y desafíos que supone el desarrollo y la ampliación del programa.

Dimensiones y tópicos que serán contemplados para la realización de la entrevista.

- 1) Institucionalización del programa.
 - Opinión acerca de las fortalezas y habilidades adquiridas por el programa.
 - Percepción del modo en que los incentivos del diseño del programa generan cambios en el comportamiento de los agentes de salud.
 - Percepción sobre la importancia del Plan Nacer dentro de las políticas públicas de salud.
 - Identificación de los principales factores vinculados a los logros del programa.
- 2) Cobertura y acceso.
 - Utilización del nomenclador y facturación como estrategia para la mejora en el desempeño sanitario.
 - Modificaciones en la calidad de atención y cobertura de la población bajo programa.
 - Mejoras en el seguimiento individual de beneficiarios, cambios en la atención de salud.
 - Estrategias para reducir inequidades en el acceso.
- 3) Ampliación del alcance-sostenibilidad
 - Oportunidades de mejoras a partir del aprendizaje generado por la implementación del Plan Nacer.
 - Identificación de alianzas necesarias para afrontar los desafíos de la ampliación del programa.
 - Percepción acerca de la visión estratégica del programa en el mediano plazo.
 - Opinión sobre la aplicabilidad del modelo del programa hacia otras políticas públicas.

A partir de las dimensiones y tópicos especificados anteriormente, se establecieron las siguientes preguntas orientadoras para la guía de entrevista:

GUIA DE ENTREVISTA-ACTORES NIVEL NACIONAL-PROVINCIAL
Fecha de realización:
Nombre y Apellido: Función: ¿Desde cuándo se desempeña en el cargo?:
Institucionalidad
¿Cuáles son en su opinión, las principales fortalezas y habilidades adquiridas por el programa?
¿Considera que los mecanismos de incentivos o estrategias del diseño del Plan Nacer han producido cambios positivos y/o negativos en el comportamiento de los agentes de salud? ¿Cuáles?
¿Qué importancia le asigna al Plan Nacer dentro de la ejecución de la política de salud?
En relación a la estrategia de aseguramiento que proponen el Plan Nacer: ¿A qué factores atribuye los resultados del programa? ¿A su modelo de gestión, focalización en población vulnerable, al financiamiento basado en resultados, a la liquidez de las transferencias?
Cobertura y acceso
A través de la utilización del nomenclador y la facturación, ¿qué tipo de incentivos o estrategias se han aplicado para promover un aumento de la cobertura, calidad y situación de salud de la población bajo programa?
¿Cuáles son los cambios más favorables que se perciben a partir de estas medidas? ¿Cómo se traduce en la práctica? (utilización de protocolos, guías de atención, registros clínicos, mejoramiento de la capacidad instalada, tiempos de atención, abordaje comunitario, etc). ¿Qué evaluación hace al respecto?
¿Considera que el financiamiento orientado hacia la generación de resultados estimula el seguimiento individualizado del nivel de utilización de servicios de salud por parte de la población inscrita? ¿Se observan mejoras en el desempeño sanitario y/o en los estándares de calidad de la atención de la embarazada y/o del niño?
¿A través de qué mecanismos el programa contribuye a reducir las inequidades en el acceso a la salud en población sin cobertura explícita?
Ampliación del alcance-Sostenibilidad
A partir del aprendizaje generado por la implementación del Plan Nacer, ¿qué oportunidades de mejora identifica para optimizar el cumplimiento de los objetivos?
Frente a los desafíos que implica la ampliación de los Seguros Públicos Provinciales, ¿qué tipo de alianzas considera que son necesarias para garantizar un desarrollo sustentable?
¿Considera que la gradualidad en la incorporación de nuevos grupos podría afectar los resultados de cobertura alcanzados por el programa?

¿Cuál es su visión estratégica del programa en el mediano plazo?
GUIA DE ENTREVISTA-ACTORES NIVEL LOCAL
Fecha de realización:
Nombre y Apellido:
Función:
¿Desde cuándo se desempeña en el cargo?:
Institucionalidad
¿Qué aspectos o características del programa considera relevantes y que contribuyen favorablemente al desarrollo de la gestión sanitaria local?
¿Considera que los mecanismos de incentivos o estrategias del programa han producido cambios positivos y/o negativos en el comportamiento de los agentes de salud? ¿Cuáles?
¿Cómo organizan el trabajo para llevar a cabo la ejecución del programa?
¿Qué importancia le significa el equipo de salud y los directivos del establecimiento asistencial la presencia del programa?
En relación a la estrategia de aseguramiento que proponen el Plan Nacer: ¿A qué factores atribuye los resultados del programa? ¿A su modelo de gestión, focalización en población vulnerable, al financiamiento basado en resultados, a la liquidez de las transferencias?
Cobertura y acceso
El proceso de priorización de prácticas a través del nomenclador ¿ha contribuido a lograr cambios en las prácticas de cuidado de salud? ¿En qué sentido? (Conductas de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento)
¿Se observan mejoras en el desempeño sanitario y/o en los estándares de calidad de la atención de la embarazada y/o del niño? (utilización de protocolos, guías de atención, registros clínicos, tiempos de atención) ¿A qué lo atribuye?
¿Considera que las inversiones realizadas a partir de los fondos transferidos por el programa contribuyeron a una mejora en oferta de servicios? ¿Cuáles?
¿Considera que hubo cambios en la demanda y utilización de servicios por parte de la población a partir de la implementación del programa?
Ampliación del alcance-Sostenibilidad
A partir del aprendizaje generado por la implementación del Plan Nacer, ¿qué oportunidades de mejora identifica para optimizar el cumplimiento de los objetivos?
¿Cuál son en su opinión los principales desafíos para la puesta en marcha de la ampliación del programa en el nivel local?
¿Se identifican conflictos de interés entre los agentes de salud?
¿Considera que el modelo de gestión del programa es aplicable a otras áreas prioritarias? ¿Qué otros grupos vulnerables considera que deberían estar incluidos?

2.5. Unidad de análisis

La unidad de análisis es el dato estadístico a nivel nacional correspondiente a la ejecución del Plan Nacer en las jurisdicciones provinciales pertenecientes a la Fase I y II del programa. El análisis es descriptivo y surge de la operativización de las variables cuantitativas. Otra unidad de análisis consistirá en la opinión y/o percepción de las personas claves seleccionadas de los distintos niveles del sistema (nacional, provincial, local), operacionalizadas a través de dimensiones de análisis descritas anteriormente. Se procederá a la desgravación de las entrevistas, realizando una transcripción digital del audio. El análisis preliminar se desarrollará de manera inductiva, a partir de los temas o categorías que surjan del discurso de los entrevistados que permitan remarcar aspectos notorios. A partir de las líneas de investigación y dimensiones de la guía de entrevista, se agrupará la información recolectada mediante la identificación de patrones generales de respuestas (similares o comunes). De este modo, cada patrón constituirá una categoría de respuesta.

La triangulación cuali-cuantitativa se produce contrastando las perspectivas u opiniones con los resultados de desempeño del plan.

3. Marco Teórico

3.1. Políticas Públicas

Tamayo Sáez (1997) define a las políticas públicas como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios.

Formular políticas es establecer prioridades e involucra la definición de rol del Estado en la salud. A partir de ella, la salud alcanza el estatus de cuestión pública, de un problema de Estado, definiendo derechos y deberes (González García; 2004).

El proceso de formulación implica identificar alternativas para las líneas de acción, establecer prioridades, dividir tareas y articular recursos. (Gómez, 2010)

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2007) la política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2010) en relación a la pobreza sostiene que el crecimiento económico no basta por sí solo para combatirla, sino que puede agravar los estándares de equidad y justicia social. En tal sentido, frente a los déficits sociales e institucionales se demandan respuestas del Estado a través de la formulación de Políticas Sociales que contribuyan a que la población alcance niveles óptimos en el desarrollo de las capacidades humanas.

Como subconjunto de las políticas públicas, la política social tiene impacto directo sobre el bienestar de los ciudadanos por medio de servicios o de ingresos (Repetto F., INDES; 2003). Las áreas que la componen son las siguientes:

- Políticas sociales universales: Abarcan los sectores de educación y salud.
- Políticas de la seguridad social: Programas que buscan cubrir riesgos o contingencias respecto de los individuos que integran la fuerza laboral formalmente organizada y su grupo familiar.

- Políticas frente a la pobreza: Acciones del Estado para atender las necesidades básicas de sectores marginales.

Nahón (2002) define Política Social como la intervención pública que tiene como fin específico regular políticamente la reproducción material de la fuerza de trabajo. (en situación de pobreza: donde el término "social" está vinculado a lo asistencial o caritativo; y en su conjunto -la población económicamente activa y su núcleo familiar- en las condiciones educativas, técnicas, culturales y físicas adecuadas para satisfacer las necesidades del mercado laboral).

Filgueira, Molina, Papadópulos y Tobar (BID 2006), siguiendo la línea de Esping Andersen (1990 y 1994) consideran que las políticas sociales son instrumentos y dispositivos de desmercantilización y desfamiliarización estructurados en torno a principios de necesidad, solidaridad y ciudadanía, puestos en ejecución a través del esfuerzo social organizado, con el Estado como el actor privilegiado para dar respuestas a las necesidades sociales de la población.

Dentro de este campo, las políticas sanitarias, implican la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. (González García; 2004). Tienen su génesis en la identificación de problemas en el estado de salud (tasa de crecimiento de la población, envejecimiento, nuevas tecnologías, etc.) que son el insumo de proposiciones políticas.

En el Estado moderno que se desarrolló a partir del siglo XVIII en Europa, las políticas sociales desempeñaban dos funciones básicas: apoyar el proceso de acumulación mediante la reproducción de la fuerza de trabajo y legitimar el orden político.

En cuanto a la tendencia en la región de América Latina de este tipo de políticas, Vilas Carlos (1994), destaca que en el pasado se aplicaban esquemas inspirados en la economía neoclásica, enmarcados por regímenes políticos autoritarios o dictatoriales. A partir de mediados de los ochenta, dichos esquemas conviven con regímenes que se legitiman (en mayor o menor medida) por la vía de la representación electoral.

Realiza un enfoque de la política social como una dimensión de determinados modelos macroeconómicos y macropolíticos de acumulación: el modelo Keynesiano-Fordista y el esquema neoliberal.

En el primer modelo, las políticas sociales reforzaron el proceso de acumulación en la medida en que fueron entendidas como una dimensión de la inversión y no del gasto. Se caracterizaba por: Inversión en infraestructura Social (salud, educación, Programas

de construcción de viviendas con Financiamiento Público y Privado), Ampliación del consumo colectivo de los trabajadores y el consumo individual a través de políticas de empleo, salarios y precios.

Durante este período, hubo una reducción de la población en condiciones de pobreza del 51% al 33% entre 1960 y 1980, relacionado a la dinámica integradora del modelo en la cual el Estado intervenía con un sentido de desarrollo social y redistribución, impulsaba la transferencia de la fuerza del trabajo hacia actividades de mayor productividad, mejoramiento de los niveles de ocupación (Vilas Carlos, 1994).

Este modelo de acumulación así como el modelo de Estado (nacional-popular, desarrollista) tuvieron su época de auge en las décadas de 1930 a 1970. Sin embargo, las transformaciones en el sistema internacional a partir de las décadas de 1950 y 1960, el surgimiento de actores sociales que carecían de representación político institucional, las dictaduras militares, la crisis fiscal y política del Estado, así como la crisis de 1982, llevaron al final de este ciclo.

En relación a este tema, Casilda Béjar R., (2004) considera al período 1933-1980 trascendente en la evolución de las políticas sociales, debido a que se comenzaron a enunciar las bases para llevar a cabo reformas estructurales en América Latina, con motivo del agotamiento del modelo de industrialización mediante la sustitución de importaciones. A su vez, varios países de la región atravesaron una crisis fiscal y una transición desde la dictadura hacia la democratización (1982-1990).

En este escenario, y en el modo en que los gobiernos enfrentan la crisis, surge el modelo neoliberal, caracterizado por el abandono del Estado hacia las funciones de integración social, desregulación de la economía, desmantelamiento del sector público, libre mercado con autonomía del sector financiero respecto de la producción y el comercio.

La serie de medidas de política económica que se comenzaron a adoptar en la década de los noventa, impulsadas por organismos multilaterales (BID, FMI y otras entidades), se conoció como Consenso de Washington (1989). El mismo, establecía los siguientes principios: disciplina macroeconómica, liberación en cuanto a comercio externo-inversión extranjera directa, y la competencia de mercado. A partir de su aplicación, se introdujeron varios cambios en los sistemas de salud a los fines de incrementar la efectividad, garantizar la sostenibilidad financiera, promover la descentralización y

asignar un papel más importante al sector privado. La capacidad rectora del Estado se redujo, debilitándose en su conjunto el funcionamiento del sistema de salud.

Lo social es considerado una dimensión del gasto, no de la inversión. Las políticas sociales se contraen, volviéndose transitorias; adaptando sus funciones de acumulación y legitimación hacia la noción de compensación social; desarrollándose bajo tres características: privatización, focalización y la descentralización.

La distribución del ingreso durante este período se hizo más regresiva y las desigualdades sociales se acentuaron.

A través de estas políticas se buscaba compensar los efectos negativos del ajuste macroeconómico en algunos segmentos de la población.

La OPS (2007) señala que no se consideraron las características propias de cada país en cuanto a su estructura geográfica, social y demográfica, su historia y cultura política, y el grado de desarrollo de las instituciones del sector, sino que, sobre todo, tendieron a adoptar los modelos promovidos de manera normalizada por los organismos multilaterales de asistencia financiera, centrados en los cambios financieros y de gestión, la desregulación del mercado laboral, la privatización y la descentralización.

Asimismo, considera que el proceso de globalización de dicho período, ejerció una gran influencia en el sector salud, en la medida que se llevó a cabo la liberalización del movimiento internacional del capital y se profundizaron los procesos de transnacionalización de la industria. Los sistemas de protección social se vieron afectados por las políticas de ajuste estructural que provocaron cambios profundos en el mercado de trabajo, debilitamiento de la red de servicios sociales provista por el Estado, surgimiento del sector privado como actor importante en espacios tradicionalmente ocupados por el sector público, con la consecuente profundización de la segmentación y la fragmentación asociadas a la aparición de nuevos planes de pensiones y de aseguramiento y provisión de servicios de salud.

Los esquemas de protección social en salud ofrecidos por las instituciones dependientes del Ministerio de Salud y por la Seguridad Social resultaron insuficientes, al excluir a millones de personas del acceso a bienes y servicios de salud, lo cual también se tradujo en un elevado gasto de bolsillo, que aún persiste.

Molina et al (2006), reconocen una primera etapa comprendida entre inicios del siglo XX y finales de los años 70, donde el modelo sustitutivo de importaciones se articulaba

con un sistema de protección social cuya base política impulsaba un modelo de ciudadanía regulada que seleccionaba el momento de acceso de los diversos grupos a los beneficios sociales, diferenciando a su vez dichos beneficios en función de los ingresos. La protección social se traducía en modelos de tipo corporativos, con incorporación fragmentada de los distintos grupos sociales y estratificación del menú de servicios. Aquellos que no participaban del mercado laboral formal quedaban excluidos.

La segunda etapa comienza a finales de los años setenta, y se extiende durante los años ochenta y la década del noventa. El esquema de política social emergente en esta etapa se construye como subsidiario de un régimen de acumulación que privilegia el mercado como asignador de recursos y que promueve políticas sociales compensatorias y transitorias para los grupos sociales desplazados. En los países con sistemas segmentados, la protección social desde el mercado terminó por exacerbar la fragmentación así como la cohesión social (BID, 2006).

Federico Tobar atribuye la tendencia de formulación de políticas de salud en Latinoamérica en la década del '90 a los procesos centrales de reforma: la del Estado y la reforma económica. La primera, se manifiesta a través de la tendencia a la descentralización de las estructuras y desplazamiento de la provisión de servicios desde el sector público al privado; mientras que la segunda, se caracterizó por introducir una lógica de contención del gasto, privatización, eficiencia asignativa y competencia entre prestadores. Cabe destacar que la situación de crisis desde 1982 se caracterizó por hiperinflación, insuficiencia salarial, desempleo sumado a la pérdida parcial del rol del Estado sobre el control económico y social al que se denominó ingobernabilidad.

El proceso de democratización de los países también condicionó la tendencia de las políticas de salud en el sentido que se comienza a involucrar por un lado la conquista del derecho a la salud, como derecho ciudadano y responsabilidad del Estado, así también como la implementación de políticas de extensión de la cobertura de los sistemas para garantizar el acceso a los servicios de salud.

Partiendo del fuerte cuestionamiento de las reformas estructurales de la década 1980-1990, y teniendo en cuenta el escenario actual en el que aún persisten la fragilidad institucional, la exclusión y los sistemas segmentados, la pobreza e inequidad, se observa como los países, en el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo

del Milenio, fueron evolucionando en la formulación de sus políticas de salud. En tal sentido, lo que se busca es alcanzar una mayor protección social, como así también, lograr un nuevo enfoque que permita orientar los cambios en los sistemas de salud. Algunos ejemplos son: Brasil con la creación del Sistema Único de Salud, el Ministerio de la Protección Social en Colombia, Chile a través de las Garantías Explícitas en Salud. Otros países para mejorar el acceso han optado por la creación de Seguros Públicos Parciales de salud como Bolivia con el Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI), Perú con el Seguro Integral de Salud (SIS), Argentina con los Seguros Provinciales de Salud Materno infantil.

3.2. Rol del Estado en Salud

Las funciones o roles que el Estado asume con respecto a la salud de la población involucran básicamente dos grandes dimensiones: por un lado, cada sistema de salud representa una determinada forma de intervenciones del Estado sobre el Mercado. Gran parte de las acciones de salud se traducen en la provisión de bienes y servicios que pueden ser realizados por uno, el otro o la combinación de ambos. Por otro lado, cada sistema de salud privilegia una definición de ciudadanía y establece cuáles son los derechos y obligaciones en relación con la salud. (González García; 2004).

Las relaciones coexistentes entre el Estado y el Mercado, han influido históricamente en los objetivos de las políticas públicas y en el modo en que se organizan y distribuyen los recursos, bienes y servicios para el conjunto social. Si bien el debate Estado-Mercado no es objeto de esta tesis, se hará referencia a momentos históricos para tratar de entender la evolución del rol del Estado en salud.

El agotamiento del modelo de Estado liberal, se produjo luego de la crisis de los años '30, originada en el mal funcionamiento del mercado. En 1936, el economista John M. Keynes introdujo el concepto de intervención del Estado con gasto social para atemperar los efectos negativos del mercado.

La teoría económica keynesiana se centró en el análisis de las causas y consecuencias de las variaciones de la demanda agregada y sus relaciones con el nivel de empleo y de ingresos.

Se proponía dotar a las instituciones a los fines de que pudieran controlar su economía en épocas de recesión o crisis así también como las desigualdades en la distribución

del ingreso. Este control se ejercía mediante el gasto presupuestario del Estado. De acuerdo a esta teoría, un gobierno puede influir en la demanda efectiva a través de la política fiscal. De este modo, al aumentar el gasto público en épocas de recesión, se buscaba restablecer la demanda agregada, aumentando la propensión a consumir. Esto actuaría como multiplicador de la tasa de inversión y ocupación plena, mejorando los salarios reales y potenciando finalmente el consumo. (Keynes J. M., primera reimpresión 2005).

Emerge el modelo de Estado Social-Burocrático. Social, porque asume el papel de garantizar los derechos sociales y el pleno empleo; burocrático, porque lo hace a través de la contratación directa de burócratas. Se comienza a reconsiderar el papel del Estado en el plano económico y social, surgiendo así, el concepto de Estado de Bienestar (Welfare State) en los países desarrollados (principalmente en Europa), Estado desarrollista en los países en desarrollo, y la del Estado Comunista en los países en que el modo de producción estatal se convirtió en dominante (Bresser, 1998).

Entre los años 1930 y 1960, el Estado se consideró un factor de desarrollo económico y social que se caracterizó por ser regulador e intervencionista en ámbitos específicos (propiedad estatal de las empresas en producción, comercio y servicios), llevando al aumento de la productividad que repercutía a su vez positivamente en los salarios.

A partir de los años '70 y principalmente en los '80, la economía mundial enfrentaría una nueva crisis. Frente al proceso de globalización, la economía mundial se volvió más integrada y competitiva, con avance del transporte, desarrollo de telecomunicaciones, aumento del comercio internacional, inversiones directas de empresas multinacionales. Los Estados comienzan a perder autonomía, y las políticas desarrollistas dejan de ser efectivas. El Estado entra en crisis, no sólo fiscal sino además económica, social, crisis en su modo de intervención, y en su forma burocrática de administración. Se redujo a la mitad las tasas de crecimiento económico, hubo aumento del desempleo, inflación.

Las políticas neoliberales de la década del noventa propugnan la vuelta al Mercado de muchos sectores administrados por el Estado y la reducción de Estado de Bienestar (Estado mínimo).

Durante dicho período, se produjeron reformas estructurales que según Bresser (1998) consistían en el abordaje de los siguientes problemas:

- Problemas Económico- Políticos: Delimitación del tamaño (cobertura institucional) y funciones del Estado, Redefinición del papel regulador del

Estado (Grado de interferencia del Estado a través de programas de desregulación que aumentan la recurrencia a mecanismos de control vía Mercado).

- Problemas Económico- Administrativos: La recuperación de la gobernanza para poder hacer efectivas las decisiones de gobierno. Las crisis fiscales atentan contra la gobernanza debido a que sin ahorro y sin recursos, se debilitan las capacidades de los Estados para hacer frente a las demandas sociales.
- Problemas Políticos: Aumento de la gobernabilidad. El grado de legitimidad del Gobierno, determina la Gobernabilidad. Una buena gobernanza, aumenta legitimidad, por ende aumenta la gobernabilidad.

En el contexto actual del siglo XXI, se le asigna al Estado el rol de regulación, articulación y defensa de la equidad en el sector salud debido a distintas fallas de mercado que se presentan en este sector, además de la presencia de distintos actores (v.g.: Obras Sociales, Prepagas, Gobiernos) con diferentes objetivos y la heterogeneidad en el poder adquisitivo de las personas que condicionan la cobertura de salud que la misma puede obtener. El rol de regulación que se le otorga al Estado se debe a que el Mercado de salud no cumple con los supuestos de homogeneidad del producto, presencia de múltiples oferentes e información perfecta del consumidor que definen a un Mercado como competitivo, además de no ser el consumidor el pagador de la totalidad del precio, existiendo tanto factores de oferta como de demanda que presentan fallas o ineficiencias por las cuales el Estado debe intervenir. (Abuelafia, 2002).

La intervención regulatoria del Estado busca entonces contrarrestar las fallas de Mercado y abarcar aspectos vinculados con la oferta, los procesos y los resultados de los sistemas de salud. García Hurtado y Camacho Encinas (2010) señalan la importancia de la regulación de servicios sociales, en virtud de la creciente participación del sector privado en la provisión de estos servicios.

Uno de los problemas más críticos que en general enfrentan los países de América Latina es la debilidad institucional, que repercute sobre las posibilidades reales de desarrollo económico. También, en el campo de las políticas sociales, se mencionan problemas estructurales como ser: dificultades de coordinación sistémica, fragmentación y desarticulación. Esto afecta la coherencia y la integralidad de los

recursos asignados, generando duplicación de funciones y servicios (la duplicación de esfuerzos dentro de un mismo sector y a diferentes niveles de provisión de servicios). (Repetto F. 2011; Franco R. 2004)

Con la finalidad de mejorar la política social en América Latina, los países procuran fortalecer y consolidar la capacidad estatal, entendida como la aptitud de las instancias gubernamentales de poder plasmar a través de las políticas públicas los máximos niveles posibles de valor social (Repetto, 2004). El autor hace referencia a la capacidad del Estado como un atributo de la intervención en las cuestiones públicas y que debe ayudar a satisfacer las demandas y necesidades del conjunto de la población, priorizando a los sectores menos favorecidos en pos de la reducción de las desigualdades y el mayor desarrollo social. Está vinculado fundamentalmente, a “cómo gestionar las políticas públicas” (coordinación, flexibilidad, innovación, calidad, sostenibilidad, capacidad de evaluación, eficiencia, eficacia, accountability), y al “para qué” (legitimidad y equidad pertinente).

Otros aspectos importantes que se circunscriben en torno a la dinámica de los actores sociales y a las capacidades del estado para desarrollar políticas de salud equitativas, son la gobernanza y la gobernabilidad.

Gobernanza, entendida como el análisis de los procesos de acción colectiva que organizan las dinámicas de actores, normas sociales y reglas de juego, con los cuales una sociedad determina su conducta. (Cheresky, PNUD 2008). Se refiere a procesos de toma de decisión, donde las relaciones de poder tienen un papel central. La gobernanza en salud favorecerá el análisis de la manera en que los diferentes actores políticos del sistema de salud (proveedores) y de la sociedad civil (usuarios), interactúan para producir, distribuir y consumir el bien salud en función de la demanda y necesidades de salud de la población. (Arredondo, 2010)

El análisis de la gobernanza debe indagar si los procesos de toma de decisión dentro del sistema de salud, están alineados a los principios de equidad, solidaridad, participación social y derecho a la salud, presentes en el marco legal del país. (Flores, 2010)

Bresser (1998), sostiene que la capacidad política de gobernar o gobernabilidad deriva de la relación de legitimidad del Estado y de su gobierno con la sociedad, en tanto que gobernanza, es la capacidad financiera y administrativa en sentido amplio de una organización de implementar sus políticas.

La gobernabilidad es conferida por los niveles de gobernanza, y se refiere a la capacidad del Estado para conducir las políticas, establecer consensos y conducir la acción colectiva.

La discusión de fines del siglo XX y XXI se centra fundamentalmente, en cuál es el papel que el estado debe asumir, frente a la persistencia de las disparidades en las condiciones sociosanitarias de la población, los niveles de pobreza y desigualdad. Cómo ejerce sus responsabilidades y competencias en el campo de las políticas públicas, así como su autoridad sanitaria, a los fines de garantizar al conjunto social, el acceso a los servicios, y el derecho a la salud.

3.3. Equidad, Acceso y Derecho a la Salud

Equidad significa que las necesidades de la gente, más allá de sus privilegios sociales, sean quienes guíen la distribución de oportunidades para su bienestar. Lo cual requiere reducir las desigualdades injustas según los estándares aceptables para cada uno, con principios de justicia e imparcialidad.

Equidad en salud significa, entonces, tratar de reducir las brechas evitables en el estado de salud y en los servicios de salud entre los grupos con diferentes niveles de privilegios sociales, reflejados en las diferencias del nivel socioeconómico, género, localización geográfica, étnicas, religiosas y edad. (OMS, 1996).

Al promover la equidad se busca reducir la injusticia y las brechas sociales innecesarias en salud y atención (Bixby, OPS 2000; Whitehead, 1991).

Margaret Whitehead (1991) manifiesta que la equidad en la salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse. En tal sentido, las políticas con enfoque de equidad requieren de la creación de las mismas oportunidades de salud así como la reducción de las diferencias al nivel más bajo posible.

El concepto de equidad/inequidad está inserto en el marco de la teoría de la Justicia Distributiva, que discute como se distribuye la salud con el fin de asegurar justicia en los resultados de salud. La OPS (2006), reconoce la teoría de la Justicia de Rawls (1971); la cual indica que todos los bienes sociales primarios- libertad y oportunidad, ingreso y riqueza, y las bases del auto respeto- deben ser distribuidos equitativamente

a no ser que una distribución desigual de uno o todos los bienes represente una ventaja para los menos favorecidos.

El trato equitativo -a diferencia del trato igual- requiere siempre la contextualización a la hora de tomar decisiones. El camino hacia la igualdad reconoce que puede ser necesario el trato diferente para lograr los mismos resultados, por condiciones de vida diferentes o compensar discriminaciones pasadas. Es el proceso de ser justo.

Desigualdad indica diferencias sistemáticas, evitables y pertinentes entre los miembros de una población (edad, género, condiciones biológicas o geográficas); mientras que inequidad implica diferencias o variaciones no solo innecesarias y evitables, sino también injustas (OPS, 1999).

En una determinada situación, "igual" puede ser no equitativo. Asimismo, "desigual" puede ser equitativo. Hace falta una justificación ética de por qué una cierta distribución constituye una inequidad."(Bixby, OPS 2000)

La Equidad horizontal es entendida como tratamiento igual a las Necesidades de salud iguales. La Equidad vertical busca el tratamiento "apropiadamente desigual" de necesidades de salud distintas, incorporando la cuestión de las prioridades en programas de asistencia.

El término equidad involucra 3 significados: igualdad de salud, igualdad de tratamiento para igual necesidad, igualdad de acceso. En función de estas tres acepciones del concepto, los esfuerzos de las naciones para disminuir las inequidades en salud se plantean a través de 3 dimensiones básicas:

- Equidad en la asignación de recursos financieros. No es que todos reciban lo mismo sino que cada uno reciba lo que necesita.
- Equidad en el acceso a los servicios: posibilidad equivalente para todos de recibir atención.
- Equidad en los resultados: es la forma más radical de equidad. Supone que independientemente de condiciones sociales y económicas, todos los sectores de la población alcancen equivalentes resultados de salud (Quirós, 2005).

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (OMS, 2008) declara que: "El desarrollo de la sociedad, rica o pobre, puede juzgarse a través de la calidad de la salud de su población, cuán equitativamente está distribuida la salud en el espectro social y el grado de protección brindado contra las desventajas como resultado de una

mala salud". Esto quiere decir que se busca no sólo las causas inmediatas de las enfermedades, sino cuales son las "causas de las causas", entendiendo que las inequidades en salud son el resultado de condiciones sociales que provocan dichas enfermedades. Cuando la carga de enfermedad es elevada en las personas que están en desventaja y/o exclusión social, resulta necesario cuan equitativo y eficiente es el sistema para poder dar respuesta a las necesidades de su población. El número de mujeres que cada año muere durante el embarazo, parto o puerperio en los países en desarrollo, la baja utilización de los servicios médicos en personas que carecen de seguro médico y el empobrecimiento de la población por los altos niveles de gasto directo de bolsillo para el pago de la atención en salud y/o la adquisición de medicamentos, son algunos ejemplos de inequidades del sistema.

Uno de los instrumentos promovidos por la Organización Mundial de la Salud desde los años 70, es la estrategia de la Atención Primaria de la Salud aún con recursos limitados.

En líneas generales, los esfuerzos para disminuir la inequidad en salud han tendido a concentrarse fundamentalmente en el acceso a los servicios; procurando que hubiera la misma cantidad y la misma calidad de servicios de salud para cada uno de sus habitantes.

Las causas del aumento de las inequidades están relacionadas con las causas del aumento de la pobreza.

La Región de las Américas se caracteriza por ser la región del mundo que presenta la mayor inequidad en la distribución de la riqueza. De acuerdo con la información recabada por los investigadores David de Ferranti, Guillermo Perry, Francisco H.G. Ferreira y Michael Walton (Banco Mundial, 2004), el decil más rico de la población de América Latina y el Caribe se queda con el 48% del ingreso total, mientras que el decil más pobre sólo recibe el 1,6%. Por su parte, en las naciones industrializadas el decil superior recibe el 29,1% mientras que el decil inferior recibe el 2,5%. Los investigadores usaron también el "índice de Gini" para medir la desigualdad en la distribución del ingreso y el consumo y descubrieron que, desde la década de los setenta hasta la de los noventa, la desigualdad en América Latina y el Caribe fue superior en 10 puntos respecto de Asia; en 17,5 puntos respecto de los 30 países de la OCDE y en 20,4 puntos respecto de Europa oriental. Los datos muestran que la inequidad en el país menos desigual de la región (Uruguay)

es superior respecto al país más desigual de Europa oriental y los países industrializados. El informe destaca que la raza y la etnia son los factores que determinan en forma más permanente las oportunidades y el bienestar de los individuos de esta región.

La OPS (2007) destaca que en un grupo de países seleccionados (Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay y Perú, la tasa de acceso a servicios de salud es de 34% para el quintil más pobre y de 94% para el quintil más rico. Estos niveles de desigualdad de acceso se traducen en severas brechas en los indicadores de salud, como la malnutrición en la niñez y la mortalidad materna. Para el mismo grupo de países, el promedio simple de la tasa de desnutrición en niños del quintil más pobre es 6,3 veces mayor que la del quintil más rico. Existe también una gran heterogeneidad entre los países, ya que este cociente varía desde 3,6 en los casos menos desiguales hasta 10,1 en los países de mayor desigualdad. En el caso de Bolivia, por ejemplo, la cobertura de partos institucionales (un indicador del ODM 5) en 1998 llegó a tan sólo 39% en el quintil más pobre, comparada con 95% en el quintil más rico. Por otra parte, el porcentaje de niños de 0 a 2 años inmunizados contra la difteria, tétanos y polio en el quintil más rico es nueve puntos porcentuales mayor que en el quintil más pobre.

La mortalidad materna es mucho mayor en los países más pobres que en los ricos y al interior de los países es significativamente mayor entre los desfavorecidos, los pobres, los indígenas y aquellos que viven en áreas rurales (OPS, 2006). Se ha estimado que más de la mitad de las muertes de menores de cinco años a nivel mundial son atribuibles a cinco problemas: diarrea, neumonía, sarampión, VIH-SIDA y malaria. Además, la desnutrición está asociada al 60% de estas causas. La tasa de mortalidad promedio para menores de cinco años en los países industrializados es de 6 por 1.000 nacidos vivos, pero se eleva a 274 por 1.000 en el mundo en desarrollo y a 119 en ALC. (OMS, 2005).

Los problemas de inequidad en el acceso y utilización de los servicios de salud, han llevado a los países a rever la noción de protección social para lograr un mejor abordaje de los determinantes estructurales que general vulnerabilidad.

El acceso, entendido como la capacidad del individuo que tiene la necesidad de salud de ponerse en contacto con los mecanismos dirigidos a satisfacer estas necesidades, está determinado en gran medida por la cobertura-definida como la capacidad del

proveedor de entregar los bienes y servicios de salud adecuados a quienes lo necesitan. (OMS, 2006). Para que haya acceso se requiere:

- Que el individuo que tiene la necesidad de salud debe poseer los medios para ponerse en contacto con el proveedor de los bienes y servicios dirigidos a satisfacer esa necesidad (demanda)
- El proveedor debe ser capaz de proporcionar el servicio o bien requerido (oferta)

La accesibilidad se entiende como la facilidad de acceder y recibir la atención de salud que se necesite, de forma integral y oportuna pero es necesario avanzar más en ella; la lista de espera, el orden de llegada son medidas administrativas para adecuar de alguna forma la demanda con la capacidad real existente en los servicios. (Pérez, 2007).

Son restricciones al Acceso:

- Segmentación: acceso determinado por capacidad de pago, situación laboral, posición social.
- Fragmentación: acceso limitado por la existencia de multiplicidad de agentes que no se coordinan entre si.
- Asignación de recursos: gasto público bajo y distribuido de modo regresivo; concentración de los recursos humanos, físicos y tecnológicos en los centros urbanos más ricos. (Roses Periago, 2007)

El concepto de "exclusión social en salud" se refiere a la falta de acceso de ciertos grupos o personas a un conjunto de bienes, servicios y oportunidades que mejoran o mantienen la condición de salud y que gozan otros individuos y grupos de esa misma sociedad (PAHO/WHO, 2003). La exclusión social en salud es un fenómeno multi causal, y sus raíces yacen tanto fuera como dentro del sistema de salud. Al interior del sistema se encuentran factores que determinan la calidad y cobertura de las intervenciones de salud, a saber (OPS, 2006):

- Arquitectura de los sistemas de salud (grado de segmentación y fragmentación)
- La forma en la cual se organizan las intervenciones y se asignan los recursos
- La distribución geográfica de la red de provisión de servicios.

La OPS (2003) define a la segmentación como la coexistencia de diversos subsistemas de salud con diferentes arreglos de financiamiento, afiliación y provisión "especializados" en diferentes segmentos de población determinados por el nivel de

ingresos y la posición social. Fragmentación: existencia de muchas entidades y/o agentes no integrados- al interior del sistema o en los subsistemas- que operan sin sinergia alguna y a menudo compitiendo entre sí.

En el informe de 2008 sobre la salud en el mundo, elaborado por la OMS, se identificaron cinco carencias en la prestación de los servicios pertinentes:

- Atención inversa o regresiva, esto es, que el gasto público en salud ha tendido a beneficiar a los ricos más que a los pobres.
- Atención empobrecedora, puesto que debido a la falta de protección social millones de personas tienen que costear de su propio bolsillo los gastos que implican las prestaciones de salud, con lo cual aumenta la vulnerabilidad de los hogares frente a la pobreza;
- Atención fragmentada, debido a la especialización excesiva de los proveedores de atención y a una focalización también desmedida de los programas en el control de las enfermedades;
- Atención riesgosa, dado que muchos sistemas de salud no lograron cumplir las normas de seguridad e higiene, lo que se tradujo en tasas elevadas de infecciones nosocomiales, errores en la administración de medicamentos y otros efectos adversos.
- Atención mal dirigida, en la medida en que los recursos se centraron en los servicios curativos en detrimento de la prevención primaria y la promoción de la salud (OMS, 2008).

El acceso a los bienes, servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud se considera un derecho humano fundamental, clave para que las personas puedan disfrutar de otros derechos. En tal sentido, los gobiernos comenzaron a priorizar en sus políticas la defensa del derecho a la salud que debe ser garantizado por el Estado, la eliminación de la exclusión social en salud y el logro de avances hacia la construcción de sistemas universales, equitativos e integrales. Las políticas neoliberales de la década de los '90, se sustentaron en el Consenso de Whashington, el cual, no contemplaba los conceptos de equidad y justicia social; promoviendo la estructuración de los servicios de salud desde una lógica de mercado, condicionando el acceso a la capacidad económica de las personas.

El derecho a la salud se inscribe en la discusión mundial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA) y se define como “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales determinantes de la salud. En este marco, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000 señala que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano, precisando que un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de mala salud de un ser humano, ya que los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en la salud de las personas.(CEPAL, 2010).

Las posibilidades de garantizar los DESC están estrechamente relacionadas con el modelo de desarrollo, con la formas de organización social que distribuyen (o no) la riqueza socialmente producida y con las capacidades del Estado de cumplir con sus obligaciones.

“... el Estado tiene la obligación.... de asegurar la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos. Esta obligación rige aún en períodos de limitaciones graves de recursos, causadas por procesos de ajuste, de recesión económica o por otros factores” (Declaración de Quito, 1998). (López Arellano, 2011)

Los elementos esenciales del derecho a la salud establecidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales son:

- Disponibilidad : Existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, centros de atención de la salud y programas que funcionen plenamente, así como medicamentos esenciales, agua limpia potable e instalaciones sanitarias adecuadas.
- Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos. Se distinguen tres tipos de accesibilidad:
 - Accesibilidad física y segura para todos, incluso las personas y los grupos desfavorecidos.
 - Accesibilidad económica para todos, particularmente para las personas y los grupos desfavorecidos.

- Acceso a la información, esto es, el derecho a buscar y obtener información relativa a la salud y a transmitirla observando la confidencialidad.
- Aceptabilidad: Todas las instalaciones, bienes y servicios de salud deben respetar los principios de la ética médica y los valores culturales de la población de que se trate, ser sensibles a los requisitos de género y del ciclo de vida, respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.
- Calidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad, para lo cual se requiere de personal formado profesionalmente, de capacidad probada, y de equipamiento médico adecuado.(CEPAL, 2010)

En el ámbito internacional, la declaración de la OMS del año 1946 proclama al derecho a la salud como un derecho social, reconociendo que el goce del grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano.

"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios...". (Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, ONU 1948).

La Declaración de Derechos del Niño y la Convención de los derechos del Niño (arts. 6, 23, 24 y 26) establecen el derecho al desarrollo saludable y normal y a crecer y desarrollarse en buena salud.

El derecho a la salud y/o a la protección de la salud se encuentra consagrado en 19 de las 35 constituciones nacionales de los países de América Latina y el Caribe (OPS, 2007). Las fuentes más importantes del derecho a la salud incluyen: la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las convenciones internacionales y regionales de derechos humanos, y los lineamientos o estándares internacionales en materia de salud y derechos humanos.

Países como Bolivia (2009), Brasil (1988), Ecuador (2008), Paraguay; son algunos ejemplos de países que consideran el derecho a la salud en su Constitución Nacional.

Artículo 196 de la Constitución Nacional de Brasil: "La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizada por medio de políticas sociales y económicas que tengan por objetivo la reducción del riesgo de enfermedades y de otros daños y el acceso

universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”.

En el caso de Uruguay, no se menciona la salud como derecho constitucional, pero se incorpora como un derecho en la Ley N° 18.211 (2007) que crea el SNIS (Isags, 2012):

- Artículo 44 de la Constitución Nacional (1997): “Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud así como el de asistirse en caso de enfermedad”. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. Competencia del Estado para la orientación de la política de salud.
- La Ley 18211 de 2007 crea el Sistema Nacional Integrado de Salud y define la salud como derecho de todos los habitantes residentes en el país – universalización de la cobertura.

En Argentina, con la Constitución del '49, se introdujeron cláusulas económicas y sociales, y si bien se aplicó durante un lapso breve, indujo a la llegada del Art. 14 bis con la reforma de 1957. Se origina en el "Constitucionalismo Social" que, a principios del siglo XX agregó a los tradicionales derechos "del hombre y del ciudadano" (vida, libertad) y económicos (propiedad, circulación, trabajar, ejercer industria lícita, etcétera), otros de naturaleza distributiva como "salario justo", "huelga", "vivienda digna" y "seguridad social".

Por esta vía se instala el "Derecho a la Salud", comprendido como una de las especies del género de los derechos sociales.

Hoy el derecho a la salud se encuentra expresamente enunciado en el Art. 42 de la Carta Magna, incorporado con la reforma constitucional de 1994, el que reza en su primer párrafo: "Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno". La cláusula hace referencia al derecho a la salud emergente de la relación de consumo y del uso de bienes y servicios." (Conforti, 2.005)

Este artículo de la Constitución Nacional le otorga a la salud el estatus de derecho del pueblo y deber del estado. Al ser proclamada como un derecho social, la protección de la salud deja de ser un bien de consumo, e implica un compromiso político de

universalización del acceso a la salud. Si bien los recursos asignados son escasos o insuficientes, el Estado debe garantizar la adopción de todas las medidas (legislativas, administrativas, presupuestarias o de otra índole) tendientes a garantizarlo.

3.4. Seguridad Social. Seguros Públicos de Salud

Se considera a la seguridad social, como un conjunto de regulaciones legislativas que aseguran al individuo o a grupos sociales, un derecho a determinadas prestaciones que cubren riesgos derivados de contingencias sociales, cuyas consecuencias no pueden ser afrontadas por los propios afectados. (Taddei, 2010).

Las primeras formas de la seguridad social toman cuerpo en el núcleo social primario, que es la familia, luego en las primitivas sociedades agropecuarias. A partir de la revolución industrial comenzó a tomar auge la necesidad de la asistencia pública social como función del Estado. Se comenzaron a construir hospitales públicos y asilos para inválidos, tratando de asistir el desamparo de las personas de edad avanzada y de los sectores marginados de la sociedad. Esta asistencia pública social es un antecedente directo de la seguridad social. El Estado toma conciencia de que tiene un deber tutelar para con los individuos desprotegidos de la comunidad, por lo que comienza a financiar el sistema mediante las rentas públicas.

Hacia fines del siglo XIX aparecen los seguros sociales, en Alemania por iniciativa del canciller Bismarck, para dar respuesta a necesidades derivadas de los riesgos biológicos en el trabajo. Se establece el seguro de enfermedad y el seguro de accidente de trabajo, obligatorios por ley, comprendiendo a los trabajadores industriales.

En Gran Bretaña se crea el Plan Beveridge, que ampliaba la cobertura de la seguridad social al establecer un seguro integral de alcance nacional con la finalidad de cubrir las necesidades de todos los individuos ("todos los riesgos-todas las personas"), con lo que la solidaridad profesional cedía lugar a la solidaridad nacional. (Naccarato, 1973)

En Argentina, hasta las primeras décadas del siglo XX no existía un sistema de seguro de salud, por lo que la atención médica general se brindaba a través de las redes de hospitales públicos y de las entidades de beneficencia. A ellas recurrían las personas de menores recursos, así como gran parte de la clase media, mientras la población con mayores ingresos contrataba los servicios en forma directa con el sector privado de la

medicina. Los primeros seguros de salud comenzaron a desarrollarse en forma espontánea y en torno del mutualismo, vinculándose en su origen con la acción de las comunidades étnicas inmigrantes o de las asociaciones gremiales de trabajadores.

Fue durante el primer gobierno peronista que el Estado constituyó obras sociales específicas, administradas por organizaciones sindicales, que cubrían inicialmente a los trabajadores del sector público. Esta situación fue extendiéndose a la actividad privada. Con anterioridad a la ley 18.610 –primera manifestación sistemática de un régimen de seguro de salud de alcance nacional y de carácter obligatorio– habían comenzado a aparecer institutos de servicios sociales en diversas actividades (personal de la industria de la carne, ferroviario, del vidrio) con el objeto de brindar servicios de salud a la población laboral comprendida en la ley que los creaba.

Los Seguros de Salud, se definen como es un sistema de protección contra las pérdidas financieras, porque los gastos de salud son impredecibles para una persona, pero pueden ser predecibles entre un grupo de personas. Es un sistema para disminuir el riesgo individual.

El “aseguramiento” es un mecanismo utilizado por los Estados para organizar y regular su estructura sanitaria. Involucran la gestión de riesgos, diluyendo en riesgos grupales el riesgo individual de enfermedad, mediante una lógica solidaria en su financiamiento. Los seguros públicos se financian a través de contribuciones obligatorias cobradas por el Estado a empresas o individuos para poblaciones elegibles, mediante impuestos o contribuciones asociadas al mercado laboral, mientras que los seguros privados se financian a través de primas pagadas voluntariamente. (Maceira, 2010)

En relación al aseguramiento, a nivel mundial Gran Bretaña es el país desarrollado que cuenta con la intervención estatal más completa y directa. El Servicio Nacional de Salud, introducido en la década del '40, constituye un sistema de atención integral, centralizado a nivel nacional, al que tiene acceso toda la población en forma gratuita y que es utilizado por el 90% de los habitantes, estando el 10% restante cubierto adicionalmente por algún seguro privado. La totalidad de los fondos para financiar el sistema pertenece a rentas generales, por lo que se determinan presupuestariamente cada año, y están sujetos a un estricto control, lo que no ha impedido que en los últimos tiempos los recursos totales aplicados a salud superaran el histórico 6,2% del PBI para alcanzar el 8%.

El sistema Canadiense se nutre de la misma filosofía que el británico, aunque se encuentra descentralizado a nivel de las provincias. Además, si bien la cobertura, aunque universal, no es totalmente gratuita, los coseguros están limitados a casos excepcionales.

Al igual que en el caso anterior, los recursos destinados a salud muestran un reciente crecimiento del 8% al 9,6% del producto bruto interno.

En Alemania y Francia, el modelo adoptado es mixto, ya que el sistema de afiliación es compulsivo para gran parte de la población, no estatal, pero plenamente regulado. Así, en Alemania, el seguro de salud está constituido por una red de unos 1.500 "fondos de enfermedad" (organizaciones privadas, sin fines de lucro, pero sujetas a un estricto control del gobierno federal), cuyo origen son las asociaciones de tipo gremial que espontáneamente surgieron a fines del siglo XIX. Su financiamiento proviene en gran parte de una cotización que, sobre el salario, comparten empleado y empleador. El seguro privado está limitado a cubrir alrededor del 7% de la población. Los fondos totales destinados a salud representan un 8,2% del producto bruto interno.

Similar es el esquema francés, aunque con menor participación de los seguros privados y una organización de base geográfica regional bajo supervisión del Ministerio de Salud y Seguridad Social del gobierno central. La suma total destinada a salud se encuentra en un 7,8% del producto bruto interno.

Estados Unidos cuenta con un esquema general privatista de seguros de la salud, de carácter voluntario, aunque fomentado mediante un sistema de subsidio indirecto del Estado a través de deducciones impositivas sobre las cotizaciones patronales, al no considerarlas ingreso imponible para el empleado y permitirle al empleador su deducción como gasto. Esto último es importante, dado que se concentra en cuatro programas: Medicare, que provee atención a ancianos; Medicaid, que lo hace para personas de bajos ingresos; el programa para veteranos de guerra y el que solventa los gastos en docencia e investigación en medicina. Aunque los recursos destinados a la salud venían representando durante años alrededor de un 11% del PBI, la situación de desprotección en que el sistema dejaba a alrededor de 20 millones de personas ha llevado a un crecimiento de la participación estatal y, por ende, del gasto total en salud, que ahora supera el 14% del producto bruto interno. (Maceira, 2.010)

En América del Sur, si bien los modelos clásicos europeos (seguro social Bismarckiano o SNS Beveridgiano) influenciaron las políticas de salud de la región, no fueron

plenamente implementados. En estos países, predominan los sistemas fragmentados y segmentados, donde coexisten diversos subsistemas que difieren en cuanto a los mecanismos de financiación, acceso, organización y provisión de servicios (ISAGS, 2012).

Cuadro N°2. Procesos de cambio en los sistemas de salud ALC

Período	Cambios	Tendencia
Años 30 - 40	Seguro Social (Bismarck)	Desarrollo de seguros sociales bismarckianos en América del Sur, que hasta la actualidad registran limitaciones en la cobertura. Según la CEPAL el 51,5% de la población ocupada en América Latina es afiliada a la seguridad social (2010).
Años 50 - 70	"Welfare State" Estado Benefactor (Beveridge)	Bajo influencia de la experiencia del SNS británico, en Chile se constituyó el Servicio Nacional de Salud (1952). Si bien universalizó la cobertura, fue resegmentado durante la dictadura militar (1973-1990) con creación de aseguradoras privadas.
Años 70-80:	Extensión Cobertura/Atención Primaria (Alma - Ata)	Ampliación de la cobertura de los sistemas públicos con extensión de los servicios de salud a poblaciones marginadas y rurales, siguiendo los principios de la atención primaria de salud (APS). "Meta de Salud para todos en el año 2000"
Años 80- 90:	Eficiencia económica en la gestión y reducción del gasto público en salud (Instituciones Financieras Internacionales)	Reformas en salud vinculadas a los procesos de ajuste macroeconómico, impulsadas por organismos financieros internacionales. Reducción del tamaño y rol del Estado y de los gastos públicos, focalización y selectividad en la canasta de servicios. Eficiencia económica, descentralización, separación de las funciones de financiamiento y provisión, introducción de mecanismos de mercado y de competencia (mayor participación del sector privado, recuperación de costos con implementación de copagos en los servicios públicos (Almeida, 2002).Reformas de la seguridad social, como condicionantes para los préstamos del FMI. Predominio de Sistemas segmentados según capacidad de pago.

Fuente: elaboración propia en base a ISAGS (2012), Levcovitz Eduardo (OPS, 2005), Almeida (2002).

Las consecuencias de los ajustes estructurales de la década del '90 en América Latina fueron el aumento de la pobreza, con deterioro del mercado de trabajo, el aumento de la informalidad y la concentración del ingreso, con un concomitante aumento de las desigualdades (Almeida, 2002).

Medici (2004) señala también, la crisis del aseguramiento público tradicional (financiamiento de salud basadas en la nómina salarial) que llevó a la reducción de cobertura de las poblaciones latinoamericanas en los noventa; y el surgimiento de nuevas modalidades de aseguramiento público basados en mecanismos no contributivos, ej: Bolivia, Perú, donde el subsector público impulsó el desarrollo de esquemas de seguros para la población campesina o pobre.

En relación a la creación de seguros específicos para cobertura con paquetes básicos, Soares (2001) observó una tendencia de ampliación de la segmentación de la protección social en salud, introducción del cobro en los servicios públicos de salud, siguiendo las orientaciones de las agencias financieras internacionales de focalización de la actuación del Estado, selectividad de la canasta y reducción del gasto público en salud.

Diversos autores destacan como estrategias implementadas por los sistemas de salud latinoamericanos para disminuir las disparidades en la cobertura: las políticas que reconocen expresamente el carácter universal de la prestación (iniciativas de construcción de sistemas únicos, públicos y universales); y las de aseguramiento universal a través de la focalización de grupos sociales más vulnerables. (Madies 2000, ISAGS 2012, Báscolo 2004)

Cuadro N°3. Principales características de las distintas modalidades de Aseguramiento público de Salud.

Seguros Públicos Universales	Seguros públicos parciales
Sistemas únicos, públicos y universales de salud. Ampliación de la cobertura del sistema público e integración del Ministerio de Salud y el Seguro Social.	Aseguramiento universal impulsados por organismos financieros internacionales a través de la creación de Seguros diferenciados para grupos poblacionales específicos con cobertura parcial de servicios. Focalización, ej: grupo materno infantil, población en situación de pobreza.
Concepción colectiva, derecho ciudadano, derecho a la salud	Concepción individual donde cada persona debe afiliarse y demostrar su condición de pobreza para recibir un subsidio para el pago de las primas
Cobertura total en términos de población y servicios	No abarca todas las prestaciones sino paquetes básicos.
Rectoría del Ministerio de Salud e intervención de las tres esferas territoriales del Estado (federal, departamental, municipal). Integra todas las funciones del sistema.	Introducción de paquetes básicos para pobres que profundiza la segmentación de los sistemas de salud. En algunos países, el incremento de la demanda por servicios de salud inducido por la promoción de derechos usuarios/pacientes no pudo ser satisfecho debido a la escasez de recursos asignados a mejorar la provisión de servicios de salud (OPS, 2006). Separación de funciones de compra y provisión de servicios.
Financiamiento proveniente de contribuciones de toda la sociedad a través de impuestos (renta y consumo). Sistema solidario donde el acceso a los servicios es determinado por las necesidades en salud y no por el monto de la contribución individual	Financiamiento proveniente del presupuesto público y financiamiento otorgados por organismos de crédito internacionales. Estos esquemas enfrentan problemas de escasez de recursos financieros que amenazan su sostenibilidad.

Fuente: elaboración propia en base a ISAGS (2012) y Báscolo (2004).

De acuerdo a la bibliografía consultada, los países con seguros integrados de salud alcanzan una cobertura del seguro social de más del 70% de la población, mientras que en aquellos en los cuales no se implementaron reformas importantes de aseguramiento, la cobertura por seguro social varía entre 20-55% (Argentina). En los países con seguros focalizados en población vulnerable o seguros públicos específicos, la cobertura varía entre un 12 al 39% (ISAGS, 2012).

Brasil y Uruguay, son países que a través de sus reformas sanitarias han integrado su sistema de salud para alcanzar el modelo público de cobertura universal.

La Carta constitucional Federal de Brasil (1988) establece la creación del Sistema Único de Salud (SUS) de tipo Beveridgiano, como política de Estado, postulando el acceso universal e igualitario a las acciones de promoción protección y recuperación de la salud, y responsabilizando al Estado de la provisión de servicios. A partir de su creación se unificaron los servicios de salud de la Seguridad Social y del Ministerio de Salud.

La reorientación de la práctica médica hacia la atención primaria de la salud, se ha instrumentado a través de la implementación del Programa de Salud de la Familia (PSF) que actualmente, cubre a cerca de 50% de la población. (Becerril et al., 2011).

Si bien se provee atención integral y gratuita al 100% de la población, un 25% cuenta con doble cobertura: SUS+ planes y seguros privados voluntarios (pago directo de bolsillo); mientras que el 75% restante de los brasileños concurren para su atención al sector público. A fin de garantizar la cobertura, el SUS puede recurrir a los servicios privados hospitalarios y especializados; también cuando la disponibilidad de servicios propios es insuficiente.

A pesar de los avances del Sistema Único de Salud, persisten dificultades relacionadas con la estructura y organización del sistema, como ser: Financiación insuficiente, elevados niveles de gastos privados en salud (57,4%), barreras de acceso geográficas, dificultades en la contratación de profesionales en regiones alejadas (asociadas a la extensión territorial), heterogeneidad de la capacidad gestora entre estados y municipios, insuficiencia de oferta de acciones, principalmente de media y alta complejidad, regulación de los servicios incipiente en algunas localidades, descentralización que requiere de la organización de redes de servicios, fragmentación de los cuidados de salud, déficit de camas disponibles, especialmente en clínica médica y cuidados intensivos, lo que aumenta el tiempo de espera de los pacientes en las puertas de entrada de los servicios de urgencias (UNASUR, 2012)

El gobierno del Presidente Lula puso en marcha el Programa de Aceleración del Crecimiento (PAC) 2008 – 2011, cuyo componente en salud es el Programa Más Salud: Derecho de Todos, cuyos ejes de intervención se basan en las siguientes directrices:

- Avanzar en la implementación del sistema de salud universal, igualitario e integral mediante acciones que permitan asociar el desarrollo económico y social;
- Consolidar las acciones de promoción de la salud e intersectorialidad con la orientación del patrón de desarrollo brasileño basado en un modelo de atención centrado en la búsqueda de calidad de vida;

- Priorizar los objetivos del Pacto por la Salud;
- Profundizar la regionalización, la participación social y el federalismo;
- Elevar la calidad y eficiencia de las unidades productoras de bienes y servicios o de gestión en salud, y
- Eliminar el subfinanciamiento del SUS siguiendo los preceptos constitucionales.

En Uruguay, antes de la reforma de creación del SNIS, el sistema era segmentado. El subsistema público estaba dirigido a la población de menores ingresos, y el sector privado a través de IAMC y seguros de atención médica, estaba destinado a la población de mayores ingresos (dependiendo de su capacidad de pago de bolsillo), y a los trabajadores formales a través (Banco de Previsión Social).

En 2008 se crea el SNIS (Ley 18.211) con el objetivo de alcanzar la cobertura universal. A través del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) se garantiza la atención a través de prestadores públicos (ASSE) y privados (IAMC).

El SNS se conforma a partir del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social y es financiado por el FONASA, creado en agosto de 2007 (Ley 18.131), fecha a partir de la cual se comienza la ampliación de la cobertura de la seguridad social a nuevos colectivos. En Uruguay, el 96% de la población afiliada a algún tipo de seguro (IAMC, ASSE). En 2011, el 83% de la población estaba cubierto por sector público (un 47% IAMC/FONASA, 34% ASSE). El 13% de la población está cubierto por prepagas IAMC y seguros privados no Fonasa. (UNASUR, 2012).

En cuanto al impacto de la reforma se destaca que el incremento del gasto en salud ha sido consistente desde 2005 (asociado a un descenso del gasto privado, el cual disminuyó

de 49.2% en 2003 a 36,9% en 2008); el aumento de la cobertura de atención de la salud, reducción de las inequidades asociadas a un acceso segmentado a los servicios públicos y privados de salud (particularmente entre hombres y mujeres, o niños y jóvenes en relación a los adultos, y entre los residentes de Montevideo y el resto del país) (Aran D, Laca H., 2011).

Con relación a los seguros públicos de salud específicos para grupos vulnerables, Almeida (2004) hace referencia a que los mismos promovidos por el Banco Mundial, para países pobres muy endeudados (PPME) a los fines de contribuir a la disminución de los niveles de pobreza y desigualdad en los niveles de acceso y cobertura. Para

poder recibir los préstamos estos países realizaban un Documento de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP), a través de la formulación de un plan integral y estrategias sectoriales. Asimismo, el Banco Mundial acordaba establecer cuatro áreas de acción, a saber: adopción de un “seguro básico de salud”, implantación de un programa ampliado de inmunizaciones, modernización de los seguros de salud basados en sistemas de seguridad social, descentralización y fortalecimiento institucional. (Almeida (2004)

Dentro de este tipo de aseguramiento se encuentra el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) de Bolivia, el Seguro Integral de Salud (SIS) de Perú, y el Seguro Materno Infantil de Argentina.

Bolivia presenta los peores indicadores de salud en América Latina. A pesar de que su mortalidad infantil ha descendido en los últimos años –de 54 por 1000 nacidos vivos entre 1999 y 2003 disminuyó a 46 en 2008–, sigue siendo la más alta de la región y está muy por encima de la media latinoamericana que es de 22.2 por 1000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna ascendió a 290 en 2005, que es, de nuevo, la tasa más alta de la región latinoamericana. El porcentaje de partos atendidos por personal sanitario se incrementó de 54% en el año 2000 a 66% en 2006 (Ledo C, Soria R., 2011)

Si bien de acuerdo a la Constitución vigente todas las personas tienen derecho al seguro público de salud gratuito; el sistema se caracteriza por ser excluyente e inequitativo, debido a la escasez, mala distribución de recursos, fragmentación y segmentación, lo que conlleva a una baja cobertura en salud.

Cuadro N°4. Cobertura de Salud en Bolivia.

Grupos etareos	Población Total (INE 2008)	Población protegida por la seguridad social	Población protegida por seguros públicos		Población protegida		Población sin protección
			SUMI	SSPAM	Nº	%	
0 a 64 años	1.297.050	281.656	1.015.394	0	1.297.050	100	0
5 a 59 años	8.054.606	2.276.352	0	0	2.276.352	28,3	71,7%
>60 años	675.987	500.994	0	174.993	675.987	100	0
Total	100.027.643	3.066.598	1.015.394	174.993	4.256.985	42,5	57,5%

Fuente: Sistemas de Salud en Suramérica, ISAGS 2012

La cobertura de seguros públicos (SUMI-SSPAM) alcanza el 11,9% de la población total. El Subsector de seguridad social (Seguro Social de corto plazo) cubre al 30,6% de la población (funcionarios, trabajadores de empresas estatales y privadas, personal de universidades públicas). Existe una brecha de cobertura del 57,5% de la población boliviana. La población que no es beneficiaria del SUMI o SSPAM realiza pagos por la atención médica que recibe en los establecimientos públicos (UNASUR, 2012).

En Bolivia desde 1996 se han implementado en forma sucesiva tres formas de aseguramiento público y gratuito para la población materna e infantil (OPS, 2006):

- Seguro Nacional Materno Infantil (SNMI-1996): mujeres embarazadas y menores de 5 años. Paquete de servicios de 16 intervenciones correspondientes al 1° y 2° nivel de atención.
- Seguro Básico de Salud (SBS- 1998) reemplazó al SNMI, amplió el paquete de servicios (92 intervenciones correspondientes al 1° y 2° nivel de atención). Mujeres embarazadas, menores de 5 años, población general para intervenciones específicas
- Seguro Universal Materno Infantil (SUMI-2003): mujeres embarazadas hasta 6 meses post parto y menores de 5 años, los cuales representaban el 41% de la población al momento de su implementación. Paquete de servicios universal con pocas exclusiones.

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), es la base del actual seguro público gratuito.

El principal reto que enfrenta el sistema de salud boliviano es disminuir la exclusión actual de la gran mayoría de la población del sistema de salud; la debilidad de la rectoría del MSD, que se expresa en su incapacidad para regular aspectos sanitarios, administrativos y financieros en cada uno de los subsistemas; la inadecuada asignación de los recursos (la seguridad social, que concentra la mayor parte de los recursos, afilia a un reducido porcentaje de la población).

Perú, tiene un sistema segmentado compuesto por dos subsectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. La exclusión sanitaria, afecta a la población entre 10 y 20%.

El gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones o a través del Seguro Integral de Salud (SIS). El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS) (Alcalde et al, 2011).

El SIS fue creado en 2001 integrando dos iniciativas que estaban vigentes desde 1997-1998: el Seguro Materno Infantil (SMI) y el Seguro Escolar Gratuito (SEG). El SIS amplió la cobertura en términos geográficos y de población.

Se financia con recursos financieros provienen de la Tesorería Nacional, impuestos generales, fondos del BID y el Banco Mundial.

Una de las principales barreras de acceso en Perú es cultural. A través del aseguramiento público, contributivo y privado se brinda cobertura al 64,7% de la población (2010): 39,3% Seguro Integral de Salud, 20,7% EsSalud, 4,7% por otros seguros. Debido a la baja tasa de empleo formal, a partir del 2008 se incrementa la tenencia de seguro de salud con base en SIS. (ISAGS, 2012).

A partir de la Ley 29344 (2011) "Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud", se define un paquete básico de prestaciones de cobertura universal: el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) que cubre el 65% de la carga de enfermedad del país y el 80% de la demanda del primer nivel de atención. Tiene 32 garantías explícitas de calidad y oportunidad las cuales estarán vigentes a partir del año 2014. De esta forma, Perú se propone migrar de un sistema fraccionado de aseguramiento (público, contributivo, privado) hacia un sistema regulado con un solo plan de beneficios que se otorgan a través de prestadores públicos y privados.

El impacto del SIS se refleja en el incremento del uso de servicios de salud por los pobres y el parto institucional, que ha ascendido de 57.9% en 2000 a 70.4% en 2004 (Alcalde et al, 2011)

En el caso de Argentina, el aseguramiento público ha transcurrido mediante diferentes modalidades de implementación. Entre las décadas del setenta y el ochenta hubieron dos intentos de conformación de un seguro nacional de salud: el primero fue impulsado durante la tercera presidencia de Perón, a cargo del Secretario de Salud Pública Domingo Liotta en 1973; y el segundo, fue definido por el ministro Aldo Neri en una primera etapa del gobierno de Alfonsín. (Maceira; 2010)

El proyecto de reforma del sector salud, a cargo del Secretario de Salud Pública Domingo Liotta, se instrumentó a través del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Tomó forma a través de la Ley 20.748 que declaraba la salud como derecho de todos y enunciaba que al Estado le competía actuar como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que sería único e igualitario. (Barragan, Rossotti). Según señala Aldo Neri en el documento de Veronelli y Correch (OMS, 2003), el SNIS constituyó el intento más radical de unificación del sector público y de integración con el de la seguridad social. El modelo inicial implicaba la incorporación progresiva de los sectores públicos asistenciales de todas las jurisdicciones del sistema, junto con las obras sociales estatales y paraestatales; promovía una conducción central a través de un consejo de múltiple representatividad; instituía una elevada descentralización operativa, fijaba la gratuidad del servicio para el usuario en el momento de su utilización.

La perspectiva de integración de los servicios defendida por el secretario Liotta se enfrentó con la oposición de la Confederación General del Trabajo, dado que la infraestructura de las obras sociales sindicales sería incorporada al sistema proyectado. Los representantes sindicales gestionaron la excepción de las obras sociales en ese sistema. De esta manera, el proyecto de Ley del SNIS tuvo fuertes recortes antes de ser sancionado en 1974 como Ley 20.848. Tuvo rechazo de las obras sociales, del subsector privado y otros actores del sistema, siendo solamente adoptada por las provincias de San Luis, La Rioja, Chaco y Formosa. El SNIS se fue debilitando hasta que en 1977 desapareció del presupuesto nacional.

El otro Proyecto formulado por el primer Ministro de Salud de la gestión de Alfonsín (1983-1986), Aldo Neri, se presentaba como una iniciativa ordenadora y reguladora tanto del sistema público, como de las obras sociales y del sector privado, que buscaba una cierta convergencia e igualdad en el acceso a los servicios de salud.

Fundamentada en el derecho a la salud de la población, la propuesta estableció como objetivo final la cobertura universal que asegurara el acceso igualitario en cantidad y calidad a los servicios asistenciales. Propiciaba la construcción de una red integral (pública y privada) de servicios para los beneficiarios del Seguro (todos los habitantes del país).

Según señala Maceira (2008), se proponía la integración del sistema a través de un Seguro Nacional de Salud, orientado hacia la universalización del sistema de obras

sociales y la incorporación de la población de menores recursos dependiente del subsistema público. Para ello las provincias deberían responsabilizarse gradualmente del Seguro en su jurisdicción, mientras que las obras sociales le irían delegando la administración de los beneficios que recibían sus afiliados.

El proyecto de ley del Seguro Nacional de Salud fue presentado al Congreso Nacional en septiembre de 1985 y fue modificado sustancialmente. Su aplicación había sido neutralizada por la presión de los actores sectoriales u nacionales, entre ellos las empresas vinculadas con la producción de equipos proveedores de insumos y los laboratorios, se oponían argumentando el manejo centralizado del sistema. En diciembre de 1988 se promulgó como leyes 23.660, del Sistema Nacional de Obras Sociales, y 23.661, del Sistema Nacional de Seguro de Salud.

Cuadro N°5. Proyectos de Aseguramiento Público en Argentina.

SNIS	SNS	PISMIP-Plan Nacer
Domingo Liotta- 1973	Aldo Neri-1985	PFS-BIRF (2004-2012)
Modelo de Sistema universal (Beveridge). Centrado en el subsector Estatal. Ley 20.748	Modelo de Seguro Social. Centrado en las obras sociales. Ley 23660 del sistema OOSS, Ley 23661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNS).	Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales (aseguramiento universal o seguros públicos parciales) para madres sin cobertura, durante el embarazo y hasta los 45 días posteriores al parto, y para niños hasta los 6 años de edad
Proyectaba la unificación del sector público de salud y la integración con la seguridad social. Centrado en hospital estatal como cabecera de la red de servicios, contemplaba la incorporación de infraestructura de obras sociales sindicales. Contemplaba la responsabilidad del Estado para la conducción normativa, financiera y administrativa mediante la creación del Consejo Nacional de Salud que representaba a los distintos sectores.	El proyecto buscaba la consolidación de un modelo de seguro único a través del financiamiento solidario y la ampliación de la cobertura. Incluía la garantía de aseguramiento a personas sin cobertura a través de la responsabilidad financiera del Estado. Estaba centrado en las obras sociales (eje del desarrollo del sector salud en los '80). La nación contaba con pocos establecimientos de salud debido a la política de descentralización (traspaso de hospitales públicos a las provincias y municipios). Contemplaba un fuerte liderazgo del MSN, a través de la regulación del Estado; La	Ejecución del programa a través de un préstamo basado en reformas de política otorgado por el BIRF (Préstamo de Ajuste para el Sector de Salud Materno Infantil Provincial de 2003). Formó parte del Plan Federal de Salud 2004-2007 implementado a partir de la crisis coyuntural del país (2001/2002). Centrado en la estrategia de APS, el proyecto apunta a la disminución de la morbimortalidad materno infantil, a incrementar la utilización y la calidad de servicios de salud, mejorar la gestión institucional, y el fortalecimiento del hospital público de autogestión a

	función de financiamiento a cargo del Seguro, y la provisión de servicios a través de una red integral de prestadores (públicos y establecimientos de las OS)	través de un conjunto explícito de beneficios y desembolsos vinculados al logro de objetivos y metas acordadas (FBR)
--	---	--

Fuente: elaboración propia

En nuestro país, los intentos de integración del sistema a nivel nacional fueron cediendo lugar a los de alcance provincial, como ser el aprovechamiento de las estructuras de las Provincias (Obras Sociales Provinciales) para la prestación de servicios a los grupos sin cobertura. También surgieron nuevas modalidades de seguros públicos parciales (Seguro Materno-Infantil) como instrumentos de cambio del modelo de financiamiento y organización de los servicios de atención.

A partir de 1995 el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación comenzó a implementar, con financiamiento del Banco Mundial, el Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), integrado por los proyectos de Reforma del Sistema de Seguros de Salud y el de Reforma de la Atención Primaria de la Salud. Este programa contemplaba la posibilidad de financiar directamente a las provincias a través de los denominados Préstamos de Reforma Provincial (PRL) donde, en el caso de las reformas de salud, la conformación de seguros de salud constituía una condición del préstamo.

El Seguro Público como modelo de reforma del sistema busca la integración de las funciones de compra entre más de una institución aseguradora, tendiendo a la creación de una "Caja Única" compradora de servicios y con capacidad reguladora a partir de imponer los precios del mercado y de definir el paquete prestacional. La principal característica ha sido la concentración de las diversas fuentes de financiamiento (Obra Social Provincial, Presupuesto Público, INSSJyP), garantizando al mismo tiempo la existencia de un único organismo comprador de servicios. Complementariamente, se conforma una red de prestadores público/privado con libre elección por parte de los beneficiarios, lo que permitiría una mejor accesibilidad a la población beneficiaria y coordinación de los recursos.

Durante la década de los 90, varias provincias argentinas (Tucumán, Catamarca, Mendoza, Río Negro, Santa Fe) han generado iniciativas de reforma del sector público vinculadas con propuestas de seguros públicos impulsadas por el Banco Mundial y el

Banco Interamericano de Desarrollo. Sin embargo, estos proyectos no fueron sustentables para ser aplicados en forma efectiva; restringiéndose sus resultados en pruebas piloto.

A partir del 2004 con el lanzamiento del Plan Federal de Salud se comienza a implementar el Seguro Público Materno Infantil “Plan Nacer” en forma conjunta entre la nación y las provincias; cuyo mecanismo de financiamiento (FBR) y de transferencia de recursos implica un cambio en el sistema de incentivos entre los distintos actores que integran el sistema.

3.4.1. Financiamiento Basado en Resultados

A los fines de aumentar el impacto de las inversiones en salud y lograr avances para el cumplimiento de los ODM en lo que respecta a salud materno infantil, varios países están implementando otras estrategias de gestión y financiamiento, que difieren de los mecanismos de pago habituales (Pago por servicio, Pago por egreso hospitalario, Pago por presupuesto, Pago por capitación). Esto implica la búsqueda de resultados de producción y calidad vinculados a objetivos de políticas públicas.

El Pago por resultados (Pay for Performance, en inglés) se centra en el pago por una prestación específica, o conjunto de acciones en salud, sujeto a objetivos prefijados de calidad y cobertura que alcance un individuo o comunidad. (BID, 2009)

El Fondo fiduciario español para la evaluación de impacto y la gestión para resultados en los sectores de desarrollo humano argumenta que el pago por desempeño es un medio por el cual el gobierno puede alinear la estructura de pagos con los servicios prestados y los resultados de los centros de salud. Con ello se pretende mejorar los resultados al vincular la remuneración de los proveedores a objetivos específicos de calidad y cantidad en los servicios prestados. Cada programa incluye indicadores explícitos para medir el impacto de la mejoría en la prestación de servicios en los resultados de la salud.

El Banco Mundial ha implementado programas de financiamiento basado en resultados (FBR) en países de ingreso medio y bajo como ser: Burundi, Camboya, Camerún, Egipto, Haití, la India, Nicaragua, República Democrática del Congo, Rwanda, Turquía, Afganistán (BM, mayo 2011). En estos países, la evidencia sobre la efectividad está más frecuentemente ligada a indicadores de cobertura que de calidad de la atención.

Muchos de estos programas tienen como objetivo proveer servicios de atención primaria y nutricional, en especial en zonas en donde estos servicios son escasos o inexistentes.

Algunos programas de RBF trabajan sobre el punto de vista de la oferta de los sistemas de salud, pagando incentivos a los establecimientos sanitarios por el desempeño en relación a los servicios provistos, no solo por la cantidad sino también por la calidad. Otros mecanismos de RBF desde el punto de vista de la demanda, proporcionan incentivos financieros o “en especie” a grupos específicos para que superen los inconvenientes que limitan la utilización de los servicios de salud. (Banco Mundial, setiembre 2010)

Peiró y García-Altés (2008) señalan los elementos comunes a los sistemas de “pago por calidad” o “pago por objetivos” (value based purchasing, quality-based purchasing o pay for performance, P4P), a saber:

- Un conjunto de objetivos de calidad y/o eficiencia que delimitan el objeto evaluado.
- Criterios y estándares explícitos para definir el cumplimiento de los objetivos.
- Incentivos (recompensas), típicamente monetarios, cuya cantidad global está en riesgo y depende del nivel de objetivos alcanzado por cada proveedor. Los incentivos pueden ofrecerse en forma de pagos extra por realizar determinadas actividades actividades (una variante de pago por acto), gratificaciones globales por alcanzar determinados niveles de objetivos y, en ocasiones, pueden incluir penalizaciones por resultados negativos.

Por su parte los autores antes mencionados, destacan en el artículo del Informe SESPAS 2008, que aún no hay suficiente evidencia del pago por rendimiento para sustentar o no su uso para una mejora en resultados de salud. Las principales preocupaciones que surgen de la bibliografía en relación a los programas de incentivos al rendimiento hacen hincapié en que la introducción del pago por rendimiento mediante diferentes programas independientes podría llevar a que compitan entre sí. También, el hecho de centrarse en las recompensas financieras podría afectar la conducta del proveedor, por ejemplo, que sienta que se están cuestionando sus aptitudes o que se desprecia o rechaza su deseo inherente por hacer bien su trabajo.

Otra posibilidad, es que el personal sanitario espere una bonificación por cada intervención que realice.

De acuerdo a la OMS (2010), se han puesto en práctica muchos planes de incentivos por el desempeño durante las últimas décadas bajo un gran número de denominaciones: pago por el rendimiento, contratación basada en el desempeño, financiación basada en los resultados y financiación basada en el desempeño.

El primer antecedente se reconoce en 1994 en Australia, donde se incluía un incentivo por rendimiento o desempeño (pay for performance: P4P), que se fue extendiendo a Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y el Reino Unido, entre otros países. Se trata de un incentivo por calidad, no es el simple pago por acto, sino por acto hecho de acuerdo a ciertas normas de cantidad y calidad. (Gervás M., Pérez Fernández, 2008)

El sistema de incentivos financieros ligado a objetivos desarrollado en Australia es el Practice Incentives Program, cuyo objetivo es promover la mejora continua en la práctica general a través de incentivos financieros para apoyar la atención de calidad, y mejorar el acceso y los resultados de salud para los pacientes (BID, 2009)

En el año 2004, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido introdujo un plan de incentivos financieros para los médicos de cabecera, diseñado para que mejoraran la atención sanitaria, especialmente en el seguimiento de ciertas enfermedades (insuficiencia cardíaca, asma y diabetes). Según la OMS (2010), la prima puede ascender a varios miles de libras al año y constituye una parte importante de los ingresos de un médico.

El sistema de salud del Reino Unido, establece un ingreso mínimo garantizado al personal de salud, el cual aumenta cuando se alcanzan ciertos estándares preestablecidos. En tal sentido, se otorgan premios de alrededor del 25% de salario base por adoptar prácticas de calidad en el servicio (BID, 2009).

El panel de indicadores de este país es el Quality an Outcomes Framework (QoF calidad y marco de resultados) para médicos de atención primaria. Dichos indicadores se encuentran agrupados en cuatro componentes principales conocidos como dominios: clínica, organización, pacientes y servicios adicionales. (EireaEirasa C., Ortún Rubio V., 2012)

En México, desde el año 2003 opera en el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) un sistema de incentivos al desempeño y a la calidad de los servicios médicos de los prestadores de servicios de salud. Este sistema,

llamado acuerdos de gestión (AG), permite a las unidades desconcentradas suscribir de forma voluntaria compromisos de gestión, que ligados a su cumplimiento, les ofrece la oportunidad de obtener recursos adicionales. Se pretende orientar a las unidades desconcentradas a mejorar su eficiencia, oportunidad y calidad de los servicios de salud que prestan. Según señala el autor Gúzman Nacoud (2005), el pago por desempeño (PpD) representa un cambio significativo en la forma en que los prestadores de servicios de salud son recompensados, vinculando el uso explícito de ciertos incentivos financieros o no financieros con la entrega de ciertos estándares de calidad en los servicios de salud que se prestan. Así, el PpD puede definirse como la transferencia de dinero o recursos en general, condicionada a la ejecución de una acción medible o al logro de una meta predeterminada.

En Uruguay, la reforma de salud a través de la Ley 18.131, introdujo dos formas nuevas de pago a los prestadores: el pago ajustado por riesgo, y el pago por desempeño. Buglioli et al (2010) sostiene que los contratos que incluyen metas por desempeño pueden ubicarse como una potencial solución a los problemas que surgen en las diferentes "relaciones de agencia" dentro del sistema de salud. Se busca que a través de un contrato se establezcan los incentivos (explícitos) necesarios para inducir al agente a un comportamiento deseado por el principal (hacer participar al agente del costo de transferirle el riesgo derivado de la oscilación de resultados, medidos de distintas formas según establezca el contrato).

El sistema de pago por desempeño de Uruguay se aplica a través de las siguientes metas:

- Meta 1: salud del Niño y la Embarazada. (consiste en 12 indicadores referidos a la salud del recién nacido, del niño en su primer año de vida y de la embarazada).
- Meta 2: Recursos Humanos.
- Meta 3: Adulto mayor.

En octubre de 2008 comenzaron a aplicarse la meta 1 y 2 en su primera etapa. En julio de 2009 se cambió el indicador de estructura de personal adecuada de la meta 2 por la meta de médico de referencia y la de capacitación, así como también comenzó la meta 3. Estas metas asistenciales constituyen herramientas para contribuir desde el financiamiento al cambio del modelo de atención.

Cuadro N°6. Pago por desempeño en Uruguay: Meta N° 1.

Salud Infantil	Salud Materna
<p>Derivación del recién nacido (que tenga el alta con cita programada a control pediátrico para antes de los 10 días de nacido).</p> <p>Captación del recién nacido (que efectivamente tenga su primer control médico antes de los 10 días de nacido).</p> <p>Controles en el primer año de vida (dos controles en el primer mes, uno mensual hasta los 6 meses de vida y uno bimensual en el segundo semestre de vida).</p> <p>Certificado de vacunación vigente.</p> <p>Promoción de lactancia materna.</p> <p>Ecografía de caderas antes de los 4 meses de vida</p>	<p>Control adecuado del embarazo (al menos seis controles prenatales).</p> <p>Captación de la embarazada antes del primer trimestre del embarazo.</p> <p>Control de VIH y VDRL en el primer y tercer trimestre de embarazo.</p> <p>Historia Clínica Perinatal Básica (hoja SIP completa).</p> <p>Control odontológico de la púerpera.</p> <p>Embarazada con derivación odontológica.</p>

Fuente: El pago de los servicios de salud por parte del SNS. Buglioli et al, 2010.

Rwanda comenzó a implementar el programa de pago por desempeño en 2005 como complemento de sus servicios de atención primaria, para mejorar la disposición y productividad de los trabajadores sanitarios brindando servicios de mejor calidad a la población materno infantil.

Rwanda tiene una de las tasas de mortalidad materna más alta del mundo. Una de cada seis muertes de mujeres entre 15 y 49 años se clasifica como muerte materna. El 10% de los niños no sobreviven el primer año de vida, 20% no sobreviven su quinto cumpleaños y alrededor del 43% de los niños ruandeses sufren desmedro. La mayoría de estas muertes son consecuencia de enfermedades infecciosas como malaria. Por otro lado, la tasa de infección de VIH es de 3%, esto implica que el suministro de tratamientos y la atención para pacientes VIH positivos puede verse comprometida debido a la poca capacidad de atención en el sistema de salud (BID, 2009).

El programa P4P ofreció a las clínicas de Rwanda el equivalente de US\$1,83 por cada mujer que comenzara a usar anticonceptivos, US\$ 4,59 por cada madre que diera a luz a su bebé de manera segura en instalaciones sanitarias con atención de una partera capacitada, US\$1,83 por cada derivación a tratamiento de un niño desnutrido (casi el

50% de los niños de Rwanda son raquíticos) y US\$0,92 por cada niño que completara sus vacunaciones a tiempo.

La evaluación de este país publicada en un estudio del Banco Mundial llamado "Paying Primary Health Care Centers for Performance in Rwanda" (Pagar a los centros de salud primaria en Rwanda según su desempeño) demostró que gracias a esta iniciativa, el uso del establecimientos para partos aumentó en 21% mientras que la calidad de la atención prenatal creció en 15%. (Banco Mundial, septiembre 2010).

Las visitas preventivas de niños menores de 2 años aumentaron un 64%, y un 133% las visitas de niños de entre 2 y 5 años. La mortalidad de niños menores de cinco años se redujo en un 30%. La prueba piloto en Rwanda, es 1 de las 16 que el Banco Mundial está financiando mediante el Fondo Fiduciario para la innovación en los Resultados de Salud (HRITF).

Turquía tiene como principales problemas del sistema de salud, la existencia de múltiples instituciones de seguridad social con diferentes estatus, falta de capacidad técnica del personal e infraestructura de los proveedores de servicios, largas listas y tiempos de espera, bajos salarios para médicos y otro personal de salud del sector público; dados los bajos salarios aumentos en prácticas privadas y carencias de un sistema eficiente y efectivo de recolección de información. En el 2004 el sistema contaba con criterios de desempeño a nivel individual y de carácter cuantitativo, pero en el 2005 se incluyeron criterios de desempeño a nivel institucional, así como aspectos de calidad en la atención. De esta forma se creó un esquema de pago por desempeño que incluye a todas las clínicas de salud afiliadas al ministerio de salud de Turquía. (BID, MSAL, 2009)

En Afganistán, las tasas de mortalidad de lactantes y niños menores de 5 años se redujeron un 22% y 26% respectivamente en tres años desde su aplicación. Se señala que debido a la ausencia de una eficaz prestación oficial de servicios de salud luego de la guerra, el Gobierno contrató servicios externos a ONG (2002), quienes tenían la libertad para decidir cómo usar los recursos para alcanzar los resultados pretendidos. El desempeño en la calidad de la atención de todos los establecimientos contratados aumentó un 32%. (BM, mayo 2011).

Cuadro N°7. Esquemas de programas de pago basado en desempeño: Rwanda, Turquía y Argentina.

País	Problema de Salud. Objetivo.	Incentivos e indicadores	¿A qué nivel del indicador se paga el incentivo?
Rwanda	Mortalidad Materna e Infantil. Prevención, detección y tratamiento de VIH/SIDA). Objetivo: Aumentar la cobertura, la calidad de atención y bajar la tasa de ausentismo en personal médico	Incentivos a nivel de la clínica de salud. Se utilizan 14 indicadores de salud materno-infantil y 10 sobre prevención y tratamiento de VIH.	Logro de indicadores establecidos, se otorga un monto por cada caso atendido.
Turquía	Falta de un sistema de salud unificado. Poca capacidad técnica del personal de salud. Objetivo: Mejorar la atención médica en todos los niveles de atención	Incentivos a nivel institucional. Hay 5,120 procesos médicos, cada uno de los cuales tiene asignado un peso relativo dependiendo de las prioridades en salud	Logro de indicadores establecidos bajo criterios cuantitativos a nivel individual. Suma de puntajes para calcular desempeño institucional
Argentina	Mortalidad Materna e Infantil. Objetivo: Aumentar la cobertura y elevar la calidad de atención	Incentivos a nivel de la clínica de salud Se utilizan 10 indicadores de salud materno-infantil	No hay un nivel específico, se paga por cada servicio provisto (de los incluidos en los indicadores) y por cada persona identificada y registrada de la población objetivo. El 60% de los recursos se destinan para premios al aumento en cobertura y el 40% para elevar la calidad de atención

Fuente: Experiencias en implementación de programas de pago por desempeño en salud (PpD), BID, MSAL. Encuentro Nacional Plan Nacer, septiembre 2009.

3.4.1.1. Experiencia en Argentina. Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial (PISMIP-Plan Nacer)

El PISMIP, más conocido como Plan Nacer, se constituyó en una política federal de desarrollo por etapas de Seguros Públicos de Salud para la población sin cobertura explícita de salud (obra social o seguro privado de salud). Mediante de sus acciones, buscaba explicitar y garantizar la cobertura pública de salud de un conjunto de prestaciones y cuidados de salud priorizados (Resolución 1195/02).

A través de sus objetivos, se propuso contribuir a la disminución del componente sanitario de la morbimortalidad materno infantil; aumentar la accesibilidad y la cobertura formal a los servicios de salud de la población elegible, e incorporar cambios estructurales en los sistemas de salud provinciales con el propósito de mejorar la eficacia del financiamiento público y la prestación de los servicios de salud. (PNUD ARG/04/023).

El Plan establecía la acción conjunta de la Nación y las Provincias, en el marco estratégico del Plan Federal de Salud.

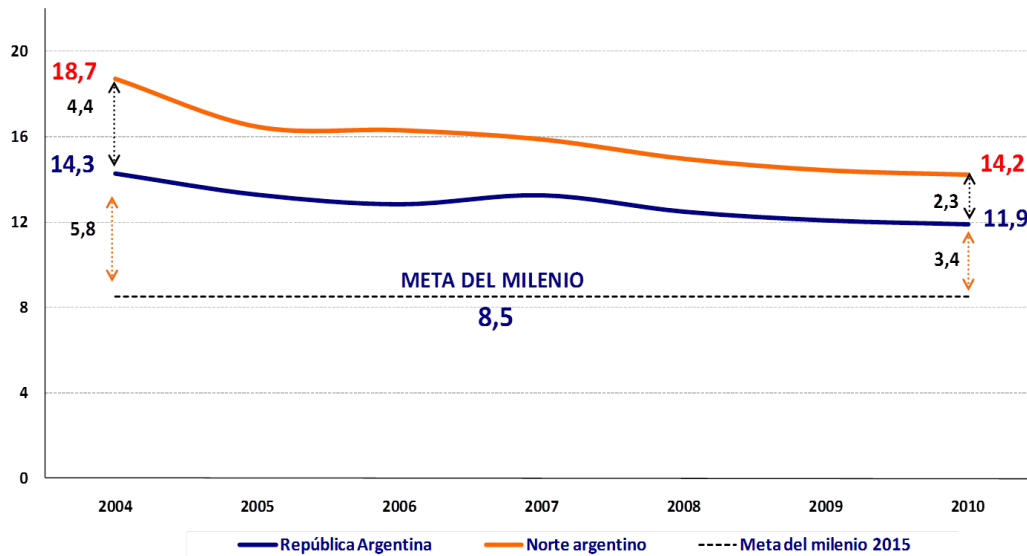
Su implementación se estructuró en etapas. La primera fue iniciada en el año 2005, incluyendo las nueve provincias del NEA y NOA por tratarse de las jurisdicciones que presentaban los indicadores sociales y de salud más desfavorables. En el año 2007, se inició la segunda etapa, incorporando a las restantes jurisdicciones del país, convirtiéndose así en un programa Federal.

La población objetivo fueron las mujeres embarazadas y puérperas (hasta los 45 días después del parto) y niños y niñas desde el nacimiento hasta los 6 años de edad, que no cuenten con cobertura explícita de salud (sin obra social).

Antes de la implementación del programa, en el año 2004, la tasa de mortalidad materna se ubicaba en 4 madres por cada diez mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil se ubicaba en 14.4 por mil defunciones en relación a los nacidos vivos (DEIS, 2004). En las provincias del norte argentino se registraban los indicadores de TMM y TMI por encima de la media nacional.

Entre los años 2005 y 2010, la Mortalidad Infantil se redujo un 17% en todo el país y un 24% en las provincias del Norte. La brecha entre la Mortalidad Infantil del Norte y la Nacional se redujo a la mitad, un 48% en el período 2005-2010 (MSAL, 2012).

Gráfico N°2. Evolución TMI (Pcias. del Norte Argentino y total país)



Fuente: Presentación Sabignoso M. "Plan Nacer, una política Federal de Salud", MSAL 2012.

Dentro de los aspectos más destacados del Programa se mencionan, la puesta en marcha de un esquema transparente (descentralizado y complementario) de financiamiento de la salud, con criterios explícitos y equitativos de asignación de los recursos a través del cual incentiva una atención integral y de calidad. El fortalecimiento de la capacidad de rectoría de los Ministerios de Salud Provinciales y del Ministerio Salud de la Nación; así como el fortalecimiento del primer nivel de atención. Se reconocen acciones tendientes a fortalecer los registros clínicos, a la generación de sistemas que brinden de manera oportuna información sanitaria nominalizada y referenciada a un centro de salud, procurando el cuidado continuo, y el seguimiento individualizado de la salud de la población.

Hubo una progresión de la ampliación de la cobertura en salud, a partir de la inclusión de nuevas prestaciones al Nomenclador del Programa como ser: prácticas definidas por la Ley de Pesquisa Neonatal y de detección temprana de la retinopatía en el recién nacido (Ley 26.279), Módulos de Cirugías de Cardiopatías Congénitas (2010), nuevas prestaciones ambulatorias de patologías prevalentes de la infancia (2011), Alta Complejidad Materno Neonatal (2012).

Introdujo nuevas pautas de gestión en el sector público. Se considera que el Plan Nacer innova al poner en marcha un sistema de transferencias financieras de la Nación

a las Provincias basado en resultados: de inclusión (identificación e inscripción de población materno-infantil sin cobertura explícita) y de cumplimiento de metas sanitarias medidas sobre la base de indicadores denominados "trazadoras". Esto se traduce en la obtención de mayores recursos financieros a las Provincias que mejores resultados logran alcanzar. El financiamiento basado en resultados implica que los mismos sean nominados, auditados y con metas de salud crecientes, procurando promover un cambio cultural en la visión y gestión de la salud que priorice la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), la eficacia del sistema y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población. (PNUD, 2004-2009)

Cuadro N°8. Matriz de trazadoras y descripción operativa.

Asunto sanitario que valora	Definición operativa de la medición cuatrimestral de la trazadora
I Captación temprana de mujeres embarazadas	Nº de mujeres embarazadas elegibles que durante el cuatrimestre reciben su primer control prenatal antes de la semana 20 de gestación / Numero de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles
II Efectividad de atención del parto y atención neonatal	Nº de Recién Nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles con Apgar a los 5' mayor de 6 / Numero de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles
III Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad	Nº de Recién Nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles con peso de nacimiento superior o igual a 2500 grs / Numero de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles.
IV Efectividad de atención prenatal y del parto.	Nº de partos en el cuatrimestre de madres elegibles con VDRL en el embarazo y vacuna antitetánica previa al parto / Numero de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles
V Auditoria de Muertes Infantiles y Maternas	Nº de auditorías de muertes realizadas entre la fecha de muerte y el último día del cuatrimestre de de las muertes maternas y de niños menores de 1 año elegibles ocurridas en el cuatrimestre inmediato anterior / Nº de muertes maternas y de niños menores de 1 año elegibles ocurridas en el cuatrimestre anterior
VI Cobertura de inmunizaciones	Nº de niños elegibles que cumplen 18 meses durante el cuatrimestre que han recibido la vacuna antisarampionosa o triple viral según programa. / Número de niños elegibles que cumplen 18 meses durante el cuatrimestre
VII Cuidado Sexual y Reproductivo	Nº de púerperas elegibles que recibieron en el cuatrimestre al menos una consulta de conserjería en salud sexual y reproductiva dentro de los 45 días post-parto / Numero de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles
VIII Seguimiento de niño sano hasta 1 año	Nº de niños elegibles que al último día del cuatrimestre evaluado cuentan con menos de 12 meses y que poseen

	cronograma completo de controles y percentilos de talla, peso y perímetro cefálico desde el inicio del cuatrimestre en cuestión / N° total provincial de niños elegibles con menos de 12 meses
IX Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años	N° de niños elegibles que al último día del cuatrimestre evaluado cuentan con 12 meses o más y menos de 72 meses y que poseen cronograma completo de controles y percentilos de talla y peso que le correspondiere según su edad durante el último año contado desde el último día del cuatrimestre evaluado, sin computarse los controles que le pudieren corresponder durante el primer año de vida / N° total provincial de niños elegibles de 12 meses o más y menos de 72 meses
X Inclusión de la población indígena	N° de efectores que prestan servicios a la población indígena elegible, con al menos un personal capacitado en el cuidado específico de dicha población/ N° total de efectores participantes en la provincia

Fuente: Reglamento operativo y Manual de Trazadoras del Plan Nacer. Fase II, 2007.

En relación al impacto del Programa, cabe mencionar que se realizó una evaluación de la utilización de servicios en las Provincias de Misiones y Tucumán, a partir de los datos administrativos de las mismas. Los resultados intermedios indican que se evidenciaron efectos importantes sobre la utilización de servicios de salud, tanto para mujeres embarazadas como para controles de niño sano a saber:

- Aumento de la captación temprana de mujeres embarazadas, con un incremento promedio entre las dos provincias de 8,5% en la probabilidad de tener el primer control prenatal antes de la semana 13 y un incremento de 17,6% en la probabilidad de tener el primer control antes de la semana 20 de embarazo.
- Aumento del número total de controles prenatales por embarazo para mujeres beneficiarias en un promedio de 0.5 controles, lo que implica un incremento de 17,3% relativo al control.
- Se encontraron indicaciones de mejoras en la calidad de la atención prenatal, medido por incrementos en la aplicación de ecografías y vacunas antitetánicas. Es importante destacar que estas mejoras durante el periodo pre-natal y en la atención al parto se traducen en mejores resultados sanitarios para los niños recién nacidos.
- El peso promedio al nacer de niños beneficiarios registró un incremento de 69.5 gramos relativo al control, lo que se traduce en un aumento del 2%. Existe también una reducción de 26 por ciento en la probabilidad de

nacimientos de muy bajo peso (peso menor a los 1500 gramos) y mejoras en la medida de APGAR. Estos logros repercuten en la reducción de la muerte neonatal precoz, donde la probabilidad de muerte para niños beneficiarios cae significativamente.

- Finalmente, se observó que el Plan Nacer provoca un incremento importante en la probabilidad de realizarse los controles de niño sano establecidos por el protocolo médico, especialmente durante los primeros 6 meses de vida. (Gertler, Martínez; 2011).

4. Principales logros y resultados alcanzados por el Programa en el marco de la implementación de Seguros Público de Salud.

4.1. Interrelación de los componentes operativos del programa y análisis de resultados cuantitativos relevantes en el ámbito nacional.

Uno de los aspectos destacados del diseño del programa, además del FBR, es la definición de actores con roles y relaciones establecidas mediante un marco jurídico.

Gráfico N°3. Actores principales que intervienen en la dinámica del Programa.



Fuente: Elaboración propia.

La relación entre la nación y las provincias está definida mediante un acuerdo (acuerdo marco) y compromisos anuales de gestión.

MSN: Es responsable de la coordinación de la política de salud y la regulación de los distintos programas que se implementan en el ámbito provincial. Dependiente de la Secretaría de Programas Sanitarios actúa la Unidad Ejecutora Central del Plan Nacer como el organismo nacional de compras de servicios de salud, responsable de la ejecución del proyecto, asesoramiento y articulación con las provincias durante la etapa de implementación. La Nación mantiene un rol normativo, de regulación dentro de la organización federal, definiendo metas en consenso con las provincias; rol de financiador mediante un esquema de incentivos capitados en base a resultados de desempeño aplicando mecanismos de supervisión y control. Las auditorías contemplan: mecanismos de inscripción, contratación de efectores, mecanismos de facturación y pago a prestadores, desempeño sanitario medido por trazadoras, verificación en terreno de registros clínicos en la sede de cada efector, rendiciones de uso de fondos. Define junto con los programas nacionales el listado de prestaciones priorizadas que serán incluídas en el nomenclador de alcance nacional incentivando el acceso a una cobertura explícita de servicios de calidad en cada jurisdicción provincial.

MSP: responsables del cuidado y la provisión de servicios de salud. Dentro de este ámbito, las Unidades de Gestión Provinciales del programa, actúan como el organismo provincial de compras de servicios de salud del Seguro. Facilita la implementación del paquete de beneficios de salud. Define la política de precios del nomenclador, estándares de calidad, promueve la afiliación de potenciales beneficiarios, contrata proveedores de servicios dentro de su jurisdicción. Incentiva mediante la transfiere recursos (en base al pago de prestaciones), la captación de beneficiarios elegibles, la atención en salud y la facturación de las prácticas que fueron brindadas a los beneficiarios del programa; la realización y el registro de una práctica de calidad en base a protocolos y normas de atención de la población a cargo bajo responsabilidad nominada.

El efector de salud suscribe un compromiso de gestión con el Seguro Provincial Materno Infantil que lo habilita para trabajar con el programa. Identifica e inscribe a su población beneficiaria. Presta servicios de salud de la población a cargo, y factura las prestaciones contempladas en el nomenclador que se brindaron a los beneficiarios. Tiene participación en el uso de fondos (en acuerdo con el MSP) que le son transferidos la provincia; lo que se traduce en una inversión en salud en la medida en que dichos fondos son utilizados.

El esquema de incentivos del programa, apunta al fortalecimiento de la capacidad rectora y de organización de los gobiernos dentro de la estructura federal, a la mejora de la oferta de prestación de servicios a través de una gestión institucional más eficaz, y el acceso de la población no asegurada mediante el incremento de la cobertura del cuidado de la salud. Estos cambios promueven a su vez, una reorientación del sistema hacia la demanda.

A los fines de profundizar y comprender la interrelación de los distintos actores y componentes del programa, se describirá a continuación el modelo de atención, modelo de gestión y modelo de financiación, así como los principales resultados cuantitativos de la implementación del programa.

Gráfico N°4. Componentes del programa



Fuente: elaboración propia en base a "Componentes del sistema de salud" (F. Tobar 1998)

Como señala Tobar (1998), cuando hablamos de Modelo de atención, nos preguntamos: ¿A quién cubrir?, ¿Que cubrir? (¿qué prestaciones?), ¿Cómo prestar? (donde y de qué manera, distribución de la oferta, provisión de servicios)

Si bien cada provincia tiene una organización diferente en cuanto a la oferta prestacional del subsector público, el programa en el marco de la organización federal del país, busca optimizar la eficiencia de los mismos, promover equidad en la cobertura y acceso de la población a través de su modelo de atención que se caracteriza por la identificación de la población objetivo establecida en base a criterios de riesgo, la responsabilidad nominada, la libre elección del lugar de atención habitual por parte del beneficiario, el geo-referenciamiento dentro del subsistema público a partir de la

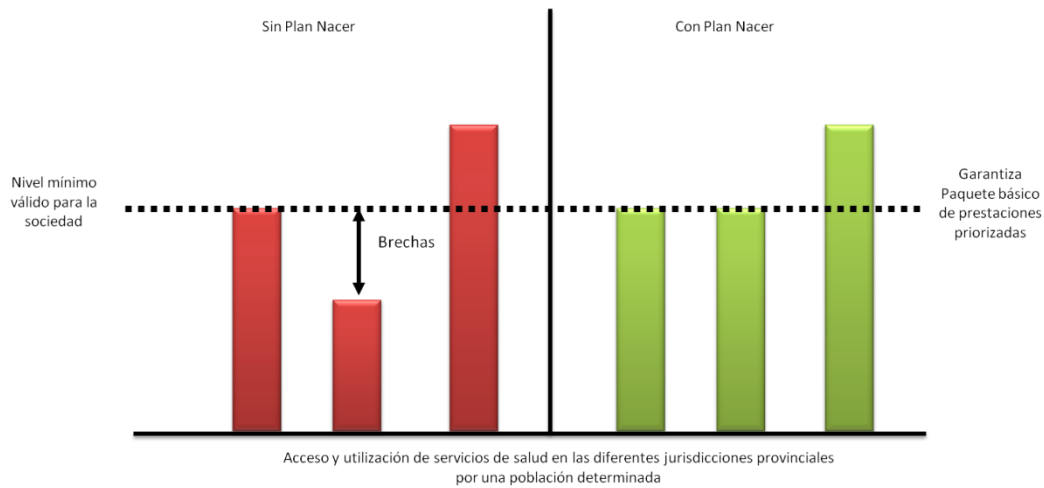
información actualizada del Padrón de beneficiarios, la explicitación de la cobertura a través de un conjunto de prestaciones priorizadas.

Se define el paquete de prestaciones básicas (PBS) que se debe proveer a los beneficiarios en el ámbito nacional. Este listado es revisado periódicamente para determinar que prestaciones formarán parte del listado. Para ello, se tienen en cuenta la cobertura de patologías prevalentes, características epidemiológicas de la población, priorización de grupos etéreos en base a la carga de enfermedad, costo efectividad, MBE-efectividad clínica.

El programa establece cuales son los prestadores de la red encargada de la provisión de servicios básicos, así como los de alta complejidad; categorizada en base a su perfil prestacional y nivel de resolutivez. Promueve la organización de los establecimientos prestadores según niveles de atención, incentivando a través del nomenclador, la reorientación de la oferta pública, priorizando al CAPS como puerta de entrada al sistema. Asimismo, incluye prestaciones para el 2º y 3º nivel de atención, a la vez que acompaña a través de sus acciones los procesos de categorización habilitante y gestión de redes en salud (cardiopatías congénitas, regionalización perinatal y redes de servicios).

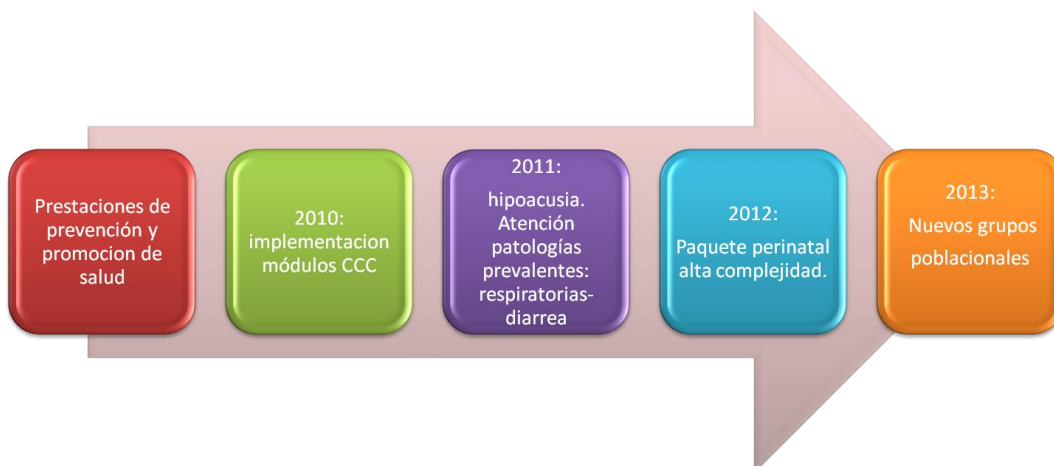
El Nomenclador tiene un enfoque integral con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Fue construido mediante el trabajo conjunto y el consenso entre el Plan Nacer y los Programas Nacionales procurando estrategias de intervención que favorezcan el acceso oportuno y la continuidad del cuidado. La valorización de las prácticas por parte de cada provincia, permite explicitar la prioridad sanitaria que tienen dichas prestaciones en el contexto de su jurisdicción. Para ello, establece cuál será su estrategia que contribuya a incentivar mejoras en la producción y calidad de los servicios, en la generación de reportes sanitarios nominalizados de la producción, y que le permita inducir la inversión a fin de aumentar la capacidad prestacional de la institución. A través de la garantía de un paquete de prestaciones básicas priorizadas del Seguro hacia una población determinada (grupo materno infantil), la nación mediante un enfoque federal, busca contribuir a la reducción de inequidades (acceso y cobertura) existentes entre las distintas jurisdicciones provinciales.

Gráfico N°5. Nomenclador y su contribución a la mejora de equidad



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°6. Evolución del Nomenclador del Plan Nacer.



Fuente: Elaboración propia.

El modelo de gestión del programa, está basado en la rectoría y regulación del ministerio de salud de nación hacia los ministerios de salud provinciales, el cual mantiene un rol activo en la organización del sector.

Teniendo en cuenta el carácter federal del país, se implementan acuerdos (Convenio Marco) y compromisos de gestión entre la nación y las provincias donde se explicitan deberes y obligaciones de las partes. Se establecen consensos para la implementación del seguro público mediante el fortalecimiento de APS, se acuerda la población a

cargo, cobertura y oferta de servicios, mecanismo de financiamiento, sistemas de información estratégica para la gestión y subsistemas de estadísticas (prestacional, rendimiento, morbilidad hospitalaria, recursos) de las modalidades de atención.

Este modelo contempla además las siguientes perspectivas:

- a) Generación de un Padrón de afiliados (activos e inactivos) que se actualiza en forma mensual previo cruce con padrones de las obras sociales nacionales y de la obra social provincial. De esta forma, se evita el subsidio cruzado con la seguridad social debido a la doble cobertura.
- b) Gestión organizacional: promoción de adopción de sistemas de gestión de calidad, auditorías sistemáticas internas y externas para la mejora continua. Evaluación de la calidad de gestión mediante estandarización de los resultados, monitoreo de indicadores seleccionados (indicadores de procesos y resultados, cumplimiento de objetivos del programa y metas sanitarias). Calidad en la gestión asistencial: promoción de guías de prácticas clínicas basadas en evidencia científica y protocolos que estandarizan el proceso de atención.
- c) Gestión económica financiera.
- d) Fortalecimiento de hospitales de autogestión (gestión descentralizada) a través de la autonomía en el uso de los recursos.
- e) Participación comunitaria y control social.
- f) Categorización de la oferta prestacional según estándares nacionales para asegurar la calidad de las prestaciones.

El instrumento de financiamiento del Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial (PNUD-PISMIP) corresponde a dos préstamos de inversión específico: APL I y II, cuyas siglas en inglés corresponden a "Adaptable Program Loan (Préstamo de Programa Adaptable), otorgados por el BIRF (7225-AR y 7409-AR). Donde APL-1 corresponde a la fase I de implementación inicial del programa en las provincias de NEA y NOA, y APL-2 para la Fase II en la que se incorporaron el resto de las provincias.

Por su parte, el Plan Nacer introduce a través de su modelo de financiación, un esquema de incentivos: desde nación a provincia (financiamiento basado en resultados) y desde las provincias a los efectores (pago por prestación).

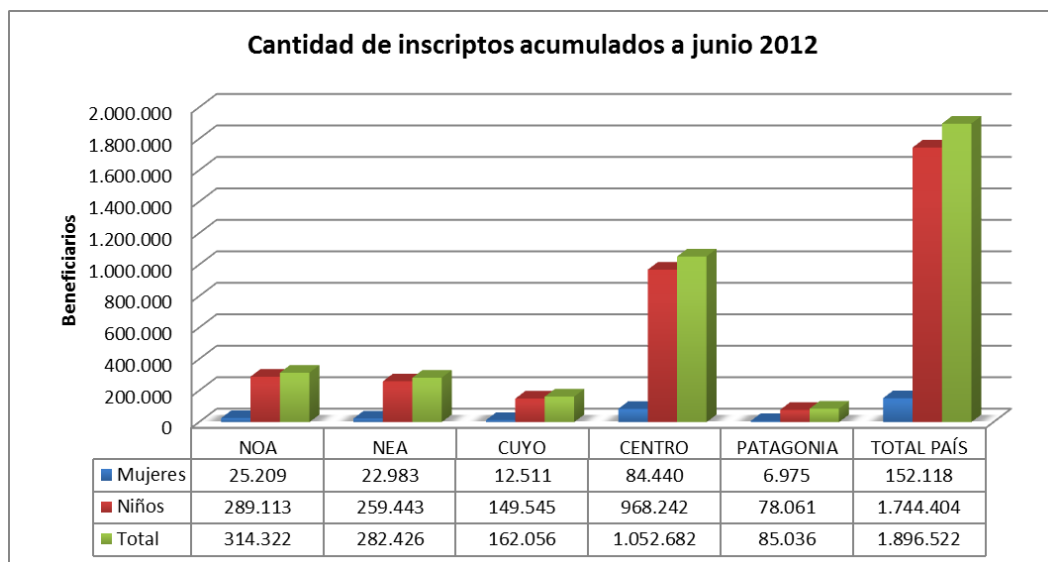
El FBR tiene como objetivo lograr que los recursos sean asignados en función del desempeño desarrollando un presupuesto en cada jurisdicción/establecimiento

teniendo en cuenta el resultado de su gestión. Busca mejoras en el sistema mediante un esquema de incentivos en la cual una entidad proporciona una retribución económica bajo condicionamientos como ser el cumplimiento de objetivos preestablecidos. Cabe aclarar que el subsector público de Argentina utiliza para el financiamiento de los distintos programas la modalidad de asignaciones presupuestarias.

Las transferencias de nación a provincias son capitadas: 60% del monto per cápita base en forma mensual por inscripción, y el 40% restante (transferencias complementarias) se acumula durante cuatro meses y se transfiere en base al cumplimiento de metas sanitarias. El pago que recibe cada provincia por desempeño sanitario dependerá del umbral alcanzado para cada trazadora (mínimo, medio y máximo).

4.1.1. Resultados de desempeño en inclusión social. Cobertura poblacional

Gráfico N°7. Cantidad total de inscriptos del programa acumulados a junio del 2012, total país y desagregados por regiones.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de gestión provistos por Plan Nacer (UEC)-MSAL

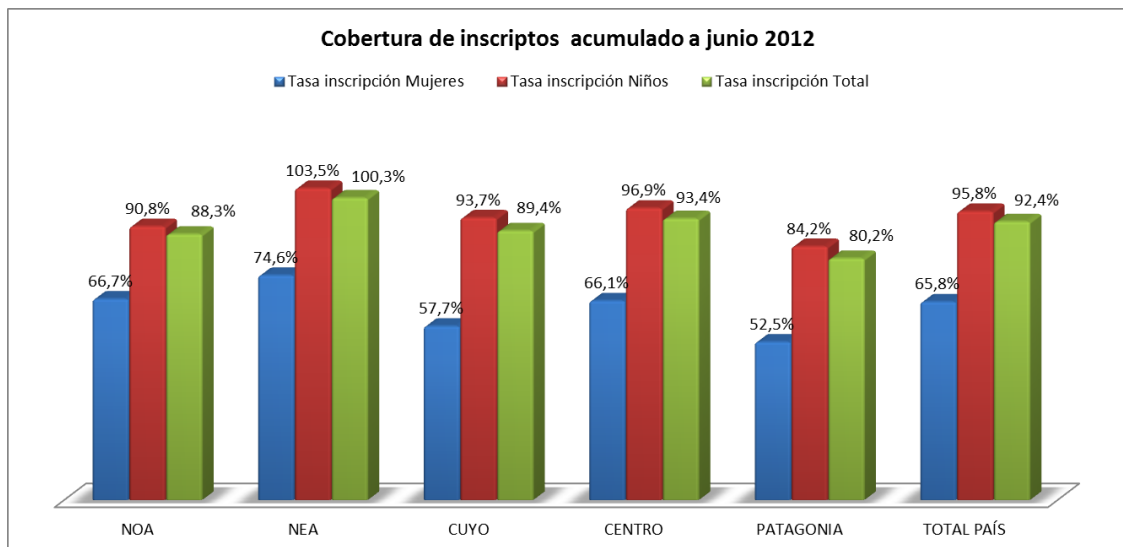
A junio del 2012 el programa tiene 1.896.522 beneficiarios que no cuentan con cobertura explícita de salud, de los cuales el 92% corresponde al grupo de niños

(1.744.404 menores de 6 años) y el 8% restante al grupo de mujeres (embarazo y puerperio).

La mayor concentración de beneficiarios pertenece a la región centro (Pcia. Buenos Aires, CABA, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe) representando al 56% (n: 1.052.682) del total de inscriptos del país.

Las regiones de la Fase I del Plan Nacer (NEA y NOA) representan el 31% (n: 596.748) del total de inscriptos, mientras que la Fase II (Cuyo, Centro y Patagonia) el 69% restante (n: 1.299.774).

Gráfico N°8. Cobertura de inscriptos por regiones y grupos poblacionales



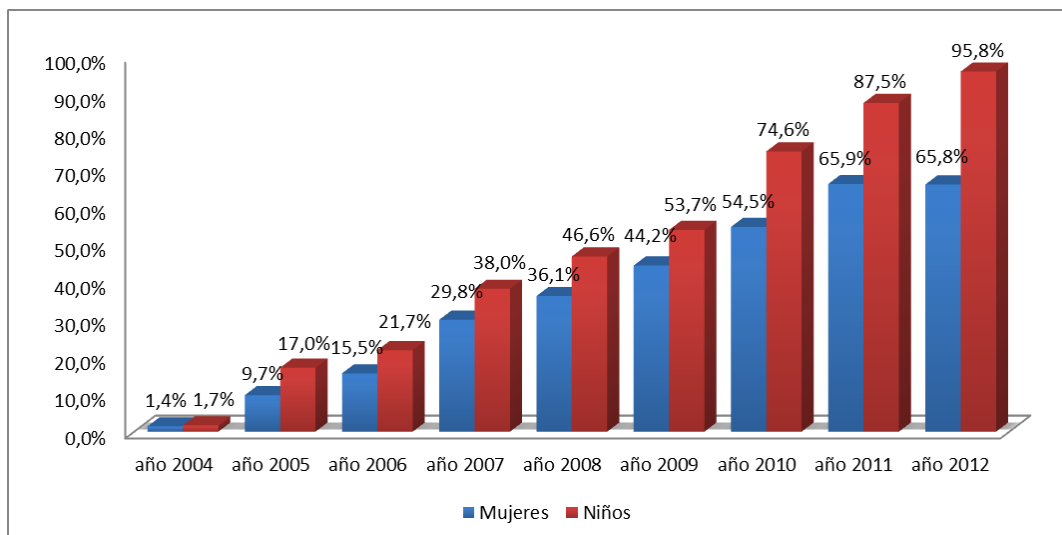
Fuente: Elaboración propia en base a datos de gestión provistos por Plan Nacer, (UEC)-MSAL.

La tasa de inscripción del grupo mujer alcanza una cobertura del 65,8% de su población objetivo (PO: 231.247), mientras que el grupo de niños presentó un mayor desempeño registrando una cobertura del 95,8% (PO: 1.820.537). La tasa de cobertura global se encuentra en un 92,4%.

Se observa una cobertura menor de mujeres en las regiones de Patagonia y Cuyo, siendo las regiones del norte argentino las que registran tasa de inscripción mayor al 66%.

La región patagónica presenta un desempeño inferior en términos de inscripción en relación a las demás regiones del país.

Gráfico N°9. Tendencia de cobertura de inscriptos desagregada por años. Período: diciembre 2004 a junio 2012.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de gestión provistos por Plan Nacer (UEC)-MSAL

A diciembre del 2007 se observó un incremento en la cobertura de niños del 16,3%. Esto estuvo asociado a la incorporación de las provincias pertenecientes a la Fase II del programa. Otro incremento marcado se registró en 2010, debido a la implementación de la AUH. Un comportamiento similar se observó en la cobertura de mujeres, registrando a diciembre 2007 un incremento del 14,3% y un 11,4% en 2011 (AUE). La sinergia entre las políticas sociales Plan Nacer y AUH/AUE ha tenido un efecto positivo de inclusión social, teniendo en cuenta que la inscripción al Seguro constituye un requisito para percibir la asignación.

4.1.2. Resultados de desempeño sanitario

Para poder observar la evolución general del desempeño sanitario a partir de los resultados alcanzados por cada provincia, se agrupó a las mismas según correspondan: APL I-APL II, y se calculó la cobertura promedio registrada en tres períodos a saber:

- II cuatrimestre 2005: desempeño inicial perteneciente a las provincias del norte argentino.
- I cuatrimestre 2008: desempeño inicial perteneciente a las regiones de la fase II del programa (Centro, Cuyo y Patagonia), desempeño alcanzado en las provincias de Fase I, total país.

- I cuatrimestre 2012: al cierre de la muestra del presente estudio, este fue el último cuatrimestre presentado por las provincias, motivo por el cual estos datos aún no habían sido auditados en terreno.

Cuadro N°9. Evolución del Desempeño sanitario medido por trazadoras.

PERÍODO	REGIONES	Porcentaje promedio de cumplimiento de trazadoras									
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
II 2005	APL 1	4,0%	8,4%	8,5%	3,5%	0,7%	5,8%	2,0%	0,0%	0,2%	1,3%
	TOTAL	4,0%	8,4%	8,5%	3,5%	0,7%	5,8%	2,0%	0,0%	0,2%	1,3%
I 2008	APL 1	46,1%	89,1%	84,5%	72,1%	62,7%	63,0%	73,8%	14,2%	49,8%	73,0%
	APL 2	13,7%	29,7%	29,1%	19,6%	12,2%	13,5%	22,9%	1,6%	2,6%	25,5%
	TOTAL	29,9%	59,4%	56,8%	45,8%	37,4%	38,2%	48,3%	7,9%	26,2%	49,2%
I 2012 s/a*	APL 1	62,3%	96,9%	91,7%	88,3%	93,9%	78,1%	94,7%	52,4%	65,1%	99,7%
	APL 2	59,2%	90,7%	87,6%	80,2%	67,2%	50,8%	86,3%	26,2%	34,0%	99,2%
	TOTAL	60,8%	93,8%	89,7%	84,3%	80,5%	64,4%	90,5%	39,3%	49,5%	99,5%

*s/a: sin auditar.

Fuente: elaboración propia.

Las metas sanitarias son crecientes con lo cual exigen un esfuerzo sanitario para superar el desempeño alcanzado en cuatrimestres anteriores, elaboración de estrategias y articulación con diversos programas del sistema de salud provincial. El estímulo en este caso, implica una retribución en función de las mejoras obtenidas en términos de cobertura, registros clínicos, y generación de reportes sanitarios nominalizados que cumplan con determinados atributos de calidad. Estos indicadores sanitarios, reflejan distintas dimensiones de atención primaria en salud materno infantil en relación con el grado de implementación del programa y la eficacia de las intervenciones del sistema sanitario.

A nivel general, las provincias de APL I y II registran un buen desempeño en las trazadoras II, III, IV y VII. Estas trazadoras se asocian al control prenatal y al evento de la atención del parto/cesárea y recién nacido, con la cual el programa ha logrado obtener buenos resultados a través del fortalecimiento en forma conjunto con la Dirección de Maternidad e Infancia, de la historia clínica perinatal base y el sistema informático perinatal (SIP).

En APL I se ha observado en líneas generales una cobertura por encima del 75% a excepción de las trazadoras relacionadas al control periódico del niño (VIII y IX), y la captación de la embarazada antes de la semana 20 de gestación (I). En APL II, las

trazadoras con menor cobertura se asocian al control del niño (VIII y IX), cobertura de inmunizaciones (VI), captación de la embarazada (I).

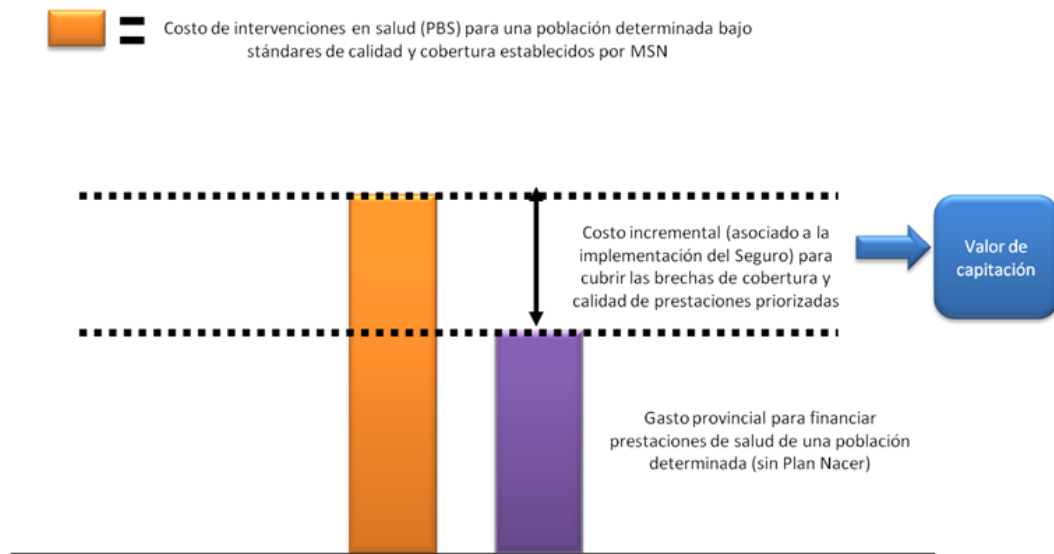
Si bien los programas de inmunizaciones tienen altos niveles de cobertura de aplicaciones, los bajos niveles alcanzados por la trazadora (VI) estarían en general asociados a la nominalización, reporte y fuente del dato (HC).

Las metas de controles de salud del niño, implican no solo cantidad, sino también periodicidad (agenda completa de controles según la edad) y calidad del registro en la historia clínica o ficha médica.

Tanto en los controles de niños como en la captación de la embarazada, las trazadoras están asociadas a prestaciones priorizadas del nomenclador que apuntan lograr mejoras en la calidad de atención, en la oportunidad, y en la proactividad del sistema, a través del incremento de actividades en la comunidad por parte del agente sanitario o integrantes del equipo de salud; a saber: captación activa, búsqueda de embarazadas o niños con abandono de controles, talleres de promoción de salud.

El financiamiento desde nación, se realiza a través del pago de cápitas para un paquete prestacional básico, e implica un traslado del riesgo financiero por la provisión de servicios a los estados provinciales.

Gráfico N°10. Representación del Valor de captación del SMIP



Fuente: Elaboración propia.

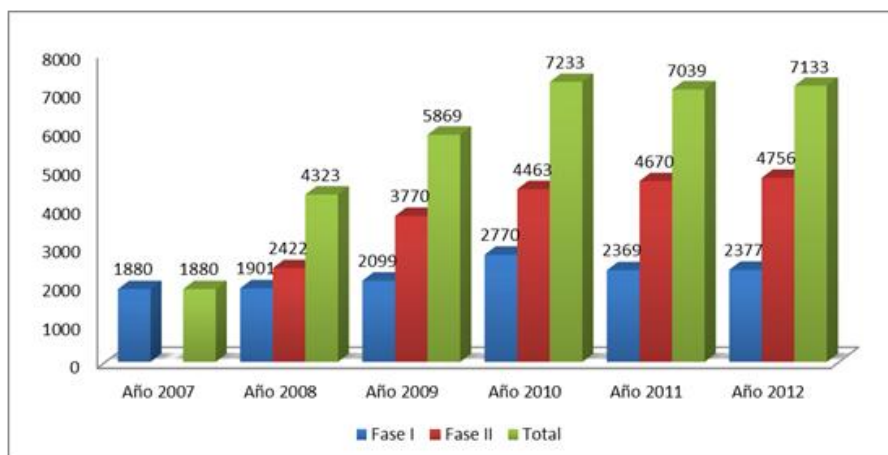
El Plan Nacer financia a las jurisdicciones provinciales la brecha de calidad y cobertura (costo incremental) para garantizar la provisión de un paquete de servicios de salud a una población determinada, bajo determinados estándares asociados a la implementación del Seguro Materno Infantil (extensión de la cobertura, mejoras deseadas en la calidad, mayor utilización de servicios prioritarios).

El modelo de Pago desde la provincia al efector con convenio es por prestación. Esto implica que se transfieren recursos por facturación de servicios prestados a los beneficiarios como incentivo para mejorar la productividad y la calidad de los servicios. Contempla el pago de prestaciones incluidas en el plan de beneficios de salud en base a requisitos o atributos de calidad de la atención.

4.1.3. Cobertura de establecimientos con convenio

La incorporación de efectores encargados de la provisión de servicios correspondientes al paquete básico de prestaciones del Seguro Provincial ha presentado una cobertura superior al 90% (n: 7.133 prestadores) en relación al total de efectores integrantes de la red desde el año 2010 (n: 7.795).

Gráfico N°11. Incorporación de prestadores del PBS de la red pública

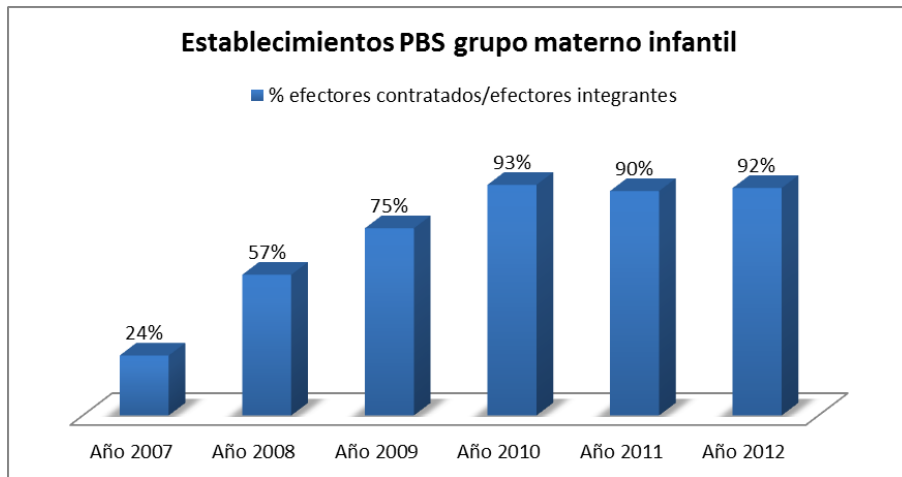


Fuente: elaboración propia en base al reporte de Efectores con convenio por provincias provisto por UEC- Plan Nacer, MSAL.

Las provincias de Fase I concentran el 34% del total de efectores con convenio (n: 2.377 establecimientos) mientras que Fase II el 66% restante (n: 4.756 establecimientos). La región Centro del país representa el 47% del total de efectores

del programa. La adhesión de los prestadores ha mostrado un crecimiento sostenido durante los primeros años de implementación.

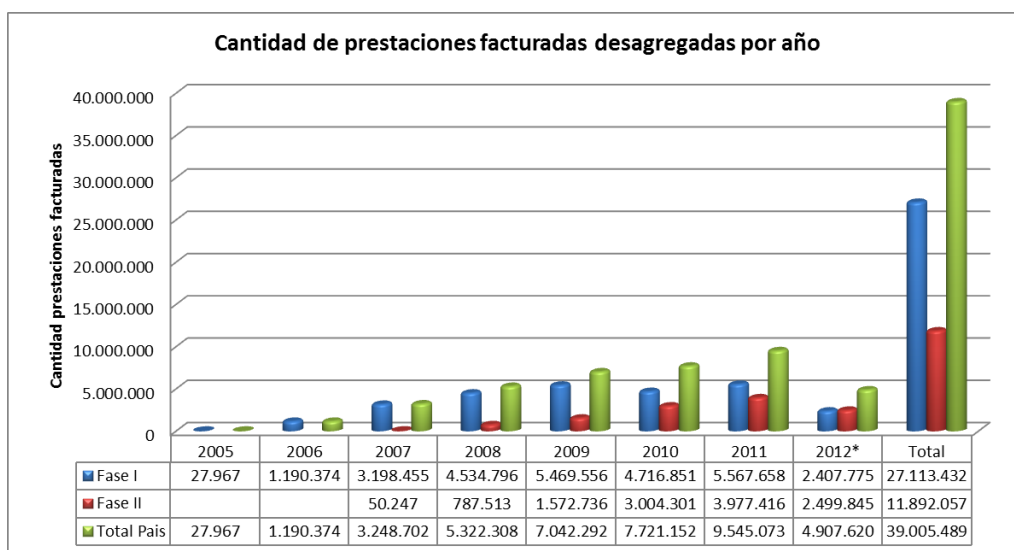
Gráfico N°12. Cobertura de establecimientos de la red de prestadores del PBS desagregado por años. Período: diciembre 2007 a junio 2012.



Fuente: elaboración propia en base al reporte de Efectores con convenio por provincias provisto por UEC- Plan Nacer, MSAL.

4.1.4. Cobertura prestacional

Gráfico N°13. Cantidad de Prestaciones del PBS facturadas por año.



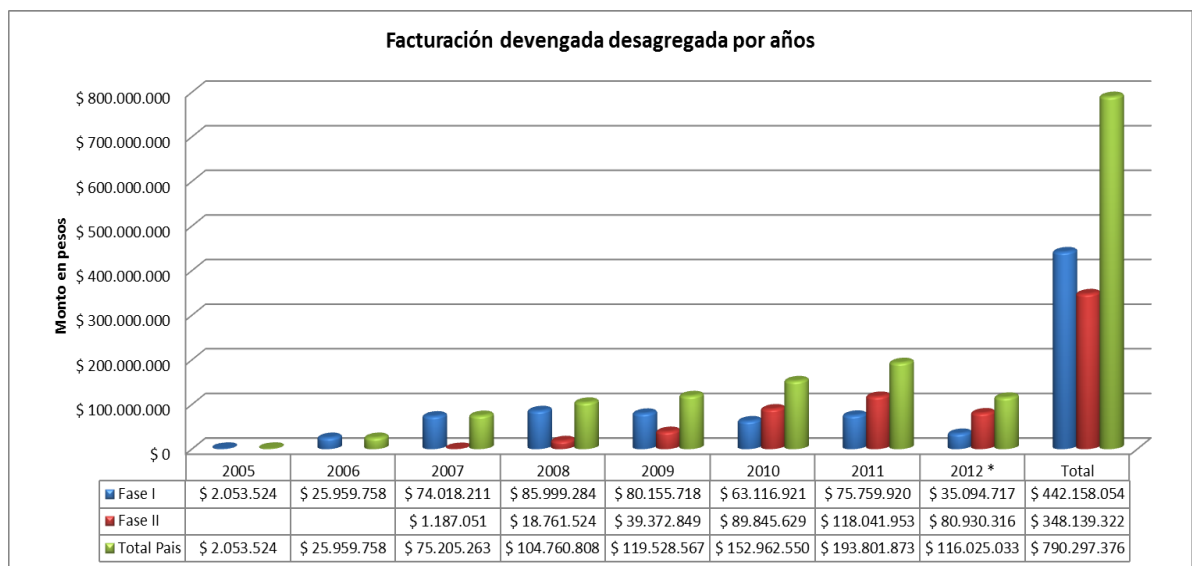
Fuente: elaboración propia en base a reporte de prestaciones devengadas provisto por UEC- Plan Nacer, MSAL.

Por la atención que se brindó a los beneficiarios se pagaron 39.005.489 prácticas, de las cuales el 70% corresponde a las provincias de Fase I (NEA y NOA).

En las provincias de Fase II se observa un aumento considerable de sus niveles de facturación a partir del 2010. El aumento general de los niveles de prácticas facturadas se asocia a los períodos en los que se ha alcanzado mayor cobertura de los establecimientos con convenio.

4.1.5. Fortalecimiento de efectores públicos

Gráfico N° 14. Recursos transferidos por facturación devengada por el SPS correspondiente al PBS. Monto en pesos.



Fuente: elaboración propia en base a reporte de prestaciones devengadas provisto por UEC- Plan Nacer, MSAL.

Los recursos abonados a los efectores en concepto de por pago de prestaciones superan los setecientos millones de pesos. La inversión en las provincias del norte alcanza el 56% del total de recursos transferidos a las jurisdicciones provinciales. Las provincias de Fase I presentan una leve disminución de sus niveles de pago durante 2010 y 2011. Las provincias de Fase II registran un crecimiento sostenido a lo largo del período de estudio.

A través de los distintos agrupamientos de las prácticas del nomenclador se puede apreciar la composición de la facturación. La estructura de la misma, se observa en la siguiente tabla:

Tabla N°10. Composición facturación devengada en base a la utilización del nomenclador.

Grupo	PBS	TOTAL FASE I		TOTAL FASE II		TOTAL PAÍS	
		Subgrupo	prestaciones	monto	prestaciones	monto	prestaciones
Mujer	Embarazo	1.829.307	\$ 28.742.340	1.400.104	\$ 33.734.260	3.229.411	\$ 62.476.600
	Embarazo de alto riesgo	118.992	\$ 2.410.648	76.767	\$ 2.714.007	195.759	\$ 5.124.655
	Parto	349.643	\$ 104.366.238	341.008	\$ 126.896.590	690.651	\$ 231.262.828
	Puerperio	627.508	\$ 11.908.713	479.761	\$ 23.248.570	1.107.269	\$ 35.157.283
Niño	Neonato	222.163	\$ 8.217.267	327.585	\$ 11.999.390	549.748	\$ 20.216.657
	Niños menores de 6 años	14.224.808	\$ 211.874.061	4.830.757	\$ 105.353.297	19.055.565	\$ 317.227.358
	Laboratorio	3.625.377	\$ 25.397.192	2.801.294	\$ 19.479.670	6.426.671	\$ 44.876.862
	Imágenes	566.977	\$ 11.490.012	558.353	\$ 13.029.901	1.125.330	\$ 24.519.913
	Comunidad	1.773.809	\$ 28.949.602	148.382	\$ 8.888.621	1.922.191	\$ 37.838.223
	Transporte	3.774.848	\$ 8.801.981	928.046	\$ 2.795.016	4.702.894	\$ 11.596.997
	Total general	27.113.432	\$ 442.158.054	11.892.057	\$ 348.139.322	39.005.489	\$ 790.297.376

Fuente: elaboración propia en base a reporte de prestaciones devengadas provisto por UEC- Plan Nacer, MSAL.

Tabla N°11. Distribución de la facturación devengada.

Grupo	PBS	TOTAL FASE I		TOTAL FASE II		TOTAL PAÍS		
		Subgrupo	% prácticas	% monto	% prácticas	% monto	% prácticas	% monto
Mujer	Embarazo		7%	7%	12%	10%	8%	8%
	Embarazo de alto riesgo		0%	1%	1%	1%	1%	1%
	Parto		1%	24%	3%	36%	2%	29%
	Puerperio		2%	3%	4%	7%	3%	4%
Niño	Neonato		1%	2%	3%	3%	1%	3%
	Niños menores de 6 años		52%	48%	41%	30%	49%	40%
	Laboratorio		13%	6%	24%	6%	16%	6%
	Imágenes		2%	3%	5%	4%	3%	3%
	Comunidad		7%	7%	1%	3%	5%	5%
	Transporte		14%	2%	8%	1%	12%	1%
	Total general		100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base a reporte de prestaciones devengadas provisto por UEC- Plan Nacer, MSAL.

La mayor cantidad de prácticas corresponde al grupo niño, seguido por el conjunto de prestaciones complementarias y en menor proporción las del grupo mujer.

En las provincias de Fase I se observa un 53% del total de prácticas que corresponde al grupo niño, y un 10% al grupo mujer; mientras que en la Fase II, el 44% corresponde a niños y el 20% al grupo mujer. Dentro de las prácticas complementarias, la Fase I tiene mayor cantidad de prácticas de comunidad y transporte que la Fase II, mientras que en ésta última hay mayor concentración de prestaciones de laboratorio.

Desde el lado de la asignación de recursos el mayor porcentaje corresponde, en Fase I al subgrupo de niños menores de 6 años (48%) seguido de las prestaciones de parto (24%), embarazo (7%) y comunidad (7%). En la Fase II, la mayor asignación corresponde al pago de prestaciones de parto (36%), niño menor de 6 años (30%), embarazo (10%) y puerperio (7%). Se podría decir, que en el norte argentino se priorizó la orientación de recursos hacia el primer nivel de atención, teniendo en cuenta que la Fase II presenta un 12% de recursos asignados al ámbito hospitalarias a expensas del subgrupo parto. En APL-2 entonces, el precio de estas prestaciones sería mayor.

Si miramos otras prácticas cuya provisión corresponde también al 2º y 3º nivel de atención, como ser laboratorio e imágenes, vemos que del total de prácticas facturadas en la fase II, hay un porcentaje mayor de estas prestaciones, sin embargo, el % de asignación de recursos por el pago de estas prácticas es similar en ambas regiones. Es probable, que el precio de las prestaciones de laboratorio e imágenes sea menor en las provincias de APL-2.

4.1.6. Cobertura integral de Cirugías de Cardiopatías Congénitas e incorporación de efectores de alta complejidad.

El Plan Nacer a través del financiamiento de cirugías de cardiopatías congénitas en niños menores de 6 años ha contribuido al armado de una red nacional de alta complejidad, en forma conjunta con el Programa Nacional de Detección de Cardiopatías Congénitas y la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

Los servicios de cirugía cardiovascular pediátricos cuentan con la categorización habilitante por parte de la Dirección de Fiscalización sanitaria.

Al inicio de la implementación de los módulos de CC, en 2010, la red contaba con 12 establecimientos tratantes que se muestran sombreados en la siguiente tabla:

Tabla N°12. Centros tratantes que conforman la red CC y facturación de módulos

Provincia	Establecimiento Tratantes de la Red de CC	Módulos de intervención facturados y pagados*		Total Módulos Facturados y Pagados
		No Catastróficos	Catastróficos	
		I-IV	V-VII	
Buenos Aires	Hospital Nacional Alejandro Posadas	153	46	199
	Hospital Sor María Ludovica	11	18	29
	Hospital Materno Infantil Tetamanti	120	28	148
	Hospital Federico Abete	18	1	19
	Hospital El Cruce	143	161	304
CABA	Hospital Juan Garrahan	64	13	77
	Hospital Gutiérrez	30	13	43
	Hospital Pedro de Elizalde	11	17	28
Córdoba	Hospital de Niños de la Santísima Trinidad	35	1	36
Corrientes	Instituto de Cardiología "Juana F. Cabral"	29	8	37
Entre Ríos	Hospital San Roque	64	12	76
Mendoza	Hospital Infantil Humberto Notti	120	92	212
Neuquén	Hospital Castro Rendón	52	1	53
Salta	Hospital Materno Infantil	20	6	26
Santa Fe	Hospital de Niños Orlando Alassia	50	14	64
	Hospital de Niños Víctor Vilela	5	0	5
Tucumán	Hospital del Niño Jesús	78	23	101
Total País		1.003	454	1.457

Fuente: elaboración propia en base a reportes de establecimientos tratantes de la red de cardiopatías congénitas y fondos transferidos provistos por UEC-Plan Nacer, MSAL.

Desde ese entonces se han incorporado 5 establecimientos más, sumando un total de 17 hospitales para la resolución quirúrgica. Estos establecimientos, cuentan con un centro coordinador de las derivaciones que funciona en el Hospital Garrahan.

Los módulos del nomenclador de cardiopatías congénitas se componen de la siguiente manera:

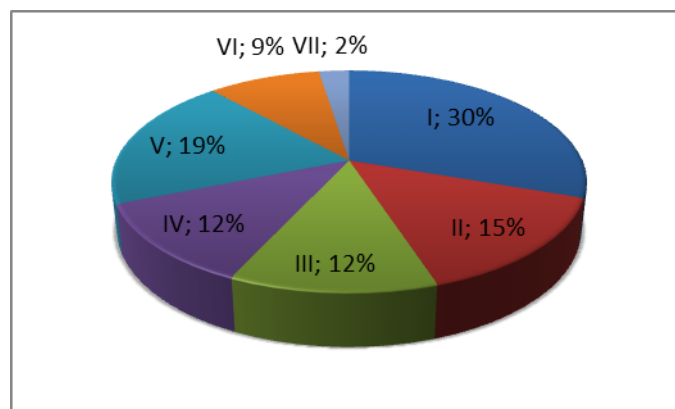
- Módulo I: patologías sin CEC en pacientes no neonatos.
- Módulo II: Pacientes sin CEC neonatos.
- Módulo III: pacientes con CEC y baja complejidad-CIA.

- Módulo IV: pacientes con CEC y baja complejidad-CIV simple sin otras malformaciones.
- Módulo V (pacientes con CEC y Mediana Complejidad no neonatos – CIV con otras patologías asociadas)
- Módulo VI (pacientes con CEC y Alta Complejidad neonatos – TGV y otros similares)
- Módulo VII: Prácticas complementarias CCC a estos módulos

Se han facturado y abonado un total de 1.475 módulos quirúrgicos, de los cuales 1.003 corresponden a módulos I-IV y 454 a los módulos V-VII.

La distribución de módulos se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico N°15. Porcentaje de prestaciones facturadas CC desagregadas por módulos.



Fuente: elaboración propia.

4.1.7. Sostenibilidad

- a) La sostenibilidad del programa no solo va a depender del apoyo político de los gobiernos, sino que también requiere de la formulación de mecanismos financieros. Es por ello, que en el convenio Marco se establece un esquema de financiamiento con reducción gradual para los pagos de capitación entre el MSN y los MSP; y un co-financiamiento creciente por parte de las provincias (15-30%).

Cuadro N° 13. Inversiones. Transferencias capitadas desde Nación a Provincia, ajustadas en función del desempeño y Porcentaje de recursos Co-financiados por el estado provincial.

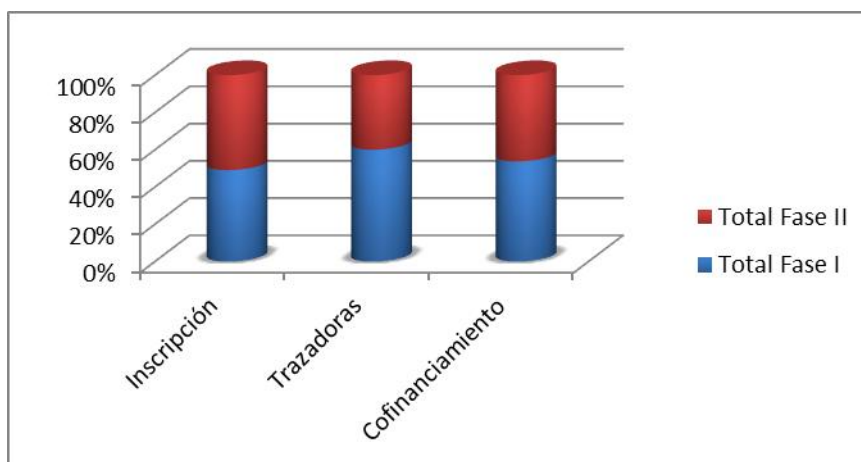
	Nación		Provincia	Total inversión
	Inscripción	Trazadoras	Cofinanciamiento	
NOA	\$ 154.525.549	\$ 75.800.135	\$ 47.832.141	\$ 278.157.825
NEA	\$ 141.187.746	\$ 73.851.609	\$ 45.151.416	\$ 260.190.771
Cuyo	\$ 49.834.610	\$ 19.190.308	\$ 10.835.978	\$ 79.860.896
Centro	\$ 232.997.763	\$ 71.142.183	\$ 63.656.459	\$ 367.796.405
Patagonia	\$ 24.719.019	\$ 9.448.909	\$ 5.656.955	\$ 39.824.883
Total Fase I	\$ 295.713.295	\$ 149.651.744	\$ 92.983.557	\$ 538.348.596
Total Fase II	\$ 307.551.392	\$ 99.781.400	\$ 80.149.392	\$ 487.482.184
Total País	\$ 603.264.687	\$ 249.433.144	\$ 173.132.949	\$ 1.025.830.780

Fuente: elaboración propia en base a reporte de Transferencias liquidadas totales y por PBS, de Nación a los SMIP; provisto por UEC- Plan Nacer, MSAL.

A través de esta política pública se realizó una inversión de más de mil millones de pesos, de los cuales \$ 852.697.831 fueron aportes realizados por la nación y \$ 173.132.949 co-financiados por el Estado provincial.

Las transferencias por resultados de inscripción son similares en las provincias de Fase I y II, esto se debe al mayor volúmen poblacional de esta última. Sin embargo, la Fase I ha logrado un mayor desempeño sanitario, recibiendo una diferencia de \$ 49.870.344 por retribución de trazadoras (un 20% más de recursos).

Gráfico N°16. Comparación de las transferencias de nación a provincia entre APL-1 y APL-2.



Fuente: elaboración propia.

Si se comparan las transferencias de nación a provincia, se observa que el porcentaje por desempeño sanitario varía entre las diferentes regiones, a saber: NOA 33%, NEA 34%, Cuyo 28%, Centro 23% y Patagonia 28%. Es de suponer que APL-1 haya adquirido desde su implementación una mayor capacidad de generación de registros y reportes sanitarios nominalizados de su población a cargo.

- b) Fondo de Reaseguramiento Solidario (FRS): a través de una cápita incremental se conformó un FRS para enfermedades de baja incidencia y alto costo: módulos I a VII de cirugías de cardiopatías congénitas (2010-2012). A partir del 2013 a través de este fondo se financiarán las prestaciones clasificadas como catastróficas para el Seguro Público: módulos V-VII de CC, módulos de neonatos de alto riesgo (RNPT de 500 a 1500 g con y sin requerimiento de ARM o CPAP, atresia esofágica, oclusión intestinal, gastrosquisis). Este fondo de redistribución tiende a mejorar la equidad hacia el interior del sistema.

Tabla N°14. Transferencias liquidadas al FRS por facturación devengada del paquete de alta complejidad CC. Monto en pesos.

FRS CC	2010	2011*	Acumulado
Total Fase I	\$ 34.117.004	\$ 33.929.350	\$ 68.046.354
Total Fase II	\$ 45.763.278	\$ 52.350.223	\$ 98.113.501
Total País	\$ 79.880.282	\$ 86.279.573	\$ 166.159.855

Fuente: elaboración propia en base al reporte de fondos transferidos desde el FRS a los centros cardiovasculares tratantes (UEC-Plan Nacer, MSAL).

A través del FRS se ha transferido \$ 166.159.855 a los centros tratantes por el pago de módulos de CC de niños menores de 6 años sin obra social. La mayor cantidad de recursos corresponde a Fase II, debido a que concentra la mayor cantidad de establecimientos quirúrgicos (fundamentalmente CABA y Pcia. Buenos Aires).

4.1.8. Evolución de la lista de espera de cardiopatías congénitas a partir de la sinergia de programas sanitarios.

A diferencia del paquete básico de servicios, cuya política de precios es establecida por la provincia, en el nomenclador de cardiopatías congénitas los valores de los módulos

quirúrgicos son los mismos para todas las jurisdicciones provinciales y fueron establecidos por nación a través de un estudio de costos. Esto contribuye al funcionamiento de la red en la medida en que se incentiva a los centros tratantes a que brinden tratamiento (en base a su nivel de resolutivez y distancia geográfica de residencia del niño) a los beneficiarios, aumenten su producción y perciban el pago de una práctica con un valor establecido independientemente de la provincia a la que pertenezca el niño.

La estrategia de trabajo conjunto y articulado entre la Dirección de Maternidad e Infancia, el Programa de Cardiopatías Congénitas y el Plan Nacer demostró resultados favorables entre los que se destaca la mejora en el diagnóstico y derivación oportuna, la organización de una red nacional de establecimientos de alta complejidad, mejoras en la capacidad resolutivez (inversión de recursos en equipamiento, RRHH) y el acceso a las cirugías, que se tradujo en una disminución de la lista de espera.

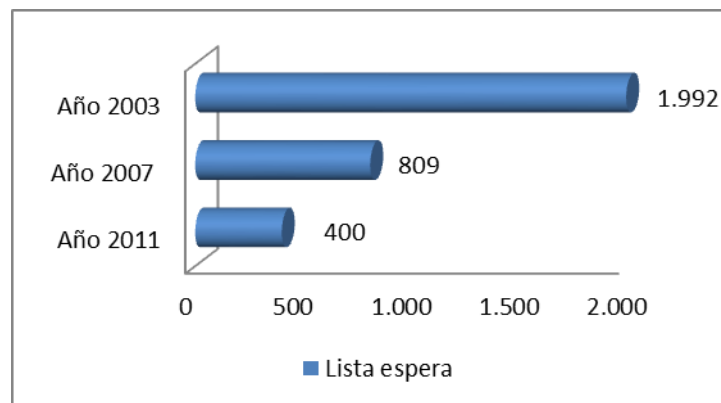
Tabla N°15. Evolución de la Lista de espera CC

	Niños operados	Lista espera	Niños CC sin obra social	% población infantil s/OS
Año 2003*	930	1.992	2.922	59,90%
Año 2007**	1.480	809		
Año 2010*	1.959	322		
Año 2011*	1.839	400		

*Fuente: ECD, MSN: estimación realizada por especialistas del Centro Coordinador de derivaciones del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas.

** Fuente: Estudio de dimensionamiento de la oferta pública realizado por la Facultad de Economía UNLP para Plan Nacer, MSN 2010.

Grafico N°17. Disminución de la lista de espera CC.



Fuente: elaboración propia.

Entre los años 2010 y 2011 pudieron acceder a una operación 3.798 niños que no contaban con cobertura explícita de salud. Esto es importante sobre todo si tenemos en cuenta que en nuestro país, la atención de los niños con cardiopatías congénitas era inequitativa, ya que los niños con obra social tenían mayores oportunidades de acceso a las cirugías que aquellos que no contaban con cobertura. Se requería entonces de un presupuesto adicional para financiar la lista de espera, en función de que la misma conlleva a un aumento de la morbilidad y mortalidad.

Desde el 2003 al 2011, la lista de espera se redujo en un 80%. Según publicaciones del ECD, en 2010 los niños en lista de espera serían de mediana complejidad, con lo cual no existiría ningún paciente de emergencia en lista de espera.

4.1.9. Tendencia en las tasas de mortalidad Materno Infantil

La expansión del Plan Nacer a través de la incorporación de prácticas de mayor resolutivez, como ser los módulos de cardiopatías congénitas quirúrgicas, representó un cambio en la estrategia inicial del programa que se caracterizaba por la cobertura de actividades de atención primaria. En tal sentido, en el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Ministerio de Salud de la Nación a través de sus programas verticales (Maternidad e Infancia, Salud Sexual y Procreación Responsable, Cáncer Cérvico uterino, Salud Integral del Adolescente) así también como del Plan Nacer (implementación del paquete perinatal de alta complejidad), se propone avanzar en la estrategia de intervención para el abordaje de la morbimortalidad materno neonatal.

La mortalidad materna y la infantil son los indicadores duros que reflejan la situación sociosanitaria de un país. Muchas de estas muertes se producen por causas prevenibles.

Si observamos la evolución de la tasa de mortalidad materna, podemos apreciar que la misma se ha estabilizado, en torno a 4 muertes por cada 10.000 nacidos vivos. Esta realidad dista mucho del ODM para 2015 que corresponde a 1,4 muertes por cada 10.000 nacidos vivos.

Tabla N°16. Evolución de la Tasa de Mortalidad Materna por 10.000 NV. República Argentina.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total país	4,6	4,4	4,0	3,9	4,8	4,4	4,0	5,5	4,4	4,0

Fuente: elaboración propia en base a DEIS 2011.

Con respecto a la mortalidad infantil, se observa que la misma ha disminuido alcanzando en 2011 un total de 11,7 por mil nacidos vivos. El ODM para el año 2015 es de 8,5 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos.

Tabla N°17. Tasa de mortalidad infantil, neonatal y post neonatal por 1000 NV-República Argentina

TMI POR COMPONENTES	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Subtotal Neonatal	9,7	8,9	8,5	8,5	8,3	8	7,9	7,6
Neonatal precoz	7,2	6,5	6,2	6,0	6,0	5,7	5,7	5,4
Neonatal tardía	2,5	2,3	2,3	2,5	2,3	2,3	2,2	2,2
Post neonatal	4,7	4,5	4,4	4,8	4,2	4,1	4,0	4,1
TMI TOTAL PAIS	14,4	13,3	12,9	13,3	12,5	12,1	11,9	11,7
TMI POR COMPONENTES	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
% Subtotal Neonatal	67,4%	66,9%	65,9%	63,9%	66,4%	66,1%	66,4%	65,0%
% Neonatal precoz	50,0%	48,9%	48,1%	45,1%	48,0%	47,1%	47,9%	46,2%
% Neonatal tardía	17,4%	17,3%	17,8%	18,8%	18,4%	19,0%	18,5%	18,8%
% Post neonatal	32,6%	33,8%	34,1%	36,1%	33,6%	33,9%	33,6%	35,0%
% TMI TOTAL PAIS	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Fuente: elaboración propia en base a DEIS 2004 a 2011.

Se puede apreciar que más del 60% de las muertes infantiles corresponden al componente neonatal, especialmente, con predominio de la mortalidad neonatal precoz (prematurez y bajo peso al nacer).

Un alto porcentaje de las defunciones pueden ser reducidas por prácticas de prevención y atención adecuadas durante el embarazo, el parto y la atención del recién nacido.

La tasa de mortalidad infantil constituye una de las metas dentro de los 8 Objetivos del Milenio, dado que es el primer año de vida el más crítico en la supervivencia del ser humano; y está relacionado directamente con los niveles de pobreza y calidad de la atención sanitaria.

En tal sentido, podría decirse que las acciones implementadas desde el sistema de salud para favorecer a la población vulnerable a partir de la crisis del 2001, así como el progreso económico del país han impactado en los indicadores sociales lo que contribuiría a la disminución de la TMI.

En años subsiguientes a la crisis coyuntural, especialmente hasta el 2007, hubo reactivación económica, con generación de nuevos puestos de trabajo. También, se extendieron políticas sociales para dar alivio a los sectores excluidos del mercado formal laboral; así como políticas protectoras que propiciaban la generación de empleo registrado.

La Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) señala que entre los años 2004 y 2010 se observó un balance positivo de la situación laboral de la población, evidenciado por un aumento del empleo de calidad y una disminución de la desocupación. Sin embargo, estas mejoras no se verificaron con la misma intensidad para el total de la población.

En primera instancia, el cambio en la calidad de las oportunidades laborales se pudo observar en el incremento del porcentaje de trabajadores con empleo pleno de derechos, de 28,0% a 41,0% del total de activos, y en la disminución de la desocupación, de 18,8% a 10,7%. Además, en el mismo período, disminuyó la proporción de empleo precario en el total de la población económicamente activa (PEA) de 38,1% a 36,7% y de los ocupados en subempleos inestables, de 15,1% a 11,5%.

Otro aspecto importante, es que en períodos de retracción económica, los hogares tienden a recortar sus gastos. Los gastos vinculados a la alimentación y a la salud son los últimos en recortarse debido a que responden a la satisfacción de necesidades primarias. Los gastos en salud en general corresponden a la atención médica y a la compra de medicamentos.

De los datos de la EDSA se desprende que hasta el año 2008 se produjo una reducción muy significativa del porcentaje de los hogares urbanos que se vieron en la necesidad de efectuar recortes en la atención médica, del 45,1% al 17,2% con un incremento posterior que ubicó al indicador en el 22,7% de los hogares en 2010, lo que equivalía

al 25,2% de la población. La evolución del indicador tuvo un correlato en el nivel socioeconómico de las familias. Un aspecto a destacar, es que los ajustes del presupuesto en atención médica fueron más significativos en los hogares con presencia de niños que en los demás. Para el año 2004 más de la mitad de estas familias realizaba este tipo de recortes frente al 39,5% de aquellas otras sin menores. Los porcentajes para 2010 fueron del 29,3% y del 15,5% respectivamente.

El barómetro de la deuda social Argentina, argumenta una incorrelación entre crecimiento macroeconómico y la reducción de la pobreza, la cual tiene un piso estructural del 25%, junto a una informalidad afirmada en el 35% (UCA-PAC, 2010).

Se observa la persistencia de una alta proporción de ocupados que no pueden acceder a un empleo pleno de derechos. A su vez, los hogares que cuentan con los hospitales públicos como la principal cobertura de salud varían en función de la evolución económica del país, así como la inserción al mercado laboral formal.

Actualmente en nuestro país si bien el acceso a la salud está garantizada universalmente a través del subsistema público, continúan existiendo factores que restringen este derecho, como ser la fragmentación del sistema, la eficiencia en la asignación de los recursos e insumos, la desigual distribución de la oferta, médicos por habitantes, la capacidad prestacional de la red de establecimientos oficiales, así como la organización de los mecanismos de referencia y contrarreferencia, entre otros.

Argentina continúa siendo un país con un elevado gasto en salud en comparación con otros países de América Latina que presentan mejores resultados sanitarios, lo que implica entre otras cosas, replantear la eficacia e integralidad del sistema, así como los mecanismos para expandir la cobertura de servicios y mejorar el acceso de la población.

4.2. Percepción de actores claves de la esfera nacional, provincial y local, relacionados directamente con la gestión del programa

Con respecto a la primera dimensión del análisis, que tiene que ver con la presencia e **institucionalidad** del programa, los actores del nivel nacional y provincial, valoran al Plan Nacer como un instrumento de la política que les ha permitido complementar y potenciar los programas sanitarios, fortaleciendo la capacidad instalada de la red pública, así como la calidad de los servicios de salud. Destacan como principales fortalezas: el acierto del plan en poder dar respuestas a necesidades que estaban insatisfechas o desatendidas en el subsector público, teniendo en cuenta que el Plan Nacer fue uno de los programas que surgieron para atenuar las consecuencias sanitarias de la crisis socioeconómica del país. El Coord. Nacional subraya la importancia de la consistencia del diseño del programa, el apoyo y la visión política, así como la conformación de equipos técnicos sólidos multidisciplinarios con conocimiento de la naturaleza de los problemas que debían ser atendidos, frente a la existencia de brechas de cobertura y acceso entre las distintas jurisdicciones del subsector público y hacia el interior de las mismas.

Un aspecto relevante es la evolución que ha tenido el programa, desde una cobertura inicial de prestaciones de atención primaria, hasta la incorporación de las prestaciones de alta complejidad. El Referente Nacional manifestó además, que: *"el programa ha sido una estrategia flexible, y eso es una virtud. Ha tenido estabilidad y flexibilidad, y creo que ahí ha habido mucho acierto de la nación y de las provincias de dar estabilidad a aquello que tiene que continuar, y también ser flexibles con aquello que tienen que evolucionar, cambiar, ajustarse o corregirse"*.

Destacan la importancia de la innovación que realizó el programa al introducir mecanismos financieros complementarios al modelo tradicional presupuestario, que incentivan a través de las retribuciones, mayores desempeños tanto del sistema provincial como de los establecimientos, objetivos sociales priorizados. Asimismo, herramientas de gestión y aseguramiento en ámbito sanitario público, responsabilidad nominal de la población a cargo, priorización de objetivos y metas, sistemas de monitoreo y control, incentivos no económicos, motivación, administración de recursos,

convenios y compromisos de gestión, evaluación de resultados, etc. Esto les permitió a los establecimientos asistenciales ordenar y mejorar su oferta de servicio, fortaleciendo las capacidades de microgestión.

Desde el nivel local, no tienen una mirada amplia en cuanto a los resultados cuantitativos globales del plan. La visión que tienen con respecto a la implementación del Plan Nacer, está más bien circunscripta al ámbito de trabajo en el que desarrollan su actividad diaria y a la valoración acerca de la oportunidad de mejorar la calidad de atención de su población a cargo.

Perciben como positiva la importancia o el protagonismo que se le dió a los Centros de Salud, en tanto que cada uno de ellos, al igual que los establecimientos hospitalarios, se fueron incorporando al programa como efectores a partir de la firma de convenios de gestión, con la posibilidad de obtener en forma equitativa recursos en función de su capacidad de resolución, de nominalizar a su población a cargo, generar reportes sanitarios y facturar dichas prestaciones.

Los referentes locales manifiestan que cuando comienzan a trabajar con el programa, ya sea desde el CAPS o desde algún servicio hospitalario en particular, el interés inicial está puesto en los recursos que podrían llegar a percibir. Es importante destacar que en la provincia en la cual se realizaron las entrevistas a los actores locales, al igual que en muchas otras, no se permite el pago de incentivo directo al bolsillo de los agentes de salud. Los fondos que reciben a través del pago por prestación se invierten a través de determinadas categorías de inversión, en consenso con la política del Ministerio de Salud Provincial.

El hecho de que los pagos llegaran efectivamente a la cuenta de cada efector, les va generando confianza, sobre todos a los del primer nivel de atención, porque hay una figura muy fuerte del hospital, quien históricamente ha recibido y/o concentrado recursos, mobiliarios, equipamientos, etc. Con respecto a este punto, la referente del hospital de Cinco Saltos expresó que: *... "cuando escuchamos en qué consistía, lo más llamativo era que en ese momento se diera la oportunidad de que los centros de salud o lo que era maternidad e infancia, que pudieran comprar sus cosas. Porque todos, al menos los que estamos en salud hace años, sabemos que siempre se habló mucho sobre la atención primaria; pero vos ibas a los centros de salud y todo lo que te daban era viejo..."*; *"...nunca había cosas nuevas, era todo lo que no usaba el hospital..."*

En general, sostienen que han podido ir conformando equipos comprometidos y organizar como llevar a cabo las tareas administrativas que implica la implementación del programa. La presencia del programa les ha permitido adquirir cosas que antes no podían tener, ya sea porque no contaban con los recursos, porque habían otras prioridades en el área programa o por limitaciones presupuestarias.

A partir de que comienzan a disponer de los fondos, consideran que hay mayor involucramiento. Algo que han ido trabajando a lo largo de la implementación del programa es la priorización de las necesidades que deben ser atendidas, desde equipamiento básico para mejorar la atención de las embarazadas y los niños, calefacción, arreglos en la sala de espera para beneficio de la comunidad en general, equipamiento de mayor complejidad, etc. Esto trae implícito que se puedan reunir como equipo y elaborar estrategias sanitarias, ver cómo están ahora, y que necesitan mejorar; no solo ver en que van a invertir sino también en el “para que”, materializando el cumplimiento de objetivos sanitarios. La continuidad de trabajo en la gestión local con el Plan Nacer, les ha permitido comprender como el plan a partir de distintos mecanismos va incentivando la proactividad del sistema a través del abordaje comunitario (captación, rondas, recaptación ante el abandono de controles), la prevención de la salud priorizando el control periódico y precoz tanto de las embarazadas como de los niños, las inmunizaciones, la promoción de salud a través de las consejerías, talleres. Esto es importante, en tanto que el sistema de salud en general tiende a realizar una medicina de radar, donde la interacción entre los establecimientos y la población suele estar ligada al proceso de la enfermedad, o a la atención de la población que demanda. El hecho de facturar prestaciones, trabajar con un padrón nominalizado, las auditorías, así como la motivación de recibir recursos, habría contribuido con el ordenamiento de la oferta, en la medida en que tienen que recurrir como primer paso a la historia clínica. Entonces, una cuestión recurrente que surgió, fue la existencia de historias clínicas incompletas, que más allá de la cuestión legal, dificultan la tarea de relevamiento del dato sanitario ya sea para facturación, como así también para las auditorías del programa, implicando débitos por la falta de registro de la atención que se brinda. El poder lograr una mejora en los registros les permitió mirar un poco más como están trabajando. Si falta la información en la historia clínica comenzar a mirar si solo falta el registro del dato o si en realidad no se están haciendo determinadas acciones. Entonces, consideran significativa la manera en

que el Plan Nacer lo pone en evidencia y les permite ver cómo están trabajando ellos mismos en su hospital o centro de salud con su población a cargo. Además, la presencia sostenida del programa en terreno y el diálogo permanente, los ayudó a fortalecer la institucionalidad del programa, la confianza, sumar nuevos actores al trabajo cotidiano e ir evacuando dudas. Esto es importante, ya que según las opiniones relevadas, el grado de compromiso entre los agentes de salud, así como la resistencia que presentan algunos servicios, o el grado de apoyo por parte de los directivos, es variable; y en general, las resistencias por parte de agentes de interés, cobran relevancia en tanto que se convierten en obstáculos que afectan el nivel de desempeño global de un efector. Si bien no todos realizan el trabajo administrativo de inscripción y/o facturación, necesitan del compromiso de quienes realizan la atención del beneficiario, para que utilicen las historias clínicas y registren de forma legible las prácticas, así como los atributos que surgen de las normas de atención. Por ejemplo, el peso, la talla, la altura uterina en la embarazada, la transcripción de estudios, los percentilos en los niños, el IMC, los diagnósticos, etc.

Cuando se les preguntó a los actores (tanto de los niveles de conducción nacional, provincial, como del nivel local), a que factores atribuían los resultados del programa: modelo de gestión, focalización en población vulnerable, FBR, o la liquidez de las transferencias; en general respondieron que a todos en su conjunto. Manifiestan que es justamente la combinación de cada uno de los componentes mencionados los que han logrado influenciar en forma positiva sobre el sistema de salud, traduciéndose en un programa de priorización con una modalidad que se percibe como instalada. Mencionan que al comienzo del programa se distinguía como innovador el componente de FBR, también, se sensibilizan con la focalización en el grupo materno infantil, y desde este aspecto, reconocen que el Plan Nacer ha contribuido a reforzar la importancia del cuidado integral de la salud en esta población vulnerable:*“uno pudo sacar muchas cosas importantes, como dicen algunos hacer visible lo invisible...”* (Referente de Cinco Saltos).

El esquema de financiamiento y las transferencias juegan un rol importante, en tanto incentivan o motorizan un circuito dinámico de actividades inherentes no solo a la implementación del plan sino también en cuanto a la percepción de cambios en los equipos de salud. Concuerdan todos en que los cambios son positivos. Hay una motivación de los agentes de salud, que se asocia a que las inversiones adicionales les

permitieron mejorar el lugar de trabajo, poder organizarse y decidir en que invertir los recursos. Tener autonomía en el uso de los fondos. Perciben como valorable el trabajo en equipo: *"...esto de trabajar en equipo, esta fue otra oportunidad, y la posibilidad de hablar todo el tiempo con el equipo y de ir mejorando o agudizando el ingenio a ver cómo podemos contribuir y colaborar entre todos para que salga la facturación..."* (Referente Caps La Costa, Ex. Coordinadora Provincial).

En cuanto a la segunda dimensión del análisis (**Cobertura y Acceso**), consideran relevante la articulación con políticas y programas; en especial, el trabajo conjunto con el programa de Cardiopatías Congénitas, y DINAMI, en el que según manifiestan tanto el coord. Nacional M. Sabignoso como el Dr. Labaroni, los resultados alcanzados son muy valorables. Sostienen que el Plan Nacer contribuyó a la conformación de una red federal de alta complejidad, invirtiendo recursos y equipamiento, mejorando la capacidad ociosa, reduciendo la lista de espera, mejorando notablemente los diagnósticos y los accesos a cirugías y tratamientos en tiempo. Con relación a este punto, el referente del programa pcial. de Cardiopatías Congénitas, sostiene que la articulación con el Plan Nacer *"generó la oportunidad de tratamiento en tiempo y forma para los chicos que no la tenían",... "creo que el principal incentivo del plan es que le brinda la solución al paciente, y que ese es el principal incentivo que uno busca en este plan..."*.

Desde el nivel nacional se destaca la evidencia de impacto en las provincias de Misiones y Tucumán, el aumento en la cantidad y calidad de los controles de la embarazada y del niño.

La Referente del Plan Nacer en la pcia. de Río Negro y Directora de Maternidad e Infancia, por su parte, manifiesta que el programa *"permite visualizar cuales son las prestaciones que tienen impacto sobre la salud de las personas..."*,... *"a los equipos de salud les permite visualizar el valor que tiene cada prestación..."*,... *"ayuda a definir algunas cosas que complementan lo que las normas están planteando"*. El hecho de atar una prestación a un resultado les ayuda a ir cumpliendo los protocolos y los atributos de calidad de las normas de atención, ordenar la consulta y la oferta de servicios. Asimismo, manifiesta que una de las estrategias que utilizaron para mejorar la cobertura es otorgarle un valor mayor a las prestaciones que consideran más importantes desde el punto de vista sanitario, y también a aquellas que no pueden ser brindadas desde el sector público, de modo tal, que la retribución percibida les

permite poder contar con otras estrategias que antes no tenían, como ser contratar el servicio o aumentar la producción para dar respuesta a las embarazadas y a las niñas. En relación al desempeño sanitario observa mejoras en los registros, controles prenatales, captación de embarazadas, información epidemiológica perinatal; pero considera importante destacar que esto se debe no solo a la presencia del programa, sino también a un conjunto de factores que contribuyen al logro de objetivos sociosanitarios. Considera importante, que el plan ha mejorado la capacidad instalada en muchos lugares de la provincia.

Los efectores son heterogéneos y han adquirido distintos grados de desarrollo en relación a la ejecución del programa en el nivel local. Resalta que aún faltaría en algunos casos, poder brindarles herramientas que amplíen su mirada hacia la comunidad en general y al entorno en que viven para poder trabajar fundamentalmente con sus necesidades. Esto implica empoderar a la población para que pueda ejercer su derecho a la salud, y desde los agentes de salud el hecho de poder salir al terreno, acercando el sistema de salud a la comunidad. Sobre este aspecto subyace una característica de la estructura de los sistemas, que tiene que ver con la organización desde el lado de la oferta más que desde las demandas y/o necesidades sentidas de la población, así como el fuerte arraigo del modelo médico hegemónico de atención, curativo, centrado en la atención hospitalaria.

En Cipolletti, la referente opina que al comienzo de la implementación del programa le explicaban a la gente que era el Plan Nacer, *"como un seguro que no iba a brindarle mayores prestaciones pero sí que iba a hacer que el centro de salud mejorara..."*. Sin embargo, sostienen que cuando la gente comenzaba a entender esto, se lanzó la Asignación Universal, y este mensaje se vió simplificado en la medida en que ahora la gente demanda la inscripción para obtener el subsidio, para poder percibir la asignación.

En el caso puntual de las entrevistas correspondientes a la provincia de Río Negro, tanto desde la coordinación provincial como del nivel local, consideran que el alcance y ejercicio del derecho a la salud es algo que tienen que seguir trabajando. No solo desde los derechos sino también desde las responsabilidades.

El referente nacional tiene otro punto de vista en relación a la percepción de los beneficiarios, en tanto conoce la experiencia en las distintas provincias. Manifestó que hace poco finalizaron un estudio de satisfacción de los usuarios, y que los mismos

fueron positivos. Ocho de cada diez personas se siente satisfecha o muy satisfecha con el Plan Nacer.

Se podría inferir que desde el nivel local costaba comprender al principio, cuando comenzaron a trabajar con el programa, cuál era la lógica de aseguramiento público que se pretendía desarrollar en el subsector estatal del sistema de salud que brinda cobertura pública y gratuita. ¿Por qué les iban a pagar por algo que venían haciendo? ¿Por qué de toda la atención que realizan habitualmente, había un listado que determinaba cuales prestaciones se podían facturar? Con el transcurso de la ejecución del Plan Nacer, comprendieron que aquello que hacían habitualmente se podía mejorar, y también, que habían otras cuestiones que estaban desatendidas.

Desde el nivel local no dimensionan el grado en que el Plan Nacer pudo haber contribuido a mejorar el desempeño sanitario a nivel nacional y/o provincial. Sí en cambio, su percepción se traduce en el hecho de haber podido lograr mejoras en lo edilicio, el equipamiento y los registros, logrando satisfactoriamente mejoras en la calidad de atención.

Los distintos actores argumentan que los centros de salud se han equipado con cosas simples pero que fortalecen su atención diaria (detectores de latidos, saturómetros, optotipos, balanzas, tensiómetros, recursos para el taller de preparación para el parto, cartulinas y hojas para las historias clínicas, etc). Contar con material y recursos para realizar capacitaciones, talleres y/o actividades de promoción de salud. Incluso pintar el lugar o comprar bancos para las salas de espera, camas para las mamás y niños que permanecen en la guardia en observación.

Consideran importante el hecho de poder contar con equipamiento que antes solo tenía el hospital. Como menciona la referente de la localidad de Allen:..."*si había algún procedimiento, muchas veces había que mandarlos acá a la guardia porque el centro no contaba con el recurso"...,"ahora con el Plan Nacer dijimos lo que se puede llegar a tener, y se descongestiona el hospital y la gente se atiende directamente en el centro"; ..."podíamos brindarle una mejor calidad de atención".*

A continuación a modo ilustrativo se muestran algunas fotos correspondientes a inversiones realizadas por establecimientos de las localidades de Allen, Cinco Saltos y San Antonio Oeste.



Otro ejemplo, es la calefacción, ya sea desde la compra de calefactores hasta la instalación de gas en centros de salud que tenían estufa a leña, o tenían aparatos que no funcionaban. Esto es importante ya que estos efectores pertenecen a una provincia de la Patagonia, donde por el frío en muchas ocasiones no se podía hacer la consulta o se les dificultaba al tener que desvestir a un niño o embarazada para revisarlos o vacunarlos. Esto también implica mejoras en el ámbito laboral para los agentes de salud que trabajan en el establecimiento.



Coinciden con el nivel nacional y provincial, en que hay mejoras en la utilización de normas de atención y en los registros clínicos. Con relación a esto último, se transcriben a continuación algunas opiniones:

"...en eso uno se da cuenta como hemos ido mejorando. Ya te digo por ejemplo los ficheros cronológicos son de mucha ayuda. Salir a buscar a los niños, tener seguimiento, y eso te ayuda; lo que es tener protocolos, ir viendo porque no vienen, salir..."; *"...en cuanto a registro, eso también. Antes el control de niño sano decía S/P, ahora no, le escriben, llenan los casilleros de la ficha, y hay observaciones y la hacen, ponen el índice de masa corporal, las vacunas están puestas en la ficha celeste o rosada. En eso sí, nosotros vimos bien sustancial la diferencia que tenemos".* (Referente de Cinco Saltos).

..."ya le dijimos a la doctora que nos ayude porque a veces no le entendemos la letra, entonces dice bueno, voy a escribir más clarito". (Referente de CAPS B° Progreso, Allen).

Referente de CAPS La Costa, Cipolletti: *"...se observan mejoras, porque en realidad esto ha permitido la circulación de material de actualización y de normatización, en eso sí, porque tenemos como una uniformidad de criterios. Sí, indirectamente al mejorar el centro de salud uno está mejorando la calidad", "...en cuanto al uso de protocolos y al uso de normas, se ha visto un mejoramiento".*

Sostienen que el programa es "ordenador". Visualizando la importancia de la existencia y utilización de registros, historias clínicas, ficheros cronológicos. También, consideran importante los mecanismos de control que tienen el programa; que alguien mire lo que están haciendo. El hecho de que las auditorías verifican las historias clínicas, les ha permitido ver que hay cosas (que deberían realizarse como rutina en la consulta) no se están haciendo.

La referente pcial. del programa afirma que...*"se le ha dado otro valor a lo que se escribe en la historia clínica..."*.

Cuando se indaga acerca de las estrategias para reducir inequidades en el acceso, enfatizan: la decisión de privilegiar al sector público, la focalización en la población más materno infantil (vulnerable) y sin obra social, el haber priorizado en sus comienzos a las provincias del norte argentino, las provincias más pobres y con peores indicadores sanitarios. El fortalecimiento de la gestión local, la inclusión de migrantes, el alcance y cobertura de establecimientos de la red pública que trabajan con el programa ya sean

rurales o urbanos, incluso llegando a realizar acuerdos interjurisdiccionales (como ser en cardiopatías congénitas). La posibilidad que tuvieron de trabajar con el programa y obtener recursos para fortalecer la atención, no solo los hospitales, sino también los establecimientos del primer nivel de atención, que son precisamente los que están más cerca de la comunidad. Que el Plan Nacer priorice y financie un mismo listado básico de prestaciones con impacto sanitario de forma homogénea en las distintas jurisdicciones provinciales. A la vez, es precisamente la provincia quien decide mediante la estrategia de valorización de las prácticas, cuáles van a ser prioritarias para fortalecer y complementar los programas institucionales así como la política sanitaria provincial. La autonomía en el uso de fondos les permitió a los establecimientos, hacer un diagnóstico de necesidades de acuerdo a la realidad de cada lugar, de modo tal que las inversiones contribuyan a disminuir las brechas existentes de acceso, cobertura y calidad.

Algo que surgió constantemente en las entrevistas, es que el Plan Nacer contribuyó al fortalecimiento del primer nivel, mejorando el acceso y les permitió descongestionar el hospital. Con lo cual los CAPS cuentan con nuevas herramientas y la gente puede atenderse cerca de su casa.

"...el haber obtenido el Plan Nacer y el haber mejorado la parte edilicia, lo simple, tales como calefacción, yo creo que eso indirectamente les mejoró su situación, creo que eso fue lo que más ayudó, es lo que más visualiza la gente, que está más cerca suyo".(Referente de Caps Elvio Yorio y Hospital A, San Antonio Oeste)

En Cinco Saltos también han logrado trabajar en cuanto a la accesibilidad en los horarios de atención, en relación a lo que comentaba anteriormente del ordenamiento; y de poder mirar los números (cantidad de consultas), y que esos números se traducen en personas con nombre y apellido, sin cobertura, de bajos recursos y que no están pudiendo asistir a los controles de la manera en que el establecimiento asistencial esperaba. Han podido reorganizarse, y cambiar los horarios de consultorio de pediatría en los meses invernales.

Desde el programa pcial. de cardiopatías, el referente considera que el Plan Nacer ha sido diseñado para generar igualdad de oportunidades y en algunos casos lo considera también como una superación de oportunidades. Esto tiene que ver con que los niños que tienen obra social de mala calidad tienen más dificultades para poder acceder a un tratamiento terapéutico que aquellos que son beneficiarios del programa. Estos

últimos, tienen en cambio, una respuesta en tiempo y un acceso a una atención de calidad. El niño que no tiene OS es cubierto (previa inscripción) por el Plan Nacer en el caso de ser menor de 6 años, o por DINAMI si es mayor de 6 años. El niño cuyos padre/madre tiene una OS que se considera en términos relativos como “buena” recibe cobertura y acceso a un tratamiento terapéutico. Sin embargo, aquel que tiene una OS relativamente “mala” no tiene la misma oportunidad de acceder al tratamiento en tiempo y forma

Sobre este último punto también acuerda la coordinadora provincial, al mencionar: *“...creo que en algunos casos hasta uno asegura mejor prestación para las personas que no tienen cobertura social porque está dentro de normas, de un estándar, que a lo mejor otro que está bajo cobertura de OS; que no tenemos la certeza de que todas las prácticas que deberían realizarse en una consulta son hechas....”, “...hoy nosotros podemos medir (haciendo referencia a la atención del sector público) si realmente fueron hechas y que calidad de prestación hubo...”*. Esto hace mención a que el trabajo de monitoreo y supervisión en terreno del Plan Nacer les permitió tener una mirada más cercana acerca de cómo se está realizando la atención en los establecimientos públicos, cómo se aplican o se hacen efectivas las normativas, con que registros cuentan, que grado de utilización y de calidad de registro tienen o no por ejemplo en relación a la Historia clínica perinatal base en los embarazos, el sistema informático perinatal, la ficha provincial para el control del niño entre otros.

Una cuestión que fue recurrente en la mayoría de las entrevistas, es que muchos potenciales beneficiarios continúan figurando en padrones de las obras sociales (nacionales y/o provinciales) a pesar de que no cuentan con cobertura real o efectiva. Resultaría necesaria la actualización permanente de los padrones de la Seguridad Social, fundamentalmente en lo que respecta a las “bajas” de los afiliados. También hacia el interior de la provincia, los referentes manifiestan que la gente en muchos casos no tiene una oficina o una sede en la cual pueda hacer los reclamos correspondientes para gestionar el trámite de la baja. Con lo cual, hay una parte de la población que no puede incluirse al plan ya que persisten sus datos filiatorios en el padrón de la Seguridad Social. Este es uno de los principales obstáculos identificados, que no les permite a los establecimientos incorporar al programa a madres y niños que realmente no tienen cobertura explícita de salud. Muchas veces los inscriben igual porque al momento de la realizar la inscripción en papel, los potenciales beneficiarios

manifiestan no tener obra social. Luego, las prestaciones son debitadas cuando desde el nivel central no pueden darle el alta al Plan Nacer porque verifican que figuran en el padrón de la seguridad social. Esta es una situación que se trasladaría incluso a los nuevos grupos poblacionales. En estos casos, el establecimiento pierde la posibilidad de recibir más recursos, y en el caso puntual del financiamiento de las cardiopatías congénitas, son las barreras de acceso las que se ponen de manifiesto.

Con respecto a la **Sostenibilidad y la ampliación del alcance del programa;** los actores del nivel nacional y provincial consideran importante fortalecer el diálogo con los establecimientos y el nivel central, así como las alianzas entre programas, políticas sanitarias, políticas sociales. La coordinadora provincial manifiesta que es necesario también fortalecer la integración con el funcionamiento y estructura del Ministerio Provincial, para que no se viva como algo externo, sino para lograr que la política provincial se pueda apropiar del modelo de trabajo del Plan Nacer y así poder ir avanzando en otras áreas prioritarias.

Destacan la importancia de avanzar con la integración de la Seguridad Social, en cuanto a objetivos, prioridades, normativas. Consideran también que esto podría ayudar a la complementariedad de los 2 subsectores (público y privado), ayudaría a una mejor organización de las prácticas que son prioritarias para el cuidado de la salud. También consideran fundamental el fortalecimiento de las capacidades gerenciales y las capacidades de microgerenciamiento, así como la contribución a la conformación y consolidación de redes de salud. El perfeccionamiento de los sistemas informáticos a fin de agilizar y facilitar la implementación del programa.

Desde el nivel local también se perciben nuevos desafíos frente a la ampliación del programa, que tienen que ver en principio con el proceso de inscripción de los nuevos grupos etáreos, la incorporación de nuevas áreas en los hospitales, nuevos actores. Consideran que hay resistencia en algunos agentes frente a lo nuevo, frente a los cambios, manifestando conflicto de intereses.

Un desafío importante es la incorporación de tecnología informática (limitación generacional) y conectividad a internet. Esto es importante ya que la provincia está afianzando el cambio en la modalidad operativa del papel a la informatización de los efectores. También continuar fortaleciendo los registros clínicos, no solo para agilizar el trabajo con el programa, sino también porque influyen en el desempeño

sanitario, en la medida en que los datos que se informan, son posteriormente verificados y validados en terreno a partir de las auditorías.

Finalmente, cuando se indagó acerca de los grupos que deberían incluirse a futuro en el programa, los actores locales mencionaron:

- A los varones de más de 19 años, que ingresan frecuentemente a guardia por adicción y/o accidentes de tránsito.
- A los adultos mayores de la tercera edad. Consideran que se ve mucho abandono en los abuelos o que las instituciones no les brindan la calidad de atención que deberían. También, que esta población no está muy dirigida a alguien que se ocupe de ellos, como es el caso de los programas de salud.

A partir del trabajo de campo, se realizó un cuadro que se muestra a continuación, sintetizando las opiniones de los actores en los distintos niveles de gestión, en base a las dimensiones y tópicos que se consideraron en las entrevistas y que fueron comunes a todos.

Cuadro N°18. Síntesis de las opiniones de actores en función de las principales dimensiones y tópicos de las entrevistas.

DIMENSIONES DE ANÁLISIS	TÓPICOS	OPINIÓN Y PERCEPCIÓN DE ACTORES		
		NACIONAL	PROVINCIAL	LOCAL
INSTITUCIONALIDAD	Aspectos o características relevantes del programa	<p>Diseño consistente del programa frente a la existencia de brechas de cobertura, equidad y acceso en el subsistema público de salud, derivados de la situación de crisis socioeconómica del país.</p> <p>Apoyo político y Conformación de equipos sólidos. Organización federal y desarrollo de capacidades de rectoría. Esquema de responsabilidades con reglas claras y uniformes para todos los actores. Evaluación de resultados y desempeño de manera sostenida. Incorporación de nuevas herramientas de gestión en el sector público.</p>	<p>Priorización y visualización de prestaciones con impacto en la salud de las personas. Implementación de un conjunto de prestaciones básicas de salud homogéneas para todas las provincias. Se destaca que la implementación del programa ha permitido dar respuestas a necesidades que estaban insatisfechas, fortaleciendo la gestión local a través de la transferencia de recursos y herramientas. En relación a las CC, se subraya la generación de oportunidades para mejorar el acceso y lograr el objetivo terapéutico</p>	<p>El modelo del PN es percibido como ordenador y organizador, tanto desde los registros clínicos, como desde el proceso de atención. Se resalta la oportunidad que se les dio a los centros de salud de gestionar recursos y mejorar la capacidad instalada. Destacan que a través del pago de prestaciones obtienen recursos y deciden en que invertir, pudiendo mejorar la calidad de atención. Presencia del programa en terreno y comunicación con los establecimientos. Articulación del PN con el programa Materno Infantil, facilitando el cumplimiento de protocolos y normas de atención.</p>
	Mecanismos de incentivos y percepción de cambios en el comportamiento del equipo de salud	<p>Percepción de cambios positivos en todos los niveles. La autonomía para decidir la inversión de recursos adicionales les permitió mejorar las condiciones y el ámbito de trabajo, así como la calidad de atención. A pesar de que son pocas las provincias que asignan incentivo económico, se percibe igual motivación en los equipos de salud de las diferentes</p>	<p>Percepción de cambios positivos que se traducen en mejoras en el trabajo en equipo, en los registros de atención y en la información epidemiológica de la atención perinatal.</p>	<p>Los cambios se perciben como positivos. Se distingue el trabajo conjunto. El hecho de que el dinero llegue a los caps, la autonomía en las decisiones de compras, así como las mejoras logradas a partir de las inversiones, son la principal motivación. También las mejoras en los ambientes de trabajo. En los hospitales suelen haber</p>

		jurisdicciones provinciales (a partir de incentivos no económicos).		conflictos de interés entre distintos servicios en relación a las compras. Un incentivo que se destaca es que con la implementación del PN se comenzaron a realizar cosas que antes no se hacían y a mejorar los registros de la atención del beneficiario en las historias clínicas.
	Factores vinculados a los logros del programa: modelo de gestión, FBR, focalización en población vulnerable, liquidez de las transferencias)	Se destaca al principio del programa el FBR y la importancia de la inversión de recursos adicionales a través de un mecanismo de financiamiento que complementa el modelo tradicional presupuestario. Se atribuyen los logros del programa a la combinación de herramientas e instrumentos de gestión (todos los factores).	Los logros del programa se atribuyen a la combinación de todas las variables mencionadas. Se describe como importante para los establecimientos la visualización de prácticas prioritarias, la transferencia de recursos y la autonomía en cuanto a la decisión de inversión.	En líneas generales se señala que todos los factores tienen que ver con los logros del programa. Según el lugar se acentúa también la importancia en la Población vulnerable, el modelo de gestión, el FBR al principio, la uniformidad de criterios entre el nivel central, el programa y los establecimientos.
COBERTURA Y ACCESO	Estrategia de utilización del nomenclador y facturación en la mejora del desempeño sanitario	Se destaca como estrategia principal la posibilidad de aportar herramientas y recursos a los equipos de salud para que ellos puedan tomar decisiones.	Estrategia de valorizar más a las prestaciones prioritarias así también como a aquellas que no se pueden brindar desde el subsector público a fin de fortalecer la capacidad instalada aumentando la producción.	Observan mejoras desde el punto de vista de los registros (historia clínica), relacionados a la necesidad de reportar datos sanitarios para la facturación y a los mecanismos de control del programa en terreno.
	Modificaciones en la calidad de atención y cobertura. Mejoras en la oferta de servicios.	Mejoras organizacionales, en los registros clínicos que se traducen en mejoras en la calidad de atención. Mejoras en la comunicación entre el nivel local y los MSP. Motivación y valoración positiva del programa por parte del equipo de salud.	Mejoras en la capacidad instalada, en el ámbito de trabajo. Se destaca el beneficio sobre todo para los centros de salud. Ordenamiento de la consulta y la oferta de servicios Con respecto a las mejoras en el desempeño sanitario se considera que	Se distingue mejoras en la oferta prestacional a través de la adquisición de equipamiento para un mejor control de la embarazada y el niño, mobiliario, reformas edilicias, que contribuyen a optimizar la calidad de atención.

		<p>Fortalecimiento del trabajo en equipo. Se hace referencia también a los resultados de la evaluación de impacto en las provincias de Misiones y Tucumán. Contribución a la conformación de la red federal de CC, y disminución de la lista de espera. Aumento en la producción de servicios y en el diagnóstico oportuno de CC.</p>	<p>hay muchos factores que contribuyen al logro de dichos resultados. En el caso de CC contribuyó a mejorar la capacidad instalada, aumentar la producción, diagnósticos, tratamientos; y disminución de la lista de espera. Se valora positivamente que el programa hace énfasis en los protocolos y guías de atención, implementando mecanismos de control y monitoreo que les permiten tener una mirada más integral de como se está llevando a cabo la atención en el sector público, a diferencia del privado. Han observado en CC, mejores oportunidades de acceso a cirugías en niños bajo programa en relación a los que tienen cobertura de OS de baja calidad.</p>	<p>Se sienten gratificados de que a través de las mejoras logradas, tanto la embarazada como su familia, perciban como más confortable el lugar de atención, tanto en las salas de espera, consultorio, aula de curso parto, guardia, entre otros. Uso de protocolos y normas de atención. Aumento de capacidad instalada y aparatología básica que les permite resolver situaciones en los centros de salud, mientras que antes del programa, debían enviar a los pacientes al hospital.</p>
	<p>Cambios en la demanda y utilización de servicios por parte de la población</p>	<p>Se hace referencia al estudio nacional de satisfacción de usuarios y de población. Manifiesta que según los resultados, 8 de cada diez personas se sienten satisfechas con el Plan Nacer. Sostiene una mayor utilización por parte de la población del primer nivel y una valoración positiva</p>	<p>En lo que concierne a cardiopatías congénitas, sí se observan cambios en la demanda y utilización de servicios. Con respecto a la población de embarazadas y niños en general, consideran que aún falta que la población perciba o visualice lo referente al empoderamiento y derecho a la salud. También desde el equipo de salud sería necesario poder cambiar el enfoque de una medicina de radar hacia un sistema más proactivo</p>	<p>Los cambios que se aprecian en la demanda están relacionados a factores externos al programa (condición socioeconómica, cierre de establecimientos privados, falta de cobertura real por la OS, AUH). Si bien las inversiones han permitido que los efectores tengan un mayor confort, no observan que la gente perciba una asociación entre las mejoras en los establecimientos y la presencia del programa.</p>

	Estrategias para reducir inequidades en el acceso	Toma de decisiones en la que se privilegia al subsector público, la población sin OS, la gestión local. Capacidad de implementación del programa a través de una extensa red de prestadores (rurales, urbanos), fundamentalmente los centros de salud que son cercanos a la comunidad. Inclusión de los migrantes. Financiamiento de los módulos diagnósticos y quirúrgicos de CC. Implementación inicial del programa en las provincias del norte argentino. Regulación y rectoría de la nación quien tiene la responsabilidad de compensar las desigualdades entre las diferentes jurisdicciones. Enfoque del programa orientado en base a la estrategia de APS.	Homogenización a nivel nacional de prestaciones en base a normas de atención. Control de la calidad de las prestaciones brindadas a la población sin OS en el sector público. Financiamiento de módulos integrales de atención y tratamiento de las cardiopatías congénitas en niños sin obra social independientemente del lugar de residencia. Fortalecimiento del primer nivel y de los centros tratantes para aumentar la producción y mejorar el acceso. Opinión acerca de que el programa está diseñado para generar igualdad de oportunidades.	La focalización en la población vulnerable y el fortalecimiento de los establecimientos del primer nivel de atención que son los que están más en contacto con la comunidad. Al poder contar con otras herramientas y recursos pueden mejorar cuestiones relacionadas a la accesibilidad al sistema. Lograron aumentar la capacidad instalada y brindar prestaciones que antes solo se podían realizar en el hospital.
AMPLIACIÓN DEL ALCANCE- SOSTENIBILIDAD	Oportunidades de mejora	Fortalecimiento de las alianzas. Aumento de las capacidades gerenciales de los seguros provinciales y el microgerenciamiento en el nivel local. Contribuir a la conformación de redes. Perfeccionamiento de los sistemas de información, fundamentales para la toma de decisiones. Afianzar las capacidades del programa como instrumento de cambio en la modalidad de gestión dentro del sistema de salud	Continuar ligando el pago de prestaciones al cumplimiento de normas de atención y estándares de calidad. Avanzar en estrategias de abordaje comunitario y promoción de salud.	Optimizar los registros de los datos en las historias clínicas para agilizar el trabajo cotidiano con el programa. Implementación del sistema de gestión prestacional on line para inscripción y facturación. Apoyo a los referentes locales por parte de la dirección. Lograr un mayor acuerdo y consenso entre los distintos servicios hospitalarios para poder invertir recursos en base al cumplimiento de objetivos sanitarios.

	<p>Identificación de alianzas y desafíos frente a la ampliación del programa</p>	<p>Articulación con programas y políticas sociales y sanitarias. Coordinación de acciones conjuntas con la Seguridad Social (OSP). Fortalecimiento del vínculo y el diálogo con los establecimientos de salud. Fortalecimiento del empoderamiento de la población en el ejercicio del derecho a la salud. Compromiso y capacidad de desarrollo entre nación, provincia y los establecimientos.</p>	<p>En las alianzas se mencionan los Ministerios de Salud Provinciales (autoridades y programas institucionales), otras Áreas como Derivaciones, Gestión Hospitalaria, Uno de los principales desafíos tiene que ver con lograr niveles aceptables de cobertura en los nuevos grupos poblacionales. En relación a la sostenibilidad del programa se enfatiza acerca de la decisión política y la apropiación o no del modelo del PN a la política provincial.</p>	<p>Incorporación de nuevos servicios vinculados a la atención de nuevos grupos poblacionales, compromiso por parte del equipo de salud y apoyo por parte de la dirección. Los desafíos están relacionados al proceso de las nuevas inscripciones, las mejoras en los registros para poder optimizar la facturación y la obtención de recursos. La incorporación de tecnología informática.</p>
	<p>Aplicabilidad del modelo a otras políticas o áreas prioritarias</p>	<p>Sí, en tanto es una política de priorización que busca alcanzar resultados de impacto sanitarios a través de gestión e inversión de recursos que son limitados procurando una mejora en la eficiencia. También desde el punto de determinación de metas y evaluación de desempeño de manera sostenida.</p>	<p>Se considera que el modelo podría ser aplicado a otras políticas de salud en tanto que hay ejemplos demostrados de buena práctica. También opinan que ayudaría a la complementariedad de los subsectores del sistema de salud y a la organización de la prestación de servicios.</p>	<p>En general creen que sí en tanto tiene un modelo de gestión que es ordenador e incentiva la mejora en el desempeño. Permite a los efectores organizarse. Señalan la importancia de que alguien mire lo que están haciendo, a través de los mecanismos de monitoreo y control del programa.</p>

Fuente: elaboración propia.

4.3. Perspectivas a futuro del programa

En el siguiente cuadro se resumen las perspectivas y factores relevantes del programa en base a la documentación del marco teórico, y al desarrollo de los componentes cuanti-cualitativos del presente estudio.

Cuadro N°19. Síntesis de las perspectivas a futuro de la ampliación del Plan Nacer.

Fortalezas (internas)	Oportunidades (externas)
<p>Diseño del programa basado en el diagnóstico situacional de las necesidades insatisfechas y que requerían respuestas por parte del sistema sanitario, en el contexto de crisis socioeconómica del país.</p> <p>Organización federal que favoreció el fortalecimiento de las capacidades de regulación y rectoría, comunicación, consenso y diálogo entre los distintos niveles (nación, provincias, municipios, establecimientos).</p> <p>Conformación de equipos sólidos y multidisciplinarios de trabajo.</p> <p>Evaluación y monitoreo permanente de resultados de desempeño entre nación y provincias, y entre las provincias con los efectores.</p> <p>Capacidad del programa de evolucionar en el tiempo, con estabilidad y flexibilidad.</p> <p>Nominalización y Focalización en Población materno infantil sin OS logrando altos niveles de Cobertura.</p> <p>Inversión de recursos adicionales en el subsector público de las distintas jurisdicciones provinciales a través de un modelo de financiamiento basado en resultados.</p> <p>Innovación a través de la incorporación de nuevas herramientas de gestión, que pone énfasis en la priorización de objetivos sanitarios, y en la asignación eficiente de recursos.</p> <p>Autonomía de los efectores en la decisión del uso de fondos, en consenso con la política sanitaria provincial.</p> <p>Fortalecimiento del trabajo en equipo en el nivel local. Motivación del equipo de salud.</p> <p>Actores, relaciones y responsabilidades definidas, reglas claras y uniformes.</p> <p>Fortalecimiento del primer nivel de atención</p> <p>Extensión geográfica de la red de prestadores</p>	<p>Integración con la Seguridad Social, programas y políticas sociales/sanitarias coordinando acciones conjuntas.</p> <p>Apropiación del modelo de gestión y aseguramiento del programa por parte de las políticas sanitarias provinciales</p> <p>Fortalecimiento del empoderamiento, Participación comunitaria y ejercicio del derecho a la salud de la población precisando el alcance.</p> <p>Articulación e integración de sistemas informáticos y de gestión provinciales y/o de programas nacionales, optimizando los niveles de reporte prestacional</p> <p>Fortalecimiento de las capacidades de gerenciamiento y microgerenciamiento en el sector público, enfatizando la eficiencia en la asignación de recursos para disminuir barreras de acceso.</p> <p>Conectividad e Informatización de los efectores.</p> <p>Incorporación de nuevos actores involucrados en la atención de nuevos grupos poblacionales, y en la prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías prevalentes.</p> <p>Conformación de un padrón único sanitario nominalizado, y actualizado (población sin obra social, afiliados de OSN, OSP, prepagas).</p> <p>Compromiso de trabajo con el programa por parte de actores provinciales y locales que permita un aumento en los niveles de cobertura y facturación de los nuevos grupos.</p> <p>Consolidación de redes de atención en articulación con otros programas sanitarios.</p>

<p>del PBS y contribución a la conformación de la red federal de CC. Ordenamiento y organización de la oferta de servicios. Contribución a la equidad en el acceso a prestaciones de salud de población vulnerable. Contribución al cumplimiento de objetivos sociales en conjunto con otras políticas y programas</p>	
Debilidades (internas)	Amenazas (externas)
<p>Resistencias y falta de adhesión de algunos agentes de salud para escribir en la historia clínica y generar reportes prestacionales de facturación. Dependencia del Programa del financiamiento externo. Escasez en el recurso administrativo en el nivel local para la ejecución del programa, sobrecargando al equipo de salud. Falta reforzar y trabajar la Percepción de los beneficiarios, tienen un rol pasivo en la ejecución del programa en comparación a la relación "Plan Nacer-establecimiento con convenio". Sistemas de gestión prestacional del programa que requieren conectividad de internet en los efectores. Desempeño sanitario con resultados heterogéneos en el cumplimiento de metas relacionadas con APS.</p>	<p>Falta de registros clínicos y/o registros incompletos que afectan el desempeño global de los efectores. Que desciendan los niveles de cobertura poblacional global Decisión y apoyo político para asegurar la sostenibilidad política-financiera, así como la disponibilidad de recursos. Que se puedan sostener en el programa ampliado los resultados alcanzados por el Plan Nacer. Fragmentación del sistema de salud Modelo de atención del sistema de salud arraigado en el modelo médico hegemónico. Descentralización de la gestión pública sanitaria que requiere una mayor capacidad de regulación. Resistencias de los grupos de interés.</p>

Fuente: elaboración propia.

5. Conclusiones y Reflexiones finales

La crisis de fines del 2001 ha tenido un fuerte impacto en el sistema sanitario Argentino. El Estado como garante de la salud de los ciudadanos, ha formulado una serie de políticas públicas, entre ellas el Plan Nacer, como paliativo para atenuar los efectos de la crisis en la salud de las personas, sobre la base de los valores de equidad y justicia social.

La ejecución del programa mediante una lógica de aseguramiento público parcial de salud, ha permitido una igualdad de oportunidades para los establecimientos que forman parte de su red, ya sean hospitales, centros de salud y/o puestos sanitarios.

Esto quiere decir, oportunidades para trabajar con población a cargo bajo responsabilidad nominal, disminuir brechas interjurisdiccionales para garantizar de forma homogénea la garantía explícita de un paquete básico de prestaciones prioritarias para el cumplimiento de objetivos sociales. Oportunidad de obtener recursos en función de la producción sanitaria y del nivel de desempeño, de gestionar, administrar, priorizar, e invertir recursos en pos de mejoras de atención, infraestructura, capacidad instalada, tendientes a disminuir las barreras de acceso, así como las desigualdades en salud.

A junio del 2012, el Plan Nacer alcanzó un 92% de cobertura global de inscripción, con un 65,8% de cobertura de la población objetivo de mujeres (embarazadas y puérperas), y un 95,8% de cobertura de la población objetivo de niños menores de 6 años sin obra social.

Firmó convenios con el 90% de la red de establecimientos públicos, los cuales facturaron más de 39.000.000 prestaciones de salud de sus beneficiarios al seguro provincial, recibiendo recursos en concepto de pago por prestación por un total de \$ 790.297.376.

El eje del programa desde sus inicios estuvo basado en la estrategia de atención primaria de salud, con lo cual, no solo incentivó las prestaciones de prevención y promoción de salud, sino que buscó orientar y reorganizar la oferta pública, contribuyendo a la integralidad de la red asistencial. Mediante el pago por prestación se incentivó la proactividad del sistema sanitario hacia la comunidad, el fortalecimiento

del primer nivel de atención, y el fortalecimiento del hospital para dar respuesta dentro de una red a las demandas de atención del 2° y 3° nivel de atención.

Se observó que las provincias de Fase I recibieron mayores recursos en prestaciones relacionadas con APS, con lo cual se presume que la misma estuvo asociada a la estrategia provincial de valorización de prácticas. Hubo mayor cantidad de prestaciones facturadas en el grupo niño, embarazo y comunidad. En la Fase II, hubo un 12% más de recursos para el nivel hospitalario a expensas del pago de la prestación del subgrupo parto.

Se introdujo un nuevo esquema de asignación de recursos en el subsistema público, que complementó al mecanismo presupuestario tradicional, así como al mecanismo de recupero adicional de recursos a la seguridad social; mediante la innovación del pago por resultado. A través de este esquema se transfirieron de nación a las jurisdicciones provinciales más de mil millones de pesos durante el período de estudio. Los Estados provinciales a su vez, han transferido más de 170 millones en concepto de cofinanciamiento, esto es importante para la sostenibilidad financiera del proyecto según lo establecido por los convenios entre la nación y las provincias.

Del total de transferencias de nación a provincia, 600 millones de pesos corresponden al concepto de resultados de inclusión social, y más de 240 millones de pesos corresponden a los resultados de desempeño sanitario. Las provincias de Fase I y II recibieron recursos similares en términos de inscripción dado que esta última tiene mayor volúmen poblacional. En cambio, hubo un mayor nivel de transferencias por resultados sanitarios en las provincias de Fase I, probablemente se deba a que las mismas han logrado mayor capacidad de reporte sanitario. Las transferencias por resultado sanitario se distribuyeron de la siguiente manera: NEA 34%, NOA 33%, Cuyo y Patagonia 28%, Centro 23%.

Las metas sanitarias con mayor desempeño fueron aquellas cuyo reporte sanitario estaba vinculado al evento del parto/cesárea, y a una misma fuente del dato, como ser el sistema informático perinatal. En cambio, las metas relacionadas a la captación de embarazos, inmunizaciones y control del niño, tuvieron menor desempeño, con lo cual se presume mayores dificultades para obtener los datos desde la fuente de registro y la capacidad de generar reportes sanitarios prestacionales. Precisamente, uno de los temas más recurrentes en las distintas entrevistas, fue la existencia de historias clínicas

incompletas, que no solo dificulta la tarea de relevamiento del dato para facturación, sino que también influye en el desempeño global del efector.

En líneas generales, los actores manifiestan haber logrado mejoras en los registros a partir de la presencia del programa, considerándolo como ordenador y organizador, no solo en cuanto a registros, sino también del proceso de atención.

El programa también ha contribuido a mejorar el diálogo entre los distintos niveles de gobierno, así como la rectoría en la implementación de una política sanitaria, en un contexto de autonomía provincial y de descentralización en la provisión de servicios.

El fortalecimiento de las capacidades de rectoría es relevante, sobre todo en un país con una organización bajo un esquema federal, en tanto que es precisamente la nación, quien tiene el deber de compensar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud entre las distintas jurisdicciones provinciales, para disminuir las desigualdades en los resultados sanitarios.

Entre los indicadores duros de desarrollo de un país está la mortalidad materna e infantil, con lo cual, la focalización del programa, ha permitido visualizar y poner más énfasis en las acciones y recursos para aumentar la protección hacia una población vulnerable, como ser el grupo materno infantil. Acciones que no son aisladas, sino articuladas entre otros programas que tienen un rol normativo y de gestión sanitaria, como ser el Programa Materno Infantil a través de la dirección nacional así como desde las coordinaciones provinciales, y el programa de Cardiopatías Congénitas.

Esto es importante, ya que no solo podríamos hablar de logros sanitarios del programa, sino también de haber contribuido al logro de sinergias entre las distintas provincias y la nación, y entre los distintos programas y políticas, para obtener un mayor impacto en la salud colectiva de la población.

Dentro de los logros más valorados está también la conformación de una red de 17 establecimientos tratantes de cardiopatías congénitas, habiendo comenzado con 12 establecimientos en 2010. Se financiaron desde el programa más de 1.400 módulos quirúrgicos para el acceso a un tratamiento integral de niños menores de 6 años sin obra social.

Se conformó un Fondo de Reaseguramiento Solidario para el financiamiento de prestaciones de alta complejidad, mediante el cual se transfirieron recursos a los centros tratantes por más de 166 millones de pesos. El mayor porcentaje correspondió

a Fase II ya que concentra la mayor cantidad de centros tratantes, entre C.A.B.A. y pcia. de Buenos Aires).

La lista de espera disminuyó en un 80%, y aumentó considerablemente el diagnóstico precoz y oportuno de los niños con CC.

La tasa de TMI disminuyó de 14,4 defunciones cada mil nacidos vivos en 2004 a 11,7 en 2011, sobre todo, a expensas de la disminución en el componente neonatal: 9,7 (2004) a 7,6 (2011) defunciones c/1.000 NV; registrando variaciones en el período considerado como neonatal precoz (primeros siete días de vida).

Los resultados de impacto en la mortalidad infantil no pueden atribuirse solo a la presencia del programa, sino que tienen que ver con una multiplicidad de factores como ser saneamiento, agua potable, vivienda, educación, política sanitaria, nivel de ingresos, entre otros. Aun así, la tasa de mortalidad infantil no logra bajar de los dos dígitos, estando distante de los ODM, al igual que la mortalidad materna que mantiene cifras elevadas.

En el nivel nacional y provincial la mirada de los actores es más macro, y concuerdan con los resultados expuestos anteriormente. En el nivel local la implementación del programa es heterogénea, alcanzando los efectores distintos grados de desarrollo en relación a la ejecución del mismo. En los establecimientos asistenciales no dimensionan el grado en que el Plan Nacer pudo haber contribuido a mejorar el desempeño sanitario, tanto a nivel provincial como nacional. Tampoco tienen una mirada amplia en cuanto a los resultados cuantitativos globales del plan. La visión que tienen con respecto a la implementación del programa está más bien circunscripta al ámbito de trabajo en el que desarrollan su actividad diaria, valorando como un logro positivo el poder contar con otras herramientas y recursos para mejorar cuestiones relacionadas a la accesibilidad del sistema, así como a lograr mejoras en la calidad de atención de su población a cargo.

Un aspecto importante en el desarrollo de esta investigación, es que el trabajo de campo permitió realizar un análisis y una evaluación más completa sobre el alcance de los logros del programa, en la medida que incorporó la voz de actores claves que son justamente quienes hacen efectiva la implementación del mismo.

De acuerdo a la información que surge de las entrevistas realizadas, la implementación del Plan Nacer no solo permitió visualizar cuestiones que estaban desatendidas en el subsistema público sino también, puso en evidencia características o cuestiones que

son propias del sistema de salud. Una de ellas es la heterogeneidad y fragmentación, así como la superposición de coberturas; especialmente en lo que concierne a las interacciones entre el sector estatal y el subsector de la seguridad social. Hay ejemplos claros en los que ambos subsectores interactúan constantemente pero en forma desarticulada generando no solo subsidios cruzados sino también asimetrías en las garantías de derechos en el acceso a servicios de salud, tanto en lo que respecta al acceso en forma oportuna como así también a una atención de calidad.

Argentina tiene un sistema segmentado, donde coexisten en forma desarticulada y en competencia, tres subsistemas, con diversidad en las formas de cobertura, provisión y financiamiento.

La flexibilización laboral, la informalidad, el desempleo, el aumento de los insumos y los costos de atención, afectan no solo la organización del modelo sanitario de seguros sociales cuya base está vinculada al trabajo, sino también al modelo de seguros privados, en la medida en que disminuye el número de afiliados, así como los aportes y el financiamiento. Esto trae aparejado mayores restricciones para quienes accedían en función de su capacidad de pago, y para quienes quedan excluidos del mercado de trabajo, con la pérdida de la cobertura explícita de salud. En consecuencia, hay un constante desplazamiento de la demanda desde el privado/seguridad social hacia el subsector público, así como una superposición en el financiamiento y la cobertura de salud.

El sistema público es quien tiene mayor capacidad para promover la equidad, y compensar desigualdades. Sin embargo, está sobre exigido, presentando una atención estratificada con diferencias en la efectividad de las intervenciones, y desigualdades evitables en el acceso donde los más excluidos tienden a ser los más necesitados.

Frente a los resultados sanitarios que tiene nuestro país, cabe preguntarnos: ¿Es posible pensar en un sistema único y más eficiente? ¿Qué tipo de modelo organizativo de sistema y de financiamiento necesitamos para dar respuesta a los problemas de salud de la población? ¿El modelo de aseguramiento es válido como instrumento integrador de los distintos subsectores? ¿Qué tipo de seguro tiende a garantizar mayores niveles de equidad y oportunidad de atención?

Podríamos decir que el desafío más grande para nuestro sistema de salud es la integración de los distintos subsectores para poder alcanzar un nivel socialmente aceptable de cobertura que garantice el derecho ciudadano universal al acceso y a la

protección social. Claramente, esto va más allá del alcance de la implementación de un programa de desarrollo de seguros públicos ya que implica cambios estructurales no solo en el sistema de salud, sino también en la formulación de una política de estado, una política federal de salud. Es importante sin embargo, destacar que el programa ha logrado poner en escena el debate sobre la importancia del aseguramiento público como instrumento integrador de los distintos subsectores, así como la búsqueda de un modelo organizativo que involucre distintas alternativas de financiamiento.

Asimismo, ha promovido el fortalecimiento de las capacidades y funciones del Estado en los distintos niveles de gobierno, para organizar y regular la estructura sanitaria con eje en la atención primaria de salud, tendiendo a compensar las diferencias regionales.

Por último, otra de las cuestiones que se perciben como positivas es la capacidad del programa para producir cambios en el equipo de salud mediante la introducción de un esquema de incentivos y motivaciones, así como la capacidad de institucionalizar una nueva forma de gestionar la salud a través de la priorización de metas y objetivos, la evaluación permanente de resultados, el fortalecimiento de las capacidades de autogestión hospitalaria, la contribución a la conformación de redes de atención, procurando el desarrollo de la capacidad de compra estratégica de servicios que respondan a los emergentes de la salud colectiva, la introducción de modificaciones en la estructura tradicional presupuestara, condicionando la asignación de recursos al logro de mejoras en el desempeño tendientes a mejorar la calidad del gasto público.

Las mejoras en la gestión clínica, mejoras en registros, en la adquisición de insumos básicos para fortalecer la calidad de atención, alineando las políticas de financiamiento con la provisión de servicios.

Entonces, en la medida en que este programa ha logrado generar igualdad de oportunidades para dar respuesta a necesidades de salud colectiva, estableciendo y vinculando prioridades dentro del gasto público, creando acuerdos de desempeño entre la nación, las provincias y los establecimientos, es sin duda un aporte importante en el camino hacia la construcción de un sistema de salud más justo y equitativo.

6. Bibliografía

ABUELAFIA E.; El Funcionamiento del Sistema de Salud Argentino en un Contexto Federal. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Documento 77 Septiembre 2002.

ALCALDE RABANAL JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S243-S254.

Aran D, Laca H., Sistema de salud de Uruguay. Salud Publica Mex 2013; 53 supl 2:S265-S274.

ARREDONDO Armando, Gobernanza en Sistemas de Salud: conceptos, aportes y evidencias para el avance de estrategias de Protección Social en Salud de los Migrantes. Primera Edición 2010.

BANCO MUNDIAL. Desigualdad en América Latina y el Caribe. ¿Ruptura con la historia? Resúmen Ejecutivo, 2004.

BANCO MUNDIAL. Financiamiento para la salud: Resultados del sector. Salvar vidas y apoyar « un desarrollo saludable » mediante un financiamiento basado en resultados. <http://go.worldbank.org/SEN77OPBM0>

BANCO MUNDIAL. Presupuesto basado en resultados: Lograr eficiencia y eficacia en los servicios públicos, Septiembre de 2010 <http://go.worldbank.org/WMAV4DFD70>

BANCO MUNDIAL, Reporte No. 26144-AR: El Sector Salud Argentino: Situación Actual y Opciones para Mejorar su Desempeño; 21 de Julio de 2003

BANCO MUNDIAL. Rwanda: Medidas en sector de la salud reportan beneficios. Banco mundial 2011
: <http://go.worldbank.org/N6XZ5PPOF0>

BANCO MUNDIAL, Salud materna e infantil: Países crean un nexo entre financiamiento y resultados. Artículo, Mayo 20, 2011.

: <http://go.worldbank.org/8OWUN2MDS0>

BANCO MUNDIAL, Unidad de Financiamiento Internacional. Mecanismos de gestión y lecciones aprendidas relativas al financiamiento basado en resultados. Unidad de Financiamiento Internacional (UFIS), Coordinación de Monitoreo y Evaluación, Septiembre 2010.

BARRAGÁN Horacio, Rossotti Jorge L., Fundamentos de Salud Pública, Capítulo 19. Los proyectos de Seguros y Servicios.

BÁSCOLO Ernesto, Los Seguros Públicos de Salud como Estrategia de Reforma del Sector Público en la Argentina. Seguro Público de Salud: Aportes para un Debate Abierto. Instituto de Salud Juan Lazarte, 2004.

BECERRIL MONTEKIO V., Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S120-S131.

BID- MSAL. Plan Nacer. Encuentro Nacional, septiembre 2009: Incentivando un Mejor Desempeño en el Manejo de Enfermedades Crónicas. Experiencias en implementación de programas de pago por desempeño en salud (PpD) (resumen del documento preliminar "Pago por Desempeño en Salud: Lecciones para México y Centroamérica en Salud materno-infantil y Diabetes" de Sergio Bautista et al, 2009)

BIXBY Luis R., Aguilar C., Blanco L., León M.; Equidad y Salud en Centroamérica. Documentos Técnicos Proyecto ELAC 31. OPS, Whashington, DC. Junio 2000. www.paho.org/spanish/hdp/hdr/serie31composite.pdf

BRESSER PEREIRA Luis Carlos, La Reforma del Estado de los años 90's: Lógica y Mecanismos de control. Desarrollo Económico, Vol 38, N° 150. 1998

BUGLIOLI Marisa, Dean Andrés, Esponda Fernando, Raffaele Elizabeth. "Transformar el Futuro, Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud". MSP. 2010. El pago de los servicios de salud por parte del SNS.

CASAS Juan A., Torres Cristina. Gobernabilidad y Salud: Políticas y participación social. Washington, DC: OPS, 1999.

CASILDA BÉJAR Ramón. América Latina y el Consenso de Washington. Boletín Económico de ICE N° 2803, del 26 de abril al 2 de mayo de 2004.

CEPAL. Población y salud en América Latina y el Caribe: Retos pendientes y nuevos desafíos. Mayo 2010.

CETRANGOLO Oscar, Introducción al Gasto Provincial en Salud y los Seguros Provinciales de Salud. en Báscolo, Ernesto (comp.): Seguro Público de Salud: Aportes a un debate abierto, Instituto de la Salud de Juan Lazarte, Rosario, 2004.

CONFORTI M. Cristina Conforti, Scaravilli N., Martinuzzi S., Crespo M. "El derecho a la salud y el incumplimiento de los prestadores" Curso Anual de Auditoria Medica – Hospital Alemán, 2005.

CHERESKY Isidoro; Las capacidades del estado y las demandas ciudadanas: condiciones políticas para la igualdad de derechos. 1ª ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2008.

DECRETO N° 2724/2002. Emergencia Sanitaria Nacional.
http://www.sssalud.gov.ar/pmo/e_sanitaria.pdf

EIREA EIRASA Carlos, Ortún Rubio Vicente. Incentivos en la mejora de la calidad asistencial. Informe SESPAS 2012. Gac. Sanit.2012; 26(S):102-106

GARCIA HURTADO, Camacho Encinas. Institucionalidad en América Latina, Regulación de los Servicios Sociales y Autoridad Social. CEPAL, marzo 2010.

FRANCO Rolando, Institucionalidad Social en América Latina. Institucionalidad de las políticas sociales: ¿Es posible mejorar su efectividad? CEPAL, 2010.

FISZBEIN Ariel, Giovagnoli Paula, Aduriz Isidro. El impacto de la crisis Argentina en el bienestar de los hogares. Banco Mundial. Revista de la C E P A L 7 9; abril 2 0 0 3

FLORES Walter;¿Qué es la gobernanza del sistema de salud y cuál es su relevancia?. CEGSS, Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud. Evidencia para Políticas Públicas N° 1; 2010.

GASPARINI Leonardo, Cruces Guillermo. Una Distribución en Movimiento: El Caso de Argentina* Una Revisión de la Evidencia Empírica. CEDLAS 78, UNLP, agosto de 2008.

GERTLER Paul, Martínez Sebastián, Celhay Pablo. Impacto del Programa Plan Nacer sobre Utilización de Servicios y Resultados Sanitarios. Resultados intermedios con datos administrativos de las provincias de Misiones y Tucumán. Banco Mundial. Informe de Evaluación de Impacto. Documento no publicado. Marzo 2011.

GÉRVAS Juan, Pérez Fernández Mercedes. Pago por desempeño («pay for performance» [P4P]) Madrid. 2008

GÓMEZ José, El Ciclo de las Políticas Públicas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe ECLAC, Guatemala. Agosto 2010.

GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés & Tobar, Federico. "Salud para los Argentinos". Buenos Aires. Ediciones Isalud.2004

GIOVANELLA Ligia, Feo Oscar, Faria Mariana, Tobar Sebastián. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012

KEYNES John Maynard. Teoría General de la ocupación, el interés y el dinero. Fondo de Cultura Económica. Primera reimpresión, 2005.

LEDO C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S109-S119.

LÉPORE Silvia, Macció Jimena. Crisis de reproducción social en la Argentina. Segmentación laboral y desigualdad del ingreso en los hogares, 1998-2002. UCA, Agosto 2003.

LOPEZ ARELLANO Oliva, Nivaldo Linares Pérez. El Derecho a la salud en México. Facultad de Medicina/UNAM; 14 de marzo de 2011.

MACEIRA Daniel, Cejas Cintia, Olaviaga Sofía. Coordinación e Integración: El Desafío del Sistema de Salud Argentino. CIPPEC, Documento de Trabajo N°49, Agosto de 2010.

MACEIRA Daniel. Experiencias de gestión pública en salud: primer ciclo. 1ª Edición. Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2008.

MACEIRA Daniel. Seguros Sociales de Salud en el Cono Sur: Experiencias y Desafíos. CEDES, ENERO 2003.

MADIES Claudia V., Chiaverti Silvia, Chorny Marina. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. Rev. Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.

MARTÍNEZ Martín Félix León. ¿Derecho a la Salud o Equidad en Salud? M.D. M.S.P. Bogotá, Colombia. Diciembre de 2008.

MEDICI André, Seguros Públicos de Salud en América Latina: ¿Cuáles son las perspectivas?. en Báscolo, Ernesto (comp.): Seguro Público de Salud: Aportes a un debate abierto, Instituto de la Salud de Juan Lazarte, Rosario, 2004.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Acuerdo Federal Sanitario. Acuerdo San Nicolás. Ministerio de Salud de la Nación, 2003.
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/otras-actas/acuerdo-federal-salud.pdf>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Bases Del Plan Federal De Salud, 2004-2007, Presidencia de la nación, Ministerio de salud de la nación, Consejo federal de salud, Argentina. Mayo de 2004

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Manual Operativo del Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial. Plan Nacer. Fase II, 2007.

MOLINA Carlos G., Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Editorial Planeta, Washington, D.C. 2006

NACCARATO Reinaldo. Trabajo y Seguridad Social. Capítulo I La Seguridad Social, 1973.

NAHÓN Cecilia. Políticas Sociales y Acumulación de Capital en Argentina. Rev. FACES Año 8 N° 15, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo, financiación para la cobertura universal OMS, 2010, Capítulo 4. Más Salud por el Dinero.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud-OMS-2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Esquemas de protección social para la población materna e infantil. Lecciones aprendidas en la región de América Latina. OPS, Washington D. C, inédito 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud en las Américas: 2007, Washington, D.C.: OPS, © 2007—2v. (OPS, Publicación Científica y Técnica No. 622)

PEIRÓ Salvador, García-Altés Anna. Capítulo 3. Prioridades generales y prestaciones individuales. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago

por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos (Informe SESPAS 2008). Gac. Sanit. 2008; 22 (Supl. 1): 143-55

PÉREZ MAZA Benito A.; Equidad en los Servicios de Salud en Cuba. EcuRED. Rev Cubana Salud Pública 2007.

PLAN NACER Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial, (Préstamo BIRF 7225-AR y Préstamo BIRF 7409-AR) (www.ufisalud.gov.ar).

PNUD ARG/04/ 023, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Oficina de Argentina. Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial.

http://www.undp.org.ar/docs/Documentos_de_Proyectos/REVISION-A-ARG04023.pdf

PNUD ARG/04/ 023. Lecciones aprendidas durante la Ejecución del Proyecto. (2004-2009). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Oficina de Argentina. Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial http://www.undp.org.ar/docs/Documentos_de_Proyectos/ARG04023.pdf

PNUD, Política Social: Capacidades y Derechos. Volúmen I, 2010.

QUIRÓS Edda. Dirección Servicios de Salud. Eje Derechos Humanos y género en Salud. Ministerio de Salud; Costa Rica 2005.

REPETTO Fabián, Capacidad Estatal: requisito para el mejoramiento de la Política Social en América Latina. BID - INDES. Washington D.C., julio de 2004.

RESOLUCIÓN N° 1195/2012; Ministerio de Salud Pública.

<http://www.boletinoficial.gov.ar/Content/Xml/Avisos/01/2012/08/16/4361382.xml>

ROSES PERIAGO Mirta; Equidad y Derecho a la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Congreso de ABRASCO. Salvador, Julio 2007.

TADDEI Pedro, Giordano Horacio. Seguridad Social, Nociones de Seguridad Social, 2010.

TAMAYO SÁEZ M., El Análisis de las Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid. Instituto Universitario Ortega y Gasset; 1997.

UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA. Deudas y progresos sociales en un país que hace frente a su bicentenario. Argentina 2004 - 2010. Barómetro de la deuda social Argentina. Informe Año 2011.

UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA. PAC- Programa de Análisis de Coyuntura Económica, diciembre 2010.

URIBE Juan Pablo, Schwab Nicole. Documento de Trabajo N.2/02. El sector salud argentino en medio de la crisis. Banco Mundial, Noviembre de 2002. Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

VERONELLI Carlos, Veronelli Correch Magalí. Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. La gestión de Domingo Liotta: el sistema nacional integrado de salud. Tomo 2. OPS. OMS, Buenos Aires, 2003.

VILAS Carlos M., De Ambulancias, Bomberos y Policías: La política Social del Neoliberalismo (Notas para una perspectiva macro), 1994.

WHITEHEAD Margaret. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. OPS-OMS, Washington D.C. Diciembre 1991.

7. Anexos y Entrevistas a Actores

7.1. Entrevista al Coordinador Nacional del Plan Nacer /Programa Sumar.

Fecha de la entrevista: 04/06/13.

Referencias del Entrevistado: Martín Sabignoso (MS)

(E): De acuerdo a su experiencia, ¿Cuáles son las principales fortalezas y habilidades adquiridas por el plan nacer?

(M.S): Las principales fortalezas del inicio es que su diseño fue muy consistente y creo que el programa acierta haciendo un buen enfoque situacional, reconociendo como estaba organizado nuestro Sistema de Salud, cuáles eran las responsabilidades de cada uno de los actores principales del sistema, cuáles eran las fortalezas y los principales desafíos que estaban muy presentes y muy marcadamente presentes en las distintas provincias de nuestro país. Creo que se conformó un equipo técnico muy sólido al principio, con mucha capacidad de visión política. Hubo mucho apoyo político también, si bien es cierto que una situación de crisis que inducía a un cambio, que exigía un cambio, favoreció la implementación de una idea tan innovadora en materia de gestión, como fue el Plan Nacer. También es cierto que hubo equipos técnicos muy sólidos con ideas muy claras, con un conocimiento de la naturaleza de los problemas que debían ser enfrentados. De la causa de los problemas, y también con mucho apoyo político para empezar con un programa que fue tan ambicioso y tan exigente; empezar con la fuerza suficiente que requiere todo un proceso de cambio que es innovador.

(E): ¿Considera que los mecanismos de incentivos o estrategias del diseño del Plan Nacer han producido cambios positivos y/o negativos en el comportamiento de los agentes de salud?

(M.S): Yo creo que ha producido muchos cambios positivos, y en todos los niveles; tanto en el nivel nacional como en el provincial. Que ambos tenemos roles rectores, la nación hacia las provincias y las provincias hacia los municipios y efectores; y hemos

ganado en capacidad de influencia, sobre nuestras contrapartes, también hemos aprendido que es muy importante invertir recursos adicionales. Trabajar sobre los procesos, pero lo más importante aún es evaluar de manera sostenida los resultados que estamos obteniendo. Tenemos que evaluar, el sistema de salud es un medio para un fin, tenemos que evaluar al sistema por sus consecuencias, y el programa de manera permanente evalúa las consecuencias del sistema. Cuál es su desempeño, cuales son los resultados que logra y cuáles son los resultados que no obtiene. Creo que de esa manera nos ha cambiado mucho. Aparte se han introducido nuevas disciplinas, nuevos perfiles profesionales, como economistas, abogados, contadores, especialistas en comunicación, psicólogos sociales. El sistema de salud es un sistema muy complejo y requiere un abordaje multidisciplinario, y también eso ha sido parte de la transformación que ha propuesto el programa; y esto ha sucedido en todas las provincias. Creo que también ha sucedido a nivel establecimientos. Hubo profundos cambios porque una vez los establecimientos tienen herramientas, nuevas herramientas de gestión que son más efectivas frente a los nuevos desafíos, que también tienen recursos y tienen espacios participativos concretos, donde todos los establecimientos se sienten protagonistas, y que realmente tiene un efecto positivo en la motivación de los equipos de salud. El Sistema de Salud para lograr mejores resultados de atención debe trabajar primero en las condiciones de trabajo de las personas, que están dentro del sistema de salud, tiene que trabajar en la motivación que es muy positiva, y creo que también en todos los niveles hemos logrado desde la nación que las provincias sientan desde el lado de la nación que hay una presencia y una participación de la nación, que es cooperativa, que es facilitadora, que existen en las provincias, y que es respetuosa de sus conocimientos y de sus facultades y de sus responsabilidades. Me parece que eso también es uno de las grandes contribuciones del modelo Sumar y del modelo del Plan Nacer a los Sistemas Provinciales, donde hay un conjunto de reglas que son uniformes para todo el país, pero también hay un espacio de flexibilidad, de autonomía, donde cada cual, cada actor protagónico puede tomar la mejor decisión de acuerdo a su conocimiento y su situación particular. Estos son algunos de los cambios que está provocando el programa en los comportamientos básicamente o en síntesis. Hay un esquema de responsabilidades que son complementarias, eso también creo que fue una gran contribución, quizás que parece como algo muy obvio, pero el programa también ayudó a comprender mejor las

responsabilidades y a asumir las responsabilidades que cada actor relevante tiene en el sistema de salud; y que cada cual las puede ejercer de la mejor manera y de la manera más efectiva. También que siempre debemos establecernos metas y evaluar nuestros desempeños, en todos los niveles, en el nivel central, en el nivel provincial, en los establecimientos y que sin duda, y hoy con el Sumar se ve claramente potenciada esta idea de que debemos cada vez integrarnos más y sumar justamente capacidades y sumar esfuerzos y alinear esos esfuerzos para hacer más efectivos en la búsqueda de resultados, eso creo que es un poco la filosofía del programa.

(E): En relación a la estrategia de aseguramiento que proponen el Plan Nacer: ¿A qué factores atribuye los resultados del programa? ¿A su modelo de gestión, focalización en población vulnerable, al financiamiento basado en resultados, a la liquidez de las transferencias?

(M.S): A todos y cada uno de esos factores. El programa tiene un componente de financiamiento por resultados que es el que más se distingue sobre todo al inicio, pero en realidad el programa es un conjunto de componentes combinados que logran poder influenciar positivamente sobre el Sistema de Salud. Hay una inversión adicional de recursos y eso es muy importante. Hay una inversión que se hace adicional como un modelo de financiamiento por resultados que viene a complementar el modelo tradicional presupuestario. Hay reglas y hay autonomía, hay un componente de evaluación y monitoreo, sostenido de auditorías muy transparente, hay equipos, hay nuevos equipos que se han sumado en todas las provincias, en la nación y en cada una de las provincias hay nuevos perfiles. Es una combinación de factores lo que ha permitido que el programa sea un programa exitoso, que sea un programa valorado sobre todo por las provincias y por los equipos de salud. No hay un componente que se distinga por sobre el otro, es justamente la combinación. Uno puede describir al programa como un programa de priorización, que es tan necesario para todo sistema de salud en cualquier parte del mundo, priorizar, determinar prioridades, determinar objetivos. Es un programa de evaluación y monitoreo permanente del sistema de salud. Es un programa que evalúa cobertura efectiva, es un programa que audita, es un programa que transfiere recursos, es un programa que genera espacios de participación, es un programa que motiva, es una combinación de herramientas e instrumentos de gestión que permite considerar al programa como una política integral y federal de fortalecimiento del sector público. Por supuesto que viene a trabajar en los

déficits que el sistema de salud presentaba pero un programa como el Sumar no hubiese sido tan exitoso sino hubiese previamente un sistema de salud con cobertura universal, con recursos disponibles, con RRHH bien formados. Lo que nosotros tratamos de hacer es tratar de optimizar y dinamizar esta estructura que logra un conjunto de resultados pero que todavía, que al momento el programa no podía avanzar con la suficiente fuerza, hacia desafíos que eran mucho más ambiciosos.

(E): ¿Cuáles consideras que son los cambios favorables que se perciben a partir de estas medidas? En cuanto a desempeño sanitario, estándares de calidad de atención de la embarazada y el niño. Ustedes ¿ven mejoras en cuanto a la utilización de protocolos, guías de atención, registros clínicos, mejoramiento de la capacidad instalada?

(M.S): Sí, por supuesto. Se ven mejoras organizacionales, se ven mejores registros, esos registros reflejan que hay mejoras en la calidad de atención. Se ven mayor comunicación entre los centros y otras áreas rectoras que son los Ministerios de Salud Provinciales. Se ve mayor motivación de los equipos de salud, estamos trabajando con distintas herramientas de evaluación cuantitativa y cualitativa, y algunas combinadas, y con Misiones y Tucumán que fueron dos de las provincias que primero ingresaron, hay evidencia de impacto. Las mujeres reciben más controles prenatales, son identificadas más tempranamente, reciben más controles prenatales y tienen un cuidado más integral durante el embarazo en relación con aquellas que no tienen plan nacer. También en el caso de los niños, sobre todo en el primer año de vida, hay más controles en los chicos que tiene plan nacer. Hace poquito terminamos un estudio en todo el país de medición de satisfacción de usuarios, de satisfacción de la población y realmente los resultados son altamente positivos. Ocho de cada diez personas se sienten satisfechas o muy satisfechas con el plan nacer. Esto para nosotros es muy importante. El programa ha ayudado a que el sistema de salud sea más valorado y a mayor utilización por parte de la población mayor satisfacción. También hemos hecho un estudio en el norte pudiendo indagar acerca de cómo ven, como evalúan los equipos de salud al plan nacer, y se sienten muy apoyados, muy acompañados. Siete de cada diez personas en el norte de todos los profesionales que trabajan en el norte valoran positivamente el programa. Ellos sienten que el programa les ha permitido trabajar mejor en la organización,, les permite trabajar en mejorar el espacio de trabajo, le permite un trabajo más integral. Esto es algo que nos gustó mucho

conocerlo. Que el programa favorece el trabajo en equipo dentro del centro de salud, también aumentó la producción, aumentó la atención, aumentó el reconocimiento social que es algo muy importante, que es uno de los grandes incentivos. Como programas como el Plan Nacer, ahora el Sumar, como el Remediar, que llegan directamente a los centros de salud. El centro de salud tiene más soluciones para ofrecer a las personas y eso aumenta el reconocimiento y la valoración de la población sobre el primer nivel. Con lo cual hay más utilización de los servicios en el primer nivel, y es justamente el gran propósito que tenemos todo el país. Al consagrar la estrategia de atención primaria como un eje estratégico, vemos que también ha mejorado el diálogo, y se ha transformado el diálogo entre la nación y las provincias a partir de discusiones y diálogos y análisis que se hacen sobre evidencias. Dejamos de discutir a partir de nuestras apreciaciones o de nuestras percepciones, y discutimos a partir de datos concretos, datos que provienen del propio sistema, y eso nos abre muchas más oportunidades para poder decidir mejor; para poder tomar decisiones sobre política pública, estemos en la nación, en las provincias o en un municipio. Esos son algunos de los resultados positivos. Cardiopatías congénitas también. El programa al avanzar progresivamente sumando nuevas prestaciones, hoy es una combinación. Justamente hablamos de combinación en la respuesta anterior. Combinación de reglas, combinación de autonomía, combinación de incentivos económicos, con incentivos no económicos, combinación de prestaciones de primer nivel, de baja complejidad, de bajo costo y alta complejidad, como el tratamiento de las cardiopatías congénitas. Y se constituyó una red federal. El programa ayudó a una mejor organización del país para esta patología. Ayudó a que se aproveche la capacidad ociosa, invirtió recursos, y hoy los resultados son muy importantes. Redujo la lista de espera en un 80%, se mejoró notablemente, muy significativamente el número de chicos que son diagnosticados, porque siempre hablamos de la lista de espera de aquellos que están esperando una cirugía, pero también están aquellos que esperan el diagnóstico de una cardiopatía congénita para después ser atendidos de la mejor manera. Y también hemos aumentado el diagnóstico. El Garrahan que contenía la gran parte de la demanda de todo el país, redujo también un 75% sus tiempos de espera. Realmente son resultados muy valiosos que conmueven. Realmente, que dan mucha confianza, y que le pertenecen al país, y obviamente que el programa ha tenido un rol muy importante, pero le pertenecen al país, a los establecimientos, a las provincias, a la nación, a los

diferentes programas, a DINAMI; como entre todos hemos logrado poder organizarnos mejor, invertir recursos y tener estos resultados tan positivos de cobertura y de evitar que chicos que no tienen la posibilidad de sobrevivir sobrevivan.

(E): La siguiente pregunta viene un poco en relación. ¿A través de qué mecanismos el programa contribuye a reducir las inequidades en el acceso a la salud de la población sin cobertura explícita?

(M.S): Bueno, a través de muchas de sus decisiones, que es privilegiar al sector público, privilegiar a la población sin OS, privilegiar la gestión local, llegar a cada rincón del país, a cada establecimiento que esté en la zona más alejada. El programa ha tenido la capacidad de llegar a todos los centros, los urbanos, los rurales, los de la capital, los que están alejados, los establecimientos fronterizos en todo el país. El programa ha demostrado, ha mostrado una gran capacidad y un alcance, una gran capacidad de alcanzar a todos aquellos que necesitan un apoyo, también nosotros estamos trabajando con indicadores que son muy sensibles, que nos permiten saber cómo la población de más bajos recursos está siendo atendida, sobre todo cuidando su salud, tenemos planes específicos para los Pueblos Originarios. En el último año hemos avanzado hacia la inclusión efectiva de los Migrantes, en la inclusión efectiva en la cobertura efectiva que pueden recibir desde el Plan Nacer. Ahora son parte del Plan Nacer y del programa Sumar. Ese es un logro de equidad enorme, es consagrar un derecho, es hacer efectivo un derecho, cada una de las principales herramientas que tiene el país como el Sumar, juntamente ahora como nosotros vemos que se está avanzando, en la mejora de los resultados globales, hemos incluido un nuevo indicador que apunta a evaluar la equidad intraprovincial. Las provincias que muestren un buen desempeño, un desempeño con equidad, son aquellas que van a ser mejor retribuidas, que van a sacar una mejor calificación. Entonces, vamos a estar atentos a esto, está en la agenda, saber que los resultados que se logran en una provincia, al interior de una provincia, sean resultados homogéneos entre cada una de sus zonas sanitarias, entre sus departamentos. Seguimos entonces reforzando nuestra búsqueda de lograr mayor cobertura con equidad, y además hemos empezado en el norte; en el año 2004. Cuando empezamos en el norte en las provincias que más necesitaban, las provincias más pobres, con los peores indicadores, y las que más apoyo necesitaban del gobierno central, y también ahí vemos que hoy el programa le pertenece básicamente a los equipos de salud, por tanto, sentimos que aquellas decisiones que se tomaron en el

plan nacer fueron buenas decisiones, y esas decisiones siguen plenamente vigentes, ahora con el programa Sumar.

(E): A través de la utilización del plan de servicios de salud y de la facturación, ¿qué tipo de incentivos o estrategias se ha aplicado para promover un aumento de la cobertura, de la calidad y de la situación de salud de la población que está bajo programa?

(M.S): La principal estrategia del programa es la posibilidad de aportar herramientas y recursos a los equipos de salud y que ellos tomen decisiones, es decir, más recursos para el primer nivel, nuevas herramientas para el primer nivel, más participación concreta, espacios de participación concretos para el primer nivel y un acompañamiento mucho más cercano. El programa está en permanente contacto, diálogo con los establecimientos. Eso hace al liderazgo, hay una gran capacidad de liderazgo del programa. Es un programa confiable, hay un equipo que está permanentemente atento a las inquietudes, a las necesidades, y a las solicitudes de apoyo de los equipos de salud. Todo eso nos ha dado la posibilidad de estar acompañando muy efectivamente a los equipos de salud y eso hace que se trabaje, que los equipos de salud trabajen más motivados, trabajen más organizados y aumente su capacidad de atención. La hipótesis de cambio es esa, es decir, más ambiente de control, más monitoreo, más recursos, mejores espacios físicos, mejor participación, más capacitación, y más incentivos económicos y no económicos. De hecho, los incentivos más importantes que aporta el programa son los incentivos no económicos, los no monetarios; es decir, son pocas las provincias, 6 o 7 los que permiten que parte de los recursos que llegan al establecimiento por facturación, al programa Sumar, sean utilizados para un plus salarial, para un bono salarial en función de desempeño.

La gran mayoría, la enorme mayoría de las provincias ha decidido no incluir incentivos económicos y nosotros notamos igual motivación, una misma motivación en esos equipos y creemos que los factores que han permitido esto es que hay más herramientas que trabajan más ordenadamente, que hay más recursos, que hay más participación, y se genera un círculo virtuoso que es muy impresionante porque más motivación es más atención, más atención es más reporte de cobertura, más facturación, más recursos, más recursos que después son volcados al propio establecimiento para capacitaciones, para mejoras edilicias, para nuevo equipamiento.

Eso hace que la gente se sienta más satisfecha, si está más satisfecha utiliza más el primer nivel, si utiliza más el primer nivel llegan más recursos, y el ciclo vuelve a iniciarse con lo cual creemos que hoy con el sumar tenemos mucho más para ganar, sobre todo teniendo en cuenta que hay una gran plataforma del Plan Nacer, y hay más oportunidades, y todas esas decisiones que te mencionaba, cada uno de esos cambios, está logrando un nuevo Sistema de Salud, una nueva organización dentro del Sistema de Salud.

(E): A partir del aprendizaje generado por la implementación del Plan Nacer, ¿qué oportunidades de mejora identifica para optimizar el cumplimiento de los objetivos que tiene el Sumar?

(M.S): Bueno, se trata del encuentro de hoy, tenemos que seguir fortaleciendo nuestras alianzas, entre todos los programas, entre todas las iniciativas, entre todas las políticas, de salud y políticas sociales. Tenemos que aumentar nuestras capacidades gerenciales, aumentar nuestros conocimientos, tenemos que fortalecer el vínculo, el diálogo con el establecimiento de salud, tenemos que fortalecer la capacidad de microgerenciamiento; seguir fortaleciendo las capacidades gerenciales en los centros de salud y en los hospitales. Tenemos que seguir mejorando la conformación de redes, la formalización de redes, tenemos que seguir perfeccionando nuestros sistemas de información, que son fundamentales para poder tomar decisiones. Creo que el programa lo que está mostrando es que otras decisiones que se toman fuera de salud: normativas, financiamiento, de control, deben evolucionar hacia un nuevo modelo que se ajusta a la realidad del siglo XXI, a los nuevos desafíos, que son muy cambiantes y muy repentinos. Entiendo que el sumar está marcando una nueva forma de trabajo por la salud, una nueva forma de organizarnos por la salud, entonces en cada una de esas direcciones creo que tenemos que avanzar; y hablando también de alianzas para nosotros también es fundamental avanzar en la integración con la Seguridad Social. De hecho, estamos trabajando con todas las OSP, hay agendas de trabajo muy operativas, estamos trabajando sobre las mismas herramientas, con los mismos objetivos, haciendo alusiones de los niveles de cobertura que estamos logrando. Estamos trabajando sobre las mismas pautas de calidad, sobre las mismas pautas de seguridad para la población. Estamos ambos tratando de promover derechos de consagrar la estrategia de atención primaria. Estos son los desafíos que hoy nos ocupan. Los buenos resultados que ha logrado el Plan Nacer ó las provincias a partir de la

implementación del Plan Nacer, ahora con el programa Sumar, perduren, tenemos que seguir ampliando la mesa de discusión, mostrando resultados, renovando el voto de confianza, representar el cambio nosotros como instrumentadores en la nación y en las provincias. Representar el cambio que queremos ver, que deseamos para el Sistema de Salud. En definitiva, los resultados lo logran las personas, entonces, ya sea trabajando más articuladamente o con nuevos conocimientos o con nuevas perspectivas, o con mayor complementariedad, ésa es la clave para seguir avanzando.

(E): ¿Cuál es su visión estratégica del programa en el mediano plazo?

(M.S): Bueno, un poco la respuesta responde al plano estratégico, diría más o menos lo que mencioné en la pregunta anterior con la respuesta anterior. Que se conozca más el programa, seguir mostrando resultados, tratar de perfeccionar cada uno de los procesos de implementación del programa. Hace poquito certificamos en las transferencias de nación a provincia el proceso bajo normas ISO 9001. Hoy ocho provincias están trabajando para certificar sus procesos de transferencias a sus efectores; y también hay algunos efectores de algunas provincias que están empezando a trabajar en la certificación del proceso de facturación, con lo cual, el programa estaría certificando todo su proceso integral de financiamiento desde la nación hasta el establecimiento. Creo que es seguir ampliando las fronteras del programa, que se puede conocer cada vez más las verdaderas razones y las verdaderas necesidades de un programa como el Sumar. Que nos podamos integrar con otras políticas de salud, con otras políticas sociales, que cada vez aumentemos más nuestras capacidades en el nivel central y en los establecimientos. Es trabajar mucho con la Seguridad Social, empoderar en serio a la población en concreto, la población con más información, y estar muy atentos también a que el programa para que siga avanzando, para que sea sustentable, para que siga teniendo una visión estratégica y una gran capacidad de liderazgo, debe seguir evolucionando. El programa ha sido una estrategia flexible, y eso es una virtud. Ha tenido estabilidad y flexibilidad, y creo que ahí ha habido mucho acierto de la nación y de las provincias de dar estabilidad a aquello que tiene que continuar, que tiene que perdurarse, y también ser flexibles con aquello que tiene que evolucionar, cambiar, ajustar o corregirse. Es muy exigente la implementación del programa, pero las provincias han demostrado una gran capacidad y un gran compromiso en su desarrollo con lo cual tenemos que seguir

trabajando sobre las capacidades provinciales a nivel ministerio y a nivel establecimiento, ésa es la clave.

(E): ¿Considera que el modelo del Plan Nacer podría ser aplicado a otras políticas públicas?

(M.S): Sí, por supuesto. ¿Por qué? Porque es una política de priorización, y todas las políticas sociales en todo el mundo deben priorizar los recursos limitados, las expectativas son crecientes, entonces, tenemos que con distintos criterios técnicos, con criterios políticos, con participación de la población; todas las políticas pueden priorizar y me parece que el Plan Nacer y el Sumar son un muy buen ejemplo de priorización. Creo que también el programa está demostrando que existe una mejor manera de invertir recursos, una manera eficaz y efectiva de invertir recursos. El programa representa sólo el 1% de lo que las provincias invierten en salud, y con muy poquito dinero en términos relativos está logrando un gran dinamismo, aportando un gran dinamismo al sistema, al sector. Entonces, también la reflexión es ver como con el mismo dinero logramos más salud, somos más efectivos, sobre todo en nuestro país que tiene grandes desafíos de eficiencia. Es uno de los países que más invierte en la región y quizás no hemos progresado todo lo que podríamos, si bien en los últimos años, ha progresado muchísimo, tenemos más oportunidades para acelerar estos progresos, hay más oportunidades y eso depende no tanto de aumentar la inversión sino de aumentar, de poner más gestión, mejor gestión, más gerenciamiento en los recursos que existen. También desde el punto de vista de la determinación de metas, de la evaluación de desempeño de metas, de la evaluación de desempeño de manera sostenida, eso es deseable y es positivo, para cualquier política social. Con lo cual, creo que el programa puede como un todo y en cada una de sus partes, puede ser inspirador de algunas mejoras o algunas innovaciones en otros sectores, no solo para países de ingresos medios como Argentina o países pobres, sino también para países desarrollados.

(E): ¿Este mismo modelo ya se viene aplicando en otros países? ¿El modelo del Plan Nacer?

(M.S): Sí, se viene aplicando en otros países. Quizás la experiencia más desarrollada a nivel mundial sea la del programa Plan Nacer y Sumar, sobre todo porque es una política de país, porque abarca a la totalidad de establecimientos públicos, por el volumen poblacional. Hay países que están trabajando en una, siguiendo algunas de

las iniciativas del programa, explorando, con el interés de poder replicarlo en otros países. Países federales o países unitarios han mostrado mucho interés en poder implementar esta política, este Plan Nacer, este Sumar; adaptándolo obviamente a sus realidades particulares o tomando alguna herramienta en particular. El programa tiene mucha presencia internacional, y algo para sentirnos orgullosos en todas las provincias y la nación, es que el programa ha ganado una gran reputación y un gran prestigio; y es considerado como un programa virtuoso y muy innovador. Sobre todo para enfrentar todos los desafíos que se presentan en todas las latitudes no?

(E): Muchas gracias Martín.

7.2. Entrevista a Actores del Nivel Provincial (Río Negro)

7.2.1. Entrevista a la Coordinador Provincial del Plan Nacer /Programa Sumar y Directora del Programa Materno Infanto Juvenil.

Fecha: 12/06/13.

Referencia del entrevistado: Dra. María Alejandra Romero (A)

(E): ¿Cuáles son en su opinión, las principales fortalezas y habilidades adquiridas por el programa?

(A): A mí lo que me parece es que el Plan Nacer permite visualizar cuales son las prestaciones que tienen un impacto sobre la salud de las personas y homogeiniza la prestación de salud a las poblaciones que tiene bajo cobertura. Con respecto a los equipos, les permite visualizar el valor que tiene cada prestación, que el control de niño sano no corresponde solamente a una visita, o a una mera entrevista, sino también a todos los otros componentes que deben estar incluidos. Entonces a esto al ponerlo como en palabras, y como en una prestación definida también ayuda a definir algunas cosas que complementan lo que las normas están planteando.

(E): ¿Considera que los mecanismos de incentivos o estrategias del diseño del Plan Nacer han producido cambios positivos y/o negativos en el comportamiento de los agentes de salud?

(A): En nuestra experiencia podemos ver que los cambios que se han producido son positivos, este porque hemos visto que han mejorado los registros, se le ha dado otro valor a lo que se escribe a la Historia Clínica. Hemos visto con respecto a lo que tiene que ver con el informe epidemiológico de lo que es toda la atención perinatal; también ha mejorado esta información. Entonces, en ese sentido es positivo. Un poco siempre uno tiene el miedo de que va a pasar si en algún momento el programa no existe y si esto va a quedar realmente instalado como mecanismo de trabajo.

(E): ¿Qué importancia le asigna al Plan Nacer dentro de la ejecución de la política de salud?

(A): En mi experiencia, yo creo que ha sido gradual y que uno va viendo de a poco la posibilidad de que el programa se vaya incorporando y que no se vaya viviendo como

una cuestión externa a los programas habituales, sino como un complemento de los programas habituales. Creo que todavía falta poder incluir esta visión de este trabajo como si fuera una práctica de aseguramiento de salud. Creo que eso es que todavía es un camino que estamos recién empezando ..

(E): En relación a la estrategia de aseguramiento que proponen el Plan Nacer: ¿A qué factores atribuye los resultados del programa? ¿A su modelo de gestión, focalización en población vulnerable, al financiamiento basado en resultados, a la liquidez de las transferencias?

(A): bueno, en realidad a mí me parece que es un complemento entre todas las variables. Si bien creo que la visualización de que cada prestación va generando una mejor práctica de salud, creo que también el hecho de haber una devolución monetaria que le ha permitido a los centros de salud tener cierto poder a la hora de decidir cómo pueden invertir sus recursos; y también uno lo ve de acuerdo al grado de desarrollo que tiene cada efector como equipo de salud con una comunidad a cargo. Hay efectores que ya tienen esto en claro y pueden hacer una priorización de acuerdo a lo que viven en su comunidad, y hay efectores que todavía lo viven como un reconocimiento personal y no como un recurso para mejorar la calidad de atención. En la heterogeneidad que tenemos de efectores, creo que cualquiera de las variables que nombraba pueden ser las que han afectado o las que han impactado.

(E): A través de la utilización del nomenclador y la facturación, ¿qué tipo de incentivos o estrategias se han aplicado para promover un aumento de la cobertura, calidad y situación de salud de la población bajo programa?

(A): Una de las estrategias es que las prestaciones que consideramos que son más importantes las hemos valorizado un poco más y también otras prestaciones que no se pueden brindar desde el subsector público, que pueden tener una retribución que le permite al efector poder contratar ese servicio afuera y darle una respuesta a la embarazada o a los niños. Creo que esto es una cuestión que les permite a los efectores poder jugar con otras estrategias que antes no tenían.

(E): ¿Cuáles son los cambios más favorables que se perciben a partir de estas medidas? ¿Cómo se traduce en la práctica? (utilización de protocolos, guías de atención, registros clínicos, mejoramiento de la capacidad instalada, tiempos de atención, abordaje comunitario, etc).

(A): Creo que se ha mejorado la capacidad instalada en muchos lugares, se ha mejorado también para algunos efectores que ha sido importante también mejorar su ámbito de trabajo, y eso hacerlos sentirlos más cómodos en su lugar. Todavía faltaría que puedan en algunos casos brindar algunas herramientas para lo que tiene que ver con lo comunitario y que ellos mismos también asuman otros costos a lo mejor de arreglos, a nivel de lo que es una plaza, o de otras actividades que mejorarían la comunidad en general, pero sí, se ha visto que esto ha sido beneficioso para los equipos de salud, sobre todo para los centros de salud más que para los hospitales.

(E): ¿Considera que el financiamiento orientado hacia la generación de resultados estimula el seguimiento individualizado del nivel de utilización de servicios de salud por parte de la población inscrita?

(A): Me parece que aún la población inscrita no visualiza estas cosas. Me parece que tal vez a los niveles centrales sí nos ayuda y nos orienta para la toma de decisiones, pero que en la población aún no está instalado el tema de trabajar en su derecho a la salud y desde el lugar de derecho y responsabilidades.

(E): Y al efector la información nominalizada que le brinda el programa, ¿lo ayuda a realizar un seguimiento más individualizado?

(A): Sí, al efector creo que sí, pero volvemos a lo mismo, al efector que ha tenido una evolución ya como equipo de salud. Toma esa información y la utiliza y la aprovecha. Todavía hay otros efectores que no lo pueden hacer.

(E): ¿Se observan mejoras en el desempeño sanitario y/o en los estándares de calidad de la atención de la embarazada y/o del niño?

(A): Por ahí habría que tomar algunas prestaciones... vemos que ha mejorado por ejemplo el registro en lo que es el control prenatal, en las primeras consultas. Como que se ha mejorado la captación temprana, lo que pasa es que no solo se podría plantear que el plan tendría que hacerse responsable de esto, sino que son muchos los factores. Entonces hay otras cosas que inciden en estas variables que me parece que por ahí causa efecto a una sola cosa del plan es como mucha responsabilidad para el plan.

(E): ¿A través de qué mecanismos el programa contribuye a reducir las inequidades en el acceso a la salud en población sin cobertura explícita?

(A): Bueno, hoy como decíamos, me parece que al poder las personas consultar y tener una misma prestación tenga plan nacer o no, o tenga una OS, es más, creo que

en algunos casos hasta uno asegura mejor prestación para las personas que no tienen cobertura social porque está dentro de normas, de un estándar que uno sabe, que a lo mejor, otro que está en cobertura de OS que no tenemos la certeza de que todas las prácticas que deberían realizarse en una consulta son hechas. O sea, hoy nosotros podemos medir si realmente fueron hechas y que calidad de prestación hubo. Me parece que desde ese lugar es muy importante, lo que no se es si la gente como lo decíamos recién, ha asumido que tiene un derecho a recibir una prestación con cierta calidad, con ciertos atributos que me parece que esto es un trabajo que tenemos como equipo de salud, importante, la percepción del derecho a la salud.

(E): A partir del aprendizaje generado por la implementación del Plan Nacer, ¿qué oportunidades de mejora identifica para optimizar el cumplimiento de los objetivos?

(A): Y, a mí lo que me parece es que como nos pasa en nuestro caso a nivel provincial, el atar cada prestación a un resultado esperado nos ayuda a que digamos en los programas se puedan ir cumpliendo las normas, se pueda ir trabajando sobre otros requisitos o ir avanzando en lo que uno le puede ofrecer a la comunidad, no quedarnos con la simple prestación de salud. Y sino, empezar a mirar otras áreas que también existen. Ahora con la incorporación de los talleres como una práctica habitual y como una práctica jerarquizada que muchas veces se toma como una práctica que no era importante como una consulta, creo que eso nos va a permitir cumplir con otros objetivos, con otras estrategias que no son las habituales a las que uno considera dentro de lo que debe hacer el equipo de salud. Me parece que eso nos va a ayudar, vamos a ver cómo nos va con el Sumar, con una población tan importante, pero bueno, tenemos la expectativa que como nos ha pasado con lo materno infantil, de que la gente lo vaya comenzando a incorporar, los efectores; y puedan desarrollarlo más allá de las debilidades que podamos tener del Sistema en sí.

(E): Frente a los desafíos que implica la ampliación de los Seguros Públicos Provinciales, ¿qué tipo de alianzas considera que son necesarias para garantizar un desarrollo sustentable?

(A): Como programa creo que las alianzas dentro de lo que tiene que ver con el funcionamiento del ministerio como sistema de salud son fundamentales. Si la práctica del aseguramiento de las prácticas fuera ya algo habitual y pudiera incorporarse, también ayudaría a que esto no sea algo externo que viene y que se instala, sino que es una manera de demostrar los recursos que requiere un lugar. Ordena la consulta,

ordena la oferta que se hace de los servicios, creo que esa es una de las alianzas que tenemos que hacer y después, bueno, de acuerdo a todas las nuevas prácticas que plantea el Sumar, también trabajar en lo que tiene que ver con el área de derivaciones y de gestión hospitalaria.

(E): ¿Considera que la gradualidad en la incorporación de nuevos grupos podría afectar los resultados de cobertura alcanzados por el programa?

(A): Yo creo que en el primer tiempo sí, porque va a ver una cuestión de acostumbramiento y de poder incorporar estos nuevos grupos y las prestaciones que tiene el programa. Una vez que los equipos puedan ir conociendo y desarrollando la tarea, ahí vamos a tener un tiempo más como de en subida, pero por ahora creo que va a ser un tema de tener cierto retroceso, no en la población materno infantil, pero sí en general, pero espero que en breve tengamos grandes resultados.

(E): ¿Cuál es su visión estratégica del programa en el mediano plazo?

(A): Y...de acá a unos años es como decía hoy, me parece que es interesante que los Sistemas de Salud vayan pensando desde el nivel del aseguramiento y de la práctica por resultado. Creo que en cuanto el sistema, cuando la política provincial se apropie de este modelo de trabajo, los resultados van a ser mejores y vamos a tener una sostenibilidad en el tiempo. Si no, es como que va a ser dependiente de lo que venga de afuera del proyecto.

(E): ¿Considera que el modelo del Plan Nacer podría ser aplicado a otras políticas públicas?

(A): Por lo menos a las políticas de salud creo que sí. Creo que podría ser aplicado y que hay ejemplos de que esto es una buena práctica. Si bien en otros lugares en los que se aplica las prácticas de aseguramiento uno no tiene a lo mejor un desarrollo tan importante en el privado, me parece que esta práctica ayudaría a la complementariedad de los dos subsectores, ayudaría mucho más y sería como más organizada, como deberían ser las prácticas en un área y en el otro.

(E): Muchas gracias Alejandra.

7.2.2. Entrevista al Referente provincial del programa de Cardiopatías Congénitas (Río Negro).

Fecha: 27/06/13.

Referencia del entrevistado: Dr. Carlos Labaroni (L)

(E): Labaroni, ¿Hace cuánto tiempo que se está desempeñando como referente?

(L): Desde que la provincia arrancó con el programa de CC, creo que fue en mayo o abril del 2010. En mayo creo que fue que enrolamos al primer paciente.

(E): ¿Qué aspectos o características del Plan Nacer considera relevantes y que contribuyen favorablemente al desarrollo de la gestión sanitaria del programa de Cardiopatías Congénitas?

(L): En realidad, tiene muchísimos puntos relevantes, y la mayoría son relevantes por ser positivos. Desde el punto de vista de las CC, el programa le genera la oportunidad de tratamiento en tiempo y forma para chicos que no la tenían. Entonces, el objetivo del programa es bajar la mortalidad y la morbilidad, sobre todo la mortalidad de causas duras como son las CC, y no sé cómo vienen dando las estadísticas pero tendrían que dar bien. Porque en principio se operan muchísimos más chicos y se operan en tiempo. Quizás es difícil sacar el resultado ...una conclusión final digamos... es difícil comparar los resultados actuales con los resultados pasados, porque las estadísticas pasadas no existían, entonces, es imposible de comparar. Pero lo que vos notás es que existe ahora un registro que es otro punto positivo, que exista el registro. Y si bien administrativamente es un poco denso se puede hacer. Quizás le faltaría en los efectores, en los distintos efectores, un poco de ayuda administrativa.

Y es tan bueno el programa, que uno de los puntos más negativos que tiene es que hay mamás o papás que por ahí tienen una obra social de las que son muy malas. Hay obras sociales que son de distintas categorías, algunas muy buenas y otras no. Por ahí le toca a un papá que tiene una obra social mala, pero tiene una, y el chico tiene al final muchísimas peores oportunidades que aquel que no tiene ninguna obra social. Porque si no tenés ninguna obra social y te toca el plan sumar o el plan nacer en su momento, tenés el acceso garantizado a un servicio de buena calidad, auditado, y con buenos resultados; o con mejores expectativas de tener mejores resultados. Y en cambio, me ha tocado pacientes que por ahí están en lista de espera muchísimo más tiempo porque tienen obra social que las que no la tienen. Y es muy loco,

normalmente uno pensaría que es al revés, que si vos tenés una obra social va a ser mejor que si no tenés una, sin embargo ese razonamiento desde que existe este plan cambió. Ese razonamiento cambió. Las listas de espera son muy similares para los pacientes que tienen obra social digamos, del grupo de obras sociales de las buenas, con respecto a los que no tienen OS, y son mucho mejor que los que tienen una obra social como... acá en el hospital me tocaron una de la Industria Frigorífica de la carne, otro de la Industria Fiderera, algunos de OSEFRYN que también son empleados temporales. Por ahí las OS evitan pagar. Y te conviene toda la vida, renegás muchísimo menos si no tiene obra social. Porque además una vez que vos ya sabes el sistema administrativo, que tenés organizado el sistema de denuncia y que conoces a la gente del centro coordinador, que son muy accesibles, te resulta muy fácil entrar un paciente por el plan. En cambio, cuando tiene una obra social, todo se dilata.

(E): En su opinión, ¿Considera que los mecanismos de incentivos o estrategias del diseño del Plan Nacer han producido cambios positivos y/o negativos en el comportamiento de los agentes de salud? ¿Cómo se manifiesta en la práctica? ¿Aumento del diagnóstico, mejoras en los registros clínicos, mejoramiento de la capacidad instalada, tiempos de atención?.

(L): Mirá, la capacidad instalada no mejoró en la provincia nuestra, no mejoró nada, y si bien mejoraron todas las estadísticas de diagnóstico, justo tiene un poco de coincidencia. Las estadísticas venían mejorando desde seis meses antes del plan nacer, que ingresé yo en la provincia, y antes de eso no había ningún cardiólogo infantil, entonces, particularmente en el punto de vista de las CC mejoraron porque no podían empeorar. Y mejoraron desde lo que se puede mejorar desde un servicio unipersonal , y ahora va a ver una mejora mayor, porque con Rodrigo en Bariloche tiene que mejorar más, el diagnóstico y el tratamiento oportuno. Pero, no tiene que ver con los incentivos del Plan Nacer, yo creo que el principal incentivo del plan es que le brinda la solución al paciente, y que ese es el principal incentivo que uno busca en este plan. Yo no me meto en el Plan Nacer para que renueven el mobiliario del servicio o que me compren un ecógrafo que funcione, no es ése el objetivo principal. El objetivo principal es con este plan, conseguir que el chico se opere. Bueno, las herramientas en sí, no sé si es el plan quien deba proveérteles posiblemente, la provincia te las tenga que proveer.

(E): Quizás también porque la pcia. tiene hospital de referencia y no centro tratante...

(L): Claro, también tiene que ver. Los centros tratantes recibieron mucha más ayuda, y tienen otro tipo de compromiso de inversión. La provincia nuestra, al no tener un centro tratante, los compromisos de inversión son otros, los montos que reciben son otros, son más chicos y que no alcanzan para realizar los cambios que realmente necesita el servicio. Esos cambios los debería de proveer la provincia. Para mí, el principal estímulo de este plan, es conseguir el objetivo terapéutico. El objetivo del plan no es que yo tenga un aire acondicionado, es que el paciente siga vivo, es disminuir la mortalidad. Me parece que no tiene que ver, la parte de la infraestructura y de la aparatología, puede pasar que al principio hayan visto que con esto capaz que conseguimos algún otro beneficio extra, que nos cambien un transductor, que arreglen un monitor, yo nunca lo conseguí, la verdad, que las cosas que conseguí fueron muy menores.

(E): En relación a la estrategia de aseguramiento que proponen el Plan Nacer: ¿A qué factores atribuye los resultados del programa? ¿A su modelo de gestión, focalización en población vulnerable, al financiamiento basado en resultados, a la liquidez de las transferencias?

(L): Para mí, el éxito del programa se basa en que acertaron con una necesidad que estaba insatisfecha, y que tenía cientos de actores esperando que le den esta oportunidad. Es decir, los hospitales tratantes, estaban esperando poder atender más, estaban esperando poder solucionar más problemas, estaban esperando para tener más plata y ampliar las unidades de cuidado post quirúrgico, de cirugía cardiovascular, estaban esperando por poder comprar los monitores que fue parte del equipamiento de la primera etapa del plan, estaban esperando para poder aumentar su capacidad instalada, porque sabían que las listas de espera que tenían eran monstruosas, entonces, esa gente estaba muy predispuesta a decirte siempre que sí y no tenían las herramientas para decirte que sí, y ahora las tienen y te dicen que sí, te acepta todos los pacientes. Del otro lado, había un montón de efectores provinciales, los cuales estábamos esperando la oportunidad de una forma de canalizar las cirugías para los pacientes que las necesitaran, y no conseguíamos. Vos los mandabas y entraban en lista de espera. Y con este aumento de la capacidad conseguimos que esas cirugías se puedan llevar a cabo, y que además con la descentralización, en el caso particular nuestro, conseguimos que muchísimos chicos se operen acá al lado en Neuquén, y eso no tiene precio, eso es buenísimo. De hecho, en Neuquén, los últimos turnos

quirúrgicos, durante el último año y medio, la mitad de los pacientes que se operan en Neuquén son Rionegrinos. La cuestión entonces es esa, encontraron un tema en la cual había mucha cantidad de gente en todos los... vos necesitabas efectores, diagnosticadores, y justo todo el mundo, todos, tenían la necesidad. Había frustración por no poder desempeñarse como quisieran, y de pronto te dieron esa posibilidad de poder tener mejores resultado, poder brindar la atención que querías, y fue un éxito. De hecho, las listas de espera son cortas, la cantidad de cirugías aumentaron impresionante, no solo las de Río Negro sino las de todo el país aumentaron en números extraordinarios. Algunos centros del interior se desarrollaron muy bien, y otros se desarrollaron menos, quizás no crecieron lo que uno esperaba, pero todos crecieron un poco; y en todos conseguís aumentar la capacidad, y en todos aumentás la respuesta. En el caso nuestro en particular, en Neuquén hace cuatro años se operaban diez pacientes por año y eran todos neuquinos, y ahora se operan como cuarenta o cincuenta por año y de esos, veinticinco son rionegrinos. Entonces, tiene muchas buenas ventajas y ya te digo, creo que la pregunta era sobre el principal factor que...digamos...el principal factor no es ni siquiera que lo paguen a tiempo o que lo paguen bien, porque hay multas, hay débitos, digamos yo creo que nadie se fija en eso. En salud no es lo primordial, especialmente desde el punto de vista médico, no me importa quién lo paga. Lo que me interesa es que la próxima vez que yo llame para pedir una derivación ...lo que a mí me interesa particularmente como médico es que el mes que viene cuando me toque derivar un paciente, o mañana u hoy, que no llame a tal hospital y que me digan: no, mirá los últimos cuatro no los pagaron así que no los podemos aceptar. Por supuesto que la única parte financiera que me interesa es que la gente me pueda seguir diciendo que de alguna manera cumplan con el sistema de pago para que no me digan: no, de Río Negro no aceptamos porque hace seis meses que no pagan...eso nunca pasó y esperemos que no pase. No me parece que el hecho de generar un sistema de pago sea lo más importante del sistema, me parece que lo más importante del sistema, lo que basa el éxito es que permite dar respuesta. Que había un montón de gente esperando poder dar respuesta y este sistema nos da esa oportunidad

(E): ¿Se observan mejoras en el desempeño sanitario y/o en los estándares de calidad de la atención del niño con cardiopatías congénitas?

(L): Sí, mucho. Lo otro que se nota también es bastante interés en algunas unidades neonatales; interés y también preocupación, porque de pronto, chicos que no se diagnosticaban y no sabemos qué suerte corrían. Por ahí lo que se ve es que hay un montón de gente que todavía no está acostumbrada a atender a este tipo de pacientes, que son pacientes distintos. Son muy distintos. Un paciente cardiópata grave o severo es muy distinto a lo que normalmente ve un pediatra. Por ahí lo que vemos es que todavía falta, que tenemos que entrenarlos un poco más en el manejo pediátrico de los pacientes cardiopatas. Pero un poco esto tiene que ver que ahora estos chicos siguen dando vuelta por ahí, llegaron a su operación y siguen dando vuelta por ahí. Antes no sabemos que pasaba con estos chicos, no sabemos dónde estaban o si estaban. Y ahora sabemos que generan preocupación en algunos servicios porque no todos, pero algunos pacientes puntuales necesitan más de una cirugía por este tipo de enfermedad, y necesitan una rigurosidad de seguimiento y de controles que por ahí son distintos que los normales, que los frecuentes de un chico sano; y generan preguntas que los pediatras por ahí todavía no todos, las pueden contestar. Entonces estamos trabajando en el entrenamiento de esa parte para que pueda seguir brindando las respuestas sin sentir miedo, que pierdan el miedo a tener un paciente cardiópata enfrente

(E): ¿Considera que hubo cambios en la demanda y utilización de servicios por parte de la población a partir de la articulación de ambos programas?

(L): Sí, aumentó muchísimo. Es como todo, vos abris la puerta de un kiosco y al primer día vienen dos, al segundo día vienen seis, al tercer día vienen ocho, y a los dos meses vienen mil. Bueno, acá pasa más o menos lo mismo. Nosotros la puerta del servicio de cardiología infantil la habíamos abierto en noviembre del 2009 y el programa nacional de CC adhirió al Plan Nacer en mayo del 2010, en esos meses, todo el tiempo fue aumentando la demanda; y después de la incorporación del programa siguió aumentando muchísimo. No te puedo decir si cambió el ritmo de aumento o no, pero te puedo decir que mes a mes, yo no sé como pero todos los meses atiendo más gente. Vienen de todos lados, siempre vienen derivados. Si vienen del interior los vió algún pediatra y los mandó, excepto los casos de los que tienen algún hermano con cardiopatías que esos tienen un nexo mucho más directo, se contactan las madres para realizar la eco fetal. Los que tienen diagnóstico de cardiopatías congénitas que pueden necesitar tratamiento todos tienen mi teléfono y tienen un acceso diferente,

esos no entran por los turnos normales. Tienen un acceso a la salud y atención cardiológica completamente distinto del de una persona normal. Ellos no vienen por ventanilla a sacar el turno.

(E): Y ¿en el caso de los que son del interior?

(L): Con el interior pasaron varias cosas, primero habíamos puesto turnos a la mañana para la gente del interior y la gente llegaba al mediodía. Entonces no sabíamos bien que pasaba, y empezando a preguntar a ellos mismos cuando los atendía, porque yo estaba desde las ocho y acá no había nadie hasta las diez y media, y los transportes de la línea sur llegan hasta roca, y allí tienen que tomar otro colectivo y venir hasta acá y los horarios de llegada eran más tardíos, entonces, viendo eso, decidimos poner el consultorio a partir de las once, y temprano veo otros pacientes de seguimiento. Pero sí, organizamos un poco la atención en base al sistema de transporte y a la demanda local, y con el tiempo conseguimos que distintos médicos de hospitales vecinos tengan también un acceso mucho más fluido

(E): ¿A través de qué mecanismos el programa contribuye a reducir las inequidades en el acceso a la salud en población sin cobertura explícita?

(L): En realidad, todo el programa está hecho para eso. Todo el programa está diseñado para generar una igualdad de oportunidades. Ya te digo, en algunos casos no es una igualdad, es una superación de oportunidades. A veces es mejor no tener OS que sí tener una de mala calidad. Quizás, en algún momento, el programa tendría que cambiar esa filosofía de decir bueno, yo los acepto sólo si no tienen OS, y empezar a aceptar a todos, a los que tienen y a los que no tienen OS, incluirlos a todos; y después el programa mismo encargarse de cobrarle a las OS lo que le toque. Hacer una gestión posterior de recupero financiero, pero que la respuesta sea equitativa. Que te permita generar una atención igualitaria, que no sea peor tener OS que no tenerla. Si estamos brindando algo que es un servicio de buena calidad y a buen tiempo, bueno, brindémoslo a todos. Y a aquellos que tienen estas dificultades por estos problemas, bueno, que el Plan Nacer lo cubra, y se encargue de gestionar el cobro frente a las OS que correspondan. Que además, las OS no creo que se quejaron de los montos del Plan Nacer, porque son más bajos de lo que les saldría pagarlos al privado, es algo necesario. Lo mismo que los cateterismos, algunas prácticas que hay que incluir. Cateterismos con facilidad, el uso de prótesis, un banco de prótesis que uno

pueda mandarlos a tal lado y le cierran el ductus, la CIA o le pongan el stend sin tener que hacerlo como ahora que es muy engorroso, es difícil.

(E): muchas gracias Carlos.

7.3. Entrevistas a actores del nivel local

7.3.1. Entrevista a Referentes del Hospital de San Antonio Oeste, Hospital A, CAPS Elvio Yorio y CAPS Anahí

Fecha: 18/06/13.

Referencia de las entrevistadas: Lic. Mayra Contreras (M) y Claudia Houriet (C)

(C): Trabaja en hospital, CAPS Elvio Yorio y en Hospital "A" en curso parto.

(M): Trabaja en hospital y Caps Anahí

(E): ¿Desde cuándo trabajan con el Plan Nacer?

(M): Desde 2008, empezamos nosotras y seguimos; arrancamos desde el principio con el programa.

(E): Con respecto al Plan Nacer ¿qué aspectos o características del programa consideran relevantes y que contribuyeron favorablemente al desarrollo de la gestión sanitaria local?

(M): Yo lo que rescato del programa es el registro, creo que se optimizó mucho el registro. Nosotros en los controles de embarazo poníamos datos porque tenemos el hábito de escribir, pero logramos que por ahí compañeros de trabajo que no, de la parte de pediatría, se registrara y nosotras registramos más, porque hay datos por ahí que no se anotaban y ahora por una cuestión de tener que hacerlo por la facturación creas el hábito y que ahora ya no necesitás ni pensarlo, y que te sirve. Después por ahí son datos que uno lo puede tener en cuenta; realmente por eso creo que fue realmente importante el cambio, una de las cosas que más noté.

(C): Yo lo que veo es lo secundario a eso, el incentivo de la gente hacia hacer para obtener algo, creo que fue la única manera de lograr que esto se ponga en uso, y aún así todavía falta para que haya servicios que se ocupen del tema. Me hubiese gustado también que hubiese estado de alguna otra manera eh...hacerlo entender que esto también es parte del trabajo.

(M): Claro, que no es por lo que vas a obtener, sino que es algo que hacés diaramente y que debería estar implementado sin tener el premio al final porque en realidad es lo que uno hace, pero bueno es el enganche..

(C): Algo que sirvió sobre todo en los caps, ayudó muchísimo en cuanto a la parte edilicia, yo digo sobre todo para los caps, pero en la mayoría también fue así, y eso los motivó

(M): Sí en todos, día a día haber tenido un llamado de la enfermera de que mes tenía que facturar... están todo el tiempo, en un ratito del tiempo, haciendo la facturación. Por ejemplo, yo lo que noté en el caps es que había muchas historias clínicas incompletas, la carátula de la Historia Clínica le faltaba los documentos, nadie le daba importancia. Ahora como esos datos los necesitás sí o sí para facturar, se empezaron a actualizar las HC, a ponerle la fecha de nacimiento, actualizar el documento de los niños, el domicilio, entonces, como que algo que uno debería hacerlo habitualmente, bajo la presión de la facturación lo hace, que no sé si está bien o mal, pero bueno, es un mecanismo que logró que se hicieran las cosas que no se hacían.

(E): A partir de los mecanismos de incentivos o estrategias del programa, ¿se han producido cambios positivos y/o negativos?, que era un poco lo que estaban ustedes comentando

(M): Y sí, en realidad fueron todos positivos, en este caso, fueron todos positivos, digamos; la retribución hace que la gente lo que trabaja lo registre y lo que no hacía lo haga, entonces es como que incentivó a eso.

(E): ¿Cómo se organizan digamos para realizar el trabajo que implica llevar a cabo el programa?

(C): Sobre todo con reuniones de servicio, del servicio de las obstétricas. Nos ponemos de acuerdo, llega información nueva, siempre Mayra la sociabiliza para todas. De acá surge hacia los caps.

(M): Nosotras vamos a los caps, todas cubrimos los cinco caps, entonces cada una lleva información y la sociabiliza con el resto del equipo. Aparte de eso, nosotras lo que logramos digamos de apoyo desde dirección es que en vez de nombrar a un administrativo, es nosotras ir dos veces al caps y el resto de los días estar acá haciendo sólo tareas administrativas. Entonces Claudia está tres días en caps y dos días acá a la mañana, y yo estoy dos días en el caps y tres días acá a la mañana. Vamos compartiendo la PC y vamos haciendo on line, y después vamos haciendo toda la tarea de recopilación de datos y revisión de HC, y demás, así que eso fue lo que logramos, no el nombramiento de un administrativo, pero bueno, al menos eso nos

deja tiempo; digamos que tenemos que compartir con nuestra tarea habitual, porque también estamos de guardia, hacemos consultorio.....

(E): ¿Qué importancia consideran que el equipo de salud y los directivos le asignan a la presencia del programa?

(C): Importancia mediana

(M): Monetaria únicamente

(E): Digamos, ¿hay involucramiento de ellos, compromiso, respaldo?

(C): Sí, ahora vemos, después de haberlo hablado con la dirección nuevamente, que es una necesidad que todos tenemos que cumplir, y estamos viendo cambios a favor, pero sí, es monetaria, en muchos de los casos es monetaria.

(M): Lo mismo que el interés de los distintos servicios, vienen a nosotras o a preguntarnos qué pueden hacer porque quieren algo a cambio, no porque les interese lo que hay que hacer, y entonces en muchos de esos casos nosotros bueno fue como que nos pusimos firmes, y pusimos freno a esto porque como nos pasó con lo de derivaciones, nos pasó con varios servicios. Dicen bueno nosotros hacemos... pero hacen por la mitad, y te dejan el trabajo peor, desordenado con la mitad de los datos, donde te cuesta el doble ir a juntar la información para poder facturar. Nada más quieren que le compremos algo a cambio con el dinero, y eso me duele, porque es como que se ríen sobre tu trabajo, o como que vos estás acá todo el día sin hacer nada; y es mucho lo que hay que hacer de administrativo. Entonces en esos casos, como lo que tratamos de organizar, y los servicios que están facturando real y mensual, sin tener que ir a decirles todos los meses si hicieron algo, son los servicios que nos empezamos a juntar para decidir esas compras, el resto no tiene participación. Porque nos parece una falta de respeto para el que está trabajando, entonces nos pusimos firmes y dijimos bueno no, como nosotros tenemos decisión en las compras porque la dirección nos dio la accesibilidad de poder decidir, y si nosotros no damos el aval no se compra y en eso nos han respetado. Podemos tomar decisiones con las chicas de rayos, con la guardia, laboratorio, que hacen esto sin interrupción, son los sectores que están facturando hace meses y bien, realmente está colaborando y se metieron con el programa.

Yo lo que noté de diferencia entre el Plan Nacer y el Sumar, es que la implementación del sumar fue de mayor difusión, entonces la gente como que se interiorizó más del programa. Al Nacer como que lo atribuían a que era de las parteras que era solamente

de las embarazadas, entonces como que el resto ni te escuchaba. Ahora como se suma más gente, todo el mundo pregunta, que tenemos que hacer, es como que se incorporaron un poco más.

(C): Cuando hicimos la actualización en uno de los power lo que más queríamos enfatizar era cuales eran los objetivos tanto del Plan Nacer como del Sumar, que era disminuir la mortalidad, disminuir la morbilidad. Claro, no era ganar plata, hacer hincapié en eso, no sé si a todos les llega, pero bueno

(M): Claro lo mismo que el tema de cuando empezamos con las auditorías, con el registro. Entonces le decíamos: no es que tenés que hacer algo más de lo que hacés habitualmente, es lo que hacés habitualmente y que no tenés el hábito de escribir. Pero está mal que no lo escribas, no te estamos exigiendo que hagas algo que está más allá de tu tarea, o que te sientes al final del día y llenes planillas y planillas. Aparte, no era eso, era completar la HC como corresponde legalmente. Bueno, algunos lo entendieron y otros no, siguieron poniendo dos palabritas y no podés facturar. Nosotros tomamos eso también, la compañera de trabajo que factura control prenatal lo que hace es sacar todas las HC y factura solamente las que tienen todos los datos en la HC, no todas, claro, al principio facturaba dos de 20 que sacaba, y así fue aumentando, pero siempre quedó un remanente que es imposible facturar, pero bueno por eso se cambiaron algunos hábitos, se mejoró en esto del registro, me parece que bastante.

(E): En relación a la estrategia de aseguramiento que proponen el Plan Nacer: ¿A qué factores atribuye los resultados del programa? ¿A su modelo de gestión, focalización en población vulnerable, al financiamiento basado en resultados, a la liquidez de las transferencias?

(C): Yo creo que es el sector de la población que es más vulnerable, yo creo que sí, que es aquella que concurre a los centros de salud, la mayoría sobre todo en el caps donde yo trabajo, que es alto riesgo social y económico, la llegada al centro de salud es la puerta de entrada, y no quieren acercarse al hospital, vienen por obligación. El haber obtenido el plan nacer y el haber mejorado la parte edilicia, lo simple tales como calefacción, yo creo que eso indirectamente les mejoró su situación, creo que eso fue lo que más ayudó, es lo que más visualiza la gente, que está más cerca suyo.

(M): Que es confortable, hay gente que es habitué que va todas las mañanas, chiquitos que no se quieren ir que se quedan llorando porque se quieren quedar en el caps.

(E): El proceso de priorización de prácticas a través del nomenclador ¿ha contribuido a lograr cambios en las prácticas de cuidado de salud? ¿En qué sentido? (Conductas de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento)

(M): Yo no noté diferencias, no, porque en realidad son prestaciones habituales, lo que es el control sano en el 1° o 2° nivel, cuando hay alguna patología, vacunas, son cosas que realizamos habitualmente

(E): Se observan mejoras en el desempeño sanitario y/o en los estándares de calidad de la atención de la embarazada y/o del niño? (utilización de protocolos, guías de atención, registros clínicos, tiempos de atención)

(M): Por ahí en lo que hubo mejoras por ejemplo en detalles de atención como comprar para todos los caps tensiómetros infantiles, balanzas donde no había, equipamiento para un mejor control para la embarazada y el niño; y el registro. Porque en la atención primaria hay muy poco equipamiento, el instrumental o elementos. Otra cosa que mejoró también es que en todos los caps pudimos tener detector de latidos, nos facilitó estas cosas que de otra manera no las podíamos tener.

(C): Mejoramiento del curso de preparación para el parto, no teníamos nada, solamente una lámina y un equipo de música que yo llevaba de mi casa. Ahora tenemos televisor, DVD, pelotas, colchonetas, pizarras. Todo eso lo que hace al lugar, que se acondicionó todo. Todo con fondos del Plan Nacer, hace que ahora cualquier mujer que va con su familia al curso de preparto se sienta cómoda.

(M): También las sillas, que nos prestaban de salud mental, ahora tenemos sillas fuertes que no se abren las patas, bueno, todas esas cosas de seguridad y de confort, que no creo que en muchos hospitales públicos haya un curso de preparto equipado con todas las cosas que tenemos, y eso es calidad. Capacitaciones también.

(E): ¿Consideran que hubo cambios en la demanda y utilización de servicios por parte de la población a partir de la implementación del programa?

(M): No. Creo que sí la demanda es por una cuestión económica, pero no del programa. Por una cuestión económica de la sociedad de que muchas obras sociales no cubren nada por más que las tengas. En los lugares como acá son más las OS grandes, las chiquitas no tienen cobertura, ni siquiera en las farmacias la pueden usar.

(C): Esa es la problemática de cuando se inscriben las embarazadas, el niño y ahora todos los que se suman, de incentivar que esa persona que se le dice que tiene una OS y no la puede utilizar porque son trabajadores temporarios que le pueda dar de baja, eso es como un punto que está faltando para lograr que se puedan incorporar.

(M): Ellos no tienen el hábito de ir a darles de baja y no saben dónde. Acá más de una OS no tiene oficina o tiene horarios de atención muy reducidos, son trabas. Para ellos y nosotros, en muchos casos cuando les salta la OS y no pueden hacer el trámite de Anses, tampoco para cobrar la AUH, entonces también es una traba para ellos. Creo que más que nada el aumento del caudal de pacientes es por una cuestión económica y que en más de una vez con una OS que les cubra tienen que pagar sobre eso y no tienen el dinero, ni para laboratorio ni para farmacia, entonces vienen para acá.

(E): Y a ustedes les sirve para visualizar tener la información nominalizada de...

(M): Sí nosotras a las embarazadas las inscribimos prácticamente al 100%, aunque tengan OS, salvo que sea cuando su OS funciona, que permanentemente le hacés recetas o le pedís estudios, porque más de uno piensa que la tiene o no, llegado el momento se activará o no, lo mismo que a los niños cuando nacen los inscribimos, aunque la mamá tenga OS, lo mismo cuando la mamá tiene OS por sus padres y no transmite el niño.

(E): A partir del aprendizaje generado por la implementación del Plan Nacer, ¿que oportunidades de mejora identifica para optimizar el cumplimiento de los objetivos?

(C): Yo creo que es el registro, yo creo que eso es una de las cosas que más ayuda. La inscripción de las embarazadas que ahora quedan en el grupo mujer, la continuidad, y bueno, la amplitud también nos ayuda a incrementar la facturación.

(M): Las pacientes que hemos tenido embarazadas en el plan nacer son pacientes hospitalarias que luego vienen a hacerse el pap, la eco, que quedan en el sistema, y poder seguir facturando las prestaciones está buenísimo. Otra cosa que implementamos fue con la planilla de anticonceptivos, inscribir a las mujeres porque son pacientes habituales del hospital, algunas con OS pero a veces con trabajos temporarios, que cuando se quedan sin OS siguen viniendo al hospital.

(E): ¿Cuál son en su opinión los principales desafíos para la puesta en marcha de la ampliación del programa en el nivel local?

(M): La incorporación de más áreas es lo más difícil, la inscripción, volver a inscribir. Lo que nos costó la inscripción cuando arrancamos con el plan nacer fue terrible, nadie

inscribía. Nos costó hasta inscribir a los recién nacidos hasta que implementamos inscribirlos antes que se fueran de alta y las embarazadas, ahora que eso ya estaba encaminado inscribir a todas las mujeres, adolescentes varones más que nada.

(C): Y el otro desafío es la cobertura en cuanto a tecnología informática, no solo es una cuestión de falta de computadora, sino prender la compu y ver como se usa, porque no nos olvidemos que hay mucha gente administrativa que no saben y algo tan simple que nosotros lo podemos manejar a otros les cuesta mucho, tienen el "no".

(M): Tienen una limitación generacional, es difícil, el tema del padrón que dejaba de venir en papel, lo que les costó, que se lo íbamos a llevar a grabar. Entender que la compu se puede usar de archivo, lo básico de computación. Nos va a costar mucho cuando empiecen a facturar, comenzaremos por la inscripción que es más sencillo.

(C): Como lo fue con el Plan Nacer: ¿qué es esto que nos vienen a imponer? ¿Quién lo tiene que hacer? ¿Quién es responsable?...

(E): ¿Consideran que hay conflictos de interés entre los agentes de salud?

(C): Yo creo que hay indiferencia y al momento de ver el ingreso económico hay interés. En donde uno hace hincapié de que hay que hacer para poder obtener ahí empiezan, es donde empieza el que estaba interesado se empieza a dispersar. No sé si hay conflicto, porque hemos sido tan democráticas que ahora esto de poder juntarnos y decidir todos los que trabajan con el sumar, quieren decidir que comprar, creo que no hay otra manera más simple y libre de poder decidir esto. En los caps es más sencillo, en las reuniones de los caps dicen orden de prioridades...

(M): Porque en los caps se atienden los niños, las embarazadas, adultos. Todos intervienen entonces pasa por la vacunadora, enfermera, médico. No hay conflictos porque todos intervienen en ese control, no hay mayores problemas. En el nivel central como hay otros servicios que intervienen y saben que hay dinero, todos los servicios quieren dinero de la bola, pero si no participás, no te corresponde. En el caps es más limitado, todos participan, cada uno hace una parte y cuando llega el recurso todos mejoramos. En el hospital como el ministerio envía los fondos para cubrir gastos dicen cómpralo con el plan nacer y ahí nos pusimos firmes.

Los servicios que facturan, ir equipando esos servicios, que son los que están trabajando. De todos modos, se compraron cosas para los administrativos de mesa de entradas. Cuando los auditan sacan las HC, número de documentos, colaboran. En la

medida que pidieron algo le dieron estabilizador de compu, estanterías. Pero los servicios pueden intervenir en forma más efectiva y no lo hacen.

(E): ¿Consideran que el modelo de gestión del programa es aplicable a otras áreas prioritarias de salud?

(M): Yo creo que sí. Mucho más ordenado, e incentiva

(E): ¿Qué otros grupos vulnerables considera que deberían estar incluidos?

(M): Ahora se amplió bastante. La parte de internación está un poco limitada, y las mujeres en los casos de cáncer están internadas, las cirugías por ejemplo no están contempladas. Si quieren incorporar otros actores lo básico de cirugía, porque los niños o mujeres, cualquiera pueden tener una intervención.

(E): muchas gracias.

7.3.2. Entrevista a Referente de CAPS La Costa de la localidad de Cipolletti

Fecha: 27/06/13.

Referencia del entrevistado: Lic. Silvana Ciancia (S), Ex. Coordinadora del Plan Nacer en la provincia de Río Negro, actual referente del Centro de Salud La Costa en la localidad de Cipolletti.

(E): ¿Cuál es tu función, y cuál ha sido tu experiencia con el Plan Nacer?

(S): Yo fui la primera Coordinadora que tuvo el programa a nivel provincial (pcia. RN) allá por el año 2007 cuando se firmó el primer Convenio Marco con el Ministerio de Salud de la Nación. En 2006 empezamos a trabajar a nivel interno, a nivel ministerio, preparándonos con todas las condicionalidades que en eso momento teníamos por parte del Banco Mundial y preparándonos como provincia para la implementación del plan, así que a partir de 2007 y hasta abril 2010 estuve en la coordinación. Luego, a partir de entonces, me desempeñé como referente de un centro de salud a nivel local como efectora, como referente en un centro de salud que es La Costa en la firma del convenio, y como efectora local digamos, realizando las prestaciones a las embarazadas y prontamente a la gente del Sumar.

(E): ¿Qué aspectos o características del programa considera relevantes y que contribuyen favorablemente al desarrollo de la gestión sanitaria local?

(S): En primer lugar, el ordenamiento a nivel administrativo, la exigencia del registro, cuestiones que por ahí estaban desatendidas. El trabajo en equipo, esto hizo que uno se mirara con el otro, para trabajar en conjunto. A través del incentivo que era la facturación ver que se podía hacer con el compañero, en la disciplina que a cada uno le tocara. Después, a nivel sanitario uno ya tiene todas las mediciones de impacto a nivel nacional y provincial con respecto al mejoramiento de algunos indicadores que esto se construye desde el nivel local, la importancia que tiene este eslabón, desde la inscripción, hasta todas las prestaciones que hacen que se lean y que se traduzcan en metas sanitarias. Desde el punto de vista administrativo y hacia adentro del centro de salud logró esto, un cambio administrativo, la exigencia de gente que se abocara a la tarea, y después, dentro del equipo ponernos de acuerdo, siendo que el motivo, el enganche era que se compraba pero era midiendo un objetivo sanitario mirando un objetivo sanitario; que en realidad, todo lo que uno compra es para mejorar la atención, a esto apunta. Sí, en eso se nota.

(E): ¿Cómo organizan el trabajo para llevar a cabo la ejecución del programa?

(S): Yo estoy en dos centros de salud, y en realidad en el día a día uno hace lo mismo, sólo que tenemos incorporado que a fin de mes hay que entregar la facturación, entonces uno ya sabe quiénes son en el caso de las embarazadas los beneficiarios, entonces es como algo automático que hacemos, de preparación y entrega de la facturación. Después, en un principio yo les ayudaba, como sabía la mecánica, les ayudaba en la facturación de los controles de salud del niño o vacunación. Les ayudaba a mis compañeras cuando no lo tenían muy claro, y después, esto ya se hace solo, tanto la odontóloga, el agente sanitario, la médica general o la enfermera con los controles de niño, digamos como que rueda esto, va solito. Después sí nos juntamos para tomar las decisiones de lo que necesitamos. Yo no estoy en los efectores que sean los más compradores porque tuvimos poca facturación, sabíamos que queríamos pero por ahí no nos daban la cantidad de dinero que teníamos disponible para comprar lo que queríamos. Ahora hemos comprado los primeros detectores de latidos entonces ahora se cree que existe el plan, pero en un principio nos dedicamos solo a facturar y no tanto a ejecutarlo al programa. Y bueno, esto es por ahí la deficiencia que veo que hay una distancia muy larga entre la facturación y la ejecución. La ejecución como la compra, la utilización del dinero. Después nosotros no tenemos tanta lectura de lo sanitario porque no tenemos tanto tiempo para sentarnos a analizar y no tenemos un

mecanismo que nos devuelva. Por ahí, un sistema de registro que nos devuelva a ver cuánto hemos captado de embarazos en el primer trimestre, no está tan desmenuzado hacia nosotros como centro de salud. Tenemos reuniones de equipo que son obligatorias pero nos sentamos más que nada a ver el funcionamiento o las actividades (E): En relación a la estrategia de aseguramiento que proponen el Plan Nacer: ¿A qué factores atribuye los resultados del programa? ¿A su modelo de gestión, focalización en población vulnerable, al financiamiento basado en resultados, a la liquidez de las transferencias?

(S): Yo creo que todo contribuye. El modelo que tiene como pasos que son ineludibles, tiene una secuencia lógica el modelo, después, la manera en que se comunica desde el nivel central. A nivel local cuesta...y que esté focalizado a la población vulnerable. Sí, yo creo que todos los factores, no sé si...sí esto del financiamiento basado en resultados tuvo que ver en algún momento porque era: si hacemos nos pagan, pero yo creo que esto ya está instalado, el Plan Nacer es el plan y ya está instalado. Yo creo que todos los factores han contribuido, me parece que todos los factores tienen que ver. Sí, porque algunos al principio ha primado esto del incentivo, que lo hacíamos por lo económico y ahora como está instalado, está incorporado, se ve con naturalidad. Para mi gusto habría que sumar más gente, porque a nivel local somos siempre las mismas personas las que a nivel centro de salud u hospital nos preocupamos y nos ocupamos de hacer la cuestión administrativa

(E): Con respecto al proceso de priorización de prácticas a través del nomenclador, ¿consideras que ha contribuido a lograr cambios en las prácticas de cuidado de salud?

(S): No. No sé a nivel global, si uno tiene una mirada más desde arriba. Nosotros en el día a día no lo notamos. Digamos que nosotros no hacemos más de lo que estábamos haciendo; y en realidad creo que no lo dimensionamos. Tiene una lógica el nomenclador y se priorizaron ahí las prestaciones que apuntan a disminuir la morbimortalidad, esto está directamente relacionado, por eso se creó el nomenclador. Pero me parece que nosotros eso no lo dimensionamos, en realidad lo vemos como un listado de prestaciones y no tenemos la lectura de cuanto contribuye ese nomenclador en la disminución ...o en la prevención. Tal vez a nivel provincial sí se vea por esto que estamos todos preocupados que el embarazo se tiene que captar antes de las 13 semanas, es como uno va promocionándolo, pero como una cosa general, no porque lo diga el nomenclador

(E): Se observan mejoras en el desempeño sanitario y/o en los estándares de calidad de la atención de la embarazada y/o del niño? (utilización de protocolos, guías de atención, registros clínicos, tiempos de atención)

(S): Se observan mejoras, porque en realidad esto ha permitido la circulación de material de actualización y de estudio, y de normatización, en eso sí, porque tenemos como una uniformidad de criterios. Sí, indirectamente al mejorar el centro de salud uno está mejorando la calidad. El hecho de adquirir algo tan básico como un detector de latidos, uno hace el diagnóstico inmediatamente de embarazo cuando es auscultable la frecuencia cardíaca, y no necesitamos trasladar a la embarazada o esperar a la semana siguiente para hacerle el test que confirme el embarazo, o esperar un mes para la ecografía. Entonces sí, fíjate como un equipo de baja complejidad o el uso de tecnología apropiada, que es de bajo costo por otra parte, tiene esa repercusión. Sí, se ha notado, en cuento al uso de protocolos y al uso de normas, se ha visto un mejoramiento

(E): ¿Considera que hubo cambios en la demanda y utilización de servicios por parte de la población a partir de la implementación del programa?

(S): No. La población no tiene idea, en realidad ahora en lo que se traduce para la población el Plan Nacer es en la Asignación Universal. No se comprende que es un seguro de salud destinado a mejorar la calidad de atención ¿no?. Cuando uno hace la inscripción hoy es igual a Asignación universal, AUH o AUE. No hay como una apropiación del centro de salud como que si yo vengo contribuyo...en realidad, lo que la gente demanda es la atención o el insumo como con una mirada egoísta, y no tanto esto. Es como que eso se les tiene que dar y no sé cuánto importa que el centro de salud esté pintado, y me parece que la gente no lo toma como un beneficio sanitario sino como un beneficio individual. Porque apenas se había logrado implementar el Plan Nacer, uno empezaba a explicar lo que era el Plan, como un seguro que no iba a brindarle mayores prestaciones pero sí que iba a hacer que el centro de salud mejorara ..una vez que se empezó a entender esa cuestión, aparece lo de la asignación. Eso simplificó al PN igual a asignación universal. Vienen por el subsidio.

(E): A partir del aprendizaje generado por la implementación del Plan Nacer, ¿qué oportunidades de mejora identifica para optimizar el cumplimiento de los objetivos?

(S): Las oportunidades que tuvimos fue esta pequeña informatización, esa fue una buena oportunidad a través del programa Remediar +Redes. Eso es como que a todos

nos puso en igualdad de condiciones porque teníamos centros de salud que no llegaban a la compu, o se lo habían comprado y con el paso del tiempo se va desactualizando el equipamiento informático. Esto creo que nos dio la oportunidad de estar todos por lo menos con el mismo equipamiento. Lo que nos falta es la conectividad, y ahora este sistema que se instaló es la puerta de entrada a cualquier otro o ya generó o instaló un mecanismo de laburo que le abre la puerta a cualquier otro plan o programa que se instale con el mismo formato. La oportunidad que nos dio es esto, ya está instalado, ahora se va a llamar Sumar, Nacer, o multiplicar, dividir, pero digamos que si viene con el mismo formato, ya la mecánica está, entonces la oportunidad la tuvimos, la tenemos. ¿Que falta? Falta que nos conectemos, porque cada vez la demanda es mayor con toda la cuestión administrativa y nosotros siempre estamos como un año atrás en la cuestión informática. Esto sí que es un gran déficit, que es una desventaja; y es una amenaza que tiene el programa si no se hace rápidamente. Pero a nivel local es eso ¿no? Esto de trabajar en equipo, esta fue otra oportunidad, y la posibilidad hablar todo el tiempo con el equipo y de ir mejorando o agudizando del ingenio a ver cómo podemos contribuir y colaborar entre todos para que salga la facturación, y ahora, conocido el sumar, volvemos a ver que más tenemos que hacer.

(E): ¿Se identifican conflictos de interés entre los agentes de salud en relación a este cambio, a esta ampliación que ha tenido el programa?

(S): Sí, hay conflictos de intereses porque siempre cuando llega algo nuevo, por el miedo al cambio, "hay a mí no me toca" ¿no? Entonces "a mí no me corresponde", "yo me quedo con las embarazadas y los chicos", la verdad es que uno tiene que ampliar...yo creo que pasó lo mismo cuando implementamos el Plan Nacer... ¿Y ahora quien lo va a hacer? Ahora es más trabajo...sí. Hay conflictos de intereses. También ahora hay conflictos con las compras, porque uno quiere...las obstétricas queremos el equipamiento para dar el taller de parto, o el equipamiento como el detector de latidos, que era prioritario antes que la pintura. Pero en general uno discute constructivamente. Después, una vez que cada uno expone la importancia hacia quien está dirigido, se discipan las dudas, se bajan los temores, y dicen: ah...no era tan difícil...porque en definitiva uno es una partecita de este eslabón, un eslabón de la gran cadena que es este gran programa.

(E): Y si tuvieras que pensar en qué otros grupos vulnerables considera que deberían estar incluidos, ¿en cuáles pensarías?

(S): Los hombres, los adultos mayores son dejados de lado de todo programa. Tal vez porque los indicadores sanitarios en esos grupos no son tan alarmantes, o se lo busca al varón en otras etapas. Bueno ahora con lo de adolescentes, los adolescentes también están, que eran una preocupación con esto de la drogadicción y el suicidio, eso es algo que también se empieza a mirar. Y el adulto mayor, el varón que se lo excluye, siempre la mujer y el niño, que por ser el grupo vulnerable y que es donde más pesa la mortalidad es lógico, sanitariamente. Pero tal vez, al adulto, y al adulto de la tercera edad.

(E): ¿Considera que el modelo de gestión del programa es aplicable a otras áreas prioritarias?

(S): Sí, como modelo de gestión es ordenado. Cuando uno ve la lógica, la secuencia ahora. En cuanto a la ejecución a nivel local hay como un abismo, entre la filosofía del plan y la ejecución a nivel local no? Cuando uno lo piensa en una oficina, en un ministerio es muy romántico, y las cabezas que lo idearon realmente pensaron mucho. Pero el tema es que hay que dar como una vuelta cultural con los agentes, con los actores, los que estamos trabajando con el paciente. Porque tenemos un modelo implementado que por ahí choca un poco con el modelo propuesto. Entonces, o necesitamos más ayuda, más capacitación, más contención, más acompañamiento, que esto es lo que por ahí hace a que se subejecute el programa. Esto es lo que veo, porque una vez estuve del otro lado y entonces uno desde la oficina lo ve como muy ambicioso. Uno por ahí tiene las exigencias del cumplimiento de las metas sanitarias, entonces uno se ve apremiado por cumplir, y quiere que los efectores te sigan el ritmo; y el ritmo del efector es otro. Porque está atravesado por todas estas cosas que decimos, no tenemos el equipamiento informático, la conectividad, el personal administrativo, no contás con el insumo en papel. Por ahí necesitás la distribución del equipamiento, del material en un tiempo y forma y no contás. O con el combustible, con el personal. Miles de cosas que hacen al día a día, al trabajo en el nivel local. Entonces, eso está a un año luz de lo que quiere el ministerio o el planificador de la política. Es como que hay un abismo, pero que es perfectamente digamos, acercable una postura de la otra, con más acompañamiento. No con más recursos, con más acompañamiento, más insistencia, más presencia del que tiene que ejecutar la política

a nivel local. O el que la ideó en el nivel local. Que es por ahí lo que uno podría hacer como autocrítica ¿no? Que éramos también poquitos, éramos ocho en un primer momento, que teníamos que poner en marcha en 34 hospitales y que nos teníamos que dividir en un montón de cosas, porque vino la inscripción, la facturación, la firma de convenios, todo esto que fue así junto, pero digamos que eso es lo que falta. Que también lo veo con otros programas, que falta así como más presencia. Está bien, es una sola persona o es un solo jefe de programa para las 34 o 35 áreas programas, pero me parece que ahí habría que hacer un ajuste.

(E): Muchas gracias Silvana

7.3.3. Entrevista a Referentes de Hospital Dr. Ernesto Accame y CAPS Barrio Progreso de la localidad de Allen

Fecha: 28/06/13

Referencia del entrevistado: Lic. Paola Orellana (P) y Cristina Bonvente (C); referentes en el área programa de la localidad de Allen (en Hospital y Centro de Salud Barrio Progreso respectivamente).

(E): ¿Desde cuándo se desempeñan en el programa en el Plan Nacer?

(C): desde que se inició

(P): En 2008 firmamos convenio

(C): Yo firmé convenio este año, siempre estuve y colaboré pero este año firmé formalmente como referente del centro de salud Progreso.

(E): ¿Qué aspectos o características del programa considera relevantes y que contribuyen favorablemente al desarrollo de la gestión sanitaria local?

(P): En realidad, al principio era medio difícil de implementar pero bueno, después vimos que el Plan Nacer tenía muchos beneficios tanto en su momento que era Plan Nacer solo para la mujer y el niño, y también para el hospital digamos, con todo lo que se pudo lograr acá. Por ejemplo, una de las grandes compras que se hizo fue el sillón de partos, para que las mujeres estuvieran más cómodas.

(C): Y hablando desde los centros de salud, porque yo trabajo en un centro de salud, fue lograr la comunicación a través de internet. Comprar las computadores, lograr tener internet; y la comunicación es distinta. Entonces, fue un cambio bastante importante más allá de otras utilidades que se le dio a ese dinero que entraba. La

gente vió los cambios con la comodidad para ellos, porque por ejemplo en Progreso, se compró material para hacer más bancos porque habían pero no eran suficientes. Entonces, con el plan nacer se pudo comprar material para hacer los bancos fijos, porque si no son móviles y los chicos se suben y los rompen. Se compró también saturómetros, cosa que no teníamos. Había que pedirlo al hospital. Cosas pequeñas pero que fueron importantes y que hacen a la atención diaria

(P): Podíamos brindarle una mejor calidad de atención a ambos usuarios

(C): Si había que hacer algún procedimiento, muchas veces había que mandarlos acá a la guardia porque el centro de salud no contaba con el recurso. Entonces ahora es como que desde ese momento, con Plan Nacer dijimos lo que se puede llegar a tener, y se descongestiona el hospital y la gente se atiende directamente en el centro. Sabe que puede concurrir y encuentra lo que necesita.

(E): ¿Considera que los mecanismos de incentivos o estrategias del programa han producido cambios positivos y/o negativos en el comportamiento de los agentes de salud?

(P): Mitad y mitad porque no todos están comprometidos con el programa. Desde que arrancó el programa acá en el hospital por ahí mucho entusiasmo al principio, pero el problema surgió más con el tema de las compras. Porque al principio no se entendía a quién iba enfocado el plan nacer. Más allá que uno les explicaba que vinieron del plan nacer a hacer capacitaciones, que era para el niño y la mujer, ellos por ahí era como que todo lo que se recaudaba era para una comodidad de la gente, entonces a veces habían discusiones y no entendían bien. Por eso hubo un corte hasta que se vuelve a retomar. Por ejemplo, antes las obstétricas hacían todo Plan Nacer y se les explicaba la importancia del control de embarazo, del tema de las trazadoras que siempre costaba, que no se llegaba a la meta, hasta que vuelven a repuntar otra vez. Pero por ahí cuesta eso, no todos entienden cuál es el objetivo del plan nacer. Más allá que a veces uno adquiere cosas para estar más cómodo trabajando, no hay que olvidarse del objetivo principal que tiene el plan. Pero bueno, creo que ahora estamos repuntando otra vez, porque las obstétricas vuelven de nuevo a realizar las prestaciones.

(C): Claro, lo que pasa es que fue contradictorio porque nosotros los centros de salud dijimos sí vamos a trabajar porque vimos el beneficio en el momento. En cambio, acá en el hospital fue que como entraba dinero era que como que a mí me toca más, a mí me toca menos....porque en el centro de salud está la doctora, está enfermería,

estamos los agentes, o sea, que el ingreso al centro de salud es mayor que al servicio de la guardia. Entonces porque ellos pueden comprarse tantas cosas y nosotros no.....bueno porque lo que nosotros facturamos es distinto a lo que ellos facturan. En el hospital repartían en ese tiempo por servicio. Ahora ya no

(P): Como que no se priorizaban las necesidades de la institución o del servicio, era como que cada uno se quería comprar lo que ellos querían, y no, hay que comprar cosas que sean necesarias. En la guardia su momento estaban las camas rotas, y los pacientes, las mamás, los niños que quedaban dos o tres horas en observación no sabíamos dónde acostarlos. Dijimos vamos a comprar camas. Con el Plan Nacer se compraron tres camas para observación. Todo lo que está en la guardia se mejoró, el mobiliario, todo para que ellos puedan estar cómodos. Nosotras que somos las que cargamos los datos nos poníamos contentas con las cosas que uno podía ver que no se compraban con fondos del hospital, y se compraron muchas cosas. Poner el gas a un centro rural fue uno de los grandes logros porque ahí era leña, y si se terminaba control de niño sano no se podía hacer por el frío. Las mamás que venían a controlarse...hasta que se puso el gas con plata del Plan Nacer. Entonces esas cosas a uno la ponían contenta. Ahora hay gente que se ha comprometido porque ven que ellos logran cosas cargando esos datos, incluso gente que nunca había usado una computadora y ahora están chochos cargando esos datos.

(E): ¿Cómo organizan el trabajo para llevar a cabo la ejecución del programa?

(P): Cuando podemos, por ahí hacemos un poco a la mañana o a la tarde. la carga de datos y organizar el trabajo es más bien a la tarde que no queda nadie. Ese es otro inconveniente que tenemos, porque esa es la oficina del DAPA y todo el tiempo entra gente, entonces estamos cargando y no podemos.

(C): En los centros de salud en los momentos que tienen tiempo. Yo soy la que recorre los periféricos y les enseñé la utilización del programa, la carga de datos. Yo soy la que va haciendo el repique. Tenemos mucha comunicación. Pero cargan todas, ya se la enfermera, el agente sanitario, y en Progreso ya le dijimos a la doctora que nos ayude porque a veces no le entendemos la letra, entonces dice bueno, voy a escribir más clarito. Participan todos, al menos en los centros de salud, y acá cargamos nosotras en el hospital. Laboratorio carga sus datos porque le instalamos el programa, también a consultorios externos, vacunación y a obstetricia. O sea que todos tienen el programa para cargar los datos de sus prestaciones. La idea también es que dentro de poco el

jefe de guardia que lo hacía a mano quiere poner una computadora y que carguen sus prestaciones. Después, nosotras una vez por mes vamos a estadística y pedimos todas las planillas de guardia, pediatría. También colaboran de personal, que se encargan de lo más chico como ser las prestaciones de la fonoaudióloga, de la kinesióloga, las de cardiología, de rayos.

(E): ¿Qué importancia le significa el equipo de salud y los directivos del establecimiento asistencial la presencia del programa?

(P): La directora sí, por eso te digo no todos tienen el compromiso, pero digamos que el 50% sí. Les interesa por lo que obtienen después. Nosotros tenemos respaldo, más de los directivos.

(E): En relación a la estrategia de aseguramiento que proponen el Plan Nacer: ¿A qué factores atribuye los resultados del programa? ¿A su modelo de gestión, focalización en población vulnerable, al financiamiento basado en resultados, a la liquidez de las transferencias?

(C): Un combo de todo me parece que es. Sí te falla una no podés lograr la otra. Para mí es una cadena, se corta uno de los eslabones y no podés seguir. Para mí es un conjunto de cosas. No solo la población vulnerable, porque acá se atiende a toda la población, porque acá vienen los mutualizados y se atienden como si no tuvieran mutual.

(E): El proceso de priorización de prácticas a través del nomenclador ¿ha contribuido a lograr cambios en las prácticas de cuidado de salud? Como en conductas de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento

(C): Sí,

(P): Sí porque por ahí nos falta a nosotros recursos y organizarnos un poco más y cuando podemos se hace promoción y prevención.

(E): ¿Se observan mejoras en el desempeño sanitario y/o en los estándares de calidad de la atención de la embarazada y/o del niño? En cuanto a utilización de protocolos, guías de atención, registros clínicos, tiempos de atención

(P): Por ahí no tanto en el registro

(C): En el registro clínico no, porque tenés la atención y no sabés que le hicieron. Si atendieron a 20 y a 10 le pusieron el diagnóstico, como sabés que le hicieron a los demás.

(P): Yo creo que en todos los hospitales pasa, es el tema de escribir. No es que no se atiende pero por ahí nos falta el registro. Igual en la HC, no es que no se los atiende, falta que registren la prestación.

(E): ¿Mejoras en cuanto a la calidad de atención?

(P): En los niños sí puedo decir que sí, pero en la embarazada no sé porque corresponde a otro servicio.

(E): ¿Consideran que las inversiones realizadas a partir de los fondos transferidos por el programa contribuyeron a una mejora en oferta de servicios?

(P): Sí, porque en lo que vos decías hoy de promoción y prevención, en los centros de salud compraron televisores y video para pasar películas de salud. En los centros de salud al ser más chicos se ve un poco más en el hospital cuesta más. Aparte que ha crecido mucho la población acá. Vacunación también mejoró su calidad de atención.

(E): En cuanto a la población, ¿consideran que hubo cambios en la demanda y utilización de servicios por parte de la población a partir de la implementación del programa?

(C): Sí, pero hay que aclarar que la demanda hacia el hospital aumentó debido a que cerraron dos, clínica y sanatorio, los privados cerraron.

(P): Hace un año y medio aproximadamente que se abrieron pero no tienen internación.

(C): No tienen especialidades entonces vienen acá.

(P): Funciona más como un hospital de día. En una clínica a veces se hacen partos, pero si un bebé nace con dificultades, nosotros tenemos que ir con la incubadora y hacer el traslado nosotros. Entonces nosotros nos convertimos en el único prestador a full en la comunidad, entonces, la demanda en sí ha aumentado.

(C): Coincidió la implementación del Plan Nacer con el cierre de los privados.

(E): A partir del aprendizaje generado por la implementación del Plan Nacer, ¿que oportunidades de mejora identifica para optimizar el cumplimiento de los objetivos que se propone alcanzar el programa Sumar?

(P): A mí lo que me gustaría es poder mejorar el tema del registro, porque si los que prestan el servicio escribieran bien, más completo, nosotros podríamos hacer el trabajo más ágil. Nos atrasamos por eso, estamos un día o dos porque el sistema de guardia no tiene un solo registro, sino que cada médico usa su planilla. Entonces, hay que juntar en el mes la hoja de cada médico. Al no estar completa, no tienen documento.

Nosotras le buscamos la vuelta, vamos a estadística, buscamos por nombre y sacamos de ahí el documento, pero se pierde tiempo.

(C): A veces no se entiende la letra y le preguntamos al médico que puso de diagnóstico.

(P): Ahora lo nuevo que puso el plan nacer de poner más diagnósticos está bueno porque no se te tiene que escapar nada, pero a veces no entendés los diagnósticos.

(E): ¿Cuál son en su opinión los principales desafíos para la puesta en marcha de la ampliación del programa en el nivel local?

(P): El desafío primero es poder afiliar a todos los que podamos. Buscando estrategias que sean fáciles y que las podamos realizar, usando planillas sencillas, que la gente que colabora que no puede facturar on line pero puede facturar (en papel), logrando lo que más podamos para mejorar. El objetivo que uno quiere es mejorar el hospital, y a veces no llega dinero de otro lado, y por lo menos poder mejorar la infraestructura para poder mejorar la calidad de atención. Le buscamos la vuelta. Se nos perdían muchas internaciones también de los chiquitos, de los niños en pediatría. Al no tener los documentos, no tener los datos de si estaba inscripto o no...bueno ahora estamos por ir a estadística y pedir la primera hoja de la HC que es donde hacen los datos del ingreso, donde figura el diagnóstico, los días que estuvo internado. Ahora con estadística vamos a ver por mes las hojas de internación de pediatría y maternidad.

(E): ¿Considera que el modelo de gestión del programa es aplicable a otras áreas prioritarias de salud? ¿Se podría replicar esto en otras áreas?

(C): Yo pienso que sí, si nosotros pudimos el resto puede. No es difícil de aprender, se puede aplicar. Es cuestión de compromiso de cada uno.

(E): Y si tuvieran que pensar en algún grupo vulnerable que debería hoy estar incluido en el programa y no están, ¿a quién incluirían?

(C): A los extranjeros. Nosotros tenemos una colonia de Bolivia. En ese lugar hay chicos indocumentados, o el niño tiene a veces una cédula extranjera pero el papá está indocumentado, o el niño tiene documento argentino y el padre no, entonces es muy difícil. Hay cosas que con ellos no podemos hacerlo

(P): Eso nos pasaba antes, era un grupo que quedaba afuera, que vos le prestás, más en el centro de salud, va muchísima gente. Tenemos una colonia, hay dos una en B° Progreso y otra en B° Bifulco. Todos los días es control de niño sano, a buscar la leche, control de embarazo, y es una lástima que quedan afuera. Y ahora con el tema del

plan sumar, nos han preguntado sobre todo la gente de sala, en internación el tope de edad. Porque hay muchos varones, pero a partir de los 19 quedan afuera, los hombres digamos. Cuando tenemos más de 19 para arriba tenemos mucha atención de los varones y es una lástima

(C): Y complejas, son atenciones complejas.

(P): Sobre todo internación y en la guardia. Vos agarrás una planilla de estadística y muchos chicos de diecinueve para arriba que entran por adicción, accidente de tránsito, y quedan afuera y no las podemos inscribir, esa fracción que queda ahí. Las mujeres están hasta los sesenta y cuatro, pero los hombres no.

(E): Bueno, muchas gracias chicas.

7.3.4. Entrevista a Referente del Hospital Cinco Saltos

Fecha: 28/06/13.

Referencia del entrevistado: Lic. Sofía Chandía (CH)

(E): ¿Desde cuándo te desempeñas en esta función como referente?

(CH): Como referente del Plan Nacer desde que se inició que nosotros tuvimos la primera reunión en febrero del 2007. Era en el momento en que estaban visitando todos los hospitales, hicieron la reunión. En ese momento vino Ansola el contador y la lic. Silvana (Ciancia). Esa reunión se hizo acá en un salón de la cooperativa y estuvimos de la dirección, en ese momento el que era jefe DAPA, todos los centros de salud, y algunos servicios del hospital que tenían que ver con maternidad e infancia. Fuimos como siempre que se dice "hay que ir a la reunión".., cuando escuchamos en qué consistía, lo más llamativo era que en ese momento se diera la oportunidad de que los centros de salud o lo que era Maternidad e Infancia, que pudieran comprar sus cosas. Porque todos, al menos los que estamos en salud hace años, sabemos que siempre se habló mucho sobre la atención primaria. Pero vos ibas a los centros de salud y todo lo que te daban era viejo. Si había una silla y le faltaban tres patas, te la daban para que vos la arreglaras y la pusieras. Nunca había cosas nuevas, era todo lo que no usaba el hospital, o que algún vecino de buena voluntad iba y te llevaba. En el primer momento era como que entendíamos poco que podíamos hacer, que nos van a pagar por lo que estábamos haciendo; era como algo que no era muy creíble. Así que

a partir de esa reunión quedó una idea pero no empezamos enseguida a trabajarla. Como que la fuimos elaborando, en ese momento mi puesto era la Supervisión de Centros de Salud, y pasados uno o dos meses nos volvimos a juntar, volvimos a evaluar esto que nos habían dicho. Dijimos, bueno, vamos a hacerlo si total no vamos a perder mucho y mirá si es cierto de cuanto vamos a ganar. El tema que también nos ayudó y estábamos un poco motivados porque yo pienso que lo que cambió también un poco esto de la atención primaria fue el Remediar. Nosotros también en esos momentos también pensábamos del Remediar: estos van a mandar uno o dos meses, después no van a mandar más nada y no sé qué vamos a hacer con la gente y bueno...como vimos que tenía continuidad dijimos por ahí es cierto esto. Así empezamos a trabajar. En el hospital en ese momento, la tecnología que teníamos en el hospital y los centros de salud era la lapicera, un lápiz negro, las cuasi facturas, y las planillas que nos mandaba el plan; esa era la tecnología con la que nos manejábamos. Te puedo asegurar que de a poco se fue entusiasmando la gente cuando vimos los primeros resultados, que hicimos la primera facturación, que nos mandaron el dinero. Los centros de salud eran resistentes porque decían que va a llegar la plata al hospital y como siempre, el hospital se la va a quedar toda y no nos van a mandar. Cuando vieron y realmente se dieron cuenta que ellos tenían su cuenta, que venía cuanto recaudaba cada centro, que les mandaban y que podían comprar, bueno, fue todo un cambio. Todo un cambio para los centros de salud en cuanto a lo edilicio, en cuanto a la aparatología, a los muebles. También es una parte, pero vino también aparejado con el registro, tener ficheros cronológicos para hacer las búsquedas, ir viendo y reforzando todas esas cosas. Salir a buscar a los niños, empezar a hacer algunos talleres. Hoy los centros de salud que tiene el hospital y el hospital, toda la tecnología que tiene ha sido gracias a estas cuestiones de la facturación y recibir el dinero. Ellos saben, nunca se les ocurrió comprar cosas que son una locura, siempre muy centrados, priorizando, viendo que tenemos como prioridad. En eso nosotros nunca tuvimos problema en los gastos de los fondos.

Para nosotros ya te digo, en los centros de salud hay gente que hace muchos años que están en el Sistema, y hay algunos que se van incorporando más jóvenes, pero realmente uno puede hablar de un antes y un después. Se incorporaron historias clínicas en los centros de salud que eso es muy importante, porque pudimos comprar las cartulinas, las hojas de carpeta. Ya no andan con que el análisis andaba por allá..,

no, tienen su historia clínica, su fichero índice. Entonces lo que es Plan Nacer y ahora Sumar están identificados. Realmente uno va y se da cuenta de los cambios y el compromiso de la gente de llevarlo a cabo y con esto mejorar por supuesto la calidad de vida que yo creo que es el núcleo. Ahora por ejemplo, uno va al centro de salud tenés aire acondicionado, televisor para que los chicos estén mirando, eso para el que trabajó es muy importante, porque ahora por ejemplo un centro de salud en pleno verano no hay problema que estén hasta las 18 hs porque están en un ambiente cómodos. Los profesionales ahora ya no se resisten tanto a ir como antes. Por ahí uno tiene muchos años acá, pero yo te puedo asegurar que en algunos centros todavía habían estufas a leña. Entonces claro, ahora cuando uno ve todas esas cosas te da gusto ir a trabajar a un ambiente cómodo de trabajo.

(E): ¿Cómo organizan el trabajo para llevar a cabo la ejecución del programa?

(CH): Nosotros acá en el hospital como fui referente siempre, he tenido cargos que me ha permitido, por ejemplo al ser jefe DAPA, después tener la Supervisión, hace años que yo hago la supervisión de extramuros, entonces eso me ha permitido tener cierta autoridad y respaldo; organizar y decir bueno, dos veces por año nos juntamos, hablamos de las vacunas, de las campañas, y también como lo podemos facturar, que vamos a hacer. Es que está todo tan relacionado, o controles de embarazo, nos juntamos y no se nos ha hecho tan difícil implementarlo. Cada centro de salud tiene su referente, pero yo creo que todos han tomado conciencia y tiramos para el mismo lado porque vemos que va bien. Ahora estamos todavía con lo del Nacer, el Sumar pareciera que es como un poco más complicado, vamos a ver.

(E): En relación a la estrategia de aseguramiento que proponen el Plan Nacer: ¿A qué factores atribuye los resultados del programa? ¿A su modelo de gestión, focalización en población vulnerable, al financiamiento basado en resultados, a la liquidez de las transferencias?

(CH): Yo creo que todos. Lo primero que me dijiste fue el modelo de gestión, y sí, tiene que haber un modelo, algo que seguir, algo que te plantea cosas y vos ves que van a ser factibles, llevarlos a cabo, te ayuda porque del Plan Nacer yo recibí un montón de asesoramiento, de colaboración, cuando tengo una duda llamo, me responden bien, o sea, en ese aspecto sí, yo me siento respaldada y también esto que antes maternidad e infancia era una cosa, y el nacer era otra en sus inicios, era así, estaban separados. Ahora no, se complementan, uno se da cuenta ahora que haces

algo y estamos tirando todos para el mismo lado, eso es lo bueno. Eso es lo bueno porque nosotros sabemos que lo mismo con vacunación, está todo relacionado. Antes lo vivíamos como dividido, ahora se han podido integrar. Es lindo que sepa la jefa de programa de Maternidad e Infancia como estamos trabajando y en que estamos, eso ayudó mucho me parece. Después era la focalización en población vulnerable, bueno eso sí, eso a mí personalmente me gustó mucho. Uno pudo sacar muchas cosas importantes, como dicen algunos hacer visible lo invisible. Esto como lo pudimos lograr, yo soy una fanática de los ficheros cronológicos, saber porque no vino el niño, irlo a buscar, a rastrearlo, tomarte el tiempo de ir a su casa, ver lo que pasa. Mucho se ha logrado también de incorporar eso de que vos tenés una comunidad a cargo, que es tu responsabilidad. No es que vos estás y pasan y pasan, no, es tu responsabilidad. Eso hace que uno vaya teniendo otra mirada, otra sensibilidad, aportando otros conocimientos y así yo creo que hemos cambiado en muchos lados, se siente que esa población la tienen a cargo.

(E): Con respecto al proceso de priorización de prácticas a través del nomenclador; ¿ha contribuido a lograr mediante el incentivo que tiene, cambios en las prácticas de cuidado de salud en cuanto a conductas de prevención, promoción, diagnóstico?

(CH): Sí, todo esto es como un gran ordenador. Nosotros por ejemplo, con estas cuestiones, estamos viendo el nomenclador y viendo que pasa con odontología. Tenemos que hacer una revisión institucional. Si bien está el servicio, están los profesionales, nos damos cuenta de que la embarazada se la derivan pero no van. Debe ser algún problema cultural muy profundo. Lo mismo con los niñitos, vos le decís a la mamá que no tiene que sacar ficha, que está a la vuelta, cuando vemos ya no está más. Tenemos que ver que hacer para que cambie esa situación.

Después, con el tema de salud escolar vemos que si se le pone que el niño necesita tratamiento no vuelve. Así que vamos a tener una reunión con los odontólogos, porque vemos que la accesibilidad de los horarios es buena, acá todos los días es hasta las 16 hs el servicio. No es que tienen que venir temprano...eso lo tenemos que trabajar bastante. De las consultas vemos que una parte de los niños tiene alguna carie pero no vuelven. Debe volver la minoría, pero la mayoría no. Yo digo que es algo cultural. Uno empieza a ver cuando las cosas se van ordenando. En el lío uno no ve nada. Lo volvés a ver cuando haces Salud Escolar, citaste a más y no aparecen. Por ejemplo, este año a todos los niños que tenían Plan Nacer se les sacó turno para el oftalmólogo.

Si bien cuando se hace el control de niño sano uno tiene el optotipo y le hacen la revisión, en esta oportunidad de sacó a todos los que tenían alguna dificultad que sean vistos.

(E): ¿Se observan mejoras en el desempeño sanitario y/o en los estándares de calidad de la atención de la embarazada y/o del niño? (utilización de protocolos, guías de atención, registros clínicos, tiempos de atención)

(CH): Sí, eso es lo que yo te decía. En eso uno se da cuenta como hemos ido mejorando. Ya te digo por ejemplo los ficheros cronológicos esos son de mucha ayuda. Salir a buscar a los niños, tener seguimiento, y eso te ayuda; lo que es tener protocolos, ir viendo porque no vienen, salir, ayuda mucho. En cuanto a registro, eso también. Antes el control de niño sano decía "S/P", ahora no, le escriben, llenan los casilleros de la ficha, y hay observaciones y la hacen, ponen el índice de masa corporal, las vacunas están puestas están puestas en la ficha celeste o rosada. En eso sí, nosotros vimos bien sustancial la diferencia que tenemos. Eso que nos cuesta a veces. Yo por eso siempre veo necesario dos o tres veces al año las reuniones de equipo. Con todos, y vemos en que hemos mejorado, en que hemos avanzado, que tenemos que reforzar; eso lo hacemos tres veces al año seguro. viste que estas son cosas que si uno las toma aisladas parecen zonzas no, porque vos decime por ejemplo esta cuestión; vos tenés para hacer reuniones y tener para ofrecerles un break, un cafecito, una cosa así, todos nos sentimos mejor. A la vez te sentís reconocido, y todo suma, todo suma. O suponte, cosas pequeñas, tengo cartulinas si quiero hacer algo, tengo los marcadores, tengo para hacer las fotocopias ; son cosas que parecen chiquitas aisladas, pero antes cuando uno vivió esas épocas en que te daban una gomita de pegar por año, un lápiz negro por año. Acá la gente eso lo reconoce. Aparte que te ayuda, "vos no querés escribir, entonces después no pidas nada...porque acordate que vos sos el que no escribiste en las historias..." "van a venir y van a desglosar (auditorías) y eso te lo vamos a descontar a vos.." y parece que no, pero como un juego todos se van enganando. La verdad que sí.

(E): ¿Considera que las inversiones realizadas a partir de los fondos transferidos por el programa contribuyeron a una mejora en oferta de servicios?, un poco lo que estábamos hablando.

(CH): Sí.

(E): ¿Considera que hubo cambios en la demanda y utilización de servicios por parte de la población a partir de la implementación del programa?

(CH): Y sí, yo tengo un ejemplo en las embarazadas. Antes teníamos el detector de latidos acá en internación y era esas cosas que las tocabas nada más que cuando venían y las guardabas. Ahora que cada centro de salud tenga su detector de latidos, que va la mamá y puede escuchar los latidos, los hermanitos escuchan los latidos...y vos viste lo que es un centro de salud, no son los hospitales, es algo más familiar, va la abuela, por ahí va la prima, que escuchen, esas cosas, la tecnología es importante. Otra cosa, los optotipos, ahora cada centro de salud tiene su optotipo. Antes eso la gente lo conocía solo si venían al hospital. Ahora no, todos los centros de salud tienen. Cuando hay una dificultad ahí recién vienen acá, ahora es algo familiar.

Algo que lamento es que había una profesional que ya no está trabajando en el hospital, que era ecografista. Nosotros estamos también muy agradecidos con el plan nacer porque el ecógrafo que nos mandaron a nosotros cuando recién inició, era de última generación, ninguno de los privados, ni Cipolletti lo tenía. Teníamos una médica ecografista que se capacitó para hacer eco doppler de los niños. Y el equipo chiquito, el portátil, ese lo llevaba a los centros de salud y veía algunas pancitas. Cuando nos regalaron ese ecógrafo tan hermoso, nosotros ya estábamos facturando, lo que se hizo fue adecuar un consultorio para ese ecógrafo. La cooperadora le compró la computadora, pero nosotros le compramos el escritorio, era una hermosura. Esta médica también con mucho sentido social, la gente de los centros de salud no tenía que venir acá a sacar el turno. Nosotros se lo dábamos. Cada semana cada centro tenía cuatro ecografías y ellos mandaban sus embarazadas y era todo más rápido. Hoy es un gran déficit que tenemos nosotros al no tener ecografista. Viene una de Catriel una vez por semana pero es poco.

(E): A partir del aprendizaje generado por la implementación del Plan Nacer, ¿que oportunidades de mejora identifica para optimizar el cumplimiento de los objetivos que se propone ahora el programa Sumar?

(CH): Yo creo que esto sí o sí te obliga a ir mejorando. Nosotros por ejemplo la mayoría totalmente analfabetos con el tema de la computación, también fue un gran desafío. Nosotros tendríamos que haber empezado en enero a facturar on line, pero una que el hospital y los centros de salud no estábamos preparados con la tecnología, eso nos costó y nos está costando. Hubo que buscar alguien que se responsabilice de

las computadoras, de ponerlas en red. El primer tiempo que empezamos con esto de la inscripción, era más rápido hacerlo con el lápiz y el papel, porque tocábamos algo y ...es como que también ha sido como una gran movida institucional la inscripción on line y poner el Sumar en marcha como que nos está costando. No sé si es que faltan más decisiones a nivel local, pero yo lo que veo, es que no los veo tan motivados como con el Plan Nacer. Cuando cambiaron las codificaciones ni les cuento. Tuve que salir centro por centro y explicar y sentarme, pero hasta el día de hoy están esas dificultades. Pero yo creo que es más difícil porque uno tiene un conocimiento previo, porque antes también era lo mismo. Los nuevos grupos ya vienen así, pero lo veo medio resistido al tema porque ahí tenemos dos dificultades. La mayoría somos analfabetos en el tema de la informática, o sea que tenés que enseñar en algunos casos incluso a prender la computadora, ni lo básico. Y tenemos la nueva codificación, y como que está costando. Una vez que lográs perder el miedo, o creer que uno no lo puede hacer, esas cosas son las primeras barreras que uno tiene que vencer. Claro, yo ahora te digo estoy chocha, con esto porque no tenés que andar con tantos papeles, lo hacés en el día y te olvidás. Pero todo eso lleva un proceso, un tiempo, y manos que te ayuden y estímulo, y bueno...todo eso hace falta. Por eso a mí me gusta que vengan por eso, porque cada vez que vienen uno se motiva y el resto de la gente también. Que vengan, que nos ayuden. Por ejemplo, yo veo ahora esa resistencia, pero para mí, como uno hace años que está en esto, esto es un gran ordenador, y hay que aprovechar. Pero yo creo que muchas personas que lo deberían tener más claro no lo tienen tan claro. Yo por ejemplo estuve haciendo un trabajito, yo digo que pasa ¿no? En cuanto a monto, si teníamos mil y pico, y recaudábamos x, ahora con toda la cantidad de población que tendríamos que tener... y no, no hemos modificado. Claro, pero el tema es que nosotros estamos fallando en las inscripciones. No se le ha dado importancia a las inscripciones. Cuando vinieron (del plan) dijeron que todo lo que hicieron a partir de enero vos lo podés facturar. Yo me quedé con eso. Resulta que no, los tengo que empadronar. Tenemos una parte, pero falta un montón. La franja etarea es tan grande, hasta los 65 años, por eso cuesta. Yo digo como podemos hacer para que se empiece a ver, porque uno tiene que tratar de que empecemos a ver algunas cosas. Entonces agarré las prestaciones de la guardia. Agarré el libro de guardia, saqué cantidad de consultas por día, de esas consultas revisando en el sistema, quien tiene Plan Nacer para facturar, y a la vez te sale si tiene OS. A ver cuantos tienen OS, el

grupo de varones hasta 18 y los posibles beneficiarios. Claro, ahí vos te das cuenta. Por ejemplo, nosotros tenemos posibles beneficiarios, si nosotros los tuviéramos empadronados, en el mes de mayo 1.600 posibles beneficiarios. Por qué decimos posibles beneficiarios? Porque yo entro al sistema, no tienen OS, están dentro del grupo etéreo, son posibles beneficiarios, son beneficiarios casi seguro. Entonces mirá todo lo que estamos perdiendo. Es un gran organizador. Sin estadística uno no puede trabajar. Por ejemplo laboratorio, rayos. Casi 700 prestaciones, prácticas. Cuantas prácticas me llegan a mí a la oficina, este mes ocho, tenemos que ordenar eso, que le pongan el nombre, que le pongan el número de documento. En laboratorio es exactamente lo mismo. Necesitamos que se empiece a reforzar.

El tema en cuento a las personas, vos decís si elloseso es lo que a mí me parece. Si bien nosotros pegamos las carteleras yo no la siento a la gente como si se diera cuenta, a mí me parece que poco. Por ahí nos falta trabajar a nosotros. Lo de los derechos de paciente, en la teoría es hermoso pero llevarlo a la práctica cuesta mucho. Han habido intentos...porque... es una cuestión cultural que hay que trabajar un montón. Porque cuando vos decís, vos le das participación te van a pedir

(E): Con el tiempo se va a transformar en una demanda, hay que ver si uno está preparado a la demanda y no solo a lo que uno le ofrece.

(CH): Ese es el problema y que inconscientemente lo tenemos todos, muy de hacer,

(E): Desde este modelo médico hegemónico ¿no?

(CH): Claro, traspasar eso. En este tiempo a mí me gustaría que en el centro de salud, decime para que a las siete de la mañana a tres de la tarde, a mí me gustaría que en invierno estuviera de 14 hs a las 20hs por ejemplo. Entonces como que uno..

(E): Bueno una vez que demande, que respuesta le vamos a dar

(CH): Lo mismo va sabiendo, va poniendo como barreritas como que hasta acá, bueno, ese también es un trabajo, son desafíos. Lo que pasa que los cambios institucionales cuestan muchísimos. Yo tengo 38 años en el hospital, yo pasé por todos los servicios. Recién después de tantos años, hace dos años que nosotros logramos acá, en el consultorio de niño sano del hospital área programa de Cinco Saltos, que los controles de niño sano de octubre a marzo sean a la mañana, y de marzo a octubre sean a la tarde. Vos preguntás en todos los hospitales de acá, citás a los chicos a control de niño sano a las ocho de la mañana pleno invierno. Vino sano y se fue enfermo el chico, o no vino. Porque vos decís por que no viene?. La accesibilidad en los horarios es

importante, es muy importante. Vos sabés lo lindo que es, la satisfacción que tuve cuando logramos eso.

(E): ¿Qué respuesta tuvieron por parte de la población? ¿Vienen más?

(CH): Pero sí, pudimos comparar eso. Porque suponte vos tenías 20 citados y venían ocho, pero que les pasa que no vienen?... y unas heladas...vos fijate, estamos hablando de población vulnerable, personas que quizás no tienen para calefaccionarse. Siempre digo los horarios, pero cuesta. Tendría que ser una medida política muy fuerte decir por ejemplo los centros de salud de acá hasta acá, vienen a la tarde, y en verano sí está bueno que atiendan a la mañana. Pero son decisiones políticas porque sino no se puede. Acá la doctora es una médica que trabaja mucho con puericultura, que le gusta trabajar mucho con la comunidad, ahí es donde uno empieza a cambiar. También se pudo recibir bien desde enfermería, y se pudo hacer esos cambios pero lo trabajamos años y años hasta que un día dijimos basta lo vamos a hacer así. Porque era la queja reiterativa, todos los años la misma queja, vienen los que tienen que venir a buscar la leche, el resto ni aparece, y si, va a ser así si no te ponés en el lugar del otro no podés entender esas cosas. Eso se logró también, para mí es un gran logro.

Otra cosa también, y vos fijate, como yo te digo hay cosas que si uno las toma así solas y no te dicen nada, cuando vos la ponés en un contexto, por ejemplo, antes se vacunaba una hora y media, dos, en el hospital, no más. Nosotros cuando empezamos a arreglar los consultorios, pusimos aire acondicionado, los calefactores en condiciones, y dijimos no, los índices de vacunación no eran lo deseable, entonces, hay que ampliar el horario de vacunación. Bueno vos decís, yo amplí los horarios de vacunación, es verano tienen aire acondicionado, es invierno tienen la calefacción adecuada. Todo, esas cosas te permiten a vos a vos a veces cuando querés tomar medidas para mejorar la accesibilidad de la gente al Sistema. Porque vos no podés decir en un consultorio donde hay una estufita que te vengan los chicos a vacunar o exponer al personal porque también tiene uno que tener en cuenta que el personal con todos sus derechos también te hace cuestionamientos. O cuanto por ejemplo en el centro de salud ponen las telas metálicas, son cosas pavadas, pero vos ahora podés tener la ventana abierta y no se te llena de moscas, son todas cosas pequeñas pero que te ayudan un montón.

Yo creo que a eso lo tenemos que trabajar un poco más, que la comunidad participe un poco más. Por ahí también puede llegar a pasar que no se lo digan a uno pero que lo comenten entre ellos,

(E): En relación a la ampliación, ¿considerás que se identifican conflictos de interés entre los agentes de salud?

(CH): Sí, por ejemplo, clínica médica y cirugía, ellos ven pediatría y maternidad todas las cosas que compraron, y estaban re contentos, pensaron ahora con el Sumar que el grupo etareo los iba a favorecer a ellos también. Los de internación preguntan: ¿y para nosotros cuándo?

(E): ¿Considera que el modelo de gestión del programa es aplicable a otras áreas prioritarias en salud?

(CH): Sí yo lo veo como que va a permitir organizarse, yo lo veo esto y sí realmente se podía implementar, porque como decía.....: todos somos buenos pero si los controlan son mejores. Porque vos cuando sabés que estás haciendo algo y alguien lo va a ver, que alguien va a decir que está bien o está mal, o que estás cumpliendo las metas, eso es importante. Yo creo que todos necesitamos, creo, es mi manera de pensar, que alguien se fije en lo que estamos haciendo. Cuando vienen y te buscan la vacuna y decís este niño donde lo dejé, y eso te moviliza un montón de cosas. Cuando decimos que pasó acá y te das cuenta que estás trabajando desorganizado por ahí. A mí por ejemplo me ha tocado, me han venido a auditar y no lo encuentro, y después veo que esa ficha se fue a tal lado, y a partir de ahora dijimos vamos a hacer antes de mandar la ficha a tal lado una copia, un archivito sobre todo de lo que es vacunación. Ahí vos te das cuenta que son cositas que cuando te van viendo tenés que ir incorporando otras cosas, y te hacen ver eso. Por ejemplo, vienen a auditar y dos días antes se sacan las HC, las empiezo a mirar de a poco como están, y ahí uno se va dando cuenta y mirá vos, cosas que por ahí tendrían que ser rutinarias no se están haciendo. Y claro que esto trae problemas, el que no es muy maduro lo toma como un problema personal, yo nunca lo tomo así. A nadie le gusta que le hagan muchas observaciones pero a veces es necesario. Yo creo que el que paga las consecuencias es la persona, si bien son papeles, tienen un valor. Cuando vos decís a la vacuna me la tienen que firmar a veces dicen pero yo estoy sola, pero bueno, cuando uno asume responsabilidades a veces se generan resistencias en algunas personas.

(E): Si tuvieras que pensar en algún grupo vulnerable que hoy no está en el programa y que quisieras incorporar, ¿en qué pensarías?

(CH): Y los otros vulnerables son los abuelos. Uno ve muchas veces mucho abandono con los abuelos o que no tienen la calidad que deberían, cada vez hay más abuelos y uno ve que no tienen los controles necesarios. Que por ahí no están muy dirigidos a alguien que se ocupe mucho no

(E): Bueno, muchas gracias Sofía.

(CH): Bueno gracias a vos, te doy esto por si lo querés llevar...(recorte de nota periodística del diario Río Negro, en la que Cinco Saltos fue el primer efector de la provincia de Río Negro en recibir la primera transferencia en concepto de pago por prestaciones brindadas a los beneficiarios del programa).

(E): Sí, me lo voy a guardar de recuerdo muchas gracias.

10 RÍO NEGRO REGIONALES DOMINGO 23 DE MARZO DE 2008

El Plan Nacer suma beneficiarios en Río Negro

- El Zatti es el último de los hospitales en adherirse al programa.
- Nación paga por la atención de cada persona que se incorpora.
- Nuevos equipos compraron en Cinco Saltos con los recursos.

VIEDMA (AV).- El hospital Zatti de esta capital se sumó al Plan Nacer implementado por Nación con la intención de disminuir la mortalidad materno infantil. Está dirigido a mujeres embarazadas y niños de hasta seis años que no tengan cobertura social. Consiste en un pago de Nación por cada uno de estos beneficiarios al centro de salud u hospital que los atienda. Previamente se debe realizar una inscripción y captación de este grupo de personas sin cobertura social. Desde su implementación en Río Negro, a mediados del año pasado, el Plan Nacer suma más de 7.000 beneficiarios inscriptos, alrededor de 80.000 pesos transferidos y 211 contratos firmados con centros de salud y hospitales. En Viedma se registraron 251 beneficiarios y, hasta el momento, sólo ha sido implementado en el centro de Salud del barrio Zatti, donde ya se pasó a la etapa de facturación por sus prestaciones por un monto inicial de 2.794 pesos que será incrementado mensualmente. Ahora se sumó el hospital Zatti que inició las inscripciones para captar al grupo social incluido en este segmento. Desde la coordinación en la provincia del Plan Nacer se destacó que este seguro materno infantil, implementado juntamente con Nación y desarrollado desde hace dos años en el norte del país, tiene como meta disminuir los indicadores de mortalidad materna e infantil a través de un sistema novedoso de financiamiento de la red de servicios públicos de salud. Se paga por cada beneficiario atendido a partir de un listado de prestaciones valorizadas. Estos recursos complementan los aportes que el Ministerio de Salud provincial destina actualmente. Es decir, cada vez que se realiza una prestación a un beneficiario, se registra, se factura y luego se reciben los fondos para mejorar el lugar de atención a través de ampliaciones edilicias, compra de insumos, aparatología, capacitación del personal, entre otros. Todo apunta a optimizar la calidad de atención de la población a cargo. Cabe recordar que en noviembre pasado, el hospital de Cinco Saltos realizó las primeras compras con fondos del seguro, se adquirió un nuevo negatoscopio, un optotipo, un tensiómetro, una camilla pediátrica, escritorios, ventiladores, módulos de sillas, dos televisores, un DVD, una impresora, una lavamanos, un equipo de música, sillas y mesas infantiles. También se pintó la sala de espera de maternidad e infancia del nosocomio y se compró un mueble y una silla para la computadora donada por el Plan Nacer.

Archivo



Mujeres embarazadas pueden incorporarse al plan.