

Departamento de Economía-Universidad Nacional del Sur
Trabajo de grado de Licenciatura en Economía

Impacto del Plan Nacer en Argentina

Autor: Nicolás Alejandro Saguí
Directora: Valentina Natividad Viego

Mayo de 2015

ÍNDICE GENERAL

1. PRESENTACIÓN.....	1
2. CONTEXTUALIZACIÓN	3
2.1. Bienestar social y Sistema de Salud.....	3
2.1.1. Generalidades	3
2.1.2. Breve repaso histórico	4
2.2. La salud materno – infantil.....	10
2.2.1. Salud materno-infantil como objetivo de política	10
2.2.2. Mortalidad infantil.....	11
2.2.3. Mortalidad Materna	14
2.2.4. Otros indicadores relacionados	17
2.2.5. La cobertura de salud.....	20
2.3. El Plan Nacer	23
2.3.1. Antecedentes directos y marco para la creación del Plan Nacer.....	23
2.3.2. Descripción y objetivos.....	26
2.3.3. Organización e implementación.....	27
3. EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PLAN NACER.....	31
3.1. La evaluación de impacto de programas sociales	31
3.1.1. Definición teórica	31
3.1.2. Significación en el contexto actual.....	32
3.1.3. Los métodos cuantitativos.....	33
3.2. Antecedentes de evaluación de impacto del Plan Nacer	34
3.2.1. Introducción y breve descripción del método	34
3.2.2. Primer antecedente	35
3.2.3. Segundo antecedente	37
3.2.4. Tercer antecedente.....	38
3.3. Evaluación propia: una primera aproximación	41
3.3.1. Introducción y aclaraciones metodológicas	41
3.3.2. Modelo y procedimiento de estimación.....	44

3.3.3. Resultados	46
3.4. Importancia de una visión crítica.....	50
4.1. Aspectos de diseño	53
4.1.1. La evaluación de diseño de políticas públicas	53
4.1.2. Problemas de diseño del Plan Nacer.....	54
4.1.3. Pago a prestadores y gestión orientada a resultados.....	58
4.2. Aspectos de implementación y gestión	61
4.2.1. La evaluación de implementación de políticas públicas.....	61
4.2.2. Problemas de implementación del Plan Nacer	62
<i>La administración de recursos financieros:</i>	62
<i>Recursos humanos y capacitaciones:</i>	64
<i>Población elegible y cobertura:</i>	64
<i>Cumplimiento de metas a través de las trazadoras:</i>	66
4.3 Repercusiones sobre el impacto	66
5. CONCLUSIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS	79

1. PRESENTACIÓN

En el año 2001 la Argentina enfrentó una de las crisis económico - políticas más grandes de su historia. El gran aumento de la pobreza, producto de la caída en el empleo y la reducción de ingresos de la población más vulnerable tuvo repercusiones en todos los ámbitos de la vida de las personas. La salud no fue la excepción a la regla. El deterioro de muchos de sus indicadores clave, en un contexto de reducción de la cobertura de atención, puso al sistema en un estado de emergencia sanitaria: La mortalidad infantil revirtió su tendencia a la baja alcanzando en 2002 16,8 muertes cada 1000 nacidos vivos a nivel nacional. Algunas situaciones regionales eran realmente alarmantes; en el NEA, por ejemplo, la tasa ascendía a 24,5 puntos. Al mismo tiempo, alrededor del 60% de la población quedó fuera del sistema de cobertura formal de seguros de salud, generando una gran carga sobre el sistema de salud público (Plan Nacer/Programa Sumar y Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

En este contexto, en 2004 se puso en marcha el Plan Federal de Salud, planteando la necesidad de construir un nuevo modelo sanitario y sentando las bases para la puesta en práctica de diversas iniciativas, entre las que se encontraba el Plan Nacer, un programa para la creación de seguros de salud provinciales, que alcanzaría la cobertura de salud de mujeres embarazadas y niños de hasta 6 años con el objetivo de priorizar ciertas prestaciones críticas para su cuidado. El programa fue caracterizado, por parte de las autoridades, como una innovación ya que pretendía abandonar los esquemas focalizados más tradicionales y desarrollar una novedosa modalidad de transferencia de recursos en función de resultados alcanzados.

El presente trabajo pretende evaluar el impacto del Plan Nacer sobre determinados indicadores de resultado como la tasa de mortalidad infantil y analizar ciertas cuestiones de diseño e implementación capaces de echar luz sobre las causas de la eficacia o ineficacia de dicho programa. Al mismo tiempo, se propone exponer y —de ser posible— problematizar, una serie de temas inherentes, intrínsecamente ligados a lo anterior, como pueden ser elementos institucionales o cuestiones propias de la evaluación de programas sociales.

Se puede dar cuenta del resultado que se espera plantear y/o discutir en esta tesis y algunas ideas que la atraviesan:

- El programa ha generado efectos reales, pero no han sido los esperados debido a problemas y particularidades de las etapas de diseño e implementación.
- El programa en cuestión, si bien se remarca su diseño innovador, responde a necesidades que derivan de las transferencias del esquema de descentralización neoliberal. Esto podría significar que existe cierta continuidad o complementariedad entre dichas políticas.
- Al tratarse de un programa asistencial, emergente en un contexto de crisis social y económica, debería por definición ser transitorio. Sin embargo, en el nuevo siglo, este tipo de intervenciones parece haberse vuelto parte esencial de la política pública debido a que se requiere para llenar los vacíos que genera una informalidad cada vez más estructural.
- El discurso que legitima la evaluación de impacto ha crecido a pasos agigantados debido a su funcionalidad en el marco de políticas orientadas a resultados, sin embargo, en la práctica la evaluación de impacto resulta menos efectiva, pudiéndose usar espuriamente o dejarse de lado debido a sus inconvenientes, favoreciendo, en su lugar, monitoreos o evaluaciones de implementación.

En primer lugar, se intentará reconstruir el contexto histórico en que se enmarca el Plan en términos del régimen de bienestar, el sistema de salud y la acumulación; seguidamente se realizará una descripción de las variables objetivo más importantes del programa y se mostrará su evolución temporal; luego se pasará revista a las principales características del Plan Nacer, previa presentación de su marco de creación.

En segundo lugar, se introducirá al lector en la cuestión de la evaluación de impacto de programas sociales, se revisarán aportes anteriores en materia de evaluación de impacto del Plan Nacer y se expondrá un primitivo modelo econométrico propio, que confirme o contradiga las conclusiones de dichas investigaciones.

Por último, se inspeccionarán algunos aspectos de diseño e implementación del programa que son determinantes a la hora de hablar de resultados, y que son inseparables del contexto histórico actual y del nuevo esquema institucional.

2. CONTEXTUALIZACIÓN

A continuación se expone una breve reseña de la historia de la organización del régimen de bienestar argentino, puntualmente en lo que hace a la cobertura de la salud; luego se realiza una introducción a la problemática de la salud materno infantil mostrando la evolución de las respectivas tasas de mortalidad en el período de interés; por último, se presenta una descripción del Plan Nacer previa introducción al contexto específico en que fue desplegado.

2.1. Bienestar social y Sistema de Salud

2.1.1. Generalidades

El régimen de bienestar social argentino ha sido caracterizado como un “híbrido”, estructurado predominantemente alrededor de la figura del asalariado formal a través de seguros contributivos y que, a su vez, posee un componente asistencial asociado a quienes se encuentran excluidos del mercado formal de trabajo, así como algunos componentes universalistas todavía presentes (aunque parcialmente) en el sistema educativo (Isuani, 1992).

Para Martínez Franzoni (2005) Argentina forma parte de los países cuyo régimen de bienestar ha experimentado un desplazamiento acelerado y radical desde el Estado hacia el sector privado, sobre todo en materia de salud y/o educación y/o pensiones. La autora caracteriza a estos regímenes de bienestar como *liberales de proveedor único*: En ellos, en las últimas décadas, se ha producido un traslado de la prestación de servicios desde el Estado hacia los privados. Mientras el primero se ha especializado en la inversión focalizada (desmercantilización¹ dirigida selectivamente a sectores de menores ingresos), se ha ampliado la esfera del mercado para el resto de la población. Esto redundaría en una suerte de “mercado-centrismo-con-Estado-focalizado” que puede conllevar importantes niveles de desigualdad.

¹ La desmercantilización se refiere al grado en que el bienestar se distancia del poder adquisitivo y es uno de los criterios que puede utilizarse para evaluar un régimen de bienestar en términos de la reestratificación (reubicación de personas en términos socio-económicos) que produce (Martínez Franzoni, 2005).

Dentro de este esquema la provisión de servicios de la salud se organiza en función de las características de la población atendida: los asalariados formales reciben cobertura mediante seguros cuasi públicos obligatorios (obras sociales) mientras la población que permanece en la informalidad accede a los servicios públicos estatales. Al mismo tiempo, el sector privado ofrece seguros prepagos a la población que puede afrontar su costo (Danani, 2011, y Pérez Irigoyen, 1989). Según Cetrangolo y Gatto (2002: 15) la falta de coordinación y articulación de dichos subsectores “*impide la conformación de un ‘sistema’ de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura*”.

2.1.2. Breve repaso histórico

El desarrollo de la política social se inició en el último tercio del siglo XIX en medio del proceso de constitución de las clases trabajadoras (llegada de inmigrantes y proletarización de la población nativa), y avanzó en el siglo XX logrando sedimentar un conjunto institucional que en los primeros años de la década del setenta consiguió una importante amplitud en la protección, probablemente la más extendida de la región, que aunque era portadora de contenidos de derechos segmentados, basados principalmente en la figura del trabajador asalariado formal, incluía un sistema educativo con una importante orientación universalista (Danani y Hinte, 2010). En otras palabras, el acceso al goce de los derechos sociales —salud, transferencias familiares, jubilación, seguros por discapacidad— se desarrolló a través de una forma privilegiada asociada al trabajo formal. Además, al interior de esa categoría aparentemente homogénea se consolidaron prestaciones diferenciales respecto de la extensión y calidad de la cobertura. Esto se debe a la dinámica de los sindicatos organizados por rama y a la diferencial capacidad de movilización y presión política de los distintos sectores sociales (Arcidiácono, Gamallo y Straschnoy, 2013). No obstante, los bajos niveles de desempleo y subempleo, entre los años cuarenta y setenta, hicieron que el sistema se asemeje, pese a sus limitaciones, a un sistema con cobertura universal (Isuani, 1992; Lo Vuolo y Barbeito, 1994).

En lo que concierne puntualmente a las prestaciones de salud, en un principio tendieron a asumirse a través de la auto-organización bajo modalidades mutualistas, iniciando un proceso de *estatización particularista* a partir de 1945 (Danani Hintze, 2010). Es decir,

antes de la década del 40 la salud fue considerada una cuestión de responsabilidad individual y la función del Estado fue marcadamente subsidiaria (cuidado de la higiene pública, control de plagas, etc.), de aquí que el sector se caracterizó por la desarticulación de sus actores y una baja capacidad de formulación de políticas de largo plazo (Repetto, 2001).

Durante el primer gobierno de Perón se produjo un cambio de paradigma; bajo la consideración de que el cuidado de la salud era responsabilidad del Estado, ganó terreno una estrategia orientada al acceso libre y gratuito a los servicios de salud, cristalizada en la creación del Ministerio de Salud Pública, desde donde se planificaron y administraron los servicios de la salud (Isuani y Tenti, 1989; Repetto 2001). De forma paralela, y partir de la acción de las entidades mutuales, que tendieron a agrupar a los trabajadores por rama de producción, se alentó el desarrollo de obras sociales incipientes, de aporte no obligatorio y elevada autonomía (Ibid). No obstante, como afirman Cetrángolo y Gatto (2002: 17), *“el rasgo saliente de esta etapa fue la expansión de la seguridad social, de características fuertemente centralistas”*.

Fue a partir de 1955, bajo un retorno a los esquemas de subsidiariedad estatal, que las obras sociales cobraron gran importancia dentro del sistema de salud, mientras que los servicios estatales fueron quedando paulatinamente reservados para la atención de la población sin cobertura. En este marco se desconcentraron progresivamente los centros de planificación y se realizaron las primeras transferencias de hospitales públicos nacionales a las provincias, pero sin un correlato en asistencia técnica y financiera, lo que produjo un rápido deterioro de los establecimientos (Repetto, 2001; Cetrángolo y Gatto, 2002). Las obras sociales se encargaron de la gestión del seguro de salud de los trabajadores formales organizándose bajo la órbita de los sindicatos del ramo (gremio único por rama de actividad laboral) y financiándose de manera compartida entre trabajadores y empleadores. Si bien, en principio, tuvieron un limitado alcance, su afianzamiento, expansión e institucionalización llegó de la mano de la Ley 18606 de 1970, que extendió de manera obligatoria el sistema de obras sociales a toda la clase trabajadora, homogeneizó los descuentos salariales y fijó las responsabilidades de los empleadores. (Repetto, 2001; Fidalgo, 2012).

Se debe hacer hincapié en algunos rasgos estructurales de esta organización: por un lado, la población trabajadora se transformó en cautiva de la obra social del gremio correspondiente y los diferentes subsectores se caracterizaron por una deficiente coordinación, a esto se le sumó una regulación laxa de los componentes no públicos (prestadores privados, empresas farmacéuticas y productores de equipamiento médico) (Cetrángolo y Gatto, 2002). Por otra parte, según Repetto y Potenza Dal Masetto, (2012), la relación directa entre el financiamiento y la dinámica del mercado laboral introdujo un gran elemento de inestabilidad y volatilidad en el acceso y en la calidad de provisión del servicio; en períodos recesivos y/o de elevada informalidad el sistema se desfinanciaba, mientras que en períodos expansivos mayores niveles de actividad y empleo registrado aseguraban cierta holgura presupuestaria.

Con la crisis del régimen social de acumulación sustitutivo de importaciones, a mediados de la década del setenta, comienza la transición hacia un nuevo régimen de acumulación aperturista y desindustrializador (1976-2002) caracterizado por los efectos regresivos sobre el empleo formal, es decir, por un aumento de las condiciones de empleo informal y precario y una autonomización creciente de la clase obrera (Torrado, 2010). Pese a esto, la caída más pronunciada de los niveles de empleo se manifiesta en los años 90 (Arcidiácono, Gamallo y Straschnoy, 2013). Se produce entonces, desde finales de la década del 60, una progresiva ruptura de las bases políticas, económicas, sociales y culturales de la coalición que había sostenido un proceso de acumulación con crecientes niveles de inclusión y protección social, más allá de los vaivenes, inestabilidades y tendencias regresivas de los últimos años (Gamallo, 2002)². Como señalan Danani y Hintze (2010), en América latina el proceso de transformación regresiva se inició en la década de 1970 (en Argentina, en particular con la dictadura militar de 1976). Sin embargo, las reformas de mayor intensidad se concretaron entre 1989-2001. Al finalizar el siglo XX, Argentina se encuentra con una estructura social *"completamente diferente: en el marco de un proceso de de-socialización del trabajo, los seguros sociales de tipo corporativo, hasta entonces criticados por segmentarios e inequitativos, fueron empujados hacia una modalidad de mercados de seguros*

² En particular, el Cordobazo y en general la radicalización de los conflictos obreros y la organización de movimientos revolucionarios a principios de los 70 (contra los que reaccionó el golpe militar) son muestras de que los trabajadores y la juventud no estaban conformes con la estructura social vigente.

(individualizados); en simultáneo, la focalización residualista y la tercerización pasaron a ser los rasgos que caracterizaron a otros sectores de políticas, incluso a los que, como en el caso de la educación, habían estado más orientados por esquemas universales” (Danani y Hintze, op cit: 21).

En la órbita específica de los servicios de salud, hacia fines de los años setenta, en un contexto de caída progresiva del rol del Estado en el financiamiento y provisión de la salud, así como de gran deterioro de su capacidad instalada en dicho sector, el gobierno de facto retomó la política de descentralización iniciada en la etapa anterior, transfiriendo 65 hospitales a las administraciones provinciales (Repetto, 2001; Cetrángolo y Gatto, 2002). Este proceso obedeció a motivaciones fiscales antes que a factores de política sectorial, en un contexto en que los gobiernos provinciales que acordaron el traspaso eran meros delegados del Poder Ejecutivo durante el gobierno de facto y aceptaron la transferencia sin que estuviera acompañada por ningún mecanismo de compensación financiera (Bisang y Cetrángolo, 1997). Posteriormente, tras el fracaso de las políticas de la década del setenta y ya en el contexto de la democracia se promovió la descentralización de 19 hospitales y se sancionaron las leyes 23660 (“de Obras Sociales”) y 23661 (de “Seguro Nacional de Salud”). La primera no introdujo modificaciones significativas; mantuvo la obligatoriedad aunque eliminó la cláusula de adhesión obligatoria a la obra social de la rama de actividad. La segunda previó la articulación y coordinación de los diferentes subsistemas bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y Acción social, y, aunque pretendía unificar en una única estructura las obras sociales junto con los demás prestadores, el proyecto no tuvo éxito; se le terminó dando mayor protagonismo a las obras sociales, y por otra parte se anunció una progresiva descentralización del seguro (Repetto, 2001, Pérez Irigoyen, 1989). Así se inicia la década de 1990. Los principales argumentos que impulsaban la reforma del sistema se basaban en la ausencia de competencia entre las entidades, elemento que explicaría la deficiencia en el servicio y la disconformidad de los usuarios (Fidalgo, 2012).

En este contexto se llevó a cabo, en el campo de los servicios estatales, la descentralización de 20 establecimientos hospitalarios hasta entonces gestionados y financiados por el Estado nacional, proceso que tuvo claras coincidencias con el acaecido en 1978 (Cetrángolo y Gatto, 2002). Por su parte, en el campo de las obras

sociales se desarrolló la denominada “desregulación de las obras sociales” principalmente a través de la incorporación, en 1993, de la libre elección de obra social al interior del régimen y la declaración del aporte como de carácter “personal” de cada trabajador formal; esto implica que lo que cada trabajador aporta le pertenece y puede, por ello, cambiar su destino de una entidad a otra en cualquier momento ³(Fidalgo, 2012). Se eliminaron de esta forma los potenciales mecanismos de redistribución al interior de cada sector de actividad (que habían tenido efectos beneficiosos) y, ante la posibilidad de vaciamiento y desfinanciamiento de las entidades (aportes depositados en una obra social de origen se mudarían con el trabajador en caso de decidir cambiarse de entidad aseguradora), se generó una competencia por la búsqueda de afiliados que llevó a algunas obras sociales a establecer convenios con las empresas de medicina prepaga —a través de los cuales derivarles la atención de sus afiliados— generando la concentración de los trabajadores de altos ingresos (con capacidad de pago para acceder a las prepagas a través de su obra social) en determinadas aseguradoras y provocando el desfinanciamiento del resto del sistema y una mayor segmentación en su interior⁴ (Danani, 2003). Al mismo tiempo, las políticas de desregulación del mercado de trabajo y de flexibilización laboral impactaron de lleno en el sistema de salud; los derechos sociales restringieron su alcance por el crecimiento del empleo informal, el empleo precario y el desempleo (Fidalgo, 2012). Son varios los autores que destacan las tensiones entre universalismo (establecimientos públicos) y particularismo (obras sociales) que atravesaron la constitución del sistema público de salud (Isuani y Tenti, 1989; Arcidiácono, Gamallo y Straschnoy, 2013). A ello se sumó la descentralización de los establecimientos públicos de atención sin la transferencia de recursos para su financiamiento ni de mecanismos compensatorios (Maceira, 2009). En particular, Arcidiácono *et al (op cit)* agregan que la descentralización también menoscabó la capacidad de maniobra del Estado nacional en la orientación de la política sanitaria. La insuficiente coordinación entre jurisdicciones terminó por acentuar las desigualdades

³ Posteriormente la evidencia mostró que las aseguradoras limitaban los pases de afiliados imponiendo períodos de carencia y otras medidas que restringían el efecto potencialmente disciplinador de la competencia.

⁴ En la terminología propia del sector, el proceso de captación de ocupados jóvenes con altos ingresos se conoce como “descreme”.

entre provincias y entre individuos tanto en términos de acceso como de calidad en las prestaciones de salud.

Moscoso y Modarelli (2009) analizan los fundamentos teóricos de las políticas de descentralización desde dos enfoques: uno económico, cuyo argumento principal es que la toma de decisiones descentralizada mejora la eficacia en la provisión de ciertos bienes, y uno administrativo, en el cual se proponen mecanismos alternativos de distribución de responsabilidades que promueven incrementar la eficiencia y la calidad de la administración pública. Las autoras ponen en duda que estas políticas hayan redundado en un mejor acceso a las salud dado que no respondieron a la necesidad de atender demandas subnacionales sino a objetivos fiscales, cuya contrapartida financiera no fue asignada al propio sector.

La crisis de 2001 generó un nuevo impacto regresivo en la cobertura dado que las condiciones laborales de la población se tradujeron en la pérdida de protecciones de la seguridad social contributiva, resintiéndose los indicadores de salud y aumentando fuertemente la demanda sobre la atención pública de la salud y sobre los programas asistenciales (Arcidiácono, Gamallo y Straschnoy, 2013). El resultado de todas las transformaciones hasta aquí descriptas fue, según Danani (2003), el desarrollo de una institucionalidad dual, que separó drásticamente las condiciones de protección: mercado de seguros para ciertos segmentos pudientes y/o registrados, y una asistencia social “residual” (Titmuss, 1974), destinada a aquellos que no pueden atender por sus propios medios al emergente y que al mismo tiempo pueden demostrar su incapacidad/dependencia financiera.

Con el inicio de un nuevo ciclo económico en el 2003 y el incremento en los niveles de actividad y empleo el gobierno nacional impulsó la idea de que, en este nuevo tránsito hacia el pleno empleo, era posible recuperar los niveles de protección social perdidos a través de una progresiva re-inclusión de la población en las relaciones asalariadas formales; con este discurso se diferenciaba ideológicamente de la década del ‘90 a la vez que reafirmaba el carácter transitorio fundamental de los programas asistenciales (Arcidiácono, 2012). Sin embargo, si bien el desempleo disminuyó, el empleo informal, aunque también decreciente, se mantuvo en niveles elevados. Por ende, la integración al mercado laboral se mostró limitada como forma de asegurar el acceso a los derechos

sociales. Ello explica que en la primera década del siglo convivieron políticas orientadas al trabajo formal a la par de intervenciones “transitorias” orientadas a las poblaciones excluidas (Ibid). Ahora bien, dicha transitoriedad no estuvo ni está respaldada por la evidencia, dado que la informalidad y precarización parecen haberse transformado en rasgos característicos de la heterogeneidad estructural de la sociedad argentina (Salvia, 2011).

En un contexto de falla de las instituciones contributivas y fuerte aumento de la demanda de servicios públicos de salud se pone en marcha, en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), el Plan Federal de Salud 2004-2007 (que a pesar de la delimitación temporal continuaba vigente en 2010) sobre el que se volverá más adelante. En este marco se profundizaron acciones ya existentes (como por ejemplo, el Plan Remediar) y se desarrolló a su vez, el Plan Nacer.

2.2. La salud materno – infantil

2.2.1. Salud materno-infantil como objetivo de política

La reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna suelen ser dos de los objetivos más relevantes en la esfera de la salud pública de un país. Tanto es así que ambos forman parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, una iniciativa de Naciones Unidas por medio de la cual los 189 países miembros se comprometieron, en septiembre de 2002, a cumplir con 8 propósitos de desarrollo humano, dos de los cuales apuntan a la salud infantil y materna. En ese marco, el gobierno nacional se propuso reducir, entre 1990 y 2015, dos tercios la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, tres cuartas partes la mortalidad materna y conseguir una merma de 10% en la desigualdad entre provincias en dichos aspectos (PNUD y CNCPS, 2012). Hay que hacer notar que, si bien las metas parecen ambiciosas, como fueron anunciadas habiendo transcurrido la mitad del período para el que fueron establecidas, parte de la mejora ya había transcurrido en los indicadores mencionados. Por ejemplo, entre 1990 y 2001 la tasa de mortalidad infantil se redujo de 26 a 16 puntos y la tasa de mortalidad materna se redujo de poco más de 5 puntos a 3 puntos y medio en el mismo lapso, de manera que en 2002 gran parte de las metas se encontraba en considerable estado de

avance⁵. A la luz de estos hechos y de la tendencia histórica de las estas variables, las metas que se presentaban como proezas parecen muy factibles de ser alcanzadas.

Así es como la mejora de la salud infantil y maternal se tornó un componente central en los objetivos del Plan Federal de Salud del año 2004. En el Anexo 1 se presenta el subconjunto de objetivos relativos a la salud infantil y materna extraídos del boletín “Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007” elaborado conjuntamente por la Presidencia de la Nación (PN), el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) y el Consejo Federal de Salud (COFESA) en Mayo de 2004.

2.2.2. Mortalidad infantil

Según la Dirección de Estadísticas e Información en Salud⁶ la mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. Este indicador se descompone, a su vez, en mortalidad neonatal (aquella ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida) y en mortalidad postneonatal (la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año). Toda una serie de factores biológicos, demográficos, socio-económicos, culturales, ambientales, de atención de salud y geográficos, influyen y determinan la tasa de mortalidad infantil, y deben ser tenidos en cuenta a la hora de estudiarla. Sin embargo, la influencia de estos factores difiere según la edad de los menores de un año, prevaleciendo en la mortalidad neonatal la influencia de las condiciones congénitas y de atención de salud (salud de la madre, control de embarazo, atención del parto y del niño durante los primeros días de vida); mientras que en la mortalidad postneonatal se observa un mayor impacto de las condiciones ambientales y socio-económicas sobre la salud del niño (infecciones, diarreas, deshidratación, trastornos respiratorios agudos) (DEIS; Garriga, 2011). En relación con esto, se observa que la mortalidad neonatal es proporcionalmente mayor (mortalidad dura) cuanto más baja es la tasa de mortalidad infantil (esto se observa en los países desarrollados o poblaciones con buenas condiciones socioeconómicas) y, por el contrario, la mortalidad postneonatal es proporcionalmente mayor cuanto más alta es la tasa de mortalidad

⁵ Los datos pertenecen al Anuario de Estadísticas Vitales de diciembre del 2001 de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

⁶ Las definiciones puntuales que se dan en todo el apartado 2.2 se encuentran en la página web de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS): <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>

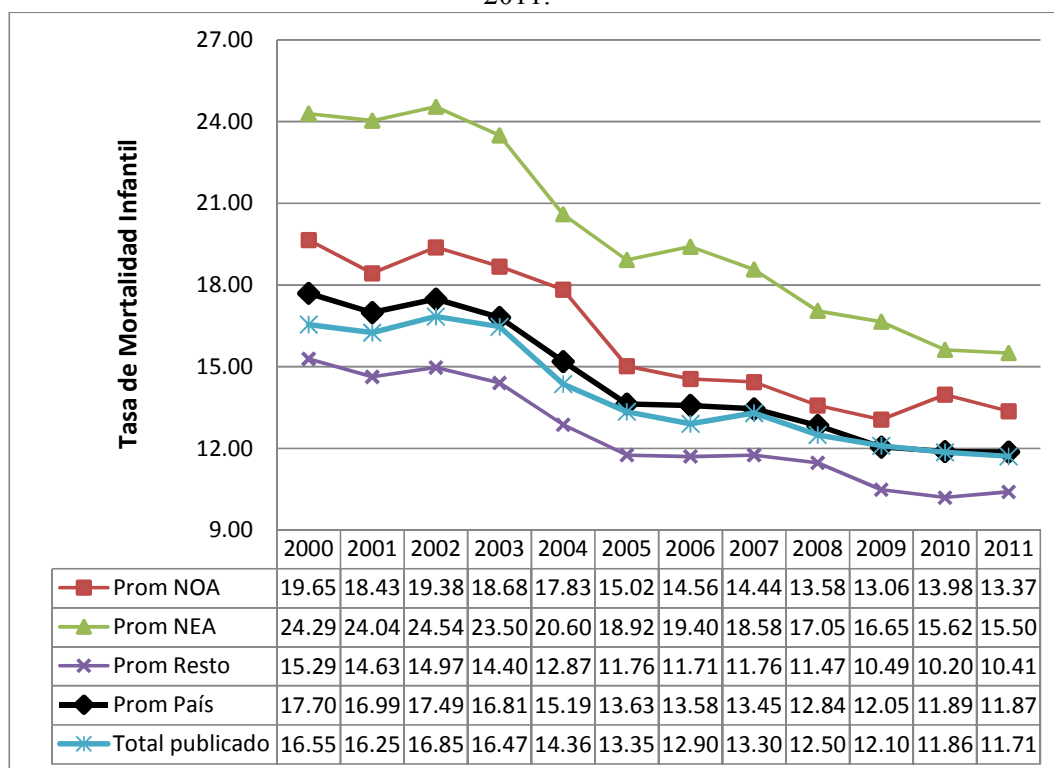
infantil (países en vías de desarrollo o poblaciones con condiciones socioeconómicas deficitarias).

La mortalidad infantil se mide a través de la TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (TMI), que es aquella que relaciona las defunciones de menores de un año ocurridas en un año dado y el número de nacidos vivos (expresado en miles) registrados, para un área geográfica dada. A su vez, como se indicó arriba, la tasa de mortalidad infantil se desdobra en las tasas de mortalidad neonatal y postneonatal en función del momento de la defunción. Dado que se trata de uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud, es condición necesaria calcular e interpretar bien sus valores. Sin embargo, cabe aclarar que se observan ciertos problemas comunes de interpretación y omisión que suelen llevar a la subinscripción.

En Argentina, la tasa de mortalidad infantil ha descendido de manera sostenida desde 1980 (Abalos Cerro, 2013), con una excepción en el año 2002, producto de la crisis de la convertibilidad, y otro repunte en el año 2007. El alza de este año puntual, según el MSAL se debe a un pico de enfermedades respiratorias que se presentaría cada 4 años. Sin embargo, según representantes del Comité de Pediatría Social podría asociarse a una crisis social y del sistema de salud (Página 12, 11/04/2009). Esto último coincide con los primeros signos de estancamiento del ciclo (inicio de un período de recesión y crisis de confianza luego de ciertas medidas como la intervención del INDEC, a lo que se suma más tarde el impacto de la crisis internacional). La tendencia a la baja es compartida por todas las regiones del país más allá de excepciones puntuales (por ejemplo, para el año 2010). No obstante, existe una gran disparidad regional en los niveles de la TMI: las provincias del NEA y NOA, que son las provincias social y económicamente más atrasadas, presentan las tasas promedio más altas, llegando algunas provincias a casi duplicar el valor nacional en varias ocasiones (véase el Anexo 2). En el gráfico 1 puede apreciarse la caída tendencial de la TMI, y el contraste regional aludido, para el período 2000 – 2011 (período analizado en este trabajo). Es de interés hacer notar que el promedio-país de la TMI calculado a partir de los datos provinciales prácticamente coincide con la TMI total publicada por las autoridades⁷.

⁷ Dado que la información primaria debería ser la misma, una diferencia demasiado acentuada entre el promedio provincial y la tasa nacional publicada podría estar indicando la existencia de alguna irregularidad.

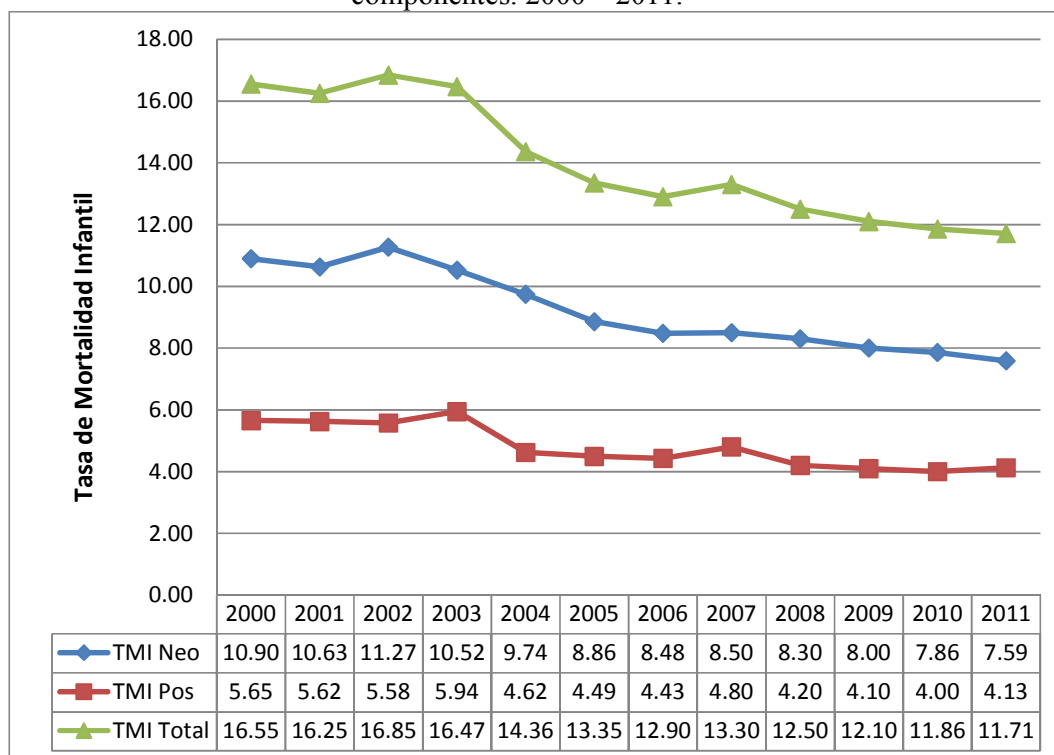
Gráfico 1. Evolución de la tasa de mortalidad infantil en Argentina. Promedios provincias del NOA, NEA, Resto del país y País; y TMI total publicada. 2000 – 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Independientemente de las diferencias a nivel regional, al subdividir la tasa de mortalidad infantil en neonatal y postneonatal se observa que su composición mantiene una proporción similar para todas las regiones del país. Alrededor de 2 tercios de las defunciones infantiles son neonatales. Estos resultados son de gran importancia: una composición con proporciones muy diferentes entre regiones determinaría la necesidad de diseñar una política con un mayor grado de diferenciación a nivel regional; esto se debe a que, como se ha dicho, las principales causas de la mortalidad neonatal y postneonatal difieren y con ellas también difieren las medidas preventivas. En el gráfico 2 puede apreciarse la evolución de la TMI promedio para todo el país y su desdoblamiento en neonatal y postneonatal. Algo particularmente interesante que parece inferirse a partir de la observación de las series es que las fluctuaciones en la TMI se deben en mayor medida a fluctuaciones en la TMI postneonatal, es decir, la más evitable por estar ligada a factores ambientales.

Gráfico 2. Evolución de la tasa de mortalidad infantil en Argentina. Total y por componentes. 2000 – 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

2.2.3. Mortalidad Materna

La mortalidad materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la culminación del embarazo (período de puerperio) por causas relacionadas o agravadas por el embarazo, pero no por causas accidentales. El MSAL lo declara un importante problema de investigación, tanto en lo referente a sus causas como a los diferentes factores que influyen en ella: asistencia sanitaria, saneamiento, nutrición y condiciones socioeconómicas generales. Según sus causas, la mortalidad materna puede dividirse en defunciones obstétricas directas e indirectas. Las primeras son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos; las segundas son las que se derivan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que ha evolucionado durante el mismo, es decir, que ha sido agravada por los efectos fisiológicos del embarazo. Un tercer grupo de causas, no siempre reconocidas, son las relacionadas con la práctica abortiva. Este es un punto clave, dado que las complicaciones derivadas de abortos

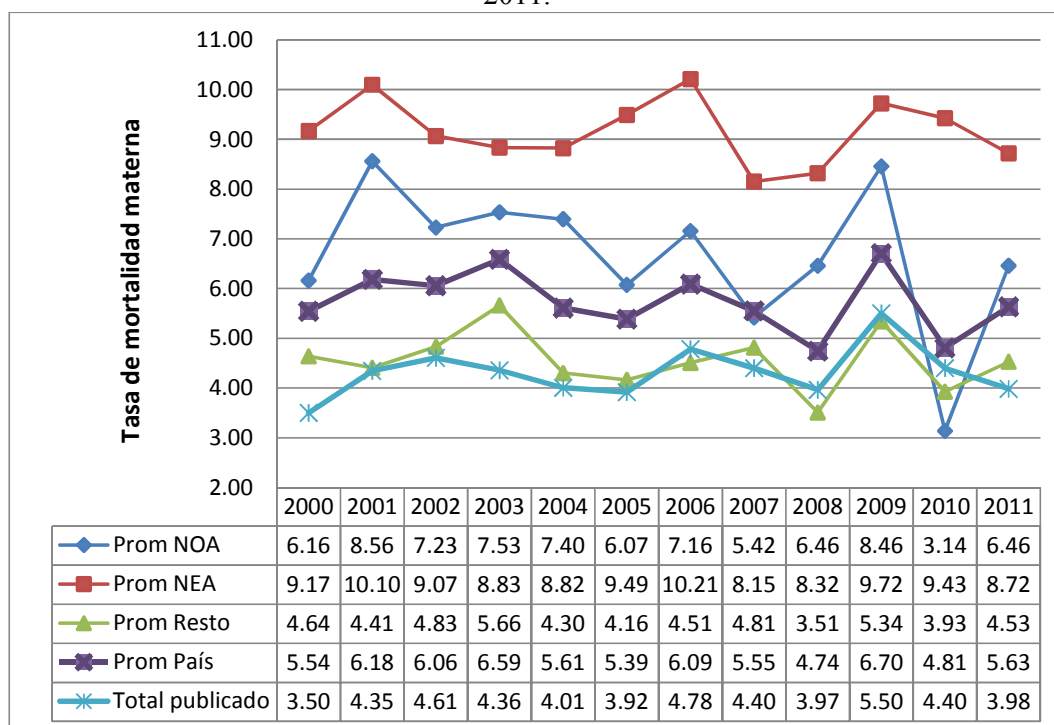
realizados en condiciones sanitarias deficientes suelen ser registradas como defunciones directas.

La mortalidad materna se mide a través de la TASA DE MORTALIDAD MATERNA (TMM) y refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación y el parto. Se calcula como el número de defunciones femeninas por causas maternas en un área geográfica dada, durante un año dado, sobre el número de nacidos vivos (expresado en 10 miles) registrados en esa área ese mismo año (representan una aproximación al número de mujeres expuestas a morir por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio). Se presentan, nuevamente, serios problemas a la hora de estimar este indicador debido a irregularidades en las certificaciones médicas de la causa de muerte. Es por esto que la mortalidad materna también suele ser subestimada. Particularmente en el caso argentino, desde mediados de los 90 la tasa muestra un comportamiento relativamente errático que podría ser atribuible a este tipo de deficiencias⁸.

La tasa de mortalidad materna ha tenido una clara tendencia decreciente desde 1980 hasta 1994, año en el cual se estabilizó fluctuando cíclicamente alrededor de los 4 puntos (cuatro muertes cada diez mil nacimientos) (Abalos Cerro, 2013). El gráfico 3 muestra que este tipo de comportamiento (fluctuación alrededor de un valor) se observa también para todas las regiones del país, la diferencia radica nuevamente en la disparidad transversal: las regiones del norte argentino presentan las tasas promedio más altas del país, llegando algunas provincias a triplicar el valor nacional (véase Anexo 3). En el gráfico se muestra también la TMI total oficial publicada que, si bien no resulta directamente contrastable, al distar tanto del promedio total elaborado a partir de los datos provinciales (se encuentra entre uno y dos puntos por debajo para todo el período) genera dudas respecto de la confiabilidad de los datos.

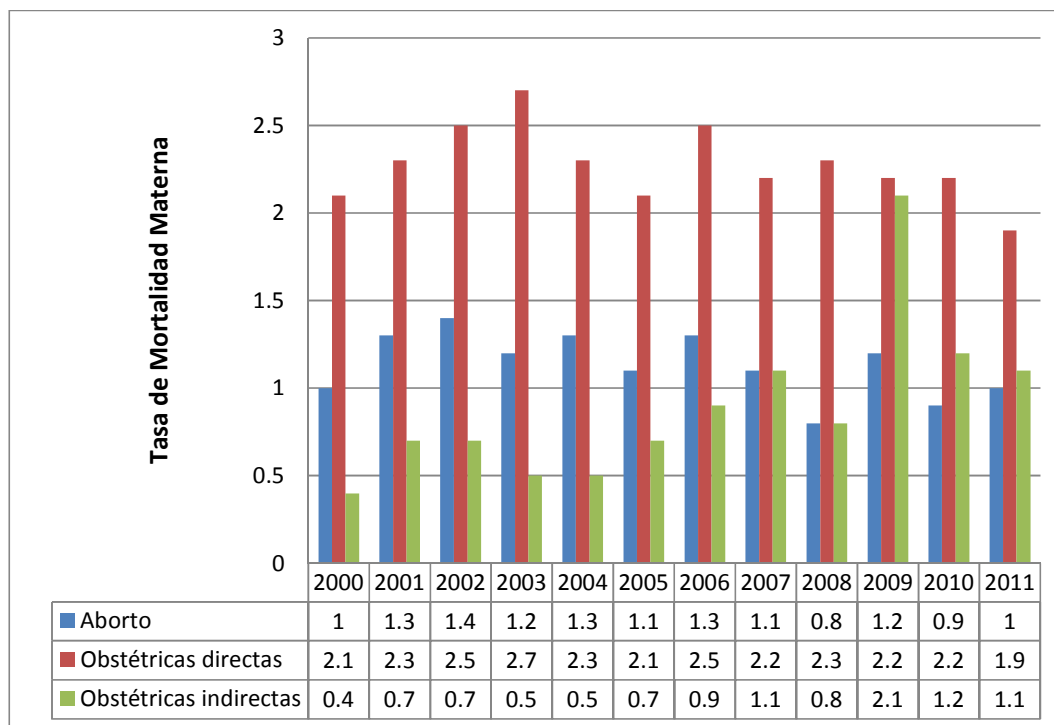
⁸ Es necesario aclarar que los problemas de certificaciones médicas suelen tener un insoslayable componente político importante: muchas de las muertes maternas ocurren luego de haber transitado un aborto realizado en condiciones sanitarias deficitarias. Entonces el subregistro de la TMM puede estar vinculado a un intento de las autoridades sanitarias de ocultar el problema del aborto. Para más información sobre este tema ver artículos de la prensa (La Nación, 09/08/2011; Clarin, 10/06/2012; La Voz del Interior, 29/12/2014).

Gráfico 3. Evolución de la tasa de mortalidad materna en Argentina. Promedios provincias del NOA NEA, Resto del país y País; y TMM total publicada. 2000 – 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Así como se realizó un primer desdoblamiento de la tasa de mortalidad infantil, según el tiempo de vida, en dos componentes a los que se puede atribuir causas determinadas, la tasa de mortalidad materna puede descomponerse, en principio, según las tres grandes causas mencionadas. Según Abalos Cerro (2013), quien analiza en qué proporción se presenta cada causa para las regiones de NOA, NEA y Resto del País en el año 2004, existe evidencia para creer que no existen diferencias sustanciales entre regiones respecto del peso relativo de cada causa. En el gráfico 4 puede apreciarse la evolución de dicha proporción a nivel nacional. Hasta el año 2006 las relaciones se mantienen relativamente estables, mientras que de ahí en adelante la mortalidad por causas obstétricas indirectas aumenta su peso relativo, igualando y superando el de los abortos y casi igualando a las causas obstétricas directas en el año 2009 (aunque este dato parece excesivo). Esto implica un aumento, tanto absoluto como relativo, de la mortalidad por enfermedades que pueden ser asociadas a las condiciones ambientales y socioeconómicas, lo que se condice con los signos de estancamiento que empezó a mostrar la economía en esos años.

Gráfico 4. Evolución la tasa de mortalidad materna según causa. 2000 – 2011.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Más allá de lo anterior, es necesario señalar una de las problemáticas que claramente aflora en el gráfico anterior y que se detallará más adelante: aproximadamente 30% de la tasa de mortalidad materna es causada por abortos, un número extremadamente alto que duplica el promedio para América Latina y el Caribe (Yañez, 2012). Con todo, diversas fuentes sostienen que existen subregistros (ver nota al pie nro. 6), es decir, muertes por abortos practicados en condiciones sanitarias deficientes que se registran como muertes por causas obstétricas directas con el objeto de ocultar la problemática, lo que explicaría parte de la enorme delantera que toman éstas últimas en la explicación de la mortalidad materna. Resulta entonces absurda, cualquier política que se proponga reducir la mortalidad materna, sólo apuntando a mejorar estadísticas, sin prestar atención a esta problemática.

2.2.4. Otros indicadores relacionados

Existen otros indicadores íntimamente relacionados con la problemática sobre la que intenta intervenir el Plan Nacer y de un modo más general la política sanitaria y que por

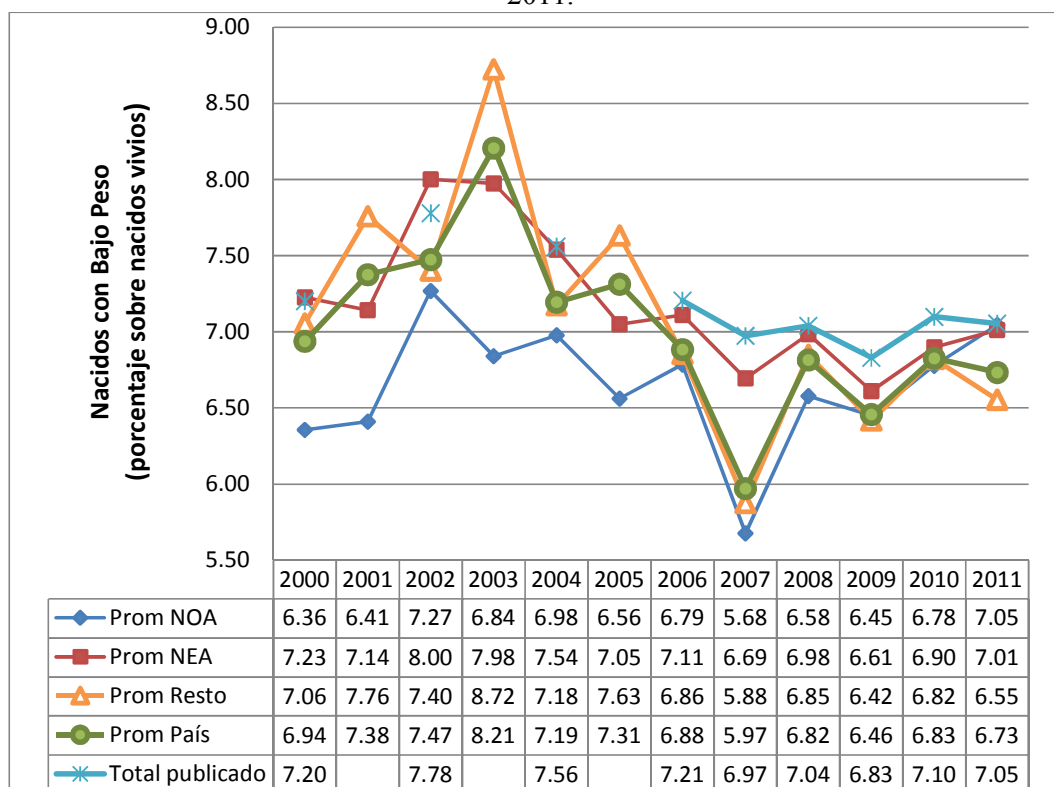
lo tanto es importante destacar; se trata del porcentaje de nacidos con bajo peso y de la tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años.

El primer indicador capta el porcentaje de nacimientos con un peso menor a 2500 gramos en una región y año dados, sobre el total de nacidos vivos en ese mismo contexto⁹. La relevancia de esta medición radica en que prácticamente toda la mortalidad neonatal se concentra en niños que presentan bajo peso al nacer (Gertler, Giovagnoli, Martínez, 2014), por lo que disminuir la cantidad de nacidos con esta complicación sería, en principio, una forma importante de reducir la mortalidad infantil. No obstante, si bien la atención de la salud puede disminuir la morbimortalidad y las secuelas de este grupo de alto riesgo, no necesariamente disminuirá su incidencia, ya que ésta es producto del efecto de múltiples variables que dependen del desarrollo social y cuya erradicación necesita medidas estructurales, capaces de producir impacto a largo plazo.

En el gráfico 5 se presenta el promedio del porcentaje de nacidos con bajo peso para las diferentes regiones y para el total de provincias, por otra parte, también presenta el porcentaje total oficial. Es especialmente interesante observar que la lógica hasta aquí preponderante no se mantiene (la región del NOA tiene los niveles más bajos de nacimientos con bajo peso), por otra parte la serie incompleta de totales publicados parece no tener correlato alguno con los promedios provinciales. Estas cuestiones podrían poner en duda la confiabilidad de los datos. Sin embargo, globalmente se puede observar el impacto de la crisis de 2001 – 2002 y luego cierta tendencia a la baja que se estanca o se revierte a partir de 2007. Nuevamente, como se ha mostrado en el caso de la mortalidad infantil y materna según causas, en el año 2007 se produce un quiebre de tendencia. Este año parece representar un punto de reversión, aislado o no, en todas las series.

⁹ La definición incluye al desnutrido fetal y al neonato de pretérmino (nacido antes de las 38 semanas de gestación).

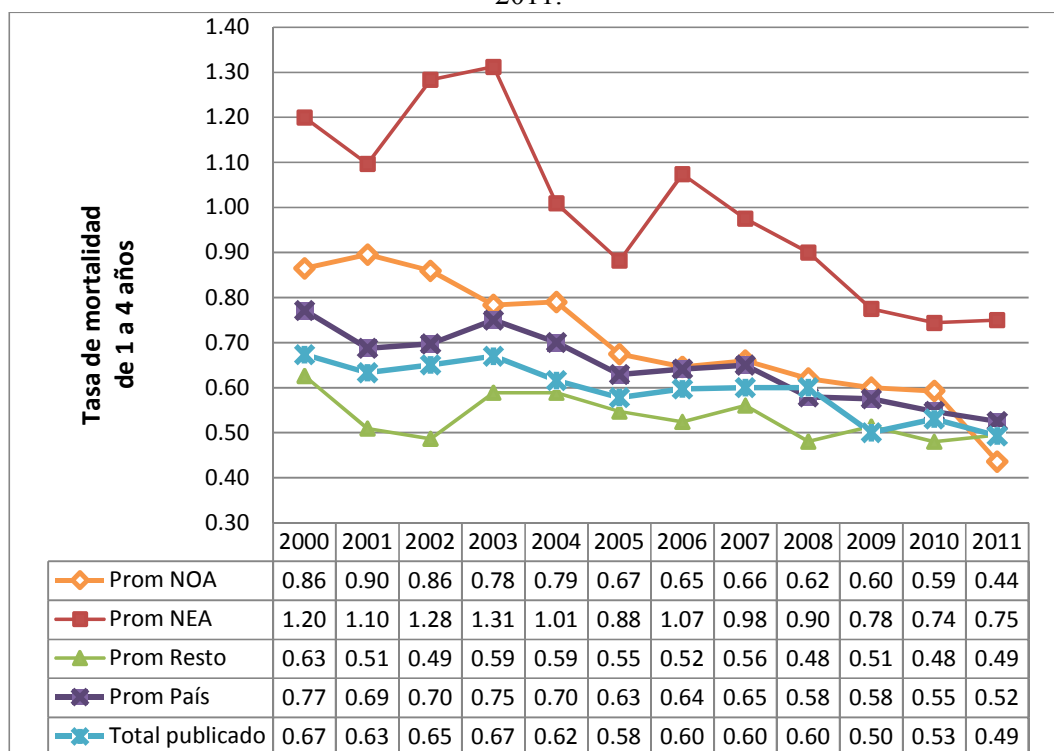
Gráfico 5. Evolución del porcentaje de nacidos con bajo peso. Promedios provincias del NOA, NEA, Resto del país y País; y Porcentaje total publicado. 2000 – 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Por su parte, la tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años expresa el riesgo de morir de la población de dicho rango etario como el número de defunciones de ese segmento en un área geográfica en un año dado sobre la población total (en miles) de ese grupo específico en esa área ese año. La importancia de este cómputo radica en que su disminución forma parte de los objetivos explícitos tanto de Plan Federal de Salud (que apunta a la reducción de la mortalidad de niños menores a 5 años) como del Plan Nacer (cuya población beneficiaria incluye a los niños de hasta 6 años). Como puede observarse en el gráfico 6, tanto la tendencia como las diferencias transversales son similares a las observadas en la tasa de mortalidad infantil, aunque lógicamente los niveles sean mucho menores.

Gráfico 6. Evolución de la tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años. Promedios provincias del NOA, NEA, Resto del País y País; y TM1-4 total publicada. 2000 – 2011.

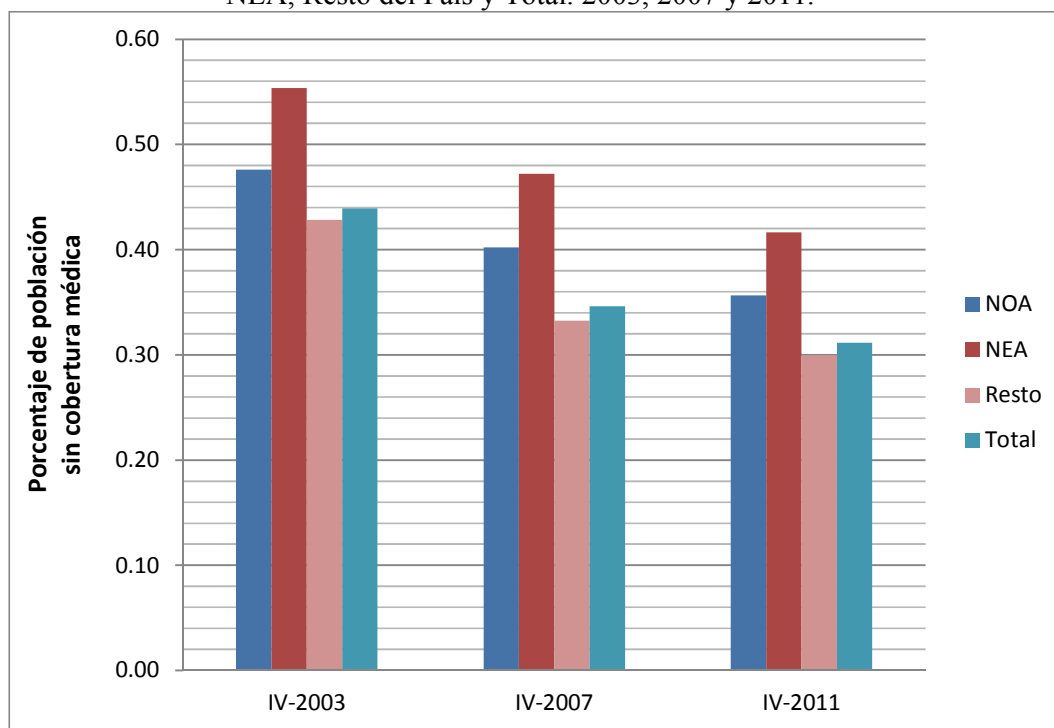


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

2.2.5. La cobertura de salud

Como se pone de manifiesto en el apartado 2.1, la cobertura explícita de la salud es por definición el elemento esencial al que debería apuntar la política sanitaria. Interesa, por ende, realizar un seguimiento de la evolución de la cobertura explícita. El análisis de Potenza Dal Masetto (2012) indica que hay una reducción sostenida en el tiempo de la población sin seguro. Sin embargo, al evaluar las diferencias regionales aparecen los matices; las regiones del NOA y NEA se ubican por encima del promedio general y en particular el NEA un porcentaje sustancialmente superior al promedio para todo el período. Si bien el conjunto de regiones exhibe una tendencia decreciente de la proporción de población sin cobertura médica, en el NEA más del 40% de la población se encuentra excluida del seguro médico (Gráfico 7).

Gráfico 7. Porcentaje de población sin cobertura médica. Regiones del NOA, NEA, Resto del País y Total. 2003, 2007 y 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de la EPH, INDEC. IVtri. - 2003, 2007 y 2011.

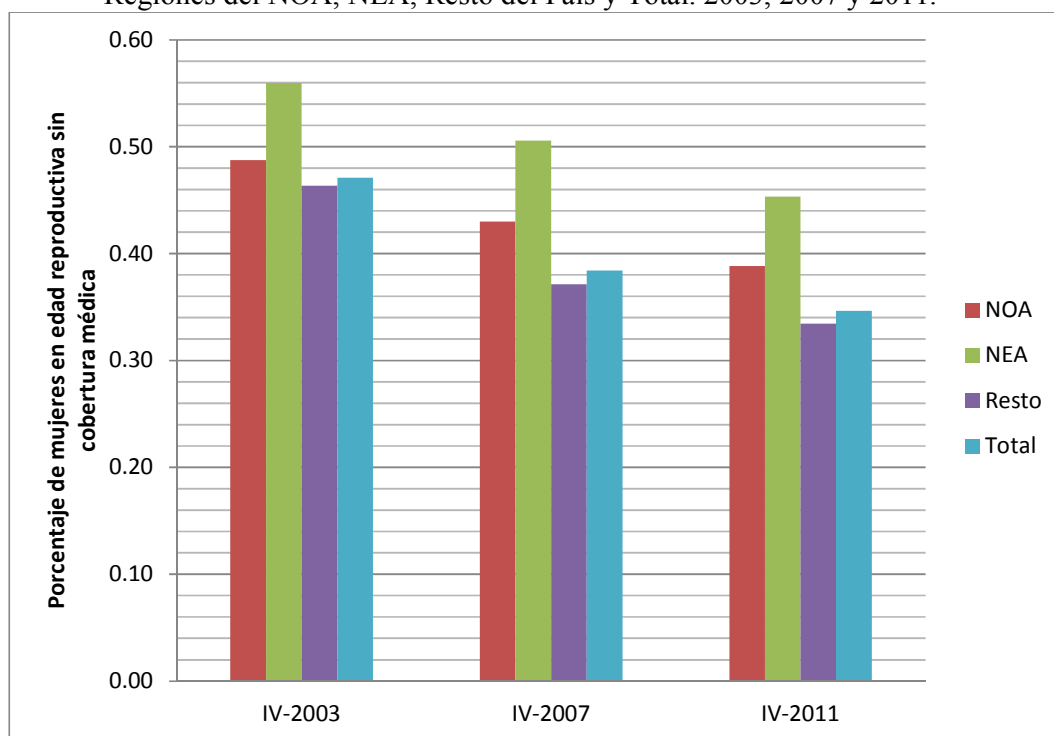
El panorama relativo presentado no cambia demasiado cuando se evalúa un subconjunto de la población de especial interés para este apartado: las mujeres en edad reproductiva¹⁰. En el Gráfico 8 puede verse que en términos absolutos las mujeres se encuentran en desventaja respecto del promedio poblacional en cada una de las regiones, esto es lógico considerando las diferencias entre sexos existentes en el mercado laboral. Por otra parte, el Gráfico 9 muestra la población objetivo infantil (los niños de hasta 6 años) sin cobertura explícita. Se observa que la situación de esta subpoblación empeora respecto de la de las mujeres. Si bien se respetan las tendencias vistas para los años 2003 y 2007, en el año 2011 asombra la caída relativa del indicador.

Por último, no se desarrollará aquí una descripción de la situación relativa que ocupa nuestro país en América Latina en términos de los indicadores presentados, principalmente, por cuestiones de espacio y foco de análisis. Ábalos Cerro (2013)

¹⁰ Se tomaron mujeres de entre 15 y 49 años de edad acorde a la definición del glosario de indicadores sociodemográficos del INDEC: http://www.indec.mecon.ar/ftp/nuevaweb/cuadros/7/sesd_glosario.pdf

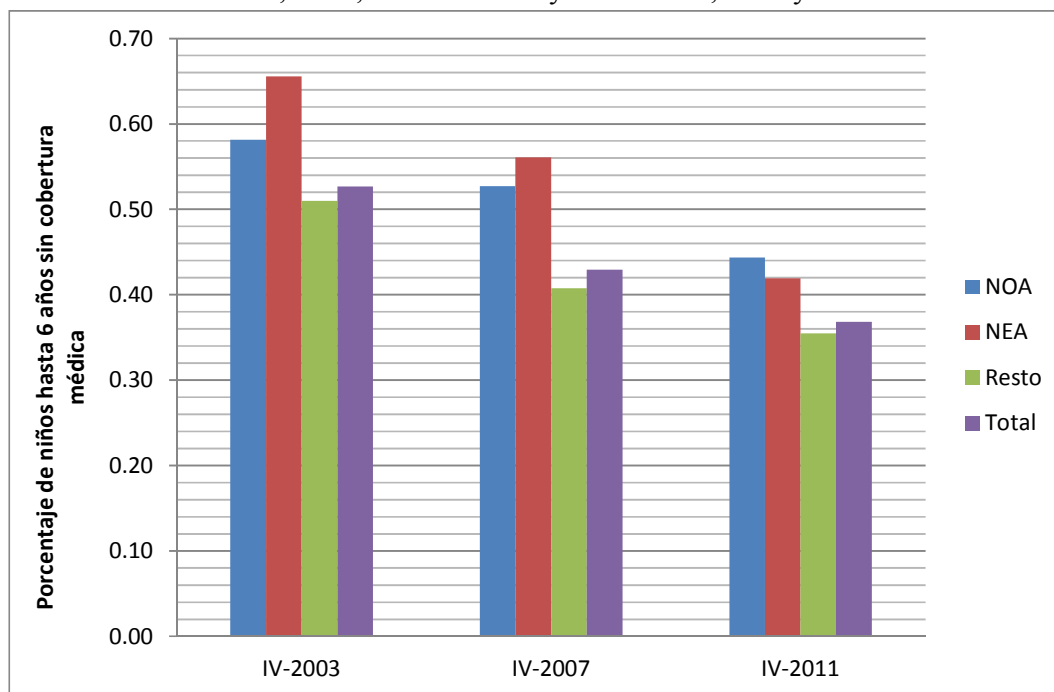
realiza el análisis para la mortalidad infantil y materna en el año 2005, mostrando que Argentina se encuentra en una buena o media posición respecto del total de los países americanos, pero en una posición desalentadora si se la compara con aquellos que tienen un grado de desarrollo similar como Chile y Uruguay.

Gráfico 8. Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años sin cobertura médica. Regiones del NOA, NEA, Resto del País y Total. 2003, 2007 y 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de la EPH, INDEC. IVtri. - 2003, 2007 y 2011.

Gráfico 8. Porcentaje de niños de hasta 6 años sin cobertura médica. Regiones del NOA, NEA, Resto del País y Total. 2003, 2007 y 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de la EPH, INDEC. IVtri. - 2003, 2007 y 2011.

2.3. *El Plan Nacer*

2.3.1. Antecedentes directos y marco para la creación del Plan Nacer

La crisis de 2001 – 2002 tuvo un considerable impacto negativo sobre los indicadores de salud en un contexto de pérdida de cobertura de atención médica explícita por parte de los trabajadores, esto llevó a la declaración de una situación de emergencia sanitaria nacional (Decreto 486/2002) que se prorrogó sucesivamente hasta la actualidad. En estas circunstancias se comenzó a debatir un marco común para el sector salud en iniciativas como la Mesa de Diálogo Argentino del Sector Salud y se dieron pasos concretos en dirección a crear acuerdos intergubernamentales (como el Compromiso Federal en Salud y el Acuerdo Federal en Salud) en que las autoridades sanitarias expresaron el reconocimiento de ciertas políticas como prioritarias en sus jurisdicciones (entre ellas, acciones tendientes a disminuir la mortalidad infantil y materna) (Potenza Dal Masetto, 2012).

Las acciones mencionadas redundarían en la creación del ya aludido “Plan Federal de Salud”, marco de implementación del Plan Nacer, en mayo de 2004. Este Plan Federal buscó diseñar un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención primaria de la salud¹¹ (APS) y lograr gradualmente la integración de los diferentes subsectores del sistema para mejorar la equidad regional (PN, MSAL y COFESA, 2004). Al mismo tiempo, se fijaron una serie de metas sanitarias a cumplir en 4 años, las más importantes de ellas fueron referidas a la salud infantil y materna (ver Anexo 1), así como a la salud sexual y procreación responsable¹².

En los años 90 se llevaron a cabo acciones tendientes a reducir la mortalidad materna e infantil, principalmente a través del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). Esta iniciativa fue co-financiada entre el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y el Gobierno Nacional (100 y 60 millones de dólares respectivamente) y se puso en práctica, inicialmente, en 6 provincias (Córdoba, Buenos Aires, Entre Ríos, Mendoza, Santa Fe y Tucumán) en 1993, previendo su finalización en 1999 (AGN, 2000). Según Maceira, Bumbank y García (2000), el Gobierno Nacional financiaría el 100% de los gastos recurrentes durante el primer año de implementación, mientras que ese aporte se reducía sistemática y escalonadamente durante los siguientes dos años, hasta llegar a un 100% de aporte propio de la autoridad municipal o provincial. Los objetivos del PROMIN eran 1) Disminuir las tasas de morbi/mortalidad materno infantil, a través de la mejor focalización y diseño, aplicación y coordinación de los servicios y programas de salud, nutrición, alimentación complementaria y enseñanza preescolar. 2) Promover el mejor desarrollo psicosocial de los niños entre 2 y 5 años. 3) Mejorar la eficiencia y la eficacia de los programas de comedores escolares. El foco estaba puesto en aquellos hogares asentados en áreas de pobreza estructural o con alta concentración de necesidades básicas insatisfechas. La organización del programa se llevó a cabo a través de unidades jurisdiccionales de coordinación entre

¹¹ Es el primer nivel de contacto de la persona, la familia y la comunidad con el sistema sanitario nacional, que lleva los servicios de salud lo más cerca que sea posible de los lugares en que viven y trabajan las personas y constituye el primer elemento del proceso constante del cuidado de la salud.

¹² Arramón, Jorgensen y Wasserman (2009) realizan un análisis de efectividad global del programa mostrando la evolución de las tasas de mortalidad infantil y materna entre 2002 y 2007, y comparándolas con las metas propuestas en el Plan Federal de Salud para este último año. Si bien este tipo de exámen no aísla los efectos del Plan Nacer, puede servir como primera aproximación dado que el programa era el componente más importante de la política de salud dirigida a la población materno-infantil.

Nación (Unidad Coordinadora del Programa), Provincias (Unidad Ejecutora Provincial) y Municipios (Unidad Coordinadora Municipal), mientras que la red de efectores incluía Centros de Salud, Hospitales y Guarderías y Jardines de infantes, orientándose los dos primeros a se orientan a atender problemáticas específicas de la mujer en edad fértil, detección temprana de embarazos, embarazadas, parto y pauperio, lactancia, con particular énfasis en las manifestaciones de desnutrición, enfermedades congénitas y de transmisión sexual, etc., así como todas las referidas al control del crecimiento y desarrollo de los niños hasta seis años (Maceira et. al., *op.cit.*).

Pablo Vinocur, diseñador de esta política y coordinador desde 1999, destaca que el programa proponía mejorar la estructura y el equipamiento de los Centros de Atención Primaria de la Salud y planteaba un modelo de capacitación permanente; a su vez, hacia 1999 se intentó promover un mecanismo de estímulos mediante aumentos relativos en la asignación de recursos para aquellas jurisdicciones que fueran mejorando sus indicadores (tasas de mortalidad infantil y materna), así como modificar el índice de asignación de recursos (cabe destacar que hacia 1999 el programa contaba con un presupuesto nacional de 50 millones de dólares al año, de los cuales un 80% se destinaba a la compra de alimentos, principalmente leche, y el 20% restante a capacitación, establecimiento de normas y adquisición de insumos) (Maceira, 2010). Por último, subraya que se intentó fomentar la evaluación de los resultados del programa (se encargó una evaluación externa y se discutieron los resultados con actores involucrados) y hacia 2001 se propuso la creación de un Seguro de Inclusión Infantil que derivó en la propuesta de un esquema de asignaciones universales para niños y ancianos que no llegó a ponerse en práctica (Ibid).

Sin embargo, el antecedente más directo del Plan Nacer (debido a que representa ya una experiencia basada en la promoción de seguros de salud materno infantiles provinciales) debe rastrearse en el “Seguro de Salud Materno-Infantil” de fines de 2002¹³ que, tras

¹³ La creación el Seguro de Salud Materno-Infantil se estipuló en el artículo 3° del Decreto 2724/2002 que previendo “la atención de la cobertura médico-asistencial y de las prestaciones sociales en forma integral y universal, para la mujer embarazada, la mujer en edad fértil y los niños de hasta cinco años de edad, bajo la dependencia del MINISTERIO DE SALUD quien coordinará las acciones y programas optimizando la utilización de recursos y mejorando la cobertura y calidad de la atención en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud”.

algunos ajustes de diseño y la aprobación de un préstamo del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento – Banco Mundial en agosto de 2004, pasó a denominarse “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial” y más tarde “Plan Nacer” (Potenza Dal Masetto, 2012).

2.3.2. Descripción y objetivos

El Plan Nacer es un programa federal de inversión en salud materno infantil, impulsado por el Ministerio de Salud de la Nación desde el año 2004. Está destinado a aumentar la cobertura de salud y mejorar la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas (madres hasta 45 días después del parto) y de los niños y niñas menores de 6 años que carecen de cobertura médica explícita a través de una obra social. La iniciativa fue llevada adelante conjuntamente por la Nación y las provincias en el marco del Plan Federal de Salud y funciona en hospitales, maternidades y centros de atención primaria.

El Plan Nacer se puso efectivamente en marcha en el año 2005 (diciembre de 2004) en las regiones del Noroeste Argentino (NOA) —Salta, Jujuy, Catamarca, Tucumán y Santiago del Estero— y del Noreste Argentino (NEA) —Misiones, Formosa, Chaco y Corrientes— dado que, como se ha mostrado más arriba, esas regiones presentaban los peores indicadores de salud materno infantil de todo el país. A finales del año 2007 el programa se extendió al resto de Argentina y en agosto de 2012 se integró al programa SUMAR, que amplió la cobertura del Seguro Provincial de Salud con prestaciones específicas para otros grupos poblacionales (niños de 6 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años y mujeres hasta 64 años).

El programa posee diversos objetivos, tanto sanitarios como organizacionales. Más específicamente, pretende reducir la morbi-mortalidad materno infantil planteando una meta de reducción del 50% y alcanzar una tasa de mortalidad infantil menor a un dígito en 5 años, mejorando la cobertura de salud y la calidad de atención de la población materno infantil sin obra social. Para esto desarrolla Seguros Públicos de Salud Provinciales permitirían aumentar la inversión en salud bajo un modelo de financiamiento basado en resultados. Esta modalidad de gestión permitiría solucionar distintos problemas de gobernabilidad del sector.

Es decir, junto con las metas sanitarias, se intenta generar una nueva forma de gestionar la salud pública que priorice la Atención Primaria de la Salud y mejore la eficacia y la utilización efectiva de los servicios, al tiempo que pretende desarrollar un cambio en la relación Nación–Provincias–Municipios–Establecimientos de Salud con el colateral de generar una correcta asignación de incentivos entre los diferentes actores. Este nuevo modelo de gestión, en consonancia con lo estipulado en el Plan Federal de Salud, asigna a la Nación un rol normativo, de financiamiento y de supervisión, mientras que las Provincias tienen un rol ejecutivo llevando adelante los Seguros Provinciales de Salud. Las prestaciones son llevadas a cabo por la red de efectores, entre los que se incluyen hospitales, maternidades, centros de atención primaria, unidades sanitarias, etc.

2.3.3. Organización e implementación

En el proceso de generación, distribución y transferencia de recursos pueden identificarse dos tipos de relación principal–agente: En primer lugar, entre el Gobierno Nacional y las provincias, donde la Nación, mediante la modalidad de pago por desempeño¹⁴, transfiere recursos a las provincias a través de una cápita mensual de 17 pesos (representaban 4 dólares al inicio del plan) que se revisa anualmente; el 60% de dicho monto se transfiere mensualmente por identificación e inscripción de la población destinataria (persigue incentivar el registro), y el 40% restante se transfiere cuatrimestralmente luego de verificar el cumplimiento de una serie de metas sanitarias acordadas cuatrimestralmente y medidas a partir de indicadores de desempeño denominados “trazadoras” (ver Anexo 4)¹⁵. La segunda relación se da entre las provincias y los establecimientos de salud (aunque los Municipios pueden participar inscribiendo a la población y actualizando padrones); las primeras, a través de los Seguros Provinciales de Salud (en cuyas cuentas han sido depositadas las transferencias nacionales) y utilizando un mecanismo de pago por servicios transfieren fondos a los establecimientos de salud que han firmado el convenio, en función de determinadas la

¹⁴ La modalidad de pago por desempeño responde al nuevo paradigma de gestión basada en resultados y es uno de los estándares de este programa. El tema se tratará con mayor detalle en las consideraciones sobre el diseño del plan.

¹⁵ Según un informe de la Unidad de Financiamiento Internacional del MSAL en 2012 la cápita base ascendía a 15 pesos, lo que representa aproximadamente 3 dólares oficiales de diciembre de 2012 (\$4,9) y aproximadamente 2,2 dólares en el mercado informal a esa fecha (\$6.8).

cantidad de prestaciones liquidadas pertenecientes a un nomenclador único del plan. Es decir, las Unidades de Gestión del Seguro Provincial (UGSP) contratan prestaciones de su Red Pública de Efectores (Centros de Atención Primaria y Hospitales que firman el convenio) y luego transfieren recursos en función de un nomenclador único valorizado por cada provincia (los precios de las prestaciones son fijados a nivel provincial pudiendo promoverse prácticas en función de las necesidades regionales); a su vez, los efectores se comprometen una serie de obligaciones entre las que se encuentran formar su padrón específico de beneficiarios para liquidar (facturar) las prestaciones realizadas (cada beneficiario tendrá asociado un efector de la Red Pública que mantendrá su historia clínica) y presentar los informes que disponga el Plan Nacer (Arramón, Jorgensen y Wasserman, 2009).

De esta forma, los fondos remitidos a los prestadores son adicionados a los recibidos en el presupuesto habitual y apuntan a cubrir brechas específicas en la cobertura de salud a través de prestaciones gratuitas. En cuanto al destino específico de los fondos, en principio se otorgó a las provincias la posibilidad de que los efectores utilicen hasta 50% del monto recibido en incentivos pecuniarios al personal siempre que la provincia o el municipio lo autorice; mientras que el 50% restante debe ser destinado a insumos, equipamiento e inversiones según las necesidades de cada establecimiento. Las provincias de Jujuy, Salta, Tucumán y Santiago del Estero no autorizaron el pago de incentivos pecuniarios, aunque la última, utilizó los fondos para contratar horas extra de personal estable, un esquema similar de incentivos (Plan Nacer/Sumar y MSAL, 2013). El resto de las provincias utilizó los fondos, en diversos períodos, para algún tipo de incentivo pecuniario al personal. Las provincias que más utilizaron el mecanismo de incentivos al personal fueron Corrientes, Chaco y Misiones. La mayoría de los incentivos están vinculados al presentismo o al cumplimiento de metas, la mayoría de los Directores/Responsables de los establecimientos de salud está de acuerdo con este tipo de incentivo porque consideran que aún cuando se diluye dentro del salario y no tracciona percepciones de motivación para el desarrollo del trabajo cotidiano, su ausencia se traduce en niveles de insatisfacción (Ibid).

En lo que se refiere a las prestaciones, se establece una serie de cantidades mínimas destinadas al cuidado de la población destinataria, estrictamente especificadas en el nomenclador. Un resumen de dichas prestaciones se presenta en la Tabla 1.

Complementariamente, se agregan talleres comunitarios, rondas sanitarias y servicios de transporte como acciones sanitarias del establecimiento en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Por otra parte, a partir de 2010 y hasta 2015 el Plan Nacer incorporó la cobertura de prestaciones de alta complejidad (cirugías) para el tratamiento de cardiopatías congénitas de menores de 6 años a fin de mejorar los indicadores de mortalidad infantil (principalmente neonatal) por causas de difícil reducibilidad, una vez que se han atacado aquellas causas disminuibles con la atención primaria. Por el período que abarca, no es posible evaluar el impacto de esta incorporación.

Tabla 1. Prestaciones del Plan Nacer

Niño	Embarazo y puerperio
<ul style="list-style-type: none"> • Atención del recién nacido. • Examen de hipoacusia. • Controles clínicos. (1 control a la semana; 1 control por mes los primeros 6 meses; 1 control cada dos meses los segundos 6 meses; 1 control cada 3 meses los terceros 6 meses; 1 control cada 6 meses de los 18 a 36 meses de vida; 1 control por año de los 3 a los 6 años de vida). • Consejería a los padres (lactancia, pautas de alimentación y crianza, prevención de accidentes, intoxicaciones y muerte súbita, promoción de la salud, urgencias y consejos buco-dentales). • Consulta oftalmológica a los 5 años. • Consulta odontológica anual a partir del año y hasta los 6 años. • Vacunación según el calendario nacional obligatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de embarazo. • 5 controles médicos de embarazo (peso y medición; revisión mamaria; medición de la panza; latidos del bebé; papanicolau). • Análisis de sangre y orina (Grupo sanguíneo, sífilis, Chagas, SIDA, cultivo de orina, etc.) • Vacunas: 2 dosis de vacuna doble (tétano y difteria) en el embarazo y una dosis de vacuna doble viral (sarampión y rubéola) luego del parto. • Educación sobre cuidados de embarazo y puerperio (lactancia, tabaquismo, anticoncepción). • 2 ecografías. • Parto atendido por especialistas. • Atención del recién nacido. • Derivaciones necesarias (especialistas, nutricionista, asistente social o psicólogo). • Odontología.

Fuente: AGN (2012); Arramón, Jorgensen y Wasserman (2009); Potenza Dal Masetto (2012)

Con respecto a la financiación, el plan se llevó a cabo mediante un Programa de Préstamos Adaptable (APL): la primera etapa en las provincias del NEA y NOA se financió con un crédito del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) de 135,8 millones de dólares (APL 1), mientras que la segunda etapa, para el resto del país, fue financiada a través de un nuevo préstamo del BIRF de 300 millones de dólares (APL 2). Es decir, al final la ejecución de ambos préstamos deberían haberse invertido

435,8 millones de dólares en las siguientes categorías: Consultoría (12%), Bienes (15%), Capacitación (2%), Cápitas NOA y NEA (28%), Cápitas Resto del país (20%), Cardiopatías Congénitas (22%), Gastos Administrativos, comisiones y fondos no asignados (1%).

Ambos préstamos generarán estimativamente, hasta su cancelación total (año 2019 para el APL 1 y 2021 para el APL 2), un costo financiero total de 80 millones de dólares (AGN, 2012). Cabe aclarar que el 100% del financiamiento de la cápita del plan estuvo inicialmente a cargo de la Nación (a través de los fondos externos) para pasar luego a ser cofinanciada bajo un sistema incremental y gradual por las provincias (que financiarían, según el Manual Operativo, 30% en el cuarto año, 60% en el quinto año y 100% del sexto año en adelante) (Ibid). Lo anterior aplica a cada fase del Plan por separado, es decir, las provincias del APL 1 comenzaron a co-financiar el plan en el año 2009, mientras que las provincias del APL 2 lo hicieron en el 2011. Por otra parte, en el segundo cuatrimestre de 2008 las transferencias basadas en resultados sanitarios (hasta 40% de la cápita) se organizaron en función del grado de cumplimiento de las trazadoras (mínimo, intermedio, máximo) asociado a una transferencia del 20%, 30% y 40% respectivamente.

3. EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PLAN NACER

En este capítulo se realiza una introducción a la evaluación de impacto de políticas públicas; más adelante se presentan tres antecedentes directos en evaluación cuantitativa del impacto del Plan Nacer y se expone una primera aproximación propia a dicho asunto.

3.1. La evaluación de impacto de programas sociales

3.1.1. Definición teórica

Gertler, Martinez, Premand, Rawlings y Vermeersch (2011: 7) definen a la evaluación de impacto como “un tipo particular de evaluación que intenta responder a preguntas sobre causa y efecto”. Según estos autores, a diferencia de las evaluaciones generales, que pueden responder a diversos tipos de preguntas, las evaluaciones de impacto se preocupan por saber cuál es el impacto directo (efecto causal) de un programa sobre un resultado de interés, o bien, los cambios en el bienestar de las personas directamente atribuibles al programa. Con el mismo tenor, el PNUD (2009: 34) declara:

“Una evaluación de impacto es una evaluación de los efectos —positivos o negativos, intencionados o no— sobre los hogares y las instituciones, y del ambiente generado por una actividad de desarrollo dada, como un programa o proyecto. Este tipo de evaluación alude tanto al impacto final (largo plazo) como a los efectos a nivel de resultado (medio plazo)”.

Baker (2000) agrega que las evaluaciones de impacto permiten asimismo identificar consecuencias no previstas, negativas o positivas, en los destinatarios. Ello requiere estimar el escenario contrafáctico, es decir, qué habría ocurrido en ausencia del programa. Esto se puede realizar utilizando diversas metodologías cuantitativas agrupadas en: diseños experimentales (donde quienes reciben los beneficios del programa se seleccionan aleatoriamente), diseños cuasi experimentales y no aleatorios. Sin embargo, también se puede evaluar impacto a través de métodos cualitativos y participativos con los que se obtienen interpretaciones más profundas de los resultados. Existe cada vez mayor consenso respecto de que es necesario integrar ambas modalidades, es decir, métodos cuantitativos y métodos cualitativos deben ser usados de

manera conjunta dado que ambos poseen sus propias ventajas y desventajas. En breve se dedicará un pequeño apartado a la cuestión metodológica de evaluación de impacto.

3.1.2. Significación en el contexto actual

Desde fines de los años 90 existe una tendencia creciente a la formulación de políticas con base en evidencias. Un componente muy importante de este esquema es el de la evaluación, justamente como fuente de dicha evidencia o prueba. Existen diferentes tipos de evaluaciones tanto cuantitativas como cualitativas (ex ante, de procesos, costos-beneficios, viabilidad, impacto) y demás métodos complementarios (como el monitoreo o supervisión, revisión organizacional) dentro de la gestión orientada a resultados. Sin embargo, como señala Feinstein (2007), resulta esencial entender que no toda la evidencia surge de evaluaciones, ni toda evaluación genera evidencia; y por otra parte, la evidencia no es la única base sobre la que se diseñan políticas públicas¹⁶.

La importancia de la evaluación en general, y de la evaluación de impacto en particular, radica en aprender de la experiencia (Feinstein, 2007). Conociendo los efectos de una política, su grado de eficacia/eficiencia, así como las razones de dicho desempeño, se pueden tomar o no decisiones complementarias o correctivas (por ejemplo elección de diseños alternativos, expansión o interrupción de las intervenciones, ajuste de los servicios brindados, etc.). Por otra parte, la evaluación *“debe ayudar a evitar el riesgo que más acecha a quienes desean aprender de la experiencia: la falacia post hoc ergo propter hoc (que puede traducirse casi literalmente como “después de algo, por lo tanto debido a eso”), confundiendo las causas con lo que ha sucedido primero”* (Ibid, p 21). Esta lógica antes-después es una falacia que suele estar muy presente en la propaganda política, que tiende a atribuir toda modificación en las variables-objetivo a la medida implementada, sin tener en cuenta la influencia de otros factores significativos no causados por el proyecto.

La importancia a la que se ha aludido se potencia en un contexto en que los responsables de políticas y la sociedad civil parecen exigir resultados y rendición de cuentas a los programas públicos. Sin embargo, existen diversas razones por las cuales aún se realizan escasas evaluaciones de impacto (Vara-Horna, 2007): se las suele

¹⁶ Las políticas públicas muchas veces suelen surgir para gestionar conflictos sociales, presiones de grupos de interés, mejorar las chances de resultados electorales, etc.

considerar costosas; se las suele visualizar como sinónimo de auditoría y control, y por ende innecesarias; si los resultados encontrados son negativos pueden ser políticamente controversiales; se incurre en mitos del estilo de “a mayor gasto, mayor impacto”, “todo programa social algo positivo deja” o “no se puede evaluar porque los efectos se generan en el largo plazo”, entre otros.

3.1.3. Los métodos cuantitativos

Continuando con las definiciones aportadas por Baker (2000): Los métodos cuantitativos de evaluación pueden dividirse en diseños experimentales (o aleatorización) y no experimentales (no aleatorios). Los primeros son las metodologías de evaluación más sólidas dado que consisten en “experimentos controlados” donde los grupos de tratamiento y control son generados mediante asignación aleatoria (aunque puede ser difícil garantizar una aleatorización perfecta) y por lo tanto son estrictamente equivalentes bajo determinados tamaños de muestras. De esta manera el grupo de control sirve como escenario contrafactual perfecto (siempre y cuando los individuos que lo integran no cambien ciertas características que los identifican) y la interpretación de resultados se vuelve muy simple: el efecto del tratamiento es la diferencia en las medias de las muestras de cada grupo. Sin embargo, el problema de este método es que requiere dos grupos similares, uno al que se le ha proveído el tratamiento y otro al que no. Situaciones así podrían encontrarse en el contexto de determinadas políticas focalizadas puntuales, pero no en el caso de proyectos de amplio alcance. Por otra parte, intervenir sólo a parte de la población sin tener un criterio específico resulta éticamente incorrecto y políticamente inviable. Por último, este tipo de diseño puede resultar muy costoso y prolongado.

En segundo lugar, los diseños cuasi experimentales o no aleatorios se emplean cuando es imposible crear grupos de tratamiento y control de manera experimental. Por lo tanto, para crear grupos de comparación que se asemejen al grupo de tratamiento, se usan metodologías econométricas (por ejemplo: métodos de pareo, doble diferencia, variables instrumentales, comparaciones reflexivas, etc.). Cabe aclarar que este tipo de método se aplica siempre en un momento posterior a la intervención y debe utilizar ciertos controles y técnicas para reducir las diferencias entre los grupos seleccionados. La principal ventaja de estas metodologías es que pueden basarse en fuentes de datos

existentes y pueden aplicarse una vez ejecutado el programa, todo esto reduce el costo de implementación. Pero, sin embargo, frecuentemente la confiabilidad de los datos se reduce, los métodos son estadísticamente complejos (requieren conocimientos especializados para el diseño, análisis e interpretación) y conllevan problemas de sesgo de selección que deben intentar reducirse (Baker, 2000).

Dos técnicas econométricas para diseños cuasi-experimentales resultan de especial interés en este trabajo: la metodología de diferencias en diferencias (o de doble diferencia) y las series de tiempo interrumpidas (o enfoque antes-después). La primera es importante, debido a que, por un lado, ha ganado gran popularidad en los últimos años —el 41% de la literatura científica internacional se ha desarrollado sobre la base de este diseño Vara-Horna (2007)—, y por otro, es la utilizada en todos los antecedentes de evaluación de impacto del Plan Nacer que se presentarán más adelante. La segunda es relevante debido a que se utilizará en el modelo propio de evaluación presentado en este trabajo. Ambas técnicas serán presentadas en las siguientes páginas.

3.2. Antecedentes de evaluación de impacto del Plan Nacer

3.2.1. Introducción y breve descripción del método

Existen tres antecedentes de evaluaciones de impacto¹⁷ del Plan Nacer: En primer lugar, una evaluación de medio-término llevada a cabo por Gertler, Martinez y Celhay en el año 2011 para el Banco Mundial, cuyo manuscrito no fue publicado (aquí se utiliza una reseña publicada por el Banco Interamericano para el Desarrollo); en segundo lugar, la tesis de maestría de Santiago Garriga del año 2011; y por último, el trabajo realizado por Gertler, Giovagnoli y Martinez para el Banco Mundial, publicado en el año 2014.

A continuación se presentarán detalladamente cada uno de los antecedentes, pero antes resulta necesario retomar la cuestión metodológica e introducirse en un denominador común a todos ellos: El método de diferencias en diferencias. Gertler et. al. (2011: 95) lo definen como una doble diferencia que *“Compara los cambios a lo largo del tiempo en la variable de interés entre una población inscrita en un programa (el grupo de*

¹⁷ A la fecha de elaboración de este trabajo, las tres evaluaciones de impacto aquí citadas son las únicas que existen, o como mínimo son las únicas se pudieron rastrear a la hora de hacer este trabajo. Esto no quiere decir que no existan otros tipos de evaluaciones del Plan Nacer que abarquen temas de diseño, de gestión, implementación, etc.

tratamiento) y una población no inscrita (el grupo de comparación)". En este sentido, resulta ser una combinación de la observación de los cambios antes-después de inscriptos y de no inscriptos en el programa. Cada una de estas comparaciones presenta, por separado, problemas particulares que hacen que vuelven falso al contrafactual: por un lado, la simple comparación antes-después no considerará la influencia de factores externos que varían en el tiempo. Por ende, la situación inicial de la población tratada es un falso contrafactual. Por el otro, la comparación inscriptos-no inscriptos presentará problemas si existen razones no observables por las cuales un grupo recibió tratamiento y el otro no, es decir, un sesgo de selección. En este caso, el falso contrafactual es el nivel del indicador en el grupo de control luego del tratamiento; al no poder asegurar que los no inscriptos sean iguales a los inscriptos, ello conduce a un contrafáctico falso.

Se propone entonces, un esquema donde la primera diferencia (diferencia de los resultados antes-después en el grupo inscripto) se "limpia" de los factores externos no considerados a través de la sustracción de la segunda diferencia (diferencia en los resultados antes-después en el grupo no inscripto pero expuesto a las mismas condiciones ambientales). De esta manera se combinan los dos falsos contrafactuales para generar una mejor estimación del contrafactual. El contrafactual está dado ahora por *el cambio* en los resultados del grupo de tratamiento, y si bien ya no es necesario contar con igualdad de condiciones previas a la intervención entre los dos grupos, se vuelve imprescindible hacer un supuesto de identificación: el grupo de comparación debe representar el cambio en los resultados que habría experimentado el grupo de tratamiento en ausencia del programa, o bien, las tendencias en el indicador de resultado, para ambos grupos, en ausencia de tratamiento, deben ser iguales. Este supuesto implica descartar la existencia de factores temporales externos que hayan afectado a un grupo y no al otro.

3.2.2. Primer antecedente

Acorde con Distrutti (s. f.)¹⁸, Gertler, Martinez y Celhay (2011) realizaron una evaluación de medio-término utilizando información administrativa que incluía información los centros de atención primaria, hospitales y personas incluidas y no

¹⁸ La reseña pertenece a una serie de notas para el Banco Interamericano de Desarrollo que pueden encontrarse en: www.iadb.org/projectDocument.cfm?id=37826760

incluidas en el programa correspondiente a las provincias de Misiones y Tucumán. El estudio utilizó un esquema cuasi-experimental de diferencias en diferencias y estimó los efectos de la ausencia del programa en la población no registrada. Se encontró evidencia sustancial de los efectos del programa en los indicadores de salud: incremento en la captación temprana de mujeres embarazadas, en la cantidad de visitas prenatales por embarazo y en la calidad del cuidado prenatal, así como un significativo incremento en la probabilidad de un que un niño tenga todos los controles médicos, especialmente durante los primeros 6 meses de vida. Por otro lado, los autores encontraron mejoras en los resultados de recién nacidos que incluyeron un incremento en el peso promedio al nacer, una reducción de la probabilidad de nacer con muy bajo peso, mejores medidas de APGAR¹⁹ y una reducción en la mortalidad neonatal temprana. En términos generales, y más allá de que sólo las 2 provincias con mejores datos fueron analizadas, los autores concluyeron que el plan era efectivo a la hora de expandir la cobertura y mejorar la calidad de la salud.

Ahora bien, en función de lo que expresaba Hintze, parece razonable dudar de la fidelidad de una evaluación restringida a las provincias con mejores indicadores. Ya sea porque las provincias restantes (al prever resultados adversos) no hayan proporcionado los datos, o bien por una decisión metodológica de staff de evaluación contratado. Esto se encuentra en consonancia con los incentivos que generan las lógicas y conflictos de interés políticos gestados en el seno de las administraciones provinciales. Por otra parte, no se puede pasar por alto la gran polémica alrededor de las estadísticas de mortalidad infantil confeccionadas en Tucumán durante la gestión de Juan Manzur (Ministro de Salud de esa provincia desde 2003 hasta 2007 y Vicegobernador de la misma desde 2007 hasta 2009). Varias organizaciones (como la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina) y fuentes cercanas a la Dirección de Estadísticas en Salud de Tucumán denunciaron el falseamiento de los datos de mortalidad infantil: Se habrían recibido órdenes de registrar como defunciones fetales o egresos por aborto a

¹⁹ Se trata de un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento. La prueba APGAR examina esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, tono muscular, reflejos y color de la piel para detectar si un recién nacido necesita algún tipo de ayuda urgente. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el neonato el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje al minuto 5 indica al médico el progreso del recién nacido fuera del vientre materno.

un alto porcentaje de bebés nacidos vivos, con peso era inferior a los 500 gramos (gran parte de los cuales muere a las pocas horas de nacer y, por ende, debe ser considerado una muerte neonatal), en lugar de anotarlos dentro de la tasa de natalidad, como está previsto en las normas internacionales (La Nación, 02/09/2009). De esta manera se observaron grandes saltos en las muertes fetales (no observado en otras provincias) al tiempo que se reducía increíblemente la tasa de mortalidad neonatal (la más difícil de reducir debido a sus causas), mientras que la postneonatal (atacable mediante el mejoramiento de las condiciones de vida) mantenía sus niveles²⁰.

3.2.3. Segundo antecedente

Garriga (2011) estudia el impacto del plan nacer sobre la tasa de mortalidad infantil siguiendo un enfoque no experimental: partiendo de información a nivel departamental, utiliza la metodología de diferencias en diferencias para examinar los efectos del programa en el período 2004 – 2007 (primera fase del plan). Si bien la delimitación temporal es acotada, responde al hecho de que el programa se generalizó a todo el país a finales del año 2007, volviéndose imposible contar con un grupo de comparación para aplicar la metodología anterior.

El autor compara, entonces, las poblaciones inscriptas en el programa, ubicadas en departamentos del NOA y NEA, con poblaciones no inscriptas en el programa, correspondientes al resto del país, en 2 momentos del tiempo (antes y después de la aplicación del programa, 2004 y 2007 respectivamente). Como se ha aludido, el supuesto clave de este método es que las tendencias para ambos grupos, en ausencia de tratamiento, son iguales; de modo que todas las diferencias en las variables objetivo son atribuibles al programa.

Para estimar, el autor utiliza un modelo de efectos fijos a nivel departamental. Se realizan diversas estimaciones utilizando variables indicadoras de tratamiento tanto binarias (exposición antes-después) como multivariadas (exposición progresiva). A su vez, las estimaciones utilizan como variables dependientes a la tasa mortalidad infantil

²⁰ Véase también:

http://www.lavoz901.com.ar/despachos.asp?cod_des=130833&ID_Seccion=12

http://miradaprofesional.com/ampliarpagina.php?db=logeos_miradaprofesional&id=5133&npag=0¬icias=n0&comentarios=c0#.VP4ronyG_gw

total, así como sus desagregaciones en neonatal y postneonatal, y también a la tasa de mortalidad materna. Los efectos fijos controlan por factores biológicos, culturales, ambientales y geográficos invariantes en el tiempo. Asimismo, añade otros controles intentando captar factores demográficos, de atención de salud y socioeconómicos. Se realizan experimentos de falsificación a fin de identificar resultados robustos.

Las estimaciones llevan a concluir que una mayor exposición al programa conlleva una caída en la tasa de mortalidad infantil aunque gran parte del cambio es explicado por la mortalidad inicial (que controla por factores socio-económicos), cuya influencia es negativa y significativa, lo cual denota un comportamiento autorregresivo convergente de la TMI. El programa, sin embargo, no resulta significativo en la reducción de la tasa de mortalidad infantil neonatal, el autor plantea que esto sucede porque la mortalidad neonatal se explica sobre todo por factores congénitos (causas más duras o estructurales que el programa no alcanza a atacar). Con respecto a la mortalidad postneonatal, entre cuyas causas prevalecen cuestiones ambientales y socioeconómicas, el programa sí resulta significativo, y esto se debería a que las causas son más susceptibles de ser modificadas mediante políticas. Por último, el autor concluye que el programa no tiene efecto, en la reducción de la tasa de mortalidad materna.

3.2.4. Tercer antecedente

El tercer trabajo (Gertler, Giovagnoli y Martínez, 2014) es de gran envergadura, en el sentido de que utiliza una base de datos única, construida en colaboración con el Ministerio de Salud de la Nación. La base combina información obtenida de los registros de nacimiento en hospitales de maternidad públicos con datos de registros e historiales administrativos, correspondientes a 7 de las 9 provincias del NOA y NEA en los años 2004-2008; de manera que, al igual que los trabajos anteriores, cubre la primera fase del Plan Nacer. Para este análisis también se utiliza la metodología de diferencias en diferencias, aunque con datos que tienen el mayor grado de desagregación posible (a nivel clínica y a nivel individuo), lo que redundará en un tamaño de muestra muy grande, que permite investigar el impacto en eventos relativamente raros como el bajo peso al nacer y la tasa de mortalidad neonatal (según los autores, esto no se podría lograr en muestras más pequeñas).

La muestra fue conformada a partir de datos de identificación del 78% de los nacimientos en el período de análisis (utilizando documento de identidad de la madre, dirección y diferentes bases de datos) que permitían declarar si la madre era beneficiaria o no del Plan Nacer, la clínica en la que había recibido cuidados prenatales y el momento de incorporación de los establecimientos al Plan Nacer. Los indicadores de resultado analizados se centraron en el cuidado prenatal (número de visitas prenatales, vacunas antitetánicas recibidas y si el nacimiento ocurrió por cesárea), indicadores de nacimiento (peso al nacer, bajo peso al nacer y puntuación en test APGAR mayor a 6 en los primeros 5 minutos de vida) y mortalidad (tasa de mortalidad neonatal). Con respecto a este último, los datos pertenecían a 40 hospitales (45% de los nacimientos). Es necesario hacer notar que los indicadores de cuidado prenatal no son medidas de resultado en el sentido estricto de impacto en las metas (reducción de morbimortalidad), sino de producto (oferta de prestaciones); por otra parte, la cobertura de información de la tasa de mortalidad neonatal es baja si se pretende generalizar los resultados a toda la población objetivo.

Las estimaciones se dividen en 3 modelos que responden a diferentes preguntas: un primer modelo estima, a nivel establecimiento, el impacto que tiene para la población el incorporarse al Plan Nacer, medido en términos de los indicadores de resultado, independientemente de si los pacientes cumplen la condición de beneficiarios; un segundo modelo estudia el impacto del Plan Nacer en los indicadores de salud de los beneficiarios que reciben atención en una clínica incorporada al plan. Finalmente, el tercer modelo estudia cuál es el impacto del programa en los indicadores de salud de los no-beneficiarios que reciben atención médica en un clínica incorporada al plan (es decir, si existen efectos derrame). Cada modelo requiere de supuestos específicos de identificación, siendo el primero el que menor cantidad necesita. Es importante aclarar que el grupo de tratamiento y el grupo de control cambian en el tiempo dada la incorporación progresiva de hospitales, así como de beneficiarios, al Plan. Por otra parte, el vector de controles utilizado en las estimaciones incluye la edad de la madre, si se trata del primer embarazo o no y la cantidad de partos previos, pero no incluye otras variables como el nivel educativo. Esto podría causar un problema de endogeneidad ya que el nivel socioeconómico formaría parte del término de perturbación. Si estas

variables omitidas estén correlacionadas con las incluidas, se violaría el supuesto de exogeneidad y los estimadores serían inconsistentes.

En cuanto a los resultados, se presentan primero los efectos en el cuidado prenatal y en la salud del recién nacido: el primer modelo muestra que, independientemente de la condición de la madre, el enrolamiento de las clínicas en el Plan Nacer incrementó significativamente la cantidad de consultas prenatales y la calidad del cuidado prenatal (mayor cantidad de vacunas antitetánicas recibidas y reducción de la cantidad de cesáreas), lo que se tradujo para los autores en un significativo incremento del peso promedio al nacer. El segundo modelo, asumiendo que no existen efectos derrame, muestra que el número de visitas prenatales para una madre beneficiaria aumentó en 0,68 visitas; en cuanto a la calidad del cuidado prenatal, la cuota de madres que no recibieron la vacuna recomendada se redujo en casi 25%, mientras que los partos por cesárea en beneficiarias se redujeron 21%. Por último, la probabilidad de nacimientos con bajo peso disminuyó en 1,4 puntos (esto implica una merma del 19% de la proporción de nacimientos con bajo peso). El tercer modelo indicaría que existe un efecto derrame negativo, esto quiere decir que un aumento de esfuerzos y recursos destinados a beneficiarios redundaría en una disminución para no-beneficiarios.

En cuanto a la mortalidad neonatal, el primer modelo muestra que la adhesión al programa por parte de un establecimiento reduce en 2 puntos la tasa de mortalidad neonatal (22% de reducción de la mortalidad neonatal) independientemente del estatus de las personas; el segundo modelo muestra que el impacto en beneficiarios se traduce en una reducción de 7 puntos en la tasa de mortalidad neonatal (74% en la mortalidad neonatal). Una aclaración no menor es que la mortalidad neonatal se concentra prácticamente en su totalidad en nacidos con bajo peso, de manera que se podría descomponer el efecto del Plan Nacer en la mortalidad neonatal en dos elementos: 1) la reducción vía mejora del cuidado prenatal que previene nacimientos con bajo peso, 2) la reducción vía perfeccionamiento del cuidado de los niños ya nacidos con bajo peso. Esto permitiría entender, en principio, la gran diferencia observada entre la reducción de nacimientos con bajo peso y la reducción total en la mortalidad neonatal. Los autores realizan el procedimiento llegando a la conclusión de que el impacto proporcional de los elementos en la reducción total de mortalidad neonatal es muy semejante: 54% y 46% respectivamente.

El trabajo finaliza con algunos tests de robustez, así como con un análisis de costo-efectividad con resultados muy favorables para el programa. No obstante, éste último parece un tanto caprichoso, dado que supone una tasa de descuento del 3% que puede ser arbitrariamente baja a fines de abultar el impacto del proyecto. Por otra parte, el número de muertes y nacimientos con bajo peso evitados tienen intervalos de confianza extremadamente amplios. De modo que en términos económicos y desde el punto de vista del costo-efectividad, los efectos medios pueden ser significativos, pero también podrían tener un peso despreciable considerando los valores de los intervalos de confianza presentados ²¹. Por último, los autores remarcan que existen numerosas limitaciones en el análisis, como por ejemplo: la información en el uso y calidad de los servicios que generan los impactos es muy limitada y los datos de mortalidad neonatal corresponden a un subconjunto de la población respecto de la cual los resultados son internamente válidos pero no necesariamente generalizables al resto de las jurisdicciones.

3.3. Evaluación propia: una primera aproximación

A continuación se presenta una evaluación alternativa de impacto del Plan Nacer. Es necesario destacar que la metodología aplicada es más simple que la de los casos presentados anteriormente, y esto redundará en mayores limitaciones. Sin embargo, no parece errado decir que dichas limitaciones sólo lo son en función de las pretensiones analíticas del trabajo; con las aclaraciones pertinentes, y si las conclusiones se limitan a lo que realmente se puede desprender de las estimaciones, el análisis será correcto. Por otra parte, el modelo posee algunas ventajas relativas que será preciso comentar.

3.3.1. Introducción y aclaraciones metodológicas

Como se aclaró previamente, una particularidad común a todos los antecedentes de evaluación de impacto presentados es que adoptaron diseños cuasi-experimentales que utilizan una metodología de diferencias en diferencias para comparar cambios en el tiempo de un grupo de tratamiento con cambios en el tiempo en el grupo de control.

²¹ Los autores estiman que el Plan Nacer evitó, en el período analizado, 773 muertes neonatales con un intervalo del 95% de confianza de 117 a 1349, y 1071 nacimientos con bajo peso con un intervalo del 95% de confianza de 171 a 1970.

Esta metodología resultará satisfactoria para evaluar el impacto de un programa en la medida en que se pueda verificar el supuesto de identificación y si se cuenta con paneles longitudinales adecuados, es decir, con la información necesaria y con datos suficientemente desagregados que redunden en una gran cantidad de observaciones para al menos 2 períodos (pre y post tratamiento). Esto se debe a que, en dicho contexto, diferencias en diferencias permite controlar por variables no observables fijas para unidad de corte transversal (individuo/jurisdicción) y por shocks temporales comunes a todas las observaciones, o sea, permite obtener estimadores consistentes de los impactos que se busca estimar sin la necesidad de contar con variables de difícil medición (pero que se mantienen constantes) a lo largo del período de evaluación y variables que afectan a todos los agentes por igual (por ejemplo el desempleo, el crecimiento del PBI, etc.).

El enfoque que se usará en este trabajo se denomina antes-después (before-after) o de series temporales interrumpidas. Esta perspectiva compara los cambios en el tiempo de un solo grupo objetivo: el grupo tratado. Es decir, intenta captar el patrón de cambio entre el período pre-tratamiento y el post-tratamiento suponiendo que el nivel del indicador de interés no habría cambiado, controlando todos los efectos externos, en ausencia de intervención. Este supuesto implica necesariamente la posibilidad de controlar por todos, o la mayoría, de los efectos externos capaces de influir en el indicador en el período. De esta manera, el contrafactual consiste en la media del indicador en el período pre-intervención y es por eso que resulta muy conveniente contar con suficiente cantidad de observaciones antes del tratamiento.

Como se ha dicho, todos los efectos externos que afectan al indicador de resultado deben ser internalizados utilizando variables de control y es aquí donde surge el ya mencionado problema que este enfoque presenta (en contraposición con el anterior). Se trata de que el impacto del proyecto podría confundirse con cualquier otro evento (no controlado) que haya sucedido en ese momento afectando el indicador de interés. Gertler et. al. (2011) consideran que las comparaciones antes-después son un método habitual demasiado arriesgado de generar grupos de comparación, que puede generar estimaciones inadecuadas del contrafactual (el contrafactual sería falso si no se logra controlar absolutamente todos los efectos independientes de la medida). Sin embargo, según Galster, Temkin, Walker y Sawyer (2004), este método puede, bajo ciertas

circunstancias, ofrecer una herramienta valiosa para evaluar programas sociales o comunitarios.

La decisión de aplicar este enfoque no ha sido discrecional, sino necesaria debido a la estructura de datos con que se contaba: panel corto de datos provinciales. Si bien Gertler et. al. (2011) destacan la importancia y simultánea dificultad de contar con datos de línea base (información sobre beneficiarios y grupos de comparación a nivel individual) que sean “EMARF” (Específicos, Medibles, Atribuibles, Realistas y Focalizados) y Gertler, Giovagnoli y Martínez (2014) señalan que muestras pequeñas no resultan adecuadas para estudios de fenómenos relativamente raros como los nacimientos con bajo peso, la mortalidad infantil o la mortalidad materna, la imposibilidad de acceder a registros de información individual y/o de desplegar los esfuerzos necesarios para armar una base de datos con las características anteriores, lleva a que el análisis aquí realizado se desarrolle a un nivel de agregación mucho mayor y por lo tanto tenga una lógica más macro-económica. Se trata de que las pretensiones explicativas no excedan los verdaderos alcances de dicha lógica en el contexto presentado. De manera que, en última instancia, se intentará avalar o desestimar los resultados microeconómicos de los antecedentes presentados, utilizando datos macroeconómicos de difusión pública.

No obstante, una aclaración no menor, es que el enfoque elegido permitirá, a pesar de sus limitaciones, evaluar por separado el efecto de las dos etapas del programa: la fase 1 correspondiente a la intervención en las provincias del NOA y NEA entre 2004 y 2007, y la fase 2 (2008 – 2011) donde el programa se generalizó a todo el país, antes de pasar a formar parte del programa SUMAR. Esto no sería posible si se contara con datos de línea base y se necesitara un grupo de control legítimo para la segunda fase del plan, por esta razón los estudios de impacto presentados restringían su análisis a la primera fase del programa no pudiendo analizar el impacto de la generalización al resto del país.

Además, los trabajos previos sólo utilizaban 2 observaciones en el tiempo, mientras que aquí se utilizan datos anuales que llegan hasta 2011, elemento que otorga mayores grados de libertad a las estimaciones.

Para el tratamiento se utilizará el enfoque binario tradicional, es decir, aquel que intenta captar el efecto de las intervenciones a través del uso de variables dicotómicas, controlando por el efecto de otras variables. La principal objeción que puede hacerse a

este procedimiento es que las políticas públicas se caracterizan por poseer estructuras de intervención más complejas que la binaria, es decir, que la exposición de la población a los programas suele ser progresiva o gradual y, por lo tanto, el efecto del tratamiento debería captarse a través de una variable que mida los diferentes grados de exposición en el tiempo (Garriga, 2011). Sin embargo, aún con este contratiempo el esquema binario captaría un efecto cualitativo general, más amplio que el de una proxy del grado de exposición, dado que esta última relativiza la interpretación del efecto a su propia naturaleza.

3.3.2. Modelo y procedimiento de estimación

Entonces, recapitulando, se intentará evaluar el impacto del Plan Nacer sobre determinados indicadores de resultado utilizando un panel corto de información a nivel provincial para el período 2000 – 2011 y aplicando un enfoque antes – después con tratamiento binario, controlando por factores externos al programa.

A partir de esto, primero se presentarán los resultados de un modelo no controlado, para luego contrastarlo con el modelo más amplio, que surge luego de experimentar con diferentes especificaciones factibles, y puede resumirse de la manera que sigue:

$$y_{it} = \alpha_i + \beta X_{it} + \gamma Z_i + \delta D_{it} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

donde y_{it} representa el indicador de resultado para la provincia i en el momento t , X_{it} es el vector de variables explicativas de control que se describirán en breve, Z_i contiene los efectos fijos (invariantes en el tiempo) observables para cada provincia y D_{it} contiene 2 variables cualitativas binarias indicadoras de las fases del plan, que toman el valor 1 si la correspondiente fase del programa se aplicó en esa provincia i en el año t , y 0 en caso contrario; por otra parte α_i representa efectos fijos no observables probablemente correlacionados con las variables explicativas y ε_{it} es un error estocástico clásico.

Debido a la probable existencia de grandes heterogeneidades interprovinciales inobservables (α_i) correlacionadas con los controles, se utiliza el estimador intra-grupos (o “within”) de efectos fijos. Este mecanismo permite la existencia de dichas

correlaciones, dado que, elimina todos los efectos fijos diferenciando cada término de (1) respecto de su media (Baltagi, 2005; Cameron y Trivedi, 2009)²²

De esta forma, α_i y Z_i permiten controlar por los factores culturales, biológicos, institucionales y ambientales que afectan al indicador de resultado y que se mantienen constantes en cada región. El problema con este método es que elimina TODOS los efectos fijos, incluyendo aquellos observables y exógenos. Es también por esa razón, requiere que las variables incluidas en el modelo tengan una variabilidad considerable.

Con respecto a los datos, han sido recolectados mayormente de publicaciones y bases de divulgación de organismos oficiales (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Economía, Ministerio de Industria, Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas en Salud). Los indicadores de resultados (variables dependientes) que se utilizaron son: tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad postneonatal, tasa de mortalidad de 1 a 4 años, tasa de mortalidad materna y porcentaje de nacidos con bajo peso (<2500 gr.). Las variables de control son: tasa de desempleo, producto bruto geográfico per cápita, gasto en atención pública de la salud per cápita, gasto en promoción y asistencia social per cápita y nacidos con bajo peso (en el estudio de impacto en las mortalidades infantiles). Todas las variables se expresaron en términos reales y en logaritmos, salvando el porcentaje de nacidos con bajo peso. Para ver en detalle la definición y fuente de información de cada variable de la base de datos véase el Anexo 5.

Tanto la tasa de desempleo como el producto bruto geográfico per cápita controlan por el nivel de actividad económica, mientras que el gasto en atención pública de la salud per cápita y el gasto público en asistencia social per cápita controlan por otras acciones públicas que afectan la salud de las personas. Por último, el porcentaje de nacidos con bajo peso se incluye en el modelo de mortalidad neonatal debido a que, como se indicó

²² Una forma alternativa de capturar los efectos fijos provinciales permite utilizar el estimador original de mínimos cuadrados incorporando variables binarias, una para cada provincia. Si bien esta modalidad habitualmente resulta insostenible debido a la cantidad de grados de libertad que consume, más adelante se ensaya, como un intento de corroborar las estimaciones calculadas a partir de la transformación “within”. Otra forma intuitiva intentar estas estimaciones podría ser reducir el grado de especificidad de las heterogeneidades inobservables consideradas, incluyendo efectos fijos con un mayor grado de agregación (por ejemplo a nivel regional) y disminuyendo por ende, la cantidad de variables binarias necesarias a costa de una pérdida de control de efectos fijos más concretos.

en el apartado 2.2.4, prácticamente toda la mortalidad neonatal se concentra en niños nacidos con esa complicación; junto a él se introduce una variable cualitativa que intenta corregir ciertas observaciones anómalas (*outliers*) que presentaban dichas series, atribuibles a errores de medición²³.

3.3.3. Resultados

En el Anexo 6 (Tablas anexas 1-5) se presentan los resultados de las regresiones no controladas previo test de comparación de medias utilizando como variable de agrupamiento una sola dummy que no diferencia entre fases del plan (es decir, toma el valor 1 si el plan se aplicó en esa provincia ese año y 0 en caso contrario). La idea de esta exposición es mostrar la fragilidad de dichas estimaciones, que representan en buena medida el discurso de la propaganda política respecto de los resultados de los programas sociales. Los gobiernos tienden a presentar la efectividad de un programa simplemente mostrando los niveles del indicador de resultado antes y después de la aplicación del proyecto y revelando que se ha logrado modificarlo significativamente. En otras palabras, lo que hacen es atribuir toda modificación en la variable objetivo a la medida implementada, independientemente de la tendencia histórica y sin tener en cuenta la influencia de otros factores tanto o más significativos. Las salidas reflejan esta lógica: al no controlar por otros factores el programa parece tener un efecto de reducción ampliamente significativo en las tasas de mortalidad infantil neonatal (3 puntos y medio de reducción promedio en la primera fase del plan y casi 2 puntos la segunda fase), postneonatal (1,7 y 0,8 puntos de reducción promedio respectivamente) y de niños de 1 a 4 años (0,25 y 0,06 puntos respectivamente), así como del porcentaje de nacimientos con bajo peso (0,4 y 0,3 puntos respectivamente). Sin embargo, los modelos sólo están captando la existencia de una diferencia en la media de los indicadores de resultado de un período a otro (períodos demarcados por el año de inicio del plan en cada provincia) sin poder afirmar si dicha merma se debe al Plan. Dicha diferencia podría corresponderse con la tendencia que mostraban los indicadores y no necesariamente al plan (ver gráficos de la sección 2.2). Se dejan para más adelante las observaciones sobre la tasa de mortalidad materna.

²³ El porcentaje de nacidos con bajo peso presentaba observaciones anómalas en el año 2007, para las provincias de Córdoba, San Juan, San Luis, Santa Cruz y Santiago del Estero.

En el Anexo 7 se muestran las estimaciones de modelos controlados de efectos fijos utilizando la transformación “within. Se ensayan diferentes especificaciones para cada variable dependiente debido a 2 razones: por un lado, se desea mostrar la progresiva pérdida (o ganancia) de efecto y de significatividad del plan a medida que se introducen (quitan) gradualmente los controles; por otro, se dispone de una cantidad limitada de variables de control con diferentes grados de relevancia teórica. De manera que, desde el punto de vista de los resultados, sólo interesan algunas de las especificaciones presentadas.

Como se puede apreciar, la relevancia del desempleo es primordial dado que es una variable que capta el efecto de los vaivenes económicos, mientras que no sucede lo mismo con el producto bruto geográfico que —a pesar de las irregularidades que presentan las series— es una variable con una incidencia a mayor plazo²⁴. Al mismo tiempo, se sabe que el gasto en atención pública de la salud supera con creces al gasto en promoción y asistencia social en términos de proporción, alcance y especificidad en materia de salud y, por lo tanto, tiene mayor relevancia teórica en este modelo. Por otra parte, un inconveniente no menor a la hora de interpretar los resultados es la existencia de alta correlación (entre 60 y 80 por ciento) entre el nivel de producto y los niveles de gasto público y también entre estos últimos entre sí, lo que podría generar un problema de multicolinealidad y la consecuente inflación de varianzas que puede llevar a confundir efectos, o bien, a considerarlos erróneamente como no significativos.

En la Tabla anexa 6 se presentan las estimaciones para la tasa de mortalidad neonatal, desde modelos con más controles hacia menos controlados. Se observa, como era de esperarse, que la introducción de controles reduce tanto la incidencia como la significatividad del programa hasta volverlo netamente no significativo. Las limitaciones del modelo no permiten una afirmación puntual y precisa, pero sin embargo admiten algunas consideraciones parciales. Una interpretación estricta de las salidas tomaría los modelos más y mejor controlados (“a”-“e”) —a pesar de la irrelevancia estadística de algunas variables²⁵— y errores estándar robustos. Estos

²⁴ Para informarse sobre el procedimiento de creación de las series, sus irregularidades, heterogeneidades, etc. ver definiciones y notas en el Anexo 5.

²⁵ Esto puede deberse al problema de multicolinealidad entre producto bruto, gasto en atención pública de la salud y gasto en promoción y asistencia social que se acaba de mencionar.

modelos indican que ninguna fase del programa consigue reducir la mortalidad neonatal (si bien los coeficientes tienen el signo esperado, no son significativos), y este resultado estaría en consonancia con lo registrado por Garriga (2011) para la primera fase del plan. Sin embargo, una interpretación más flexible (aunque demasiado), consideraría que existe evidencia global de que la primera fase del programa contribuyó a reducir la tasa de mortalidad neonatal, mientras que la segunda fase no. Esta segunda interpretación avalaría los resultados hallados por Gertler, Giovagnoli y Martínez (2014) para la primera fase. Los modelos “d” y “e” son los que mejor exhiben lo anterior: Si no se utiliza un método robusto para el cálculo de los errores estándar, la primera fase del programa es ampliamente significativa y reduce la tasa de mortalidad infantil neonatal en alrededor de 1,2 puntos en promedio, con intervalos de 95% de confianza que incluyen los 2 puntos de reducción (rebaja que mostraban los autores citados).

Por su parte, la Tabla anexa 7 muestra las estimaciones para la tasa de mortalidad postneonatal. Aquí es posible afirmar de manera contundente que ambas fases del plan resultan significativas y consiguen reducirla, ratificando los resultados que Garriga (2011) encontraba para la primera fase. Cabe recordar que su explicación de la limitada incidencia del programa (que sólo lograba reducir la mortalidad postneonatal) radicaba en las dificultades para atacar causas más estructurales y propias de la mortalidad neonatal (como las enfermedades congénitas), y la plausibilidad, en cambio, de atacar cuestiones ambientales y de atención regular del recién nacido a través del mejoramiento de las condiciones de prestación del servicio de salud y los incentivos a prestadores. Puntualmente, tomando los mejores modelos (“a”, “b” y “c”), las salidas muestran que la primera fase del plan (NOA y NEA) habría logrado reducir la tasa de mortalidad postneonatal en alrededor de 0,7 puntos en promedio con un intervalo de confianza al 95% que oscila aproximadamente entre 0,08 y 1,24 puntos de reducción, mientras que la segunda fase (Resto del país) la habría reducido en unos 0,55 puntos promedio con un intervalo del 95% de confianza que oscila en torno a 0,16 y 0,9 puntos de reducción²⁶. Es necesario hacer notar que los efectos de la primera fase siempre son relativamente mayores que los de la segunda. Esto, si se han controlado bien los efectos

²⁶ Estos intervalos dan cuenta “a ojo” de un valor representativo de los tres modelos nombrados, tomando los errores estándar robustos o corregidos por la presencia de “clusters” provinciales.

externos decrecientes en el tiempo (por ejemplo del crecimiento económico), estaría en consonancia con el hecho de que la primera fase se desarrolló sobre una subpoblación con grandes carencias absolutas y relativas, donde la situación resulta realmente urgente y por ende iguales esfuerzos pueden generar mayores y más inmediatos resultados.

Las salidas de los modelos de tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años y de porcentaje de nacidos con bajo peso se muestran en las Tablas anexas 8 y 9 respectivamente. Estas son las estimaciones más problemáticas debido a la naturaleza de las variables dependientes (baja fluctuación y problemas de medición) y de los modelos (los controles no parecen ser apropiados) dado que algunos coeficientes tienen el signo contrario al esperado. Si se deja de lado esto, las estimaciones estarían mostrando que sólo la primera fase del plan impacta de manera significativa en la tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años, mientras que ninguna fase reduce el porcentaje de nacidos con bajo peso. Esto último está en contradicción con lo descubierto por Gertler, Giovagnolli y Martinez (2014) para la primera fase del plan. Por todo lo dicho resulta difícil de sostener las conclusiones.

Respecto de la tasa de mortalidad materna, los resultados no significativos eran más que esperables. Como muestra la Tabla anexa 4 (Anexo 6), ni siquiera el test de comparación de medias resultó significativo. Es decir, las series no presentan una tendencia decreciente y esto se condice con lo que se puede observar en el Gráfico 3 del apartado 2.2.3: naturaleza relativamente errática, fluctuante alrededor de un valor. Esto también concuerda con los resultados de Garriga (2011) y corrobora una problemática profunda que la literatura específica ha venido denunciando: Es necesario indagar en la complejidad de la mortalidad materna (embarazos de riesgo) y más específicamente atacar explícitamente el problema del aborto. Como fuera señalado, alrededor de un 30% de la tasa de mortalidad materna es explicada por abortos (ver Gráfico 4 del apartado 2.2.3) existiendo razones para creer que dichas estadísticas son imperfectas (manipulación de registros). El Plan Nacer se muestra indiferente ante este problema, pasando por alto las condiciones de riesgo en la clandestinidad en las que se realizan los abortos en Argentina, sobre todo entre los sectores de menores recursos a los que el programa apunta (Yañez, 2009).

Por último, en el anexo 8, se presentan estimaciones de efectos fijos utilizando el estimador original de mínimos cuadrados ordinarios y captando las heterogeneidades inter-provinciales inobservables en variables binarias, a pesar del consumo de grados de libertad. Los modelos se estimaron y se presentan con el único objetivo de intentar reforzar las conclusiones del análisis de las tasas de mortalidad neonatal y postneonatal. Se presentan errores estándar corregidos según clusters provinciales, sin embargo, los calculados según la transformación “within” deben ser considerados por ser preferibles en el contexto de paneles cortos (Cameron y Trivedi, *op.cit.*). Como puede verse en las Tablas anexa 10 y 11, los coeficientes estimados son los mismos que los presentados anteriormente, variando únicamente los errores estándar. Los coeficientes de cada una de las dummies se presentan no por capricho, sino porque es preciso hacer notar que pierden gran parte de ellas pierden su significatividad cuando el producto bruto real per cápita forma parte de los argumentos del modelo. Esto confirma que el nivel de producto geográfico capta en gran medida las heterogeneidades inter-provinciales y que su correlación con factores no observables (cuestiones históricas, idiosincráticas, determinantes intangibles de la productividad, etc.) es muy probable como sería presumible.

3.4. Importancia de una visión crítica

Ahora bien, es necesario comprender el verdadero lugar que ocupan la evaluación de programas en general, y la evaluación de impacto en particular. Para esto es preciso retomar la impronta teórica con que se inició este capítulo y relativizar las bondades del análisis presentado:

Hintze (2001) destaca que no existe una correspondencia entre el enorme corpus discursivo que se ha gestado alrededor de la evaluación de programas y políticas sociales (que ha sido elevada a una suerte de solución a todos los problemas dada la presión de organismos técnicos y de financiamiento, la observación de experiencias foráneas y el enorme aumento de bibliografía, cursos, encuentros, etc.) y la magnitud y calidad de las evaluaciones llevadas a cabo, así como con la utilización apropiada de sus resultados.

Lo anterior puede deberse a diversos factores sobre los que muchos autores han venido alertando: inadecuación de los instrumentos respecto de las necesidades concretas de los tomadores de decisiones, ausencia de resultados concluyentes, escasa oportunidad y grado de relevancia, fines burocráticos y resistencia al cambio (cuando los resultados implican la necesidad de modificaciones), entre otras (Hintze, 2001). Por su parte Feinstein (2007) destaca la falta de fondos, la limitación de capacidades (brecha entre oferta y demanda de expertos), cuestiones metodológicas (todos los métodos tienen limitaciones y es necesario integrar enfoques) y falta de incentivos (la evaluación suele ser vista como amenaza y falta una verdadera cultura de la evaluación que sea capaz de internalizar los errores).

Cabe aclarar que el discurso “políticamente correcto”, el “deber ser de la evaluación” se corresponde con las definiciones, significación y metodologías de evaluación de impacto presentadas en los apartados anteriores y se construyó en las últimas décadas sobre la idea de oposición o de alternativa “pluralista” a la visión tradicional (expresada por ejemplo en el aludido cambio de enfoque desde insumos hacia resultados o en el paso de una racionalidad supuestamente neutral a la perspectiva del beneficiario). Las razones por las que estos acuerdos discursivos no pueden llevarse a la práctica deben rastrearse en el hecho de que los procesos de evaluación “*instalan potencialmente un estado de conflicto, expresado como contradicción, oposición o enfrentamiento de valores, concepciones, intereses o actitudes*” (Hintze, 2001: 6). Por su parte, Ruttly (2003) destaca la falta de una “cultura de la evaluación”, entendida como una actitud constante de aprendizaje y mejora de la eficiencia y efectividad a partir de las evaluaciones. Para lograrla, los procesos de evaluación deberían volverse constantes, endógenos y autorregulados (Hintze, 2001).

Puntalmente en lo referido a la evaluación cuantitativa de impacto presentada, Andrade Frisch (2006: 15-16) plantea diversas críticas desde el ámbito de la sociología. En primer lugar, la encuadra en el paradigma positivista experimental, que suele preferir los métodos estadísticos a los más cualitativos. En segundo lugar, la medición empleada no es específica ni agota los cambios que ocurren como resultado de la intervención, especialmente los ligados a la construcción de espacios de referencia, en los que se insertan las formas simbólicas de la cultura de los actores que participan de los proyectos, sean organizaciones de la sociedad civil o sujetos destinatarios.

Según esta autora, la evaluación de impacto forma parte de una serie de mecanismos de legitimación de políticas atenuantes que intentan sostener el modelo económico vigente contra las distorsiones del mercado y promover una cohesión social mínima que haga posible la gobernabilidad y convalide el régimen político; todo esto a través de la imposición de una cultura de evaluación autorizada por la ciencia positiva experimental que contribuye a construir la hegemonía a través de la modelación de un *habitus* en torno a las prácticas de desarrollo (Andrade Frisch, 2006).

4. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL DISEÑO Y LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACER

En este capítulo se pasa revista a cierta bibliografía con el fin de enfatizar determinados problemas del diseño y la implementación del programa en cuestión. Es necesario aclarar que la intención no es realizar una evaluación profunda y sistemática (esto supera con creces los objetivos de este trabajo), sino más bien sintetizar algunas objeciones que han sido observadas en la literatura más generalizada de planificación social. Reparar en estos temas ayudará a echar luz sobre las razones de las limitaciones de impacto presentadas en la sección anterior. Este último punto se deja para el final.

4.1. Aspectos de diseño

4.1.1. La evaluación de diseño de políticas públicas

Osuna y Marquez (2000: 28) definen de manera concisa la evaluación de diseño de programas o políticas públicas estableciendo que se trata de *“aquella que analiza y revisa los elementos que justifican la necesidad de la intervención y la forma en que ésta se articula”*. Suárez y Osuna (2013: 3) amplían esta definición considerando los aportes de otros autores; la evaluación de diseño es aquella que

- *“analiza la racionalidad y la coherencia de la intervención;*
- *contrasta la veracidad del diagnóstico que la justifica;*
- *juzga la definición de los objetivos que se proponen respecto a parámetros determinados;*
- *examina la correspondencia entre la realidad del contexto sobre el que se pretende intervenir y los objetivos (explícitos e implícitos) que la estrategia política se propone alcanzar”*.

Por todo ello determina la lógica del modelo de intervención. Desde una perspectiva interna analiza las posibilidades de cumplimiento de los objetivos con los medios e instrumentos planificados y externamente analiza las sinergias e incompatibilidades entre las estrategias políticas emergentes desde diversos ámbitos.

Según los autores citados la evaluación puede situarse temporalmente ex-ante, durante, o ex-post, aunque en la fase previa nunca está ausente. Para llevarla a cabo deben

examinarse dos cuestiones básicas: por un lado la racionalidad del proyecto, que se desdobra en un componente de relevancia (plasmada en el diagnóstico de situación y en la definición de la población objetivo) y en un componente de pertinencia (calidad y adecuación de los objetivos en función de la relación existente entre su definición/orientación y el contexto). Por otro lado, la coherencia del proyecto, aspecto que se refiere a la congruencia entre la jerarquía de objetivos y la estrategia para cumplirlos, tanto a nivel interno (coherencia entre objetivos e instrumentos) como externo (coherencia con otros programas y políticas).

Es importante aclarar que el análisis de diseño aquí presentado se lleva a cabo enjuiciando aspectos normativos (definiciones y enunciaciones) del esquema oficial del programa en cuestión, sin atender a cuestiones anteriores como el debate teórico sobre el régimen de bienestar en el que se inscribe y la relación con la lógica de intervención, o bien, a cuestiones posteriores como los aspectos positivos de la implementación (donde los compromisos pueden modificarse o no cumplirse). En este sentido, independientemente del momento en que se lleve a cabo, se trata de un análisis primitivo o de base que puede llegar a ser indulgente si no se lo complementa con evaluaciones de implementación y resultados.

4.1.2. Problemas de diseño del Plan Nacer

Abalos Cerro (2013) realiza una evaluación conceptual o de diseño del Plan Nacer siguiendo el enfoque antes presentado. Según la autora éste tipo de análisis era el más apropiado para el caso dado el grado de evaluabilidad del programa y los recursos disponibles. La metodología que adopta consiste en responder y fundamentar ciertas preguntas esenciales planteadas en una matriz de evaluación y agrupadas según el rasgo examinado, acorde con lo expuesto aquí en el apartado anterior.

En cuanto a los resultados de esta investigación, el análisis de racionalidad presenta problemas importantes en su costado de relevancia: el diagnóstico no define en forma completa y rigurosa el problema focal; no es elaborado en conjunto con agentes claves; no analiza el contexto operativo del plan; y no identifica explícitamente las causas y

efectos del problema²⁷. Respecto de la población objetivo y los beneficiarios, existe una clara identificación, pero no se cuenta con una cuantificación y caracterización en el diagnóstico; si bien se incluye a las poblaciones indígenas, el mecanismo de autodefinición²⁸ tiende a subvalorarla; sólo los últimos dos puntos evaluados se cumplen satisfactoriamente: el programa especifica la cobertura prevista y mecanismos de adhesión, y a su vez, tiene en cuenta la perspectiva de género (Abalos Cerro, 2013). En su arista de pertinencia el análisis de racionalidad presenta, según la autora, menos puntos bajos: no se diferencia entre objetivo general y objetivos específicos y existen grandes problemas de definición; si bien no se especifican fechas para alcanzar los objetivos se prevé la elaboración de Planes Operativos Anuales; el programa posee un sistema de seguimiento del desempeño a nivel de la atención primaria (a través del esquema de trazadoras) y prevé la recolección de información para la realización de evaluaciones de impacto (Ibid)²⁹.

Por su parte, el análisis del criterio de coherencia sugiere, a nivel interno, que los objetivos no se encuentran jerarquizados aunque sí son coherentes entre ellos, la lógica de la estrategia es coherente pero no se encuentra correctamente explicitada, los objetivos sí responden a los problemas detectados, y se incorpora un novedoso modelo de financiamiento basado en resultados; mientras que a nivel externo no parece haber problemas dado que el plan se ajusta a la normativa vigente y no se contradice con otros programas en curso (Abalos Cerro, 2013).

Sin embargo, existen problemas que el análisis presentado no considera o pasa por alto:

- 1) El modelo de financiamiento basado en resultados, así como el sistema de seguimiento del desempeño provincial a nivel de Atención Primaria a través de las trazadoras, son presentados como aspectos muy positivos del diseño debido a los

²⁷ Aquí se ha hecho hincapié en que el caso de la mortalidad materna es el más emblemático, a este se le suman las causas congénitas de la mortalidad neonatal, que fueron contempladas con medidas específicas recién hacia el año 2010.

²⁸ Forma de aproximación censal según la cual se permite a la persona autodefinirse étnicamente. Presenta limitantes, principalmente el sesgo en que se puede incurrir debido a la existencia de incentivos para no contestar la verdad en contextos de discriminación o estigmatización social.

²⁹ Si bien en este análisis normativo el esquema de financiamiento y el sistema de seguimiento asociado se presentan como un aspecto satisfactorio del diseño del plan, existen numerosas objeciones o salvedades que será preciso plantear en éste y en el próximo apartado.

incentivos que generan. Sin embargo, sus bondades no son tan claras cuando se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Los objetivos de reducción de mortalidad materno-infantil, plasmados en el esquema de trazadoras, y en función de los cuales Nación gira parte de los fondos a las provincias, son iguales para todas las Provincias independientemente de las dificultades y especificidades de cada una. En realidad, según la Unidad de Financiamiento Externo del MSAL (2012a) las metas mínimas para las provincias del APL2 son menores que para el APL1 (al menos hasta 2010). Esto muestra la existencia de cierta discriminación deseable en función de las especificidades regionales. Sin embargo, no parece ser suficiente teniendo en cuenta las enormes diferencias geográficas que presenta nuestro país en términos demográficos, epidemiológicos y sanitarios. Lo anterior parece implicar que podrían existir penalidades para aquellos territorios en que conseguir determinadas metas resulte una tarea más ardua (en relación a los territorios con el mismo trato) o incluso irrealizable más allá de ciertos límites.
- Como se ha señalado, las transferencias desde las Provincias a los Efectores se realizan, mediando o no los Municipios, a través de un esquema de pago por prestación. De manera que los incentivos del financiamiento basado en resultados pueden funcionar en la instancia de repartición Nación-Provincias, pero sin embargo, en la instancia siguiente (Provincia-Efectores) regirán criterios diferentes: la facturación de prestaciones dependerá de la captación de población beneficiaria y el aprovechamiento de las prestaciones por parte de ésta, la disposición de personal capacitado (tanto profesionales de la salud como administrativos), y por ende de las capacidades de gestión del Efector o del Municipio (existiendo lugar para acuerdos y problemas de índole político). De manera que elementos arbitrarios y particularidades territoriales se introducen dentro del esquema de criterios de asignación generando diferentes tipos de penalidades. Lo que muestra que el sistema no es completamente puro como se suele plantear.
- De hecho, el enfoque de pago por resultados parte de diferentes supuestos implícitos: Por un lado, supone que financiar con base en resultados evita la

corrupción y transparente la asignación de recursos (que en esquemas más centralistas resultaría demasiado discrecional). Sin embargo, nada asegura que las discrecionalidades no se trasladen de instancia en instancia y, por ende, que los resultados puedan ser manipulados para ocultar asignaciones arbitrarias y evitar rendir cuentas.

- En segundo lugar, como ha sido señalado, gran parte de los desembolsos se destinan a la motivación de los agentes implicados, esto implica otro supuesto: los resultados iniciales son exiguos debido a que dicho personal se encuentra desmotivado. El diagnóstico del programa debería prever la contrastación de dicho supuesto. Pero esto no es todo: si dicho supuesto es generalizable y todos los agentes actúan efectivamente basados en incentivos, un programa a término como el plan en cuestión, al finalizar, restauraría la situación de desincentivo previo, peligrando los logros alcanzados. Por otra parte, y yendo aún más lejos, si dicho supuesto es cierto no parece descabellado afirmar que todo el presupuesto de salud debería confeccionarse considerándolo como criterio de asignación y no sólo los programas teóricamente transitorios.

2) Íntimamente ligado al punto que se acaba de mencionar aparece la falta de una evaluación de la relación entre el esquema de financiamiento y la asignación de los fondos. Se ha permitido a las provincias determinar las restricciones de asignación, pudiendo destinar hasta un 50% de los fondos a incentivos pecuniarios que funcionan como parte del salario. De esta forma, queda al descubierto una inconsistencia: la posibilidad de reorganizar partidas presupuestarias y utilizar excesivamente ingresos no corrientes provenientes del exterior (divisas que deben ser reintegradas con un importante costo financiero) para pagar gastos corrientes, como bonificaciones y, en ciertos casos, salarios completos probablemente bajo esquemas no contributivos. Al tratarse de compensaciones adicionales con financiamiento no corriente, es dable que no formen parte de componentes remunerativos ni bonificables del salario. La lógica de este esquema no es sostenible o sustentable, y por otro lado, desestima la inversión en equipamiento e infraestructura. En relación al punto anterior, aparece la posibilidad de que el esquema de incentivos pecuniarios no tenga su fundamento (sólo) en el logro de resultados, sino (también) en problemas presupuestarios referidos al costeo de gastos corrientes.

3) Este tipo de inversión, como apunta Potenza Dal Masseto (2012), puede verse restringida, porque el establecimiento de salud ya posee las el equipamiento básico para cubrir la Atención Primaria (equipos más complejos escaparían a las funciones de este tipo de atención), o bien porque los establecimientos muy pequeños o en condiciones desfavorables (como por ejemplo el lugar de asentamiento) que tienen importantes necesidades, no alcanzan jamás el nivel de facturación (liquidación de prestaciones previstas en el Plan Nacer) que les permitiría contar con fondos para hacerles frente. Este es un caso específico de las penalizaciones aludidas en el punto anterior.

4.1.3. Pago a prestadores y gestión orientada a resultados

En la sección anterior se señalaron algunas particularidades del modelo de pago por desempeño (o financiamiento basado en resultados) presentado en la sección 2.3.3. Es necesario ahondar en este tema dado que se trata de uno de los cimientos, a la vez que estandarte político, del Plan Nacer. Esta modalidad consiste en la transferencia de dinero o de bienes a condición del alcance de determinadas metas de desempeño y se inscribe en la formulación de políticas basadas en evidencia, de creciente adhesión a nivel mundial, que se presentan como el producto de un cambio de enfoque, desde los insumos a los resultados, a la hora de fijar metas y administrar programas (rendir cuentas, asignar presupuesto, orientar decisiones) (Gertler et. al., 2011). Se observa, por otra parte, la instauración en estos esquemas de un lenguaje y unas herramientas propias de la gestión empresarial: énfasis en los incentivos, el impacto y la satisfacción de los usuarios, tendencia a la descentralización de la responsabilidad y sistemas de información abiertos (Yañez, 2009).

Los defensores de esta tendencia argumentan que otorga previsibilidad y reduce la discrecionalidad de los gobernantes y sus posibles “oportunistas”, permite generar los incentivos adecuados para mejorar la productividad del personal y flexibilizar la intervención y la toma de decisiones en el nivel de los efectores de los servicios. Maceira (1998) presenta seis diferentes métodos de pago a prestadores detallando los incentivos que teóricamente genera cada uno de ellos: la modalidad de capitación y el arancel por servicio (pago por prestación) son de especial interés dado que han sido adoptados por el Plan Nacer. Según el autor, la modalidad de capitación anticipada

(utilizada en el Plan Nacer para transferir parte de los fondos desde Nación hacia provincias) genera incentivos para la oferta insuficiente y fuertes incentivos para mejorar la eficacia y la continuidad de la atención, aunque puede causar que se sacrifique calidad y puede haber racionamiento; a su vez, la modalidad de arancel por servicio o pago por prestación (retroactivo), que es adoptado en el Plan Nacer para la transferencia de fondos desde Provincia hacia los efectores, genera incentivos para aumentar las unidades de servicio (Maceira, *op. cit.*). Si bien no se detalla específicamente la modalidad de pago por desempeño en metas sanitarias (porción de las transferencias de Nación a Provincias basadas en el cumplimiento de las *trazadoras*) parece lógico pensar que este tipo de transferencia viene a complementar las falencias de la capitación en lo que hace a oferta y calidad. De hecho, la combinación de métodos que adopta el Plan Nacer se funda en dichas complementariedades y ya tenía mucha acogida en las comunidades europeas a fines del siglo pasado (Ibid).

Sin embargo existen estudios que demuestran que la evidencia de la efectividad de estos mecanismos es muy limitada, y que sólo generan incentivos de corto plazo, o bien que sólo serían útiles en caso de que la falta de motivación del personal fuera la causa última del problema que se intenta solucionar (Yañez, 2009; Oxman y Fretheim, 2008). Por otra parte, Yañez (*op. cit.*) también resalta que algunos críticos han mostrado las diferentes dificultades que existen a la hora de evaluar las iniciativas de pago ligado a rendimiento y sustenta sus afirmaciones con las declaraciones en entrevista del Coordinador del Plan Nacer en Mendoza. Maceira (*op. cit.*) destaca, a su vez, el poco conocimiento sobre el efecto de las reformas en los sistemas de pago a prestadores y, luego de pasar revista a una serie de estudios, determina que las posibilidades de analizar el impacto de los mecanismos de pago sobre el rendimiento de la asistencia médica son amplísimas e imponen enormes requisitos de información (muy escasa en los países en desarrollo).

Como se expresara más arriba, estos mecanismos de pago se inscriben en un nuevo modelo de gestión que intenta cimentar las políticas en la evidencia empírica. Este nuevo paradigma fue impulsado por diversas instituciones como CEPAL y el Banco mundial, formalizándose en el Consenso de Santiago en 1998, y se contrapuso al modelo burocrático-tradicional (con énfasis en insumos del proceso y control externo); es decir, fue una respuesta a las marcadas debilidades institucionales que generaron las

recomendaciones de política del Consenso de Washington en los años 90 (ajuste estructural, descentralización, desregulación, privatización) que, focalizadas en el balance fiscal, no se ocuparon de la calidad del gasto y de modificar la institucionalidad estatal tradicional (ILPES/CEPAL, 2003).

Las aclaraciones anteriores ponen de manifiesto una cuestión central: se trata de políticas de gobernanza que se enmarcan en propuestas de “neoinstitucionalismo” y “neo-gerencialismo” que no necesariamente se contraponen al régimen legado por el neoliberalismo, más bien parecen complementarlo reformando ciertos ámbitos que fueron relegados, intencionalmente o no, por los gobiernos de fin del siglo pasado. En relación con esto, y en referencia a los nuevos gobiernos latinoamericanos agrupados bajo la categoría de “progresistas”, Hintze (2012) destaca la necesidad de detenerse en la continuidad y ruptura entre el discurso anti-neoliberal de estos gobiernos y las intervenciones concretas que llevan adelante. Ello porque a pesar del aumento del gasto social, de su alcance y/o del incremento en los beneficios, parte de los programas mantienen rasgos (focalización, contraprestación) del período previo. Por su parte, Luna y Filgueira (2009) analizan las herramientas aplicadas por los gobiernos latinoamericanos del nuevo siglo a la luz de la orientación política y muestran la coexistencia de políticas de ascendencia neoliberal, con herramientas de tradición socialdemócrata y herramientas populistas radicales.

Todo lo hasta aquí expresado deja entrever que una discusión más profunda del diseño de un programa debería incluir un debate teórico que analice desde una perspectiva histórica el régimen de bienestar en que se encuadra y su relación con la lógica de intervención, todo lo cual sobrepasa los alcances de este trabajo. Sin embargo, aquí se ha intentado poner de manifiesto el carácter neo-asistencial focalizado de la política social post-neoliberal organizada según nuevas formas de gestión. En relación a esto Soldano y Andrenacci (2006: 7-8) destacan:

“Lo que caracteriza a la cuestión social contemporánea y las formas de institucionalidad que la definen es la tendencia al establecimiento de concepciones estáticas de los “problemas sociales”. Estos problemas [...] son percibidos como necesidades puntuales de carácter transitorio que no constituyen un producto de la forma de organización de la sociedad y que

pueden ser resueltas con estrategias de intervención cuyo núcleo problemático esencial es la determinación de las modalidades de gerenciamiento más apropiadas.

Desde fines de la década del '90 los núcleos problemáticos que la literatura en política social releva adquieren densidad y refinamiento en torno a dos cuestiones. Por un lado, se insiste sobre la imposibilidad de pensar en estrategias racionales de intervención sobre la degradación de las condiciones de vida de la población que tomen a la política macroeconómica como dato y a la política social como intervención estrictamente remedial y/o compensatoria. Por otro lado, el propio conjunto de nuevas políticas asistenciales es puesto en tela de juicio en su relativa irracionalidad: su tendencia a la fragmentación, su incompleta comprensión de la complejidad de las tramas de la política pública, sus estrategias de descentralización, privatización y focalización perversas".

4.2. Aspectos de implementación y gestión

4.2.1. La evaluación de implementación de políticas públicas

En la literatura específica existen diversos significados del concepto de implementación, algunos incompatibles entre sí. Van Meter y Van Horn, (1975: 99) la definen de forma simple y abarcativa como *“aquellas acciones efectuadas por individuos (o grupos) públicos y privados, con miras a la realización de objetivos previamente decididos”*. Aquí, debido a la información que se presentará, interesa identificar a la evaluación de implementación con el análisis de la organización y gestión de una política pública. Según Guzmán (2007: 18) este tipo de evaluación:

“Se centra en el análisis de los principales aspectos institucionales dentro de los cuales opera el programa, y de los principales procesos, instancias de coordinación e instrumentos de que este dispone para desarrollar sus actividades y cumplir sus objetivos”

Incluyendo procesos de gestión que involucran:

- la existencia de espacios y métodos de coordinación intra e interinstitucional,

- la administración financiera de recursos,
- las modalidades de contratación de servicios,
- las formas o arreglos para la delegación de responsabilidades en la producción y provisión, los sistemas de información y monitoreo, y
- la identificación de actividades prescindibles o posibles de externalizar

La información sobre la gestión del Plan Nacer que se presenta a continuación responde metodológicamente a lo que Guzmán (2007) define como “evaluaciones de escritorio o evaluaciones rápidas”: basadas en metodologías simples, utilizan bases de datos, entrevistas, evaluaciones pasadas y diferentes fuentes de registros para realizar principalmente desarrollos descriptivos identificando resultados generales y posibles causas.

4.2.2. Problemas de implementación del Plan Nacer

Debido a que los temas que hacen a los aspectos de implementación o gestión de un programa son muy variados, se intentarán agrupar los presentes en algunas categorías principales:

La administración de recursos financieros:

La AGN (2012) observa varias irregularidades respecto de la aplicación de los recursos de los préstamos BIRF. A saber:

- 1) No se mantuvo la proporción de inversión por línea de ejecución fijada en el presupuesto: Al 31 de diciembre de 2011 se había ejecutado el 78% del presupuesto, pero existía subejecución en la categoría “Capacitación” (37%) y ejecución mayor al promedio en “Consultoría” (98%) y “Bienes” (81%).
- 2) En el año 2010 el 58% del presupuesto destinado a “Cápitales” del APL 2 para el centro y sur del país fue reasignado a “Cápitales” y “Cardiopatías Congénitas” de las provincias del NOA y NEA (no previstas en el APL 2), esto implicaría para el centro y sur, sobredimensión de la partida original o bien subejecución en los primeros 3 años (2007-2009).
- 3) En el año 2011 los fondos inmovilizados (ociosos) en cuentas bancarias provinciales, que no han llegado a transferirse a los establecimientos de salud, resultan elevados

para el centro y sur del país (ejecución definitiva del 75%) y módulo de Cardiopatías Congénitas (ejecución definitiva del 25%), y lógicamente menores para NOA y NEA (ejecución definitiva del 93%). Respecto del año 2011, al momento de elaborar el informe, la inmovilización resultaba elevadísima (más del 70% continuaba depositado en cuentas bancarias), esto muestra la lentitud o retraso del proceso de asignación, doblemente problemático en un contexto inflacionario.

- 4) El porcentaje de co-financiación provincial se mantuvo en el 30% para el quinto año del APL 2 y el sexto año del APL 1 (no aumentó a 60% y 100% respectivamente del saldo, como estaba previsto). En particular, esto muestra las dificultades de hacer recaer en las jurisdicciones el peso del financiamiento.

Una cuestión no menor que hay que resaltar en relación al traspaso de fondos de Nación a Provincias es que acorde con la Unidad de Financiamiento Internacional del Ministerio de Salud (2012b), en el período 2008 – 2012, la cápita del Plan Nacer asciende a 15 pesos, es decir, parece haberse reducido en 2 pesos respecto del valor original que se ha hecho público y que figura en los informes oficiales.

En cuanto al ámbito sub-nacional Potenza Dal Masseto (2012) señala diversas cuestiones en su estudio: Respecto de la distribución de recursos “ninguna provincia ha alcanzado el óptimo de inscripción en función de la población objetivo estimada para su jurisdicción como así tampoco respecto del logro de indicadores sanitarios” (p. 34). Por otro lado, la mayoría de las provincias han hecho uso de su facultad de definir la utilización de fondos por parte de los efectores (incentivos al personal o contrataciones, capacitaciones, equipamiento e infraestructura, insumos y medicamentos), algunas de manera muy estricta y otras de formas menos rígidas; sin embargo, las restricciones o permisos dependen en gran medida de la coyuntura, resultando en casos donde prácticamente no existen restricciones (falta de control): Santiago del Estero ha llegado a asignar hasta un 80% de las remuneraciones modificando la reglamentación original (Potenza Dal Masseto, *op cit*).

Lo anterior parece mostrar que aún cuando existe un sistema de multas y sanciones (mediando diferentes auditorías) para las Provincias que no cumplan con las reglas estipuladas (solvencia de gastos no elegibles, manipulación de padrones o mediciones

de resultados, atraso en la transferencia de fondos, exceso de pago de incentivos) se ha incurrido en irregularidades capaces de afectar el impacto del programa.

Recursos humanos y capacitaciones:

En cuanto a los recursos humanos, existen diversas dificultades para conseguir personal con el grado de capacitación, compromiso y predisposición, necesarios; y por otra parte se registra una elevada precariedad en las contrataciones de los integrantes de los equipos provinciales que atentan contra el mantenimiento a largo plazo (Ibid). Ante esto, los informes oficiales destacan la importancia del pago de incentivos monetarios y no monetarios para promover la satisfacción y motivación de los equipos (Nacer/Sumar y MSAL, 2013). Dentro de los incentivos no monetarios se encuentran las capacitaciones al personal, muy valoradas por los Directores de los establecimientos. Sin embargo, AGN (2012) plantea grandes inconvenientes respecto de los procesos de capacitación:

- 1) La Unidad Ejecutora Central (UEC) presentó en 2012 una documentación incompleta que no permitió corroborar sus controles sobre las actividades de capacitación establecidas en los planes anuales.
- 2) Por lo anterior, no se pudo evaluar el grado de ejecución de las actividades de capacitación comprometidas para el período 2009-2011, pero en el informe de 2009 se observó que hacia el año 2008 el cumplimiento de las metas de capacitación era muy bajo (8%).
- 3) La capacitación sólo se ha orientado a efectores y no a la población beneficiaria (real o potencial), de manera que no se incentiva activamente el acercamiento con los efectores.

Población elegible y cobertura:

Si bien las provincias no pueden modificar la definición de la población elegible, sí pueden decidir sobre la forma de comunicar el programa y captar inscriptos (Potenza Dal Masseto, 2012). Según un informe de la Universidad Nacional Tres de Febrero (2008) la población empadronada no es el “cliente directo”, los “verdaderos beneficiarios” son los centros de salud que mejoran sus condiciones de atención. Sin embargo, el plan se ha comunicado a la población de una manera equívoca generando

confusión y expectativas de tener los beneficios de una cobertura médica análoga a la de una Obra Social. La frustración de la población elegible es grande cuando descubre que no ha modificado su estatus en el sistema público de salud (se siguen atendiendo, en general, de la misma forma, en el mismo lugar y con el mismo personal) y el derecho de toda mujer embarazada, puérpera y niño o niña de hasta 6 años sigue siendo el mismo que ya tenía (derecho a recibir atención pública)³⁰. Por otra parte, quien pierde un ingreso adicional por bajas en el padrón es el efector, de manera que nociones como la de “empoderamiento de la población” (al que se alude en defensa de los mecanismos de seguros) carecen de sentido y la difusión del plan debería asociarse más al mecanismo de rendición de cuentas social (Universidad Nacional Tres de Febrero, 2008).

Con respecto a la captación de beneficiarios, de acuerdo con Potenza Dal Masseto (2012), quien estudia el caso de 10 provincias, ha sido muy expansiva para las provincias de la primera fase del plan estabilizándose en el año 2008, mientras que ha sido creciente y sostenida para las provincias de la segunda fase. Los datos que presenta parecen mostrar que la mayoría de las provincias se encuentran, en 2012, en niveles de cobertura mayores al 50%, aunque pocas superaban el 80%. Cabe destacar que la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo (que requieren inscripción al Plan Nacer) han dado un gran impulso a la cobertura.

Un tema no menor tiene que ver con las comunidades originarias. Se ha destacado ya el problema de diseño relativo a la autodefinición como forma de captación. La AGN (2012) hace hincapié en esto:

- 1) La metodología de identificación (“autodefinición”) resulta insuficiente para cumplir con el objetivo de inclusión dado que no considera diferentes problemáticas como el miedo a la discriminación. Aún así, se han desarrollado algunas medidas para mejorar esto como trabajos con referentes de las comunidades, elaboración de material de difusión en idiomas originarios, sensibilización de equipos de salud, formación de agentes sanitarios indígenas.

³⁰ Si bien las prestaciones del Plan Nacer pueden ser similares a las del Programa Médico Obligatorio, se alude aquí a la diferencia en otros aspectos como la disponibilidad de médicos alternativos, tiempo de espera y costos de gestión, elección del lugar de atención, comodidad, etc.

- 2) Insuficientes requisitos a los prestadores para formar parte del numerador (prestadores capacitados para asistir a la población indígena) de la trazadora X (ver Anexo 4): no se incluye una capacitación activa como requisito, sólo usar el material impreso provisto por la UEC.
- 3) La “Población originaria objetivo” no ha sido cuantificada, con lo que no se puede medir el grado de inclusión alcanzado.

Cumplimiento de metas a través de las trazadoras:

El informe de AGN (2012) destaca tres puntos respecto de la cobertura de metas:

- 1) Hay un crecimiento visible de la cobertura medida en trazadoras, pero sin embargo los logros están por debajo de lo esperado si se considera el tiempo transcurrido: en promedio en el período 2008-2011 se cumplió 50% de trazadoras y algunos puntos han sido muy bajos, como por ejemplo seguimiento del niño sano y capacitación de mujeres embarazadas. Las regiones del NOA y NEA en promedio han alcanzado un cumplimiento mucho mayor.
- 2) No se han construido indicadores con mayor grado de apertura a pesar de la madurez del programa y la confiabilidad de los datos relevados. Ejemplo: Para medir la verdadera cobertura del programa en términos brutos se debería estimar el cociente entre la población beneficiaria y la población objetivo, a su vez, en términos netos se mediría identificando sólo a la población beneficiaria que a su vez forma parte de la población objetivo. Ninguno de estos indicadores se construye.
- 3) En 2011 se modificaron (disminuyeron) los denominadores de las trazadoras a la hora de realizar el cálculo de cobertura, esto reduce las exigencias del plan en términos de cumplimiento las trazadoras, hecho que se contradice con objetivo prefijado de aumentar progresivamente la exigencia a través del incremento de metas mínimas y medias.

4.3 Repercusiones sobre el impacto

En las secciones anteriores han quedado delimitados algunos problemas de diseño e implementación del Plan Nacer que se reflejan en el moderado impacto del programa.

Tanto los problemas de diseño señalados (principalmente los referidos al diagnóstico, población objetivo y correcta explicitación de problemas y objetivos) como los problemas de implementación descriptos (mayormente los relacionados con la administración y asignación de recursos y la captación e incentivo de profesionales) debilitan el impacto del programa y, por lo tanto, ayudan a explicar algunos de los resultados adversos de las evaluaciones descritas en el capítulo anterior. A saber: las posibles dificultades para atacar la mortalidad neonatal y, sobre todo, los claros inconvenientes que presenta la mortalidad materna se deben, en primer lugar, a problemas y omisiones en el diagnóstico de las relaciones causa-efecto/medios-fines, en un contexto de objetivos no demasiado bien delimitados. Esto ya augura el impacto relativo del programa, que luego se ve profundizado por los efectos quizás más globales que tienen los problemas de implementación: principalmente los relacionados con la administración y asignación de recursos (inmovilización de fondos e inversión relativamente baja en infraestructura y equipos), captación e incentivo de profesionales (dificultades para conseguir profesionales aptos y dudosa efectividad y coherencia de los incentivos pecuniarios) y promoción y capacitación entre la población elegible (difusión muchas veces incorrecta y falta de capacitaciones a beneficiarios).

5. CONCLUSIONES

El Plan Nacer forma parte de una serie de medidas de política social destinadas a cubrir la brecha en el acceso a los derechos sociales que generan los elevados niveles de informalidad y precariedad laboral en el contexto de un régimen de bienestar que históricamente, aunque con los matices presentados, se ha organizado alrededor del salario formal. La necesidad de este tipo de políticas atenuantes focalizadas, respondió primeramente a las consecuencias del ajuste generado por la contracción del Estado, la flexibilización laboral y la “mercantilización” del bienestar durante el período neoliberal. Si bien la transitoriedad es un aspecto fundamental de estas medidas, la misma se encuentra necesariamente sujeta a mejoras en la actividad económica y el empleo formal que posibiliten la re-inclusión explícita de la población al régimen de la seguridad social. En este sentido, en la primera década del nuevo siglo, aún con los elevados niveles de crecimiento pos-crisis y las políticas orientadas al trabajo, dicho tránsito ha sido moderado. La informalidad y la precarización parecen haberse vuelto rasgos cada vez más estructurales de la sociedad argentina, y por ende también las políticas que intentan mitigar sus consecuencias.

Lo anterior vuelve necesario reconsiderar la importancia de la evaluación de dichas políticas en todos sus aspectos. La evaluación de impacto representa sólo una de las instancias posibles, particularmente, aquella que ha adquirido mayor relevancia en el último tiempo, debido a su rol fundamental dentro del nuevo paradigma de políticas orientadas a resultados promovido por organismos internacionales. No obstante, existen algunas particularidades que es necesario remarcar. En primer lugar, que se sustenta en un discurso desproporcionado, que enfatiza aspectos cuantitativos por sobre aspectos cualitativos. En segundo lugar, que es funcional a nuevas formas de organización que hacen especial énfasis en el criterio de los resultados y en la generación de incentivos incorporando una visión propia de la gestión empresarial a la gestión pública. En tercer lugar, sus costos y requerimientos técnicos hacen que la puesta en práctica resulte muy compleja, lo que genera estímulos para aplicarla de manera ilegítima o reemplazarla en la práctica por formas de indagación más accesibles.

En este trabajo se intentó presentar un análisis del impacto del Plan Nacer revisando antecedentes en dicha materia y tratando de ratificar o poner en duda sus resultados con

un modelo propio, que si bien resulta mucho menos robusto en términos de capacidad de inferencia, posee la ventaja relativa de abarcar un horizonte temporal mayor (abarcativo de las dos fases del programa) que los desarrollados en los estudios previos. Las estimaciones mostraron que ninguna de las fases del plan ha conseguido reducir la mortalidad neonatal. Sin embargo, ambas habrían logrado reducir la mortalidad postneonatal: la primera fase (regiones del NOA y NEA) en alrededor de 0,7 puntos promedio y la segunda fase (resto de la Argentina) en aproximadamente 0,55 puntos promedio. Los resultados para la mortalidad materna y otros indicadores son desestimables, aunque se han hecho no pocos reparos con respecto a las mediciones de la primera. Si bien los números anteriores son muy tentativos, el análisis conjunto con los antecedentes mostró que el programa ha generado algunos de los efectos sobre la morbi-mortalidad de madres y niños, pero de manera parcial, atacando sólo el componente postneonatal de la mortalidad infantil y únicamente las causas obstétricas de la mortalidad materna (sin considerar problemas impostergables como las muertes por abortos en condiciones inapropiadas).

Se ha intentado rastrear las razones de lo anterior en bibliografía específica que da cuenta de problemas del marco institucional, inconvenientes en el diseño y complicaciones en la etapa de implementación del plan. En cuanto al primero, se han discutido aspectos de la nueva forma de organización de la política pública en que se inscribe la propuesta, es decir, de la gestión orientada a resultados y de las modalidades de pago por desempeño, cuyas bondades podrían decirse exageradas por las autoridades y los organismos internacionales que las promueven. No se trata de negar el hecho de que incluyen elementos innovadores que han reparado en muchas de las ausencias de la política neoliberal, sino de hacer hincapié en que mantienen rasgos de dicho período y distan de estar exentas de potenciales sesgos territoriales, penalizaciones indirectas y discrecionalidades como sus defensores intentan hacer creer.

En cuanto al diseño, se ha pasado revista a aspectos puntuales de racionalidad y coherencia del programa. Se ha convenido, entre otras cosas, que existen problemas en la etapa de diagnóstico, dificultades en la definición y jerarquización de objetivos e inconsistencias entre la lógica de financiamiento y la asignación de fondos. Cabe aclarar que algunos de estos problemas han sido tratados con el correr de los años, un ejemplo de esto es la inclusión de un módulo de cardiopatías congénitas debido las dificultades

para tratar la mortalidad neonatal, pero otros, como el aducido problema del aborto, ni siquiera son reconocidos en el diagnóstico (lo que evidentemente malogrará la incidencia sobre el problema de fondo).

En último lugar se intentaron rastrear algunos inconvenientes de implementación del Plan Nacer. En cuanto a la administración de fondos surgen diversas irregularidades como desproporciones en la inversión por línea de ejecución, reasignación imprevista de recursos, inmovilización de fondos en cuentas bancarias, cumplimiento parcial del régimen de aumento del porcentaje de co-financiación provincial y posible sobre-asignación de fondos a beneficios salariales. En lo que atañe a los recursos humanos se destacan las dificultades para captar personal capacitado y predispuesto, así como la precariedad de las contrataciones (por ejemplo, en términos de duración) y problemas en el cumplimiento de las metas de capacitación (uno de los componentes destacados de la política). Con respecto a la población elegible y el grado de cobertura, se ha remarcado que el carácter desatinado de la comunicación y difusión de los alcances del programa ha generado expectativas incongruentes en la población; existen, a su vez, dificultades a la hora de captar beneficiarios de poblaciones indígenas, la principal crítica en este punto radica en los sesgos de la metodología de autodefinition utilizada para identificarlas. Por último, en cuanto al cumplimiento de metas del esquema de trazadoras, las mejoras incrementales del período han sido notorias, pero en términos absolutos los logros se han mantenido por debajo de lo esperado, además se subraya la ausencia de indicadores apropiados de cobertura.

Referencias bibliográficas

Bibliografía específica

Abalos Cerro, M. M.. (2013). *Evaluación del diseño del Plan Nacer del Ministerio de Salud de la República Argentina*. Tesis de Maestría en Evaluación de Políticas Públicas. Universidad Internacional de Andalucía.

AGN (Auditoría General de la Nación) (2000). *Informe de auditoría de gestión del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN I)*.

AGN (2012). *Informe de auditoría de gestión del “Plan Nacer”* Departamento de Control de Operaciones de Crédito Público y Sustentabilidad. Gerencia de Control de la deuda Pública. Diciembre de 2012.

Andrade Frisch, A. (2006). “Evaluación de impacto y resignificación de lo público” *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana. Sec.: Voces y Contextos*. Primavera, Núm. 1, Año 1, 2006.

Arcidiácono, P. (2012). *La política del “mientras tanto”: Programas sociales después de la crisis 2001-2002*. Buenos Aires: Biblos. Citado en: Arcidiácono, P., Gamallo G. y Straschnoy M. (2014).

Arcidiácono, P., Gamallo G. y Straschnoy M. (2014). “Programas sociales y protección social no contributiva en la post-convertibilidad argentina”. *Revista de instituciones, Ideas y Mercados*, núm. 60, pp. 57-86.

Arramón, P., Jorgensen B., y Wasserman, M. (2009). *Plan Nacer. Descripción y datos de gestión*. Curso anual de auditoría médica 2009. Hospital Alemán.

Baker, J. (2000). *Evaluación de impacto de los proyectos de Desarrollo en la pobreza. Manual para profesionales*. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Washington, D.C. Mayo de 2000.

Baltagi, B. H. (2005). *Econometric Analysis of Panel Data*. (third ed.) John Wiley. & Sons.

Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997). “Descentralización de los servicios de salud en la Argentina”. CEPAL, Serie de Reformas de Política Pública núm. 47. Citado en Reppeto, F. (coord.) (2001).

Cameron, A. C. y Trivedi, P. K. (2009). *Microeconometrics using Stata*. Texas: Stata Press

Cetrángolo, O. y Gatto, F. (2002). *Descentralización fiscal en Argentina: Restricciones impuestas por un proceso mal orientado*. Trabajo presentado en el seminario “Desarrollo local y regional: hacia la construcción de territorios competitivos e innovadores”, organizado por el ILPES y el Gobierno de la Provincia de Pichincha y realizado en Quito, Ecuador, entre el 10 y el 12 de julio de 2002.

Danani, C. (2011). “El sistema de Obras Sociales y la complementariedad con el sistema público. ¿Modelo vigente o necesidad de cambio?”. ASET, Buenos Aires. Citado en Arcidiácono, Gamallo y Straschnoy (*Op. Cit.*).

Danani, C. y Hintze S. (2010). “Reformas y Contrarreformas de la Protección Social: la Seguridad Social en la Argentina en la Primera Década del Siglo”. *Reflexión Política*, vol. 12, núm. 24, pp. 18-29. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

Distrutti, M. (s. f.) “Results Based Financing: an assessment of the evidence” Documento del Banco Interamericano de Desarrollo.

Feinstein, O. (2007). “Evaluación pragmática de políticas públicas”. *Información Comercial Española (ICE)*. *Evaluación de políticas públicas*, Núm. 836, pp. 19-31. Mayo-Junio de 2007.

Fidalgo, M. (2012). Trabajo y salud: el acceso a los servicios de salud de los trabajadores formales en la Argentina”. *Ciencias Sociales* 135-136, Núm. Especial, pp. 73-80.

Galster, Temkin, Walker y Sawyer (2004). “Measuring the impacts of community development initiatives. A New Application of the Adjusted Interrupted Time-Series Method”. *Evaluation Review*, Vol. 28, Num. 6, December 2004.

Gamallo, G. (2002). “Argentina: cuando el uno a uno no es empate”. *Revista Íconos*. FLACSO Sede Ecuador, núm. 13, pp. 1-9. Citado en Arcidiácono, Gamallo y Straschnoy (*Op. Cit.*).

- Garriga, S. (2012). *Impacto del Plan nacer sobre la Mortalidad Infantil en Argentina*. Tesis de Maestría en Economía, Universidad Nacional de La Plata. Agosto de 2012.
- Gertler, P., Giovagnoli, P. y Martinez S. (2014). “Rewarding provider performance to enable a healthy start to life”. Policy research working paper 6884. The World Bank, Latin America and the Caribbean Region Health, Nutrition and Population Unit, May 2014.
- Gertler, P., Martinez, S., Premand, P., Rawlings, L. y Vermeersch, C. (2011). *La evaluación de impacto en la práctica*. Washington, D.C.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial.
- Gertler, P., Martinez, S., Celhay, P. (2011). “Impacto del programa Plan Nacer sobre la utilización de servicios y resultados sanitarios. Resultados intermedios con datos administrativos de las provincias de Misiones y Tucumán”. Manuscrito no publicado, Banco Mundial.
- Guzmán, M. (2007). “Evaluación de programas. Notas técnicas”. *CEPAL - Serie Gestión Pública N° 64*. ILPES/Naciones Unidas. Chile, agosto de 2007.
- Hintze, S. (2001). “Reflexiones sobre el conflicto y la participación en la evaluación de políticas públicas”. Documento publicado en la *Revista Reforma y Democracia* N° 21 de CLAD (Caracas) y presentado como ponencia en el VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina, 5-9 noviembre 2001.
- Hintze, S. (2012). “Gobierno y políticas: transformaciones en Argentina y América Latina en la primera década del siglo XXI”. *Ciencias Sociales* 135-136, Núm. Especial, pp. 35-44.
- ILPES (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social) CEPAL (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe) (2003). “Los indicadores de evaluación del desempeño: Una herramienta para la gestión por resultados en América Latina”. Boletín del Instituto L.237. Noviembre de 2003.
- Isuani, E. A. (1992). “Política social y dinámica política en América Latina”. *Desarrollo Económico*, Vol.XXXII, N° 152. Citado en Arcidiácono, Gamallo y Straschnoy (*Op. Cit.*).

- Isuani, Ernesto y Tenti Fanfani, Emilio (1989) *Estado democrático y política social*, Buenos Aires: Eudeba.. Citado en Arcidiácono, Gamallo y Straschnoy (*Op. Cit.*).
- Luna, J. P. y Filgueira, F. (2009) “The left turns as multiple paradigmatic crises”. *Third World Quarterly* 30 (2). Routledge. Marzo, 2009, pp. 371-395. Citado en Hintze (*Op. Cit.*).
- Maceira, D. (coord.), Bumbak, S., García, G. (2000). “PROMIN I. Análisis del Gasto, y Sugerencias para la Construcción de un Sistema de Indicadores de Efectividad”. Recuperado de: <http://www.danielmaceira.com.ar/>
- Maceira, D. 2009, “Desafíos del sistema de salud en Argentina”, *Revista Mercado*, Buenos Aires. Citado en en Arcidiácono, Gamallo y Straschnoy (*Op. Cit.*).
- Maceira, D. (comp.) (2010). “Experiencias de gestión pública en salud: segundo ciclo”. 1a ed. Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2010.
- Martinez Franzoni, J. (2005). “Regímenes de bienestar en América Latina: consideraciones generales e itinerarios regionales”. *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales de FLACSO*, 2005, Vol. 4, Núm 2.
- Moscoso, N. y Modarelli, R. (2009). “Descentralización en salud: marco conceptual y políticas públicas en Argentina”. *Ciencias Económicas* 27-núm. 2, pp. 155-168.
- Pérez Irigoyen, C. (1989). “Política pública y salud”, en Isuani y Tenti Fanfani, *Estado democrático y política social*. Buenos Aires: Eudeba. Citado en Arcidiácono, Gamallo y Straschnoy (*Op. Cit.*)
- Osuna, J. L., Máquez, C. (coords.) (2000). *Guía para la evaluación de políticas públicas*. Sevilla: Instituto de Desarrollo Regional. Fundación universitaria de la Universidad de Sevilla.
- Oxman, A. y Fretheim, A. (2008) “An overview of research on the effects of resultsbased financing” en *Rapport fra Kunnskapssenteret*, N° 16, 2008. Citado en Yañez (*Op. Cit.*)
- Plan Nacer/Programa Sumar y Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Evaluación de la motivación de los equipos de salud con la estrategia de gerenciamiento propuesta por el Plan Nacer. Análisis del desempeño del Modelo Innovador de Inversión de*

Fondos por los propios Establecimientos en el marco del Plan Nacer. Documento de divulgación de resultados.

Plan Nacer (2007). *Manual de Trazadoras*. Manual operativo de divulgación pública.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) Argentina y CNCPS (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas públicas) (2012). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País 2012*, Buenos Aires.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2009). *Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de Desarrollo*. Dirección de Políticas de Desarrollo, de la Oficina de Evaluación y del Grupo de Apoyo a las Operaciones. Nueva York. 2009.

Potenza Dal Masetto, M. F.: “La implementación del Plan Nacer”. *Documento de trabajo núm. 82*, CIPPEC, Buenos Aires, marzo de 2012.

Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación y Consejo Federal de Salud (2004). *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*. Mayo de 2004.

Repetto, F. (coord.) (2001). *La descentralización de las políticas sociales en Argentina*. Documento de trabajo elaborado por el Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia.

Repetto, F. y Dal Masetto, P. (2012). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Argentina*. Documento de proyecto de la CEPAL enmarcado en los proyectos ROA/149-7 y ROA/161-7 financiados por Naciones Unidas.

Salvia, A. (2011). *La trampa Neoliberal. Heterogeneidad Estructural y Distribución del Ingreso en la Argentina*. Buenos Aires: EUDEBA. Citado en Arcidiácono, Gamallo y Straschnoy (*Op. Cit.*).

Soldano, D. y Adrenacci, L. (2006) “Aproximación a las teorías de la política social desde el caso argentino”, en Adrenacci Luciano (compilador) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*, Buenos Aires, UNGS-Editorial Prometeo, 2006.

Suárez, C. B., Osuna, J. L. (2013). “Evaluación del diseño de políticas públicas: propuesta de un modelo integral”. *Revista Reforma y Democracia*. Consejo

Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). Núm. 57. (Oct. 2013). Caracas.

Timuss, R. (1974). "What is social policy?", en Leibfried S. y Mau S. (editores) *Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction Volume I Analytical Approaches*. United Kingdom, Edward Elgar Publishing, 2008.

Torrado, S. (2010). "Modelos de acumulación, regímenes de gobierno y estructura social". Citado en Arcidiácono, Gamallo y Straschnoy (*Op. Cit.*)

Unidad de Financiamiento Internacional (2012a). Mecanismos de transferencias financieras a las provincias. *Informe Técnico N°3*. Ministerio de Salud de la Nación.

Unidad de Financiamiento Internacional (2012b). "Disponibilidad y utilización de fondos provenientes de Proyectos con Financiamiento externo del Sector Salud en el período 2008-2012". *Informe Técnico N°2*. Ministerio de Salud de la Nación.

Universidad Nacional Tres de Febrero (UNTREF), (2008). "Responsabilidad en incentivos en la prestación de servicios para el desarrollo humano en Argentina". Informe Final Núm. 70759. Buenos Aires, 15 de diciembre de 2008.

Van Meter, D. S. y Van Horn C. E. (1975) "The Policy Implementation Process. A conceptual Framework". *Administration & Society*, vol. 6, Núm. 4, 1975, pp. 445-488. Traducción al español de Gloria Elena Bernal. En Aguilar Villanueva, L. (comp.) (1993). *La implementación de las Políticas*. México: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, pp. 97-146.

Vara-Horna, A. (2007). *La evaluación de impacto de los programas sociales. Fundamentos teóricos y metodológicos y aplicación al caso peruano*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad de San Martín de Porres.

Yañez, S. S. (2009) "El problema de morir por ser (o no ser) madre en la pobreza. Un análisis de los alcances y las grietas del PLAN NACER ARGENTINA". Ponencia presentada en la VIII Conferencia Iberoamericana Sobre Familias, Buenos Aires.

Artículos periodísticos:

Mirada Profesional (s. f.). "Federación médica acusa al ministro Manzur de esconder cifras reales de desnutrición de Tucumán". Disponible en:

http://miradaprofesional.com/ampliarpagina.php?db=logueos_miradaprofesional&id=5133&npag=0¬icias=n0&comentarios=c0#.VP4ronyG_gw

La Nación (2009). “El fantasma de las estadísticas”. Disponible en:

<http://www.lanacion.com.ar/1169462-el-fantasma-de-las-estadisticas>

La Voz del Interior (2014). Por Marcela Fernandez. “Las muertes por abortos aumentaron el 51,5 % en el país”. 29/12/2014 00:01. Disponible en:

<http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/las-muertes-por-abortos-aumentaron-el-515-en-el-pais>

La Voz Radio (2011). “Mortalidad Infantil: Manzur como ministro en Tucumán ya había reconoció manipulación de datos”. 12/07/2011 Disponible en:

http://www.lavoz901.com.ar/despachos.asp?cod_des=130833&ID_Seccion=12

Página 12 (2009). Por Pedro Lipcovich. “Aumento de la Mortalidad infantil”. 11 de abril de 2009. Disponible en:

<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-123017-2009-04-11.html>

Sitios web consultados:

Auditoría General de la Nación Argentina (AGN): www.agn.gov.ar

Banco Interamericano de desarrollo (BID): www.iadb.org

Banco Mundial (BM): www.bancomundial.org

Biblioteca Virtual en Salud Argentina (BVS): <http://www.bvs.org.ar/php/index.php>

Centro de Estudios Distributivos Laborales y Sociales (CEDLAS): cedlas.econo.unlp.edu.ar

Centro de implementación de políticas públicas para la equidad y el crecimiento (CIPPEC): www.cippec.org

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): www.cepal.org

Cosas que Pasan (CQP): elhombrecitodelsombbrerogris.blogspot.com

Dirección de Estadísticas en Salud (DEIS): www.deis.gov.ar

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) - Sede Académica Argentina: flacso.org.ar

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC): www.indec.mecon.ar

Ministerio de Economía de la Nación Argentina (MECON): www.mecon.gov.ar

Ministerio de Industria de la Nación Argentina: industria.gob.ar

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (MSAL): www.msal.gov.ar

Naciones Unidas (UN): www.un.org/es/

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Argentina:
www.ar.undp.org

Anexos

Anexo 1. Objetivos explícitos del Plan Federal de Salud relativos a la salud materno-infantil, según Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007

Salud del niño y del adolescente:

- Lograr en 4 años que las tasas de mortalidad neonatal e infantil del país disminuyan en un 25% respecto del año 2002 y que, ambas tasa no superen en ninguna jurisdicción los respectivos valores de los promedios nacionales del año 2002.
- Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad neonatal e infantil de la jurisdicción con el valor más alto no sea mayor al doble de la tasa de la jurisdicción con el valor más bajo (equidad).
- Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años del país disminuya en un 25% respecto del año 2002.
- Eliminar en 4 años el tétanos neonatal y la sífilis congénita en todas las jurisdicciones.
- Disminuir en 4 años en el país las muertes ocurridas en el período postneonatal por causas reducibles, en un 50% respecto del 2002.
- Disminuir en 4 años la tasa de fecundidad en adolescentes del país en al menos un 10% respecto del año 2002.
- Lograr en 4 años el mantenimiento de la lactancia materna hasta el 6to.mes en un 35% de los niños y en forma exclusiva hasta el 4to mes en un 45%.
- Reducir en 4 años un 40% la prevalencia de anemia por déficit de hierro en los menores de 2 años.
- Lograr en 4 años coberturas de inmunizaciones mayores al 95% en niños menores de 2 años.
- Lograr en 4 años la reducción al 35% de los egresos hospitalarios de menores de 5 años por enfermedades prevalentes (Infección Respiratoria Aguda, Diarrea y Desnutrición).

- Lograr en 4 años que al menos el 75% de los niños menores de 5 años tengan por lo menos un control de salud anual (cobertura).
- Lograr en 4 años que al menos el 50% de los niños menores de 1 año bajo programa cumplan con el calendario de controles según norma.

Salud materna:

- Lograr en 4 años que al menos el 60% de las mujeres embarazadas haya tenido un primer control precoz (durante el primer trimestre).
- Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna del país disminuya en un 20% en relación con el valor del año 2002.
- Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna de las jurisdicciones por encima del doble de la tasa nacional del año 2002 disminuya en un 50%.
- Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de mortalidad materna no mayor al doble de la tasa nacional del año 2002 se acerquen a dicho valor.
- Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de mortalidad materna por debajo de la media nacional del año 2002 reduzcan en un 50% su diferencia respecto a la jurisdicción con la tasa más baja.
- Reducir en 4 años un 30% la prevalencia de anemia por déficit de hierro en la mujer embarazada.

Anexo 2. Tasas de mortalidad infantil por provincia y total país. Años 2000-2011.

Provincia	Año											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total del país	16,6	16,3	16,8	16,5	14,4	13,3	12,9	13,3	12,5	12,1	11,9	11,7
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	9,3	9,6	10,0	10,3	8,7	8,0	8,3	8,4	7,7	8,5	7,0	8,8
Buenos Aires	15,1	15,0	15,8	16,3	13,0	13,0	12,5	13,6	12,3	12,4	11,9	11,8
Catamarca	21,0	15,5	20,6	20,1	21,7	16,8	15,4	14,9	15,3	14,5	15,4	14,0
Chaco	21,9	24,0	26,7	27,7	21,3	19,9	18,9	21,2	18,0	17,8	14,7	11,4
Chubut	15,8	13,1	17,8	15,1	11,8	11,7	11,5	11,0	10,4	9,4	9,8	10,2
Córdoba	15,0	16,2	14,8	14,3	12,7	11,9	11,6	12,8	12,1	10,7	11,1	10,8
Corrientes	30,4	23,5	23,8	21,1	19,3	18,2	17,5	15,6	17,1	15,3	16,8	15,7
Entre Ríos	16,9	14,9	16,5	17,2	15,5	13,2	12,6	11,9	13,5	11,8	11,6	11,0
Formosa	23,0	28,9	25,5	25,0	25,1	22,9	24,2	22,9	19,2	20,5	17,8	21,2
Jujuy	23,0	18,4	20,6	19,2	17,8	16,1	17,0	15,2	14,0	11,5	13,5	12,9
La Pampa	15,3	12,4	13,1	12,7	14,6	11,4	10,0	11,8	14,9	13,7	7,1	10,4
La Rioja	20,9	23,5	20,8	17,3	18,2	13,8	14,1	12,8	14,9	14,6	12,6	16,5
Mendoza	14,3	12,1	12,3	11,1	13,5	11,3	11,9	11,2	10,8	9,9	11,7	9,7
Misiones	21,9	19,6	22,3	20,2	16,6	14,6	17,1	14,6	13,9	13,0	13,1	13,7
Neuquén	11,4	13,0	11,7	10,8	11,1	9,9	9,8	9,6	7,3	7,7	9,2	7,5
Río Negro	16,6	14,7	14,8	15,9	14,1	9,4	9,3	9,8	11,7	8,8	9,4	9,6
Salta	18,7	19,1	18,9	16,9	15,4	14,3	14,9	15,4	14,4	14,0	12,8	14,0
San Juan	19,4	18,8	20,2	19,6	16,4	16,7	14,0	13,2	14,3	11,0	11,0	9,9
San Luis	17,2	17,8	16,5	17,4	15,2	16,0	12,8	15,7	13,2	12,9	10,7	12,3
Santa Cruz	17,2	14,0	17,2	15,5	11,9	11,0	15,4	12,9	10,7	10,3	9,7	9,7
Santa Fe	14,4	14,3	14,0	13,9	12,0	12,4	11,0	11,6	11,5	11,0	10,2	10,8
Santiago del Estero	13,1	14,8	12,4	14,2	13,8	11,7	12,1	13,8	10,4	12,2	14,0	11,7
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	10,5	10,1	9,1	8,4	4,1	6,7	10,9	10,1	6,8	4,6	10,0	7,1
Tucumán	22,4	24,4	24,3	23,0	20,5	16,2	13,5	12,9	13,8	13,1	14,2	14,1

Fuente: INDEC, Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información suministrada por el Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Anexo 3. Tasas de mortalidad materna por provincia y total país. Años 2000-2011.

Provincia	Año											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total del país	3,5	4,3	4,6	4,4	4,0	3,9	4,8	4,4	4,0	5,5	4,4	4,0
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1,4	0,9	1,4	1,2	2,0	0,7	1,8	3,3	0,9	1,8	0,9	1,3
Buenos Aires	1,4	2,1	3,2	2,5	2,8	2,7	3,8	3,7	3,2	4,0	4,4	3,2
Catamarca	/	3,7	6,2	2,5	/	6,9	4,4	4,2	4,2	16,0	1,5	7,6
Chaco	7,7	15,9	7,8	8,1	7,0	5,2	12,8	6,3	8,2	9,7	7,5	8,6
Chubut	5,8	2,4	1,3	8,6	1,2	2,3	6,7	2,2	5,1	4,0	3,0	5,1
Córdoba	1,1	2,4	2,9	1,4	2,6	2,5	2,8	1,5	3,4	7,2	4,8	1,9
Corrientes	5,7	5,4	7,2	7,5	10,4	9,6	4,8	4,7	6,0	4,9	5,9	5,3
Entre Ríos	2,1	5,2	1,8	6,3	2,6	4,1	6,6	3,3	4,2	9,0	3,1	5,4
Formosa	17,7	13,9	16,6	13,5	11,1	16,4	10,7	13,3	11,5	15,0	16,2	12,3
Jujuy	7,3	19,7	10,9	15,5	13,1	8,5	16,5	4,8	10,0	8,3	3,7	11,5
La Pampa	1,8	7,5	5,7	5,2	/	1,8	3,7	11,2	7,3	3,6	7,2	7,4
La Rioja	4,7	3,4	11,1	16,9	13,6	15,0	9,6	13,0	4,6	8,5	11,4	6,3
Mendoza	6,8	3,9	7,2	3,8	3,9	4,8	3,4	3,9	2,6	2,6	4,4	4,7
Misiones	5,5	5,3	4,6	6,2	6,7	6,8	12,5	8,3	7,6	9,3	8,1	8,7
Neuquén	/	1,0	/	5,1	3,9	5,8	1,8	5,4	2,6	5,2	3,3	2,7
Río Negro	5,1	3,6	4,5	1,9	2,8	1,8	1,8	3,6	2,5	1,7	0,8	1,7
Salta	4,3	6,5	6,9	6,9	4,4	5,7	4,0	7,3	6,1	8,4	5,8	3,9
San Juan	9,9	8,7	6,1	4,9	4,7	3,5	6,4	7,0	0,7	6,2	4,2	4,2
San Luis	4,9	6,0	8,4	8,2	4,6	2,5	7,1	4,8	2,4	9,8	3,8	3,9
Santa Cruz	2,5	7,1	2,4	11,1	/	2,0	3,9	1,9	1,8	5,2	3,3	/
Santa Fe	4,4	4,7	4,9	3,5	3,6	3,1	4,0	3,2	3,3	7,1	2,6	3,0
Santiago del Estero	8,9	7,1	6,8	5,5	7,3	5,7	4,1	4,2	7,9	5,8	1,7	5,5
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	8,7	/	/	4,4	4,6	8,4	/	/	3,8	3,9	/	11,8
Tucumán	4,1	5,8	5,3	7,3	4,7	3,5	6,8	6,6	4,1	3,8	3,0	3,7

Fuente: INDEC, Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información suministrada por el Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Anexo 4. Trazadoras del Plan Nacer: indicadores de desempeño en el cumplimiento de las metas sanitarias cuatrimestrales.

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

		niños menores de 18 meses elegibles.	
VII	Cuidado Sexual y Reproductivo	Nº de puérperas elegibles que recibieron consulta de consejería en salud sexual y reproductiva dentro de los 45 días post-parto/ Nº de puérperas elegibles.	Nº de puérperas elegibles que recibieron en el cuatrimestre al menos una consulta de consejería en salud sexual y reproductiva dentro de los 45 días post-parto / Nº de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles
VIII	Seguimiento de niño sano hasta 1 año	Nº de niños menores de 1 año elegibles con cronograma completo de controles y percentiles de peso, talla y perímetro cefálico/ Nº de niños menores de 1 año elegibles	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 percentiles de talla, peso y perímetro cefálico desde el inicio del cuatrimestre en cuestión / Nº total provincial de niños elegibles con menos de 12 meses
IX	Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años	Nº de niños entre 1 y 6 años elegibles con cronograma completo de controles y percentiles de peso y talla / Nº de niños entre 1 y 6 años elegibles	Nº 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 percentiles 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 / Nº total provincial de niños elegibles de 12 meses o más y menos de 72 meses
XX	Inclusión de la población indígena	Nº de prestadores que prestan servicios a la población indígena elegible, con personal capacitado en el cuidado específico de dicha población/ Nº de prestadores que prestan servicios a la población indígena elegible	Nº de prestadores que prestan servicios a la población indígena elegible, con al menos un personal capacitado en el cuidado específico de dicha población/ Nº total de prestadores participantes en la provincia

Fuente: Manual de Trazadoras. (Uso obligatorio en el marco del Plan Nacer para todas las provincias participantes a partir del 01/01/2007).

Anexo 5. Definición y fuente de las variables con las que se confeccionó el panel de datos provincial/anual para el análisis econométrico en 3.3.³¹

Nombre	Descripción	Fuente
año	Tiempo en años 2000-201	
prov	Provincias (incluye CABA)	
pob	Población (estimación lineal según variación promedio anual 2001- 2010)	INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010
tmneo	Tasa de Mortalidad Neonatal (primeros 27 días) por mil nacidos vivos	INDEC, Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información suministrada por el Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)
tmpos	Tasa de Mortalidad Posneonatal (28 - 365 días) por mil nacidos vivos	
tmi	Tasa de Mortalidad Infantil (tmneo + tmpos)	
tm14	Tasa de Mortalidad de niños de 1 a 4 años por mil niños de ese grupo de edad	
tmm	Tasa de Mortalidad Materna (muertes por razones maternas / nacidos vivos * 10000)	
nbajop	Nacidos vivos con bajo peso (-2500gr) como % del total de nacidos vivos	
desemp	Tasa de desocupación ³²	INDEC. Elaboración propia en base a las tasas de desocupación por aglomerado de los informes de prensa de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH).
pbgind	Producto Bruto Geográfico Real a precios de 1993.	Ministerio de Industria de la Nación en base a Direcciones

³¹ La tabla presenta variables intermedias que permiten realizar un seguimiento de las transformaciones realizadas hasta alcanzar la variable final utilizada. Aún así, representa una simplificación de la base original, que contenía una mayor cantidad de variables, utilizadas para experimentar con diferentes especificaciones factibles.

³² Como se indica, la tasa de desocupación provincial se elaboró promediando las tasas de desocupación por aglomerados urbanos. Sin embargo, debido a cambios de metodología en la recolección, dicha información presentaba heterogeneidades marcadas. A saber: Para el período 2000-2002 la desocupación se calculaba para los meses representativos de mayo y octubre (marzo y septiembre en el caso del Alto Valle de Río Negro) y no contaba con información para los aglomerados de San Nicolás-Villa Constitución, Rawson-Trelew, Viedma-Carmen de Patagones. Para el período 2003-2006 se cuenta con tasas de desocupación semestrales salvando 4 aglomerados que siguen tomando los meses representativos de mayo y octubre (San Nicolás-Villa Constitución, Rawson-Trelew, Viedma-Carmen de Patagones, Alto Valle del Río Negro). A partir de 2007 se cuenta con tasas trimestrales para todos los aglomerados.

	Salvedades: CABA, Misiones y Santiago del Estero a precios de 2004. Miles de pesos ³³	de Estadística Provinciales.
gaps	Gasto en Atención Pública de la Salud (en miles de pesos)	Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica
gpas	Gasto en Promoción y Asistencia Social (en miles de pesos)	
dfase1	Dummy = 1 si la provincia se suscribió a la primera fase del Plan Nacer (NOA y NEA), = 0 en caso contrario	
dfase2	Dummy = 1 si la provincia se suscribió a la segunda fase del Plan Nacer (Resto de Arg.), = 0 en caso contrario	
dtotal	Dummy que considera ambas fases del Plan (dfase1 + dfase2)	
pbgindpc	Producto Bruto Geográfico Real per cápita (pbgind / pob)	
gapspc	Gasto en Atención Pública de la Salud per cápita (Gaps / pob) en pesos	
gpaspc	Gasto en Promoción y Asistencia Social per cápita (Gpas / pob) en pesos	
ipcmix	Índice de Precios al Consumidor Mixto a nivel País (base 2006)	IPC-INDEC para los años 2000-2006 e IPC-CQP para 2007-2011 ³⁴
lpgindpc	Logaritmo natural del Producto Bruto Geográfico Real per cápita	

³³ Existen heterogeneidades en el cálculo del Producto Geográfico debido a que cada provincia elabora la información por separado. Por otro lado, la heterogeneidad en los términos en los que se expresa en producto de CABA, Misiones y Santiago del Estero se aceptó debido a que el estimador de efectos fijos (within) estima utilizando las variaciones temporales al interior de cada corte transversal provincial. Por último, existen sesgos o anomalías propias de la naturaleza de la actividad económica de la provincia, el ejemplo más claro de esto es Neuquén cuyo Producto Geográfico es desproporcionado en relación al resto debido a la contabilización de la actividad extractiva.

³⁴ El IPC de la web “Cosas que Pasan” es de un promedio geométrico ponderado de IPCs provinciales. Se toman los datos de nueve provincias, y las ponderaciones son proporcionales a las correlaciones que tenían estos índices con el IPC-GBA. A mayor correlación, mayor peso en el índice. Este índice se empalma al viejo IPC del INDEC en diciembre de 2006 y se le da base 100 a noviembre de ese año, dado que es el último dato confiable. En: <http://elhombrecitodelsombbrero.org.ar/2010/12/nuevo-indice-de-precios-ipc-cqp.html>.

lrealgapspc	Logaritmo natural del Gasto en Atención Pública de la Salud per cápita deflactado con el IPCMIX	
lrealgaspc	Logaritmo natural del Gasto en Promoción y Asistencia Social per cápita deflactado con el IPCMIX	
dout	Dummy generada con el objeto de corregir outliers en nbajop ³⁵	
dnbajop	dout multiplicada por nbajop	

³⁵ Dichos valores fueron detectados para el año 2007, en las provincias de Córdoba, San Juan, San Luis, Santa Cruz y Santiago del Estero.

Anexo 6. Resultados: test de comparación de medias y estimaciones “within” de efectos fijos no controladas. Tablas anexas 1-5.

Tabla anexa 1 - Variable: Tasa de mortalidad neonatal		
Comparación de medias		(Ha: $m_1 - m_2 > 0$)
Test T		
Variable de agrupamiento	Estadístico t	Pr (T > t)
DTotal	4.5293	0.0000
Regresión efectos fijos		
Variables explicativas	Coficiente	Error estándar robusto
DFase1	-3.62906***	0.64817
DFase 2	-1.97039***	0.24800
Constante	10.97432***	0.15090
Observaciones:		288
R²: w = 0.419 b = 0.417 o = 0.016		

Tabla anexa 2 - Variable: Tasa de mortalidad postneonatal		
Comparación de medias		(Ha: $m_1 - m_2 > 0$)
Test T		
Variable de agrupamiento	Estadístico t	Pr (T > t)
DTotal	3.3683	0.0004
Regresión efectos fijos		
Vars explicativas	Coficiente	Error estándar robusto
DFase1	-1.70316***	0.22382
DFase 2	-0.81239***	0.12699
Constante	5.22959***	0.05565
Observaciones:		288
R²: w = 0.360 b = 0.541 o = 0.0007		

Tabla anexa 3 - Variable: Tasa de mortalidad de 1 a 4 años		
Comparación de medias		(Ha: $m_1 - m_2 > 0$)
Test T		
Variable de agrupamiento	Estadístico t	Pr (T > t)
DTotal	1.8496	0.0327
Regresión efectos fijos		
Vars explicativas	Coficiente	Error estándar robusto
DFase1	-0.26760***	0.04155
DFase 2	-0.06163**	0.02967
Constante	0.71738***	0.01099
Observaciones:		288
R²: w = 0.293 b = 0.374 o = 0.006		

Tabla anexa 4 - Variable: Tasa de mortalidad materna		
Comparación de medias Test T		(Ha: $m_1 - m_2 > 0$)
Variable de agrupamiento	Estadístico t	Pr (T > t)
DTotal	-0.8079	0.7901
Regresión efectos fijos		
Vars explicativas	Coficiente	Error estándar robusto
DFase1	-0.66811	0.69464
DFase 2	-0.33025	0.38969
Constante	5.96597***	0.17845
Observaciones:		276
R²: w = 0.010 b = 0.304 o = 0.026		

Tabla anexa 5 - Variable: Nacidos con bajo peso		
Comparación de medias Test T		(Ha: $m_1 - m_2 > 0$)
Variable de agrupamiento	Estadístico t	Pr (T > t)
DTotal	3.5770	0.0002
Regresión efectos fijos		
Vars explicativas	Coficiente	Error estándar robusto
DFase1	-0.41765***	0.09312
DFase 2	-0.31927***	0.11236
Constante	7.03645***	0.03103
Observaciones:		288
R²: w = 0.064 b = 0.0002 o = 0.040		

NOTAS: Errores estándar ajustados por clusters provinciales.

***p<0,01; **p<0,05; *p<0.1

Anexo 7. Resultados: Estimaciones “within” de efectos fijos controladas. Tablas anexas 6 – 9.

Tabla anexa 6 - Variable dependiente: Tasa de mortalidad neonatal									
Variables explicativas	a	b	c	d	e	f	g	h	i
nbajop	0.00856 (0.22049) (0.26394)	0.03562 (0.22018) (0.26989)	0.31149 (0.20508) (0.28903)	0.19446 (0.20232) (0.26217)	0.34624 (0.20524)* (0.29692)	0.46451 (0.20555)** (0.29628)	0.57439 (0.18378)*** (0.24406)**	-0.01237 (0.21967) (0.27893)	0.01495 (0.21997) (0.28294)
dnbajop	0.12849 (0.32626) (0.25880)	0.15956 (0.32633) (0.26819)	0.32840 (0.28039) (0.26226)	0.30467 (0.31398) (0.26010)	0.36118 (0.28126) (0.26507)	0.34810 (0.28767) (0.27834)	0.47284 (0.27681)* (0.23187)*	0.13020 (0.32416) (0.26136)	0.16392 (0.32491) (0.26818)
desemp	0.09550 (0.03053)*** (0.02899)***	0.10325 (0.03009)*** (0.03004)***	0.09375 (0.02836)*** (0.03319)***	0.10859 (0.02819)*** (0.02792)***	0.10594 (0.02767)*** (0.03570)***	0.11192 (0.02860)*** (0.03252)***	0.13794 (0.02653)*** (0.02962)***	0.10388 (0.02894)*** (0.02504)***	0.11516 (0.02819)*** (0.02641)***
pbgindpc	-2.51951 (1.11998)** (1.54996)	-2.80623 (1.10336)** (1.59817)*		-3.72461 (0.94146)*** (1.41552)**				-2.77852 (1.06437)*** (1.42251)*	-3.13715 (1.04514)*** (1.46508)**
lrealgapspc	-1.68393 (0.70937)** (1.13430)	-1.91118 (0.69174)*** (1.04165)*	-2.06470 (0.59396)*** (0.87752)**		-2.36778 (0.57231)*** (0.75429)***			-1.94796 (0.64994)*** (1.18301)	-2.24504 (0.62565)*** (1.11951)*
lrealgpaspc	-0.53257 (0.38622) (0.66674)		-0.61646 (0.34437)* (0.64129)			-0.95768 (0.33872)*** (0.57160)		-0.61010 (0.38104) (0.62127)	
dfase1	-0.62470 (0.46819) (0.64856)	-0.71845 (0.46442) (0.62059)	-1.03840 (0.43115)** (0.64349)	-1.19634 (0.42602)*** (0.77126)	-1.17811 (0.42626)*** (0.62066)*	-1.62684 (0.40691)*** (0.72676)**	-2.23329 (0.37057)*** (0.67152)***		
dfase2	-0.12141 (0.44565) (0.42294)	-0.10732 (0.44668) (0.40717)	-0.49896 (0.35721) (0.41240)	-0.48728 (0.36881) (0.39913)	-0.48822 (0.35903) (0.39412)	-1.10052 (0.32067)** (0.35820)**	-1.51033 (0.25542)*** (0.27982)***		
CONS	25.94152 (4.57504)*** (6.04541)***	24.91709 (4.52600)*** (6.03284)***	21.79530 (3.91952)*** (5.40357)***	15.03186 (2.54062)*** (3.85441)***	20.17206 (3.83325)*** (5.56114)***	10.85337 (2.39665)*** (3.41612)***	5.28252 (1.29698)*** (1.79198)***	28.19796 (3.96546)*** (6.62383)***	27.26798 (3.94008)*** (6.64130)***
R²	0.48	0.47	0.51	0.46	0.51	0.49	0.50	0.47	0.46
N	205	205	239	222	239	239	287	205	205

NOTAS: Errores estándar entre paréntesis: primero calculados normalmente y luego por clusters provinciales.

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Tabla anexa 7 - Variable dependiente: Tasa de mortalidad postneonatal							
VARIABLES EXPLICATIVAS	a	b	c	d	e	f	g
desemp	0.04173 (0.01673)** (0.01756)**	0.04361 (0.01559)*** (0.01656)**	0.04297 (0.01651)** (0.01716)**	0.05947 (0.01386)*** (0.01444)***	0.04708 (0.01522)*** (0.01645)***	0.04335 (0.01616)*** (0.01519)***	0.05116 (0.01522)*** (0.01621)***
pbgindpc	-0.08461 (0.60742) (0.71393)		-0.16554 (0.58470) (0.69162)			-0.56670 (0.59060) (0.65397)	
lrealgapspc	-0.19249 (0.38078) (0.25340)	-0.32494 (0.31489) (0.32547)				-0.62429 (0.35523)* (0.34547)*	-0.97987 (0.26731)*** (0.34501)***
lrealgapspc	-0.55850 (0.21121)*** (0.24071)**	-0.38606 (0.18924)** (0.17637)**	-0.58592 (0.20369)*** (0.24420)**		-0.44845 (0.17936)** (0.19075)**	-0.61687 (0.21252)*** (0.23680)**	-0.47147 (0.19115)** (0.17714)**
dfase1	-0.65562 (0.25560)** (0.28382)**	-0.75572 (0.23641)*** (0.24277)**	-0.69311 (0.24409)*** (0.29927)**	-1.19807 (0.19625)*** (0.21431)***	-0.84955 (0.21826)*** (0.25938)***		
dfase2	-0.49948 (0.24262)** (0.17999)**	-0.55644 (0.19288)*** (0.17406)***	-0.54191 (0.22716)** (0.17991)***	-0.71108 (0.12918)** (0.12333)***	-0.65734 (0.16629)*** (0.14211)***		
CONS	8.54628 (2.02673)*** (1.79925)***	8.29193 (1.73505)*** (2.10009)***	7.76609 (1.31088)*** (1.41994)***	4.52844 (0.17531)*** (0.15725)***	6.77294 (0.91863)*** (0.98458)***	11.93714 (1.66730)*** (1.78561)***	12.07516 (1.45220)*** (1.99494)***
R²	0.37	0.39	0.36	0.40	0.38	0.33	0.35
N	205	239	205	287	239	205	239

NOTAS: Errores estándar entre paréntesis: primero calculados normalmente y luego por clusters provinciales.

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Tabla anexa 8 - Variable dependiente: Tasa de mortalidad de niños de entre 1 y 4 años								
Variables explicativas	a	b	c	d	e	f	g	h
desemp	-0.00096 (0.00276) (0.00287)						0.00074 (0.00272) (0.00313)	
pbgindpc	-0.11230 (0.10030) (0.07029)	-0.11416 (0.09246) (0.07558)	-0.11883 (0.09076) (0.07687)	-0.15520 (0.07477)** (0.06683)**			-0.19000 (0.09928)* (0.07154)**	-0.19912 (0.09500)** (0.07032)**
lrealgapspc	-0.02930 (0.06287) (0.05532)	-0.03116 (0.05886) (0.05548)			-0.08813 (0.04766)* (0.05858)		-0.10597 (0.05972)* (0.03448)**	-0.10750 (0.05862)* (0.03813)**
lrealgaspc	-0.01367 (0.03487) (0.03420)		-0.01488 (0.03237) (0.03005)			-0.02080 (0.02857) (0.02450)	-0.03216 (0.03573) (0.02657)	-0.03410 (0.03437) (0.02506)
dfase1	-0.16428 (0.04220)*** (0.04111)***	-0.16395 (0.04050)*** (0.03659)***	-0.16708 (0.03895)*** (0.03386)***	-0.17627 (0.03514)*** (0.03199)***	-0.18107 (0.03712)*** (0.04333)***	-0.21168 (0.03422)*** (0.03594)***		
dfase2	-0.05541 (0.04006) (0.02702)*	-0.05686 (0.03881) (0.02847)*	-0.06283 (0.03669)* (0.02397)**	-0.04671 (0.03137) (0.01914)**	-0.02494 (0.03239) (0.03181)	-0.05251 (0.02823)* (0.03071)		
CONS	1.15652 (0.33465)*** (0.25402)***	1.09441 (0.29160)*** (0.29990)***	1.00396 (0.17719)*** (0.17142)***	0.99386 (0.13836)*** (0.12499)***	1.19772 (0.26001)*** (0.32201)***	0.81476 (0.13418)*** (0.11888)***	1.76343 (0.28028)*** (0.21358)***	1.80701 (0.22504)*** (0.24626)***
R²	0.24	0.24	0.24	0.26	0.25	0.24	0.17	0.17
N	205	206	206	223	240	240	205	206

NOTAS: Errores estándar entre paréntesis: primero calculados normalmente y luego por clusters provinciales

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Tabla anexa 9 - Variable dependiente: Nacidos con bajo peso									
Variables explicativas	a	b	c	d	e	f	g	h	i
dout	-3.71620 (0.24214)*** (0.33537)***	-3.72762 (0.24170)*** (0.33261)***	-3.75565 (0.24838)*** (0.31337)***	-3.56061 (0.21271)*** (0.34129)***	-3.81289 (0.25082)*** (0.33647)***	-3.57099 (0.21317)*** (0.35291)***	-3.70394 (0.21713)*** (0.28944)***	-3.70752 (0.24011)*** (0.32071)***	-3.71992 (0.23875)*** (0.32264)***
desemp	0.01104 (0.00945) (0.00989)							0.00676 (0.00897) (0.00821)	
pbgindpc	-0.41246 (0.34566) (0.36969)	-0.57344 (0.32149)* (0.35601)	-0.82746 (0.32481)** (0.36038)**		-1.05314 (0.27999)*** (0.30374)***			-0.41341 (0.32902) (0.38823)	-0.52129 (0.30203)* (0.36758)
lrealgapspc	-0.66559 (0.21520)*** (0.20347)***	-0.76928 (0.20292)*** (0.21519)***		-0.69609 (0.17268)*** (0.16367)***		-0.79324 (0.15985)*** (0.16715)***		-0.64437 (0.19714)*** (0.19057)***	-0.72588 (0.18010)*** (0.19535)***
lrealgapspc	-0.08532 (0.11931) (0.08907)		-0.23054 (0.11464)** (0.08188)***	-0.14851 (0.10143) (0.08716)			-0.30561 (0.09695)*** (0.09149)***	-0.05840 (0.11798) (0.09404)	
dfase1	0.17438 (0.14460) (0.14639)	0.11746 (0.13962) (0.13677)	-0.01160 (0.13798) (0.13079)	0.02291 (0.12681) (0.13464)	-0.09821 (0.13000) (0.11096)	-0.02635 (0.12260) (0.13831)	-0.22050 (0.11545)* (0.11927)*		
dfase2	-0.07449 (0.13822) (0.18775)	-0.04007 (0.13487) (0.17719)	-0.19674 (0.13091) (0.16300)	-0.18214 (0.10787)* (0.15093)	-0.19608 (0.11720)* (0.12650)	-0.17839 (0.10813) (0.15365)	-0.40621 (0.09571)*** (0.12167)***		
CONS	11.73815 (1.15271)*** (1.28469)***	12.33139 (1.01350)*** (1.11036)***	9.71147 (0.63650)*** (0.72515)***	11.59980 (0.87611)*** (0.89847)***	9.08703 (0.51746)*** (0.56437)***	11.43436 (0.87114)*** (0.91106)***	8.54422 (0.45483)*** (0.43708)***	11.55972 (0.92665)*** (1.13301)***	12.00899 (0.74628)*** (0.96505)***
R²	0.66	0.65	0.63	0.65	0.61	0.65	0.63	0.65	0.65
N	205	206	206	240	223	240	240	205	206

NOTAS: Errores estándar entre paréntesis: primero calculados normalmente y luego por clusters provinciales

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Anexo 8. Resultados. Estimaciones controladas: OLS con efectos fijos captados por dummies. Tablas anexas 10 y 11.

Tabla anexa 10 - Variable dependiente: Tasa de mortalidad neonatal									
VARIABLES explicativas	a	b	c	d	e	f	g	h	i
nbajop	0.00856 (0.28094)	0.03562 (0.28717)	0.31149 (0.30459)	0.19446 (0.27743)	0.34624 (0.31283)	0.46451 (0.31216)	0.57439 (0.25471)**	-0.01237 (0.29670)	0.01495 (0.30086)
dnbajop	0.12849 (0.27547)	0.15956 (0.28536)	0.32840 (0.27638)	0.30467 (0.27524)	0.36118 (0.27928)	0.34810 (0.29326)	0.47284 (0.24198)*	0.13020 (0.27801)	0.16392 (0.28517)
desemp	0.09550 (0.03086)***	0.10325 (0.03197)**	0.09375 (0.03497)**	0.10859 (0.02955)***	0.10594 (0.03762)***	0.11192 (0.03426)***	0.13794 (0.03091)***	0.10388 (0.02663)***	0.11516 (0.02808)***
lpgmeconpc	-2.51951 (1.64978)	-2.80623 (1.70052)		-3.72461 (1.49790)**					
lrealgapspc	-1.68393 (1.20735)	-1.91118 (1.10836)*	-2.06470 (0.92476)**		-2.36778 (0.79471)***			-1.94796 (1.25835)	-2.24504 (1.19041)*
lrealgaspc	-0.53257 (0.70968)		-0.61646 (0.67582)			-0.95768 (0.60223)		-0.61010 (0.66084)	
dfase1	-0.62470 (0.69032)	-0.71845 (0.66034)	-1.03840 (0.67814)	-1.19634 (0.81615)	-1.17811 (0.65392)*	-1.62684 (0.76571)**	-2.23329 (0.70081)***		
dfase2	-0.12141 (0.45018)	-0.10732 (0.43325)	-0.49896 (0.43461)	-0.48728 (0.42236)	-0.48822 (0.41524)	-1.10052 (0.37739)***	-1.51033 (0.29203)***		
_Iprov_2	-4.97654 (2.46338)*	-5.36324 (2.50141)**	-0.97837 (1.15204)	-4.23966 (2.56618)	-1.00004 (1.11700)	1.71663 (0.45365)***	2.21436 (0.12131)***	-5.95135 (2.24300)**	-6.52019 (2.31009)***
_Iprov_3	0.66318 (2.73164)	0.05667 (2.81143)	5.49588 (0.80881)***	-0.02356 (2.82616)	5.33600 (0.74057)***	7.03970 (0.55345)***	6.95417 (0.49113)***	-0.33753 (2.50968)	-1.18675 (2.59193)
_Iprov_4	0.28342 (3.65843)	-0.14040 (3.75355)	6.35673 (0.89762)***	-0.34618 (3.77160)	6.56710 (0.88527)***	8.47573 (0.63872)***	8.41409 (0.40914)***	-1.01841 (3.23508)	-1.68102 (3.34793)
_Iprov_5	-1.80664 (2.43769)	-2.13870 (2.49844)	2.38114 (0.52922)***	-2.81881 (2.46612)	2.40769 (0.52974)***	3.25657 (0.34905)***	3.25148 (0.23036)***	-2.41693 (2.24798)	-2.88020 (2.31541)
_Iprov_6	-4.23030 (2.42005)*	-4.66584 (2.43018)*	-0.23617 (1.25864)	-3.68219 (2.50832)	-0.34001 (1.20899)	2.59179 (0.39256)***	2.68614 (0.16879)***	-5.17543 (2.25487)**	-5.79852 (2.30038)**
_Iprov_7	0.13774 (3.22346)	-0.44416 (3.30355)	5.59653 (1.13325)***	0.17177 (3.36708)	5.54277 (1.09207)***	8.36830 (0.57696)***	8.87089 (0.45222)***	-1.20454 (2.86552)	-2.06279 (2.95971)
_Iprov_8	-3.07121 (2.87722)	-3.61508 (2.97049)	1.76572 (0.67120)**	-4.13496 (2.90574)	1.66421 (0.63351)**	3.34915 (0.21369)***	3.14565 (0.14480)***	-3.91262 (2.57477)	-4.64604 (2.67818)*
_Iprov_9	2.90646 (3.67858)	2.21849 (3.77852)	8.67467 (0.79201)***	1.75663 (3.75304)	8.57276 (0.74756)***	10.62394 (0.39460)***	10.69351 (0.40669)***	1.72960 (3.26400)	0.77881 (3.36946)
_Iprov_10	-2.78737 (3.46809)	-3.20769 (3.55602)	3.28686 (0.91301)***	-3.36325 (3.58953)	3.50653 (0.89439)***	5.15143 (0.67312)***	5.86140 (0.44249)***	-3.98480 (3.15086)	-4.63373 (3.25694)
_Iprov_11	-1.44857 (2.54036)	-1.91672 (2.61096)	3.29413 (0.36826)***	-2.86852 (2.51268)	3.19381 (0.32325)***	4.01529 (0.10955)***	3.51842 (0.09947)***	-2.00992 (2.31705)	-2.62131 (2.38809)
_Iprov_12	0.20802	-0.45227	4.71521	-1.33823	4.45587	5.83937	5.50968	-0.43790	-1.28241

_Iprov_13	(2.78725) -4.78061 (2.53425)*	(2.86303) -5.18181 (2.55768)*	(0.54656)*** -0.50147 (1.07789)	(2.76360) -4.28035 (2.65839)	(0.41232)*** -0.50682 (1.06147)	(0.10580)*** 1.96049 (0.35001)***	(0.02946)*** 2.60594 (0.10331)***	(2.52168) -5.64641 (2.28525)**	(2.59657) -6.21272 (2.33971)**
_Iprov_14	-3.28428 (3.28085)	-3.60800 (3.32067)	2.50051 (1.30137)*	-2.58717 (3.51754)	2.85477 (1.29994)**	5.43284 (0.84217)***	6.45102 (0.40535)***	-4.70422 (2.97424)	-5.26839 (3.04828)*
_Iprov_15	-0.10879 (0.76047)	-0.47826 (0.69439)	1.32663 (0.47539)**	-1.16585 (0.69072)	0.94337 (0.13280)***	1.43616 (0.45359)***	0.79767 (0.11427)***	-0.17795 (0.72231)	-0.62017 (0.65370)
_Iprov_16	-2.20897 (2.67887)	-2.76752 (2.74252)	1.90038 (0.63140)***	-3.08544 (2.75976)	1.76268 (0.57599)***	3.24742 (0.13418)***	3.09210 (0.11089)***	-2.95064 (2.43750)	-3.69263 (2.51048)
_Iprov_17	-4.74468 (3.85287)	-5.32989 (3.95822)	1.87581 (0.93900)*	-5.73922 (3.93920)	1.93264 (0.91414)**	3.92426 (0.59738)***	4.39654 (0.46248)***	-6.08263 (3.46025)*	-6.94497 (3.57686)*
_Iprov_18	-1.90806 (3.11955)	-2.35805 (3.21597)	3.29330 (0.58824)***	-3.14760 (3.10307)	3.35486 (0.57628)***	4.65553 (0.29213)***	4.47982 (0.06573)***	-2.74857 (2.78348)	-3.36853 (2.89095)
_Iprov_19	0.23831 (2.24068)	-0.12670 (2.29747)	3.92413 (0.59238)***	-0.46025 (2.30412)	3.98017 (0.59311)***	5.25969 (0.27730)***	5.42026 (0.14302)***	-0.37956 (2.00584)	-0.87734 (2.07233)
_Iprov_20	3.17188 (1.68243)*	2.78014 (1.70835)	6.04286 (0.44286)***	1.45511 (1.50105)	5.84045 (0.30564)***	5.76133 (0.44894)***	4.74927 (0.24407)***	3.02464 (1.57956)*	2.55343 (1.59353)
_Iprov_21	-4.81050 (2.22127)**	-5.34380 (2.25767)**	-1.16112 (1.06906)	-4.40515 (2.33283)*	-1.42116 (0.98328)	1.27086 (0.31125)***	1.34994 (0.24955)***	-5.70344 (2.06137)**	-6.43941 (2.11798)***
_Iprov_22	-6.07686 (3.21490)*	-6.09360 (3.23132)*	-0.25513 (1.06478)	-5.99101 (3.32870)*	0.29028 (1.00608)	1.69144 (0.90798)*	3.19988 (0.44031)***	-7.28463 (2.92497)**	-7.46534 (2.97441)**
_Iprov_23	-0.71183 (1.47218)	-1.28597 (1.37273)	1.74177 (0.76197)**	-2.40418 (1.21552)*	1.28768 (0.46899)**	1.63877 (0.80638)*	0.73677 (0.37286)*	-0.79356 (1.41000)	-1.48288 (1.31199)
_Iprov_24	-0.24472 (3.23846)	-0.67070 (3.32434)	5.32649 (1.00769)***	-0.49391 (3.39487)	5.44406 (0.98106)***	7.59694 (0.66308)***	7.98982 (0.45203)***	-1.54979 (2.89962)	-2.22513 (3.00306)
_cons	27.74684 (7.67018)***	27.16975 (7.55891)***	19.02401 (6.32154)***	17.41372 (6.51632)**	17.42832 (6.48788)**	6.49521 (3.79783)	0.83698 (1.89891)	30.86215 (8.11400)***	30.56316 (8.12340)***
R2	0.84	0.84	0.83	0.84	0.83	0.82	0.80	0.84	0.84
N	205	205	239	222	239	239	287	205	205

NOTAS: Errores estándar entre paréntesis: corregidos por clusters provinciales

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Tabla anexa 11 - Variable dependiente: Tasa de mortalidad postneonatal							
Variables Explicativas	a	b	c	d	e	f	g
desemp	0.04173 (0.01868)**	0.04361 (0.01744)**	0.04297 (0.01825)**	0.05947 (0.01506)***	0.04708 (0.01732)**	0.04335 (0.01615)**	0.05116 (0.01707)***
lpgmeconpc	-0.08461 (0.75940)		-0.16554 (0.73542)			-0.56670 (0.69517)	
lrealgapspc	-0.19249 (0.26954)	-0.32494 (0.34283)				-0.62429 (0.36723)	-0.97987 (0.36325)**
lrealgapasp	-0.55850 (0.25604)**	-0.38606 (0.18578)**	-0.58592 (0.25967)**		-0.44845 (0.20088)**	-0.61687 (0.25172)**	-0.47147 (0.18650)**
dfase1	-0.65562 (0.30189)**	-0.75572 (0.25572)***	-0.69311 (0.31823)**	-1.19807 (0.22359)***	-0.84955 (0.27315)***		
dfase2	-0.49948 (0.19145)**	-0.55644 (0.18335)***	-0.54191 (0.19130)***	-0.71108 (0.12867)***	-0.65734 (0.14965)***		
_lprov_2	1.07703 (1.17177)	1.21867 (0.52403)**	1.19403 (1.19777)	1.82610 (0.05182)***	1.63765 (0.14427)***	-0.45498 (0.96827)	0.16547 (0.50671)
_lprov_3	1.40471 (1.33724)	1.66369 (0.29903)***	1.41311 (1.35066)	1.91279 (0.19240)***	1.88732 (0.21267)***	0.02365 (1.10398)	0.91247 (0.24076)***
_lprov_4	3.71050 (1.80728)*	4.08609 (0.42033)***	3.70987 (1.82508)*	4.66652 (0.13619)***	4.41550 (0.20166)***	1.77623 (1.49827)	3.07617 (0.38574)***
_lprov_5	0.31225 (1.12068)	0.44913 (0.14047)***	0.25502 (1.11341)	0.46161 (0.02706)***	0.56033 (0.04019)***	-0.61105 (0.98100)	0.16229 (0.13508)
_lprov_6	0.12887 (1.11653)	0.23471 (0.50582)	0.25341 (1.14213)	0.76127 (0.06543)***	0.65690 (0.11006)***	-1.33489 (0.92958)	-0.78288 (0.49841)
_lprov_7	2.00290 (1.63906)	2.20111 (0.50781)***	2.07886 (1.67161)	2.74963 (0.15559)***	2.63655 (0.18963)***	0.04803 (1.33272)	0.97028 (0.48046)*
_lprov_8	0.66509 (1.38855)	0.83360 (0.30182)**	0.65844 (1.39867)	1.05612 (0.06798)***	1.08284 (0.07210)***	-0.69428 (1.19197)	0.21290 (0.29575)
_lprov_9	4.45045 (1.84436)**	5.03122 (0.32364)***	4.44200 (1.85789)**	5.34705 (0.13179)***	5.34157 (0.13002)***	2.64149 (1.57007)	4.21364 (0.32372)***
_lprov_10	3.22291 (1.65702)*	2.95620 (0.36489)***	3.21183 (1.67034)*	3.35534 (0.15698)***	3.22252 (0.20588)***	1.49379 (1.37673)	2.03421 (0.30856)***
_lprov_11	0.27618 (1.20773)	0.49021 (0.10717)***	0.20954 (1.19645)	0.56363 (0.02610)***	0.59657 (0.02566)***	-0.63464 (1.07649)	0.31253 (0.11878)**
_lprov_12	2.24720 (1.35933)	2.49499 (0.17601)***	2.19973 (1.35464)	2.56838 (0.00671)***	2.67336 (0.03409)***	1.17325 (1.20857)	2.17851 (0.19653)***
_lprov_13	0.18178 (1.21835)	0.32745 (0.45304)	0.26560 (1.24180)	0.87702 (0.02943)***	0.70337 (0.12501)***	-1.23587 (1.03439)	-0.51483 (0.45053)
_lprov_14	2.39436 (1.62612)	2.50697 (0.57476)***	2.49709 (1.66128)	3.49363 (0.13553)***	2.94312 (0.26431)***	0.32909 (1.31042)	1.20431 (0.53329)**

_lprov_15	0.94749 (0.36228)**	0.93573 (0.13582)***	0.91778 (0.34935)**	0.50236 (0.00694)***	0.94751 (0.14001)***	0.84707 (0.34288)**	1.06089 (0.12712)***
_lprov_16	0.56710 (1.30910)	0.35945 (0.21656)	0.56444 (1.31828)	0.51981 (0.00633)***	0.56082 (0.01408)***	-0.59985 (1.14401)	-0.05218 (0.22690)
_lprov_17	2.74988 (1.87958)	3.01790 (0.38166)***	2.72298 (1.88965)	3.49414 (0.17401)***	3.31954 (0.19672)***	0.82545 (1.56220)	2.04595 (0.33245)***
_lprov_18	1.48787 (1.47872)	1.71442 (0.27335)***	1.44614 (1.48078)	1.93135 (0.01325)***	1.92136 (0.09513)***	0.11937 (1.27910)	1.17924 (0.25977)***
_lprov_19	1.17167 (1.10085)	1.26135 (0.26502)***	1.16982 (1.10916)	1.42098 (0.06539)***	1.46755 (0.11702)***	0.19436 (0.96401)	0.83791 (0.26442)***
_lprov_20	1.27017 (0.81154)	1.34172 (0.17948)***	1.17861 (0.78246)	1.06167 (0.10330)***	1.29228 (0.15274)***	0.99075 (0.77235)	1.69213 (0.15200)***
_lprov_21	0.22202 (1.05431)	0.29486 (0.45574)	0.32889 (1.08062)	0.60495 (0.12172)***	0.67174 (0.12797)***	-1.13769 (0.87002)	-0.65516 (0.44947)
_lprov_22	1.56410 (1.49237)	1.84061 (0.43192)***	1.55665 (1.50762)	2.76424 (0.14196)***	2.10767 (0.27410)***	-0.12193 (1.20701)	0.85222 (0.37178)**
_lprov_23	0.00173 (0.65348)	-0.13112 (0.22679)	-0.08514 (0.61311)	-0.44539 (0.00095)***	-0.17924 (0.20067)	-0.04765 (0.62823)	0.18000 (0.19922)
_lprov_24	0.77340 (1.60065)	1.02482 (0.44392)**	0.80083 (1.62372)	1.74148 (0.16811)***	1.36721 (0.21864)***	-1.06997 (1.29134)	-0.07776 (0.39077)
_cons	7.20180 (2.69225)**	6.78313 (2.46722)**	6.41194 (2.53774)**	2.72247 (0.13001)***	5.02652 (1.08096)***	11.88894 (2.36174)***	11.19222 (2.35535)***
R2	0.80	0.80	0.80	0.77	0.80	0.79	0.78
N	205	239	205	287	239	205	239

NOTAS: Errores estándar entre paréntesis: corregidos por clusters provinciales

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01