

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

Sabrina Soledad Yañez – CONICET - Argentina

“Se suele afirmar que la enorme diferencia entre el peligro que corren las mujeres embarazadas en los países en desarrollo y el riesgo que amenaza a sus contrapartes en el mundo industrializado constituye la mayor desigualdad sanitaria del mundo.” “Una mujer en un país en desarrollo tiene 300 veces más posibilidades de morir durante su embarazo/parto que una de un país desarrollado.”

Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y neonatal. Unicef.

“La amplia mayoría de las muertes maternas es evitable. La paradoja que se da en torno de este problema es que se conoce claramente desde el punto de vista sanitario todo lo que se puede hacer para reducirla.”

Mariana Carbajal, El derecho a no morir por ser madre, Página 12, 26-06-2009

En septiembre del 2000, una reunión de líderes mundiales recibió el milenio con una declaración aprobada por 189 países, entre ellos la Argentina. La declaración se proponía delinear metas de desarrollo (conocidas como Objetivos del Milenio) a ser cumplidas para el 2015. Las metas serían alcanzadas a través de los esfuerzos de los países en desarrollo con la asistencia de los países desarrollados. Entre las 8 metas propuestas se encontraban la reducción de mortalidad infantil en dos tercios y la reducción de la mortalidad materna en tres cuartos.

En el 2004, como parte del cumplimiento del compromiso de reducción de los índices de mortalidad infantil y materna el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación lanzó el Plan Nacer, que funcionaría como una estrategia de seguro público de salud, en el marco del Plan Federal de Salud. El Plan Nacer surgió como “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial” (ARG/04/023), presentado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y financiado a través de un préstamo (7225-AR) otorgado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento – Banco Mundial.

La mortalidad infantil, según la define el Ministerio de Salud de la Nación, comprende la mortalidad de menores de un año. Puede distinguirse entre mortalidad neonatal, que es la que ocurre en el transcurso de los primeros 27 días de vida, y mortalidad postneonatal, cuando ocurre desde el fin del período neonatal hasta el año de edad. Según el ministerio, la mortalidad infantil está determinada por factores biológicos, demográficos, socio-económicos, culturales, ambientales, de atención de la salud y geográficos (Ministerio de Salud, 2008:118). Sin embargo, su concentración en áreas de altos índices de pobreza expresa con claridad que sus causas son mayoritariamente socioeconómicas. En el proyecto del Plan Nacer, redactado en 2004, se especifica que la tasa de mortalidad infantil (TMI) en Argentina había caído 50% en los últimos 20 años, llegando a 16,8 x 1000 en 2002. Aún así, seguía siendo elevado al compararla con otros países de la región y en los años previos al lanzamiento del Plan se había estancado, e incluso había crecido ligeramente en las regiones del NOA y el NEA (PNUD, *HOJA DE DATOS BASICOS del Proyecto: ARG/04/023 “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial”*: 3). El Plan Nacer se propuso

comenzar con esas regiones, teniendo en cuenta que representaban, según se especifica en el documento del proyecto, el 75% de la población indigente en Argentina y la región con mayores deficiencias en atención de la salud. Luego, el Plan sería ampliado para cubrir el resto de las regiones del país.

En cuanto a la mortalidad materna, el documento estadístico publicado por el Ministerio de Salud en diciembre de 2008, indica que “constituye un importante problema de investigación, tanto en lo referente a las causas como a los distintos factores que influyen en la misma: la asistencia sanitaria de la madre, el saneamiento, la nutrición y las condiciones socioeconómicas generales” (Ministerio de Salud, 2008:118). Con fines estadísticos, las defunciones maternas pueden dividirse en defunciones obstétricas directas e indirectas. Las primeras son producto de complicaciones obstétricas del estado de gestación, como así también de intervenciones, de omisiones, de tratamientos inadecuados, o de hechos relacionados con alguna de dichas circunstancias. Por otro lado, las defunciones obstétricas indirectas son producto de una enfermedad previa al embarazo (o que evoluciona durante el mismo) cuya situación es agravada por los efectos fisiológicos del mismo. Se considera que “la mortalidad materna es frecuentemente subestimada debido a deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo” (Ministerio de Salud, 2008:118). En Argentina, la tasa de mortalidad materna (TMM) era de $4,6 \times 10000$ en 2002, según los datos del Ministerio de Salud –aunque se supone mayor debido a la mencionada subestimación. Al igual que la TMI, esta cifra reflejaba una baja desde 1980, que registraba 7 muertes por cada 10000 nacidos vivos. Sin embargo, se

observaba una tendencia de suba ya que había llegado a niveles de alrededor de 3,8 entre 1997 y 1998. Evidentemente, la crisis que se desató en el 2001 tuvo repercusiones directas en la salud de las mujeres (a causa del declive en las condiciones de vida) y en su acceso a los servicios de salud prestados por obras sociales (a causa del descenso en las cifras de empleo formal).

El informe previo del Plan Nacer señala como dato de importancia el hecho de que “aproximadamente dos tercios de las muertes infantiles (neonatales y post-neonatales) y maternas en Argentina son de causa reducible mediante acciones oportunas de prevención, diagnóstico y tratamiento” (PNUD, *HOJA DE DATOS BASICOS del Proyecto: ARG/04/023 “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial”*: 3), especialmente a través de un control adecuado durante el embarazo. Con respecto a la mortalidad infantil, el diagnóstico del proyecto era que “si la Argentina pudiera evitar la mitad de los casos de mortalidad infantil evitable, se aproximaría a una tasa de mortalidad infantil del 12 por mil de nacimientos vivos” (PNUD, *HOJA DE DATOS BASICOS del Proyecto: ARG/04/023 “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial”*: 3).

En el caso de la mortalidad materna, el diagnóstico presentado es menos claro. En parte, esto se debe a que existen ciertas contradicciones en la misma definición de la muerte materna y luego en las estrategias que se proponen para bajar su incidencia. Según la hoja de datos básicos del proyecto, la principal causa de muerte materna es el aborto, que representa casi 31% de las muertes. Sin embargo, la palabra aborto aparece sólo esa vez (en la descripción de la situación actual del problema) en todo el proyecto (que tiene 126 páginas en total). Desde el

vamos, un proyecto que intenta tratar un problema pero que ignora voluntariamente una de sus causas principales, no suena muy prometedor.

En este contexto, el Plan Nacer fue presentado en 2004 como “una herramienta estratégica para disminuir el componente sanitario de la mortalidad materna e infantil en la Argentina, y de esta manera reducir las muertes evitables, aumentar la inclusión social y mejorar la calidad de atención de la población” (Plan Nacer, sitio web). El análisis que se realiza a continuación (así como estas consideraciones previas) surge de la lectura de documentos proporcionados por la coordinación nacional del plan (enviados por Yanina La Banca, Coordinadora de Control de Gestión), encontrados en el sitio web del Plan, el sitio web del PNUD y el sitio web del Banco Mundial y obtenidos durante una entrevista con el Coordinador del Plan Nacer en Mendoza, Dr Mariano Mussotto.

Funcionamiento del Plan y las implicaciones de su modelo de gestión

El Proyecto del PNUD en el cual está basado el Plan Nacer tiene dos objetivos considerados simultáneos. Por un lado, se apunta a “mejorar las condiciones sanitarias de los pobres, especialmente las madres y niños sin seguro, deteniendo los aumentos y hasta reduciendo las tasas nacionales de mortalidad infantil y materna” (PNUD, *HOJA DE DATOS BASICOS del Proyecto: ARG/04/023 “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial”*: 2). Por otro lado, a nivel más general, el proyecto se propone “incorporar cambios estructurales en los sistemas de salud provinciales con el propósito de mejorar la eficacia del financiamiento público y la prestación de los servicios de salud”(Ibíd.). Se espera que el proyecto logre los siguientes productos (sic):

“- Inversiones en equipamiento para la red de servicios de salud de las Provincias

del Seguro Materno Infantil Provincial, realizadas y funcionando en cumplimiento del Nomenclador y bajo las Condiciones técnicas y de calidad oficiales emitidas por el MSAL

- Personal de Ministerios de Salud Provinciales y de las Unidades de Gestión de

Seguro asistido técnicamente y capacitado para la implementación del Programa

- Recursos humanos de salud y comunitarios capacitados para la prestación de

servicios del Nomenclador del Seguro Materno Infantil Provincial

- Sistemas de información e informáticos para la implementación del Seguro Materno Infantil Provincial a nivel nacional y provincial instalados y en funcionamiento

- Unidad de Seguros de Salud en el Ministerio de Salud de la Nación y Unidades

de Compra de Servicios de Salud en los Ministerios de Salud de las Provincias,

implementadas

- Sistemas de información, herramientas de gestión y para la toma de decisiones

y manuales de procedimientos, elaborados

- Campañas de Difusión Nacionales y Provinciales, y Eventos de Participación Sociales, realizados
- Proyecto administrado eficaz y eficientemente, monitoreado, supervisado, evaluado y auditado interna y externamente” (PNUD, *HOJA DE DATOS BASICOS del Proyecto: ARG/04/023 “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial”: 2).*”

En síntesis, el Plan funciona como Seguro Materno Infantil Provincial destinado a una población elegible, que incluye a las mujeres embarazadas hasta la finalización del embarazo por cualquier causa y hasta 45 días posteriores a dicho evento, y a niños y niñas menores de 6 años, que no posean cobertura social explícita. El seguro incluye una serie de beneficios definidos por un nomenclador (seguimiento del embarazo y de la salud infantil, cobertura de vacunación, etc) a ser prestados por efectores seleccionados por cada provincia. Luego, por cada consulta y práctica médica que reciben los/as beneficiarios/as del plan, el efector recibe recursos para mejoras edilicias, compras de equipamiento y aumentos de la calidad de atención. Cada prestador tiene la capacidad para decidir en qué invertir dichos fondos, siempre y cuando apunten a mejorar el cuidado la salud de la población.

En cuanto al financiamiento y la gestión, el funcionamiento básico del Plan Nacer implica la transferencia desde la Nación (a través de la Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud) de recursos financieros a las Provincias, con el objeto de promover la salud materna-infantil. Estas transferencias están ligadas al cumplimiento de las provincias de dos condiciones:

por un lado, la inclusión social (que implica la búsqueda activa y la inscripción de embarazadas y niños/as hasta 6 años sin cobertura de obra social) y por otro lado, el cumplimiento de las metas sanitarias del Plan Nacer, a saber: 1) la captación temprana de la mujer embarazada, 2) la efectividad de atención del parto y atención neonatal, 3) la efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad, 4) la efectividad de atención prenatal y del parto, 5) la auditoría de Muertes infantiles y maternas, 6) la cobertura de inmunizaciones, 7) el cuidado sexual y reproductivo, 8) el seguimiento de niño sano hasta 1 año, 9) el seguimiento de niño sano de 1 a 6 años, y 10) la inclusión de Comunidades Indígenas.

Las definiciones operativas de dichas metas sanitarias merecen atención especial por su disparidad. Algunas de ellas son particularmente cuantitativas y específicas. Por ejemplo, la meta III define la efectividad del cuidado prenatal como “infantes que pesan más de 2500 gramos”, restringiendo la comprensión de la salud a un resultado expresado por una cifra estática. También es ilustrativa de este punto la meta II, que define la efectividad del nacimiento y de los cuidados neonatales en función de las condiciones físicas del/a recién nacido/a luego del parto (medidas a través del método APGAR – Apariencias, Pulso, Gesto, Actividad, Respiración – 5 minutos después del nacimiento), olvidando que en el parto existe también una mujer que para y que tiene derechos específicos a la hora de hacerlo (Ley de Parto Respetado, N° 25.929). Por el contrario, otras son tan generales que no dicen nada, fallando en el intento de la operativización. Tal es el caso, por ejemplo, de la meta X, que sólo aclara que se proveerá servicios

de salud a las poblaciones indígenas pero no especifica qué tipo de servicios incluirá la provisión especial, o si se tendrán en cuenta las prácticas culturales propias de las comunidades en términos de salud. Estas definiciones convenientes proporcionan suficiente margen para ponderar resultados altisonantes cuando en realidad se trata de intervenciones insuficientes. Esto se puede apreciar claramente en la meta VII, en la que el cuidado sexual y reproductivo equivale solamente a la “provisión de información sobre servicios de anticoncepción y de salud sexual durante el puerperio”. Es decir, que no se contempla la provisión de métodos anticonceptivos, sólo la información sobre ellos, y que esto se lleva a cabo durante el puerperio y no como acción preventiva/informativa para todas las mujeres.

A tono con las modalidades más recientes de financiamiento externo de proyectos sociales, el Plan Nacer está formulado dentro de dos marcos de referencia. En cuanto al préstamo del Banco Mundial que lo sustenta, la herramienta utilizada para el pago y seguimiento del préstamo corresponde a un *Préstamo de Programa Adaptable* (APL, según sus siglas en inglés). En cuanto al método de gestión y rendición de cuentas, se lo considera un proyecto piloto en la aplicación de un modelo de *financiamiento basado en resultados* (RBF, según sus siglas en inglés), ya que las provincias reciben 60% del financiamiento en base a la población elegible inscrita y el 40% restante está ligado al cumplimiento de las metas de las trazadoras.

Los *préstamos de programa adaptable* se utilizan generalmente en proyectos de desarrollo a largo plazo que apuntan a cambios institucionales o de

comportamiento, y que requieren de consenso entre diversos actores de un sector. Los APL consisten en una serie de préstamos en los que cada préstamo se diseña según lo aprendido en los anteriores. Se toman como referencia “disparadores” (triggers) que definen el momento de pasar de una etapa a otra, una vez alcanzados los objetivos propuestos. Según el Banco Mundial, las ventajas de este tipo de préstamos es que son más realistas en cuanto al planeamiento de fases de reforma, que fomentan la continuidad y sustentabilidad de la planificación y que ofrecen menores cargas financieras (Banco Mundial, *Adaptable Program Loan*, online). El hecho de que este proyecto esté enmarcado en un APL (que en este momento ya va por su segunda fase) implicaría que se trata de un interés por cambiar el modo de funcionamiento institucional de los servicios de salud en Argentina. Según el coordinador del Plan Nacer en Mendoza, Dr. Mariano Mussotto, se trata de “un modelo de gestión diferente, en cuanto a la generación de recursos, a la gestión de datos. El Plan se anuncia como un apoyo económico pero empiezan a encontrarse diferentes aristas”.

Siguiendo los imperativos de la reforma institucional de las últimas décadas, el Plan Nacer plantea cambios en los modelos de gestión pública de la salud. En vez de priorizar el cumplimiento de una regla o de la implementación correcta, el énfasis está puesto en los incentivos, el rendimiento, el impacto y la satisfacción de los/as usuarios/as. Se observa también una tendencia hacia la descentralización de la responsabilidad, a nivel nacional y luego a nivel provincial. Por otro lado, se proponen sistemas de información abiertos que permitan mayor transparencia y supervisión social. Así, ingresa en el campo de las políticas públicas un lenguaje y unas herramientas que han sido propios de la gestión

empresarial. Más allá de las ventajas en cuanto a maximización de recursos (que siempre son escasos cuando se trata de política social), cabe preguntarse si estas herramientas son capaces de dar cuenta de la complejidad de la realidad social.

El Plan Nacer es un ejemplo más del régimen de bienestar con el que Juliana Franzoni caracteriza a la Argentina. Se trata de un *régimen liberal de proveedor único*, en el que “la inversión pública por habitante continúa siendo alta pero refleja una combinación de asignaciones previas (en pensiones), con asignaciones focalizadas más recientes (salud y educación)” (Martinez Franzoni, 2005: 24). El Plan Nacer combina varias formas de focalización. Por un lado, se trata de una *focalización funcional*, ya que está basada en características individuales y grupales específicas de los/as beneficiarios/as (mujeres embarazadas y niños/as hasta 6 años de edad, en ambos casos sin obra social). Pero también entra en juego una *focalización geográfica*, ya que la primera parte del Plan contempla sólo a las provincias del NOA y el NEA y la “bajada” del Plan se hace desde Nación a cada provincia y luego cada provincia debe interactuar con las áreas de salud de los municipios.

Con respecto al *financiamiento basado en resultados* en el sector de salud, se trata de efectivo o bienes que son entregados cuando se realizan acciones medibles o se alcanzan metas de desempeño predefinidas (International Health Partnership, *Interagency Working Group On Results-Based Financing (RBF) Update*:1). Se está usando cada vez más dentro de programas nacionales de salud como herramienta para el fortalecimiento de los sistemas de entrega y para acelerar el cumplimiento de los Objetivos del Milenio 4 y 5. Según sus defensores, este tipo de financiamiento permite un enfoque en los productos y resultados más

que en los ingresos o los procesos (Ibíd.) y es una herramienta para flexibilizar la intervención y la toma de decisiones en el nivel de los efectores de servicios. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que hay evidencia limitada de la efectividad del RBF y que los incentivos financieros tienen el potencial de influenciar comportamientos individuales discretos en el corto plazo más que asegurar cambios sustentables (Oxman y Fretheim A, 2008, online). Además, los mecanismos de funcionamiento de los incentivos otorgados a gobiernos u organismos son variables, inciertos y difíciles de predecir (Ibíd.). Según algunos críticos de los esquemas de RBF, éstos solamente serían útiles en casos en los que la falta de motivación o recursos son las causas subyacentes del problema que se trata de solucionar (Ibíd.). En la entrevista con el Dr. Mariano Mussotto, quedó claro que no se trata de un mecanismo fijo, sino que ha habido flexibilidad a la hora de negociar el porcentaje ligado a las trazadoras. El médico comentó que

“a partir del año pasado, a partir de sugerencias que hemos hecho los distintos coordinadores, se ha ido mejorando [...] Ellos mismos [los consultores del Plan Nacer a nivel nacional] han ido mejorando, tenemos muy buena relación. Hemos tenido la posibilidad de que si vos tenías tanta cantidad de pacientes, alcanzabas un umbral del 2%, accedías a cobrar un 50% de este extra que podías cobrar. De ese 40% de partidas atadas a trazadoras nosotros estamos cobrando un promedio de entre 18 y 24%. ¿Y me preguntarás por qué no cumplís el cuarenta por ciento? Primero, es muy difícil tener el registro de la manera adecuada de los controles de niño sano, trazadoras 8 y 9. Por ejemplo, en la provincia, a nivel nacional, no estaba exigida la

vacunación nominalizada con nombre y documento. Entonces, el sistema informático de vacunación no está. La provincia tiene que modificarlo [...] pero para eso necesitar entrenar al personal y lleva tiempo. La idea es que esto deje la semilla para que mejore, que se convierta en políticas públicas.”

Otros críticos han resaltado la dificultad de evaluar las iniciativas de pago ligado a rendimiento, ya que “comparado con las rutinas de trabajo estandarizado de una cinta de ensamblaje, la estimación de la cantidad y calidad del trabajo médico parece ser mucho más complicada” (Kalk y Kieselbach, 2009, online). Las “buenas” prácticas en el cuidado médico van más allá de procedimientos estandarizados y pautas de tratamiento, lo que dificulta una medición objetiva. Una dificultad para medir la calidad es que “los indicadores solamente pueden medir ciertas dimensiones de un cuidado de calidad integral y la mayoría de los indicadores no son suficientes para capturar todos los aspectos necesarios” (Ibíd.). El doctor Mussotto brindó un ejemplo muy claro de la dificultad de cumplir con los indicadores al mencionar los problemas relacionados con la medición de la trazadora V (auditorías de muertes maternas e infantiles):

“No estaba estandarizado...se había perdido, en realidad, hubo un muy buen trabajo en los últimos años. [...] Acá hay déficits del programa, que se van a cambiar el año que viene. Por ejemplo, en los datos que tenemos, necesitamos niños sin obra social, pero acá hay un montón de la parte privada, eso no me servía...Teníamos niños que tenían que morir en lugares públicos. Si se morían en la casa, tampoco servían, ni en el traslado. Eso va a variar. Lo que nosotros hicimos, junto con la

directora de maternidad, nos pusimos de acuerdo, ella puso en las principales maternidades gente que recaba y llena el instrumento A [parte de la información necesaria], porque los de la parte externa decían que cuando iban al hospital no le daban bola...entonces se puso gente dentro del mismo hospital. Entonces, lo que presentamos son las muertes que tienen las características que pide Nación, y lo que se trata de auditar es si el proceso de análisis de la muerte está bien realizado, es una forma de monitorizarlo. Entonces, en muchas áreas se mejoró esta comunicación entre hospitales y las áreas municipales.”

A pesar de que ha podido negociar parte del financiamiento ligado al cumplimiento de trazadoras, el Dr. Mussotto cuestiona la idea del RBF como transferencias condicionadas entre organismos y no directamente a los profesionales del ámbito de la salud. Mussotto piensa que “hay que dar incentivos concretos, le podés dar más vacaciones, algún premio, pero en algún momento van a querer dinero, porque de eso se trata, dinero...”

Finalmente, otra de las características diferenciales del Plan Nacer es el énfasis puesto en la transparencia de gestión. El Plan contempla numerosas auditorías a todo nivel. Ante la pregunta sobre el funcionamiento y efectividad de las auditorías, el coordinador mendocino comentó su experiencia:

“Por ejemplo, cada una de las prestaciones que yo tengo, tengo un aval, yo audito a ver si en la historia clínica está ese registro que yo pagué. No lo audito yo solo, lo audita una auditoría externa del programa, tenemos auditorías de todo. Los centros de salud y los hospitales están muy cansados de tener muchísimas auditorías. Tenemos auditorías

provinciales, auditorías externas, auditorías nacionales. Las provinciales nos auditan más que nada lo administrativo, las formas. Nosotros, desde el programa, cuando vamos tratamos de enseñar lo importante que es un registro, pero bueno, hay muchas deficiencias.”

A pesar de estos esfuerzos por transparentar el destino de los fondos del Plan, los medios nacionales han publicado una serie de denuncias por sobreprecios en las compras de insumos e incluso en la otorgación de “contratos exorbitantes” a consultoras y a las mismas empresas de auditoría (Young, 2009, online). Por ejemplo, Clarín cita “contrataciones millonarias a consultoras privadas, que debían realizar encuestas sobre la salud de la población aborigen que suponían estudios vagos y amplios, a pesar de que muchos estudios, o similares, ya habían sido hechos por el INDEC” (Ibíd.). Se sabe que algunos de estos medios no son favorables a la actual gestión. De todas maneras, estas acusaciones parecen ser serias ya que están siendo investigadas actualmente por la justicia federal.

Evolución del Plan

Como estaba previsto en el proyecto, la primera etapa del Plan Nacer incluyó las provincias de Jujuy, Catamarca, Tucumán, Salta, Santiago del Estero, Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones, en donde el Plan fue lanzado entre el primer y el segundo cuatrimestre de 2005. En este momento, el sitio web ya dispone de información estadística amplia de esas provincias con respecto al cumplimiento de trazadoras y de inclusión de la población elegible. Según un informe de la organización The Global Partnership on Output-Based Aid (GPOBA)

, los resultados de la fase inicial del programa fueron tan promisorios (para marzo de 2006 ya se había inscripto al 45% de la población elegible en el programa, más de la meta convenida) que en noviembre de 2006 el Banco Mundial aprobó el préstamo para la segunda etapa, que incluiría a las 15 provincias restantes, llevando los beneficios del plan a 1,7 millones de niñas/os y embarazadas (Johannes, 2007: 3-4).

Un aspecto interesante de la evolución del Plan es su fuente de financiamiento. En principio, el programa es financiado conjuntamente por el gobierno argentino y el Banco Mundial. Durante los primeros tres años de implementación, el gobierno aporta la mitad del financiamiento y el Banco pone la otra mitad. Luego de tres años, el financiamiento del Banco comienza a retirarse y los gobiernos provinciales deben ocuparse gradualmente del financiamiento del Plan. En Mendoza, el Plan se encuentra en el segundo año de implementación, por lo cual, según el Dr. Mussotto, “en 2010, la provincia debería empezar a colocar dentro de su presupuesto un porcentaje adecuado para trabajar”. Consultado sobre las próximas etapas, comentó que desde su coordinación ya están “trabajando con el Ministerio [provincial], diciéndole más o menos cuánto tiene que poner; esto va a cambiar porque había un estimativo de Nación de unos potenciales 92000 afiliados y ahora va a haber más, porque hay menos gente con seguridad social”.

Según el proyecto del PNUD, “el crecimiento económico permitirá a las provincias adheridas al Seguro contar con mayores ingresos fiscales para financiar los mayores gastos que implican la ampliación de la cobertura” (PNUD, *HOJA DE*

DATOS BASICOS del Proyecto: ARG/04/023 "Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial": 13). A la pregunta de si cree que esta apreciación con respecto a las capacidades económicas de las provincias es realista, el Dr. Mussotto dio evidencia de incertidumbre. Para él, "lo importante del Plan hoy es que hay que tratar de utilizar ese dinero, de mejorar las armas de gestión, de tener información, de tener inclusión, bases con los nombres, documentos, apellidos de los afiliados, dónde viven, y saber a quién vacunamos, a quién atendemos y ordenar el sistema. Tener números, datos sólidos". Es decir, que no confía plenamente en la continuidad del programa pero sí en la continuidad de los cambios positivos efectuados a través del programa en términos de gestión y registro.

Evaluando los resultados cuantitativos y cualitativos del Plan

Aunque el proyecto aún no ha concluido y el Plan Nacer esté concebido como un programa a largo plazo, se pueden hacer algunos balances con respecto a las metas alcanzadas. Según los datos estadísticos disponibles en el sitio web del Plan, las provincias del NOA y NEA (participantes en la primera fase del proyecto del PNUD) alcanzaron un 67,2% de cobertura en noviembre de 2007 (últimos datos disponibles en el sitio). El informe de GPOBA indica que el objetivo era alcanzar la cobertura de 80% de la población elegible para el tercer año del Plan, lo cual parecería factible considerando la tasa de aumento de inclusión de los años anteriores. En cuanto al cumplimiento de las metas de trazadoras en las provincias de la primera fase, seis de las trazadoras superaron el 100% de cumplimiento; de las 4 restantes una apenas estuvo por encima del 50% de

cumplimiento y las otras tres rondaron el 80% de cumplimiento. Cabe aclarar que, de todas maneras, no queda claro a partir del sitio web, cuáles son los parámetros de medición de metas alcanzadas.

Teniendo en cuenta los objetivos a largo plazo del proyecto (los Objetivos del Milenio 4 y 5), las últimas estadísticas disponibles del Ministerio de Salud, correspondientes al año 2007, indican que en esas provincias las tasas de mortalidad infantil y materna se redujeron (excepto en Misiones, cuya tasa de mortalidad materna aumentó). Sin embargo, los descensos son más significativos en la tasa de mortalidad infantil que en la de mortalidad materna. Tomando el promedio para el país, la tasa de mortalidad infantil bajó de 16,8 x 1000 en 2002 a 13,3 en 2007, es decir que se redujo un 20,8% en cinco años (tres de ellos con aplicación del Plan Nacer). De todas maneras, la cifra subió de 12,5 en 2006 a 13,3 por mil en 2007, según las estadísticas oficiales (Biblioteca virtual en Salud de Argentina, Indicadores Básicos de Salud, online). Aunque ha habido avances desde 2002, todavía falta un largo trecho para llegar a la meta de reducir un tercio la mortalidad infantil para el 2015. En cuanto a la tasa de mortalidad materna a nivel país, la reducción ha sido mínima, de 4,6 x 10000 en 2002 bajó a 4,4 en 2007. Observando los cambios de esta tasa más minuciosamente, entre los años 2002 y 2007 se puede ver una oscilación preocupante, ya que comienza a bajar progresivamente, llegando a 3,9 en 2005 pero vuelve a subir hasta 4,8 (una cifra mayor que la inicial) en 2006, para luego bajar a 4,4 (Biblioteca virtual en Salud de Argentina, Indicadores Básicos de Salud, online). Por supuesto, estos datos deben tomarse con precaución ya que, como se aclaró al comienzo, las muertes maternas son frecuentemente subestimadas a causa de deficiencias en los

sistemas de registro de la causa de muerte y debido también a la ilegalidad del aborto, que resulta en muertes muchas veces invisibles para el sistema de salud.

Los logros cualitativos del Plan Nacer parecen más esperanzadores, al menos según lo expresado por el coordinador mendocino. Mussoto declaró que una de las características más valiosas del plan es

“que empieza a valorar no solamente elementos biológicos si no lo social. Aparte, le da un valor a lo comunitario, le da un valor al trabajo de enfermería, al trabajo de los trabajadores sociales, de los administrativos, de los médicos, de los odontólogos, de los especialistas. Me parece que nos está sacando del marco de que la salud es de los médicos y los otros nos ayudan. Les decía ayer a los sociólogos que están haciendo un trabajo en el Lagomaggiore sobre alto riesgo en menores de un kilo y medio, “yo no sé si quiero más médicos, necesitamos un antropólogo, un periodista, un actor, alguien distinto para que sepa comunicar”.

Mussotto también comentó que el Plan ha ganado reconocimientos a nivel internacional, los cuales le han permitido acceder a algunas experiencias futuras tales como el tratamiento de enfermedades crónicas. Además, Mussotto resaltó la experiencia de algunos efectores, que han podido adquirir tecnología y experiencias muy necesarias, a través de una gestión responsable de los fondos del Plan:

“El Hospital Lagomaggiore generó una gestión, puso gente, no creo contratos, organizó. Entonces, ellos me facturan 120 mil pesos mensuales. Yo le he pagado 2 millones de pesos, excedente de su

presupuesto. Y ese dinero lo han usado para lo que han querido, y necesitado. Se becó a una médica para que fuera a hacer una formación en mortalidad dura infantil. Muchísimas enfermeras han ido a hacer cursos, capacitaciones. [...] Se trajo gente para enseñar a usar algunos aparatos. El año pasado compraron, con los fondos del Plan, cuatro pantallas para luminoterapia, para hiperbilirrubina en recién nacidos, compró cuatro incubadoras de alta tecnología. Después, por ejemplo, están en proyecto de ampliar y mejorar una habitación para las madres de recién nacidos prematuros. Hay que readaptar una instalación creada hace 30 años para las nuevas necesidades. Qué hacen esas mujeres, muchas jóvenes, poco culturalizadas, adolescentes, 24 horas metidas ahí? Por eso no se incluyen medicamentos en el Plan, a propósito no lo incluí...porque efectivamente hay emergencia sanitaria, los hospitales no tienen plata...pero eso es todo muy caro, no gastemos en eso. Démosle a las madres que se van de alta con el bebé, comprémosle una estufa, una cuna, una cama.”

El artículo de la GPOBA sobre el Plan Nacer plantea que el Plan producirá un aumento en la calidad de los servicios de salud materna e infantil al ofrecer a los/as beneficiarios/as la posibilidad de elegir efector, haciendo que los proveedores compitan por atraer pacientes en base a la calidad de sus servicios (Johannes, 2007: 2). Esta visión mercantilista de la salud, en la que efectores públicos y privados entrarían en un juego de oferta y demanda, no parece haberse plasmado en la práctica. Según Mussotto, en Mendoza (y en la mayor parte del

país) el Plan ha trabajado solamente con efectores públicos, en base a servicios ya ofrecidos en su mayoría. Por otra parte, los/as beneficiarios/as continúan eligiendo a los efectores en base a la cercanía y al conocimiento previo sobre los servicios que allí se prestan.

A pesar de los avances mencionados, cuantitativos y cualitativos, en junio de este año el subsecretario de Salud Comunitaria de la Nación, Aldo Marcoretto, dio a conocer que “cuatro de cada diez maternidades públicas en el país no cuentan con las condiciones obstétricas y neonatales esenciales para atender en forma segura un parto y a un recién nacido” (Página 12, 2009, online). El artículo de Página 12 que cita las declaraciones de Marcoretto también afirma que “en las últimas dos décadas la MM se mantuvo casi estable. Es decir, a ese ritmo difícilmente el país cumpla con la meta” perseguida para el 2015.

Recomendaciones y observaciones finales

Resulta necesario cuestionar la persecución de los Objetivos del Milenio, que producen un efecto contradictorio, al establecer prioridades pero a la vez prestarse a una focalización que sólo apunta a mejorar estadísticas (Diapositiva 55, Power Point sobre Políticas Sociales, curso del Dr Andrenacci) sin indagar en la complejidad de problemáticas como las de la muerte materna. En este sentido, es importante retomar el análisis de las causas de muertes maternas. Un informe reciente indica que

“12% de los fallecimientos por mortalidad materna se produce por complicaciones derivadas de la práctica de abortos en América latina y el Caribe. En Argentina, esa cifra es, exactamente, el doble: el 24,2%

de las mujeres que mueren por causas relacionadas con la maternidad fallece como consecuencia de embarazos terminados en abortos. Argentina tiene el Índice de Desarrollo Humano más alto de Latinoamérica. Sin embargo, la incidencia del aborto en los fallecimientos de mujeres es mucho más alta –en el promedio de la tasa de mortalidad materna– que en el resto de la región”. (Luciana Peker, Pag 12, Record argentino)

La discusión sobre la relación entre aborto y muertes maternas tiene bastante historia en la Argentina. Organizaciones feministas que luchan por los derechos sexuales y reproductivos han hecho notar que llamar “muerte materna” a la defunción de una mujer que en realidad estaba tratando de evadir la maternidad, poniendo en riesgo su propia vida, es una contradicción que sirve a los intereses de una sociedad patriarcal que intenta invisibilizar la imposibilidad de las mujeres de decidir sobre sus propios cuerpos. Ya en 1996, en el libro “Aborto Hospitalizado, una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública”, Susana Checa y Martha Rosemberg discutían la expresión mortalidad materna y proponían usar ‘muerte de mujeres gestantes’ (Checa y Rosemberg, 1996: 34). Aunque el término no fue adoptado masivamente, actualmente es utilizado por muchos trabajos sobre el tema. Sin embargo, el proyecto del cual surge el Plan Nacer se muestra indiferente a estas especificidades que permitirían comprender mejor el fenómeno de la mal llamada “muerte materna”. Así, se pasan por alto las condiciones de riesgo en la clandestinidad en las que se realizan los abortos en Argentina, especialmente entre los sectores de menores recursos económicos, a los cuales supuestamente apunta el proyecto.

Podría argumentarse que el PNUD ha financiado otros proyectos que apuntan en esa dirección, tales como el proyecto titulado “Mejoramiento en la calidad de atención de mujeres en condición Post aborto”, que se llevó a cabo entre 2007 y 2008. Sin embargo, el financiamiento fue mucho menor que el del Plan Nacer y fue un esfuerzo de menor duración. Por otro lado, en una entrevista reciente el actual Ministro de Salud de la Nación, Juan Manzur, dijo desconocer la guía integral de atención de los abortos no punibles que se elaboró durante la gestión de Ginés González García y que la predecesora de Manzur, Graciela Ocaña tampoco difundió (Carbajal, Julio 2009, online). Es decir, que si ni siquiera se puede asegurar una buena atención en los casos previstos por la ley, el panorama no es muy esperanzador para la atención post aborto. Una política pública que apunte a reducir las llamadas “muertes maternas” debe tomar en cuenta las muertes invisibles para las estadísticas, apuntando a la despenalización del aborto y a la mejora y universalidad de acceso a la educación sexual (derecho tan atacado por la iglesia y sectores afines) y los métodos anticonceptivos (que no han sido garantizados en los últimos tiempos, como reveló un informe sobre DIUs en mal estado que se conoció hace unos meses). Una luz de esperanza se desprende del hecho de que la Argentina copatrocinó una resolución del Consejo de Derechos Humanos de la ONU, que por primera vez declaró las altas tasas de mortalidad materna como problema de derechos humanos, en junio de este año. La resolución compromete a los gobiernos a reconocer

“que la eliminación de la mortalidad y morbilidad maternas requieren la promoción y protección efectivas de los derechos humanos de las mujeres

y las niñas, incluidos su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a tener libertad de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del avance científico, a vivir libres de discriminación y a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.” (Carbajal, Junio 2009, online)

Considerando que el Plan se llama “Nacer” y que tiene entre sus objetivos mejorar la calidad de la atención obstétrica, resulta sorprendente que no tome en cuenta los derechos a un parto respetado, que son Ley en Argentina desde el 2004 y que promueven la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto y respetan la elección de la mujer de las personas que la acompañarán en el parto. Datos recientes indican que en Argentina hay 1 obstétrica (partera universitaria) cada 7000 habitantes, una cifra que contrasta ampliamente con las de Holanda, por ejemplo, en donde hay 1 obstétrica cada 700 personas. En la actualidad, hay 3000 obstétricas en Argentina, pero el Ministerio de Salud calcula que se necesitarían “9000 mujeres que sin ser médicas conozcan el arte de saber acompañar, contener y alentar a una mujer parturienta” (Peker, 2009, online). A futuro, el Plan podría incluir recursos para la capacitación y el apoyo de obstétricas.

Otra recomendación surge de la entrevista con el Dr Mussotto, quien declara no estar trabajando con contrato del Plan Nacer (al igual que todos los miembros de su equipo) debido a la falta de conveniencia laboral de los contratos previstos por el Plan, por lo que mantuvo su cargo en un centro de salud. Irónicamente, aunque el Plan paga sumas considerables a servicios de auditoría, prevé perfiles y

condiciones de contratación para el personal de coordinación provincial que no parecen muy atractivos. En palabras de Mussotto,

“Lo que pasa es que tampoco tenés perfiles porque si vos tenés un tipo que le pagás 5000 pesos, que tenés que facturar, que no tenés relación de dependencia, vos facturando 5000 pesos si trabajás en alguna cosa más...¿y por qué no consiguen tipos más expertos que yo o mejor formados? Porque los tipos que aprendieron se fueron, porque los organismos internacionales les pagan en dólares. [...] Yo no tengo ningún personal pagado por Nación. No tengo inconveniente porque tengo un jefe de operaciones que aprendió mucho. Cuesta conseguir gente, porque cuando vos leés los títulos...aparte los tenés que encontrar con esos requisitos, la experiencia, y con otra cosa importante, que quiera esperar cuatro meses para cobrar.”

Si el Plan Nacer apunta a la generación y capacitación de recursos humanos para que ejerzan un efecto multiplicador tendiente a mejorar la calidad de los servicios a largo plazo, debería ofrecer contratos que respeten los derechos laborales y aseguren la continuidad de los/as profesionales en el ámbito público.

Finalmente, una crítica más profunda es esencial para pensar políticas de salud que no sean sólo asistenciales. La necesidad de esfuerzos para reducir la mortalidad infantil y materna es incuestionable. Sin embargo, no se pueden tomar a estas problemáticas sociales como aisladas de la cuestión social en sentido amplio. Al leer la documentación que da origen al Plan Nacer, quedan al descubierto concepciones de estos problemas que los reducen a “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” (Soldano y Andrenacci, 2006: 6). El Plan Nacer es un claro ejemplo de las nuevas políticas asistenciales, que toman como dato indiferente a la política macroeconómica y que se caracterizan por “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” (Ibíd.).

Otra de las características de estas formas de asistencia social es que están cofinanciadas por organismos multilaterales como el BID y el Banco Mundial, que, como se puede apreciar en el proyecto previo y el seguimiento que hace el Banco, “aparecen con el doble rol de posibilitar el financiamiento de una parte de la intervención social del Estado nacional y de condicionar y monitorear las formas de esa intervención” (Soldano y Andrenacci, 2006: 33). Así, la política asistencial ha pasado a ser equivalente a la racionalidad y eficacia en la disposición de recursos públicos, que apuntan a la “legitimación de las formas de intervención del Estado (Ibíd.). La legitimación se da tanto hacia el interior como hacia el exterior, porque ambas esferas son necesarias para la supervivencia del Estado.

Una política de salud que no cuestione la mercantilización de la salud y las desiguales condiciones de vida en el capitalismo no podrá llegar muy lejos. Tampoco podrá hacerlo una política que encare de manera tan fragmentaria

asuntos cuyas causas son múltiples y complejas. Planes como éste deberían realizar esfuerzos conjuntos que integren no solamente el acceso a la atención de la salud, si no también la educación, el acceso a la vivienda, la salud sexual y reproductiva, la violencia de género, y todos los aspectos que garanticen un tratamiento integral de las necesidades humanas.

BIBLIOGRAFÍA

- BANCO MUNDIAL. (Página consultada en agosto de 2009). *Plan Nacer Argentina* [On-line]. Dirección URL:
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPA/ISES/LACINSPANISHEXT/ARGENTINAINSPANISHEXT/0,,contentMDK:20873711~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:500337,00.html>
- BANCO MUNDIAL. (Página consultada en agosto de 2009). *Adaptable Program Loan (APL)*. [On-line]. Dirección URL:
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTDIASPORA/0,,contentMDK:21552389~isCURL:Y~menuPK:4266590~pagePK:64168445~piPK:64168309~theSitePK:4246098,00.html>
- BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD DE ARGENTINA. (Página consultada en agosto de 2009). *Indicadores Básicos de Salud*. [On-line] Dirección URL:
<http://www.bvs.org.ar/indicador.htm>
- CARBAJAL Mariana, “El derecho a no morir por ser madre” en *Las 12* (Página 12), Buenos Aires, 26 de junio de 2009 [On-line] Dirección URL:
<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-127251-2009-06-26.html>

- CARBAJAL Mariana, “Estamos mejor que hace 15 días, pero todavía no estamos bien” en *Página 12*, Buenos Aires, 27 de julio de 2009 [On-line]
Dirección URL: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-128906-2009-07-27.html>
- CHECA Susana y Martha ROSEMBERG, *Aborto Hospitalizado: una cuestión de derechos reproductivos, un problema de Salud Pública*, Ed. El Cielo, Bs. As, 1996.
- INTERNATIONAL HEALTH PARTNERSHIP. (Página consultada en julio de 2009). *Interagency Working Group On Results-Based Financing (RBF) Update*. [On-line]. Dirección URL:
<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/RBF%20newsletter.pdf>
- JOHANNES Lars, “Output-based aid in health. The Argentine Maternal-Child Health Insurance Program” en *OBAApproaches*, publicado por Global Partnership on Output-Based Aid, Marzo 2007, Nota Número 13. [On-line]
Dirección URL:
http://www.gpoba.org/gpoba/sites/gpoba.org/files/OBAApproaches13_ArgentinaHealth.pdf
- KALK Andreas y Berit KIESELBACH, “Paying for Performance. Magic Bullet or a Payment Reinvented?” en *Bulletin von Medicus Mundi Schweiz*, N° 112, Abril 2009. [On-line] Dirección URL:
http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin112_2009/chapter1/22.html

- KIEM Elizabeth, “El principal informe anual de UNICEF aboga por un proceso continuo de atención de la salud de las madres y los recién nacidos”, *Unicef*, Nueva York, 15 enero de 2009, [On-line]. Dirección URL:
http://www.unicef.org/spanish/sowc/index_47139.html
- MARTINEZ FRANZONI Juliana, “Regímenes de bienestar en América Latina: consideraciones generales e itinerarios regionales”, en *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales* (FLACSO), volumen 4, número 2, San José, 2005.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN *Manual para Prestadores del Plan Nacer* y sitio web del Plan Nacer www.nacer.gov.ar
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN *Estadísticas Vitales. Información Básica – 2007*, Serie 5 - Número 51, Buenos Aires, diciembre de 2008.
- OXMAN A y FRETHEIM A, “An overview of research on the effects of results-based financing” en *Rapport fra Kunnskapssenteret*, N° 16, 2008. [On-line]. Dirección URL:
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/3219.cms?threepage=1>
- PÁGINA 12, “Cómo reducir la mortalidad materna”, 28 de mayo de 2009. [On-line]. Dirección URL: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-125683-2009-05-28.html>
- PEKER Luciana, “Record argentino” en *Las 12 (Página 12)*, 29 de mayo de 2009. [On-line]. Dirección URL:
<http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-4943-2009-05-29.html>

- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) Oficina de Argentina, (Página consultada en agosto de 2009). *HOJA DE DATOS BASICOS del Proyecto: ARG/04/023 “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial”* [On-line]. Dirección URL:
http://www.undp.org.ar/docs/Documentos_de_Proyectos/ARG04023.pdf
- SABIGNOSO Martin y Humberto SILVA, “NACER plan: Argentina’s innovative experiment with Result Based Financing for Health”, ponencia presentada durante las Sextas Sesiones plenarias del Leading Group on Solidarity Levies to Fund Development, París, 28 y 29 de Mayo 2009. [On-line]. Dirección URL:
http://www.leadinggroup.org/IMG/pdf_pdf_4_M_Sabignoso-Innov_Finance-RT_on_Risks-Argentina_Plan_Nacer_29_05_09.pdf
- SOLDANO Daniela y Luciano ANDRENACCI, “Aproximación a las teorías de la política social desde el caso argentino”, en ANDRENACCI Luciano (compilador) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*, Buenos Aires, UNGS-Editorial Prometeo, 2006.
- YOUNG Gerardo, “Sospechas e impugnaciones contra las compras del Estado” en *Clarín*, 23/08/09. [On-line]. Dirección URL:
<http://www.clarin.com/suplementos/zona/2009/08/23/z-01983803.htm>