



# Análisis del proceso institucional de generación de una política social de impacto multisectorial: el Plan Nacer y la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo

*Estudio del abordaje secuencial de la integración  
de programas sociales y sus resultados en la población*

DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN DE RESULTADOS | 2013



sumar

es más  
salud pública



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación

# Análisis del proceso institucional de generación de una política social de impacto multisectorial: el Plan Nacer y la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo

## Autoridades

---

### **PRESIDENTA DE LA NACIÓN**

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

### **MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN**

Dr. Juan Luis Manzur

### **SECRETARIO DE PROMOCIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS**

Dr. Máximo Andrés Diosque

### **COORDINADOR NACIONAL DEL PROGRAMA SUMAR**

Dr. Martín Horacio Sabinoso

### **COORDINADORES GENERALES**

Coordinador Nacional del Programa SUMAR, Dr. Martín Sabinoso y  
Coordinador Nacional del Área Planificación Estratégica del Programa SUMAR,  
Lic Humberto Silva.

### **MIEMBROS DEL EQUIPO DEL PROGRAMA SUMAR QUE PARTICIPARON EN EL DISEÑO, SEGUIMIENTO Y DIVULGACIÓN DEL ESTUDIO (EN ORDEN ALFABÉTICO):**

Lic. Mercedes Aramburu, Lic. Fernando Bazán, Lic. Lucila Belsanti, Lic. Julieta Carreras, Lic. Ramiro Flores Cruz, Lic. Analía Gonzalez, Lic. Maia Magnetto, Álvaro Ocariz, Lic. Luciano Pezzuchi, Dra. Romina Pons, Dra. Ana María Sala, Lic. Marcelo Salas, Lic. Carlos Vallejos, Dra. Natalia Vázquez, Lic. Leonardo Zanazzi, Lic. María Clara Zerbino.

*Este informe ha sido realizado por el Plan Nacer / Programa SUMAR – Ministerio de Salud de la Nación junto al Instituto de Efectividad Clínica Sanitaria (IECS) y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).*

## Índice de contenidos

Glosario.....	4
Capítulo 1. Nueva lógica de gestión en las políticas de protección social .....	5
1.1. Antecedentes Plan Nacer.....	5
1.2. Vinculación con la Asignación Universal por Hijo (AUH) y Asignación por Embarazo (AE).....	6
1.3. Nueva lógica de gestión de las políticas públicas, metas y desafíos.....	8
Capítulo 2. Realización del estudio.....	9
2.1. Origen y marco de la investigación .....	9
2.2. Objetivos.....	9
2.3. Abordaje metodológico.....	9
Capítulo 3. Elementos contextuales y teóricos de los programas y beneficios sociales no contributivos.....	11
3.1. Condicionalidades de salud y determinantes sociales.....	11
3.2. Revisión de Programa de Transferencias Condicionadas (PTC) y programas de salud materno infantil en Latinoamérica.....	11
Capítulo 4. Aprendizajes y resultados de la articulación entre Plan Nacer y AUH/AE.....	13
4.1. Del diseño a la implementación: los resultados a nivel de gestión.....	13
4.2. Repercusiones de la política en el tejido de protección social: el sentido estratégico de la articulación de Programas.....	16
4.3. Adopción de las políticas por parte de la población: conocimiento e inscripción .....	17
4.4. Cambio en los hábitos y costumbres: la importancia del control.....	19
Capítulo 5. Conclusiones y emergentes de la aplicación de la AUH y su repercusión en el Plan Nacer y los servicios de salud.....	21
5.1. Usos de la AUH: ampliación de la capacidad de compra y nuevos consumos.....	21
5.2. Acercamiento al sistema de salud público y adopción del Plan Nacer.....	22
Bibliografía.....	24

## Glosario

---

<b>ANSES</b>	Administración Nacional de la Seguridad Social
<b>APS</b>	Atención Primaria de la Salud
<b>AUH</b>	Asignación Universal por Hijo para protección social
<b>AE</b>	Asignación por Embarazo para Protección Social
<b>CAPS</b>	Centro de Atención Primaria de la Salud
<b>FLACSO</b>	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
<b>FONASA</b>	Fondo Nacional de Salud
<b>IECS</b>	Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria
<b>LGS</b>	Ley General de Salud
<b>LMGYAI</b>	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
<b>NEA</b>	Provincias del Noreste Argentino (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones)
<b>NOA</b>	Provincias del Noroeste Argentino (Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán)
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PNAC</b>	Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
<b>PPSSMI</b>	Política de Protección Social en Salud Materno-Infantil.
<b>PSF</b>	Programa de Salud Familiar
<b>PTC</b>	Programas de Transferencias Condicionadas
<b>TMI</b>	Tasa de Mortalidad Infantil

## Capítulo 1 Nueva lógica de gestión en las políticas de protección social

### 1.1 ■ Antecedentes Plan Nacer

A mediados del año 2003 Argentina comenzaba a salir de la profunda crisis económica y política que había hecho eclosión en diciembre de 2001, y sus consecuencias planteaban grandes desafíos para el diseño e implementación de las políticas públicas. La reducción en los ingresos y el aumento de la pobreza, producto de la crisis, se habían traducido en el deterioro de varios indicadores de salud. Como ejemplo más elocuente, se observó una reversión de la tendencia a la disminución de la mortalidad infantil, que en 2003 llegó a valores de 16,5/1000 nacidos vivos a nivel nacional con variaciones importantes en las distintas provincias. Este escenario, sumado a la drástica caída en el empleo que había dejado alrededor de 60% de la población excluida del sistema de seguro de salud, aumentó la carga de prestación de los servicios sobre la atención pública de la salud en sus jurisdicciones. El proceso hizo más evidentes los problemas subyacentes del sector de salud en el país que, incluso antes de la crisis, tenía un desempeño inferior al de otros países de ingresos medios en la región, los cuales registraban menores niveles de gasto en salud que la Argentina.

Frente a esta situación, el Gobierno Nacional implementó a partir del año 2004 el Plan Nacer, para mejorar los resultados de salud materno infantil en consonancia con las Metas Globales del Milenio. La primera fase se llevó a cabo en las provincias pertenecientes a las regiones del Noroeste argentino (NOA) y el Noreste argentino (NEA), por tratarse de las jurisdicciones que presentaban los indicadores más desfavorables de morbi-mortalidad materna e infantil. Luego, en mayo de 2007, se inició la segunda fase que incluyó a todas las restantes provincias argentinas y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Plan Nacer es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación implementado para invertir recursos en salud destinados a mejorar la cobertura de salud y la calidad de la atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. El Programa, en acuerdo con las provincias, desarrolla Seguros Públicos de Salud para la población materno-infantil sin obra social, a través de un modelo de financiamiento por resultados. Es así que se propone la búsqueda de un cambio cultural en la visión y gestión de la salud, priorizando la estrategia de la atención primaria de la salud, la eficacia del sistema y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población. Para ello, el Estado Nacional transfiere recursos a las provincias por la búsqueda activa e inscripción de la población sin obra social y el cumplimiento de resultados sanitarios. El Plan Nacer inauguró una nueva forma de buscar resultados en la implementación de po-

líticas sociales en el sector salud, respetando la organización federal del país. Este mecanismo de financiamiento introduce una estructura de incentivos monetarios y no monetarios dirigidos tanto a las provincias como a los equipos de salud que trabajan en los establecimientos. De esta manera, el Plan Nacer constituye una fuente de financiamiento complementaria que efectivamente permite reorientar el comportamiento de los principales responsables de la provisión de los servicios de salud.

En síntesis, el Plan Nacer es una política de priorización y explicitación de prestaciones cuyo acceso y calidad se propone garantizar para la población sin obra social, que utiliza una modalidad innovadora de financiamiento basado en resultados, con el objetivo de fortalecer y hacer efectiva la cobertura universal de salud proclamada en la Constitución Nacional. Inicialmente, el 100% del financiamiento de la cápita del Plan Nacer estuvo a cargo de la Nación, para luego pasar a ser cofinanciado bajo un sistema incremental y gradual por las provincias, manteniendo siempre una mayor participación en el cofinanciamiento por parte de la Nación, permitiéndole conservar su rol de rectoría en la estrategia iniciada por el Plan Nacer<sup>1</sup>.

En función de los resultados alcanzados, el Gobierno Nacional puso en marcha en agosto del 2012 el Programa SUMAR, la ampliación del Plan Nacer. El Programa SUMAR, junto con la cobertura para la población materno-infantil, incorpora a los niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años.

Esta política del Ministerio de Salud de la Nación se encuentra alineada con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en su informe de Salud en el Mundo del año 2010 expresó que *“la promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y el desarrollo económico y social sostenible”* y que la cobertura universal es *“un objetivo admirable, viable, oportuno”*, que los Estados deben asumir sin dilación. Para ello propone que todos los países puedan reflexionar e implementar políticas para mejorar la eficiencia y eficacia en la asignación de recursos, mediante la adopción de estrategias superadoras en la prestación y financiamiento de los servicios sanitarios.

## 1.2 ■ Vinculación con la Asignación Universal por Hijo (AUH) y Asignación por Embarazo (AE)

La ejecución del Plan Nacer dio cuenta de la capacidad del Gobierno Nacional y los Gobiernos Provinciales de implementar, gradual y sostenidamente, un programa de

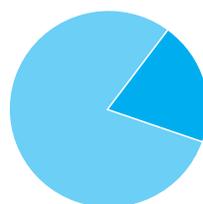
---

<sup>1</sup> El Plan Nacer se financió a través de un Programa de Préstamos Adaptable: la primer etapa en las provincias del NEA y NOA (Fase I) constituyó el APL I (BIRF AR- 7225) de U\$S 135,8 millones, mientras que la segunda etapa, para el resto del país, constituida por el APL II (Fase II) fue financiada a través del préstamo BIRF AR – 7409 por U\$S 300 millones. Por su parte, el Programa SUMAR, la ampliación y continuación del Plan Nacer, es financiado por el préstamo BIRF AR-8062 por un monto de U\$S 400 millones, a la vez que desde la Nación se desembolsan U\$S 40 millones. Se estima que las provincias en el marco del Programa SUMAR invertirán la suma de U\$S 35 millones.

financiamiento por resultados en salud en un país federal de ingresos medios como la Argentina. Su diseño y los resultados preliminares alcanzados en la evaluación de impacto, han generado un fuerte reconocimiento que se sustenta en el apoyo brindado por los equipos de salud y los Ministerios de Salud Provinciales.

La exitosa implementación del modelo de gestión del Plan Nacer, promovió su articulación con el diseño de la Asignación Universal por Hijo (AUH), el principal programa del país de transferencias directas de ingresos a las familias que no tienen relación directa con el empleo formal registrado. La AUH, vigente a partir de noviembre de 2009, incorporó un subsistema de asignaciones familiares no contributivo, orientado a menores de 18 años, cuyos padres/tutores no se encuentren registrados en la seguridad social (ya sea que son hijos de desocupados o trabajadores no registrados). La meta es brindar protección a aquellos sectores más vulnerables, incentivar la acumulación de capital humano y contribuir a la ruptura de la transmisión inter-generacional de la pobreza. Desde el inicio de la implementación de la AUH, un promedio de 3,6 millones de niños, niñas y adolescentes acceden mensualmente a esta protección monetaria. Esa cifra representa alrededor del 29% del total de menores de 18 años que habitan el país.

A partir de mayo de 2011 se amplió la cobertura para incluir a las mujeres embarazadas desocupadas o con empleo informal. La "Asignación por Embarazo para Protección Social" (AE) tiene como objetivo brindar protección social a las mujeres en situación de vulnerabilidad socioeconómica en estado de gestación, de forma tal de ofrecerles servicios públicos de diagnóstico y tratamiento oportuno, a los fines de contribuir a disminuir los índices de mortalidad materna, perinatal, neonatal e infantil asociados a problemas en el acceso a los servicios de salud. Tanto en la AUH como en la AE, la inscripción en el Plan Nacer es el requisito para que las mujeres embarazadas y los niños menores de seis años, puedan percibir la asignación. Los incentivos funcionan de forma articulada, en el caso de la AUH la inscripción en el Plan Nacer y su presentación correspondiente de los controles, es lo que permite acceder al 20% del total no liquidado de las transferencias.



**20% de la Asignación percibida a través de la inscripción al Plan Nacer**

Para la Asignación por Embarazo, la inscripción en el Plan es condición necesaria para el alta y afecta el 100% del ingreso. El diseño cruzado incorpora también la etapa del nacimiento, ya que es condición para acceder a la asignación, la inscripción del niño al Plan Nacer.

La sinergia buscada a través de la articulación Plan Nacer/AUH/AxE se inserta en una nueva lógica de gestión de las políticas públicas, que busca abordar las causas multidimensionales de los problemas sociales a través de la complementariedad entre diversos programas. La intersectorialidad y coordinación de las políticas sociales permiten a su vez, maximizar los recursos y los efectos redistributivos de los mismos. La coordinación de distintos niveles de intervención institucional y de los distintos tipos de políticas es una prioridad nacional que permite maximizar los resultados en término de impacto, y plantea el desafío de involucrar distintas estructuras de bienestar que tienden a funcionar fragmentadas en la acción pública.

### 1.3 ■ Nueva lógica de gestión de las políticas públicas, metas y desafíos

Cada política social posee sus propios interrogantes y objetivos que responden a las metas que motivaron el diseño e implementación de cada una de ellas. La articulación entre programas y sus resultados plantean un espacio de aprendizaje más ambicioso, donde la identificación de los desempeños, competencias y condicionantes críticos, permiten desarrollar líneas de trabajo y acciones concretas para fortalecer y optimizar a las políticas públicas en particular, y mejorar la situación de la ciudadanía en general.

Es así que surge la necesidad de realizar una investigación que permita indagar la repercusión de la articulación entre ambos programas sociales en las distintas esferas sobre las que estas políticas buscan incidir. Para ello, se buscó recoger la experiencia y los beneficios generados a partir de la relación entre Plan Nacer y otras direcciones gubernamentales de la AUH y AE, en indicadores sanitarios, actores institucionales y la población

## Capítulo 2 Realización del estudio

### 2.1 Origen y marco de la investigación

El “Análisis del proceso institucional de generación de una política social de impacto multisectorial: el Plan Nacer y la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo” se concibió como una herramienta estratégica que combinó técnicas de análisis distintas y complementarias. Por un lado se buscó recabar información sobre los programas de transferencias condicionadas y otras experiencias de salud materno infantil en la región. Esta contextualización permitió generar un marco teórico en el cual situar el trabajo de campo realizado con referentes institucionales y destinatarios de la política, e identificar aprendizajes y usos positivos de la sinergia, como así también, dificultades y problemáticas a ser resueltas.

### 2.2 Objetivos

El estudio se propone conocer sobre la experiencia de articulación entre dos políticas públicas de protección social: el Plan Nacer y la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo. Para ello, se llevó a cabo una investigación en conjunto con el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) durante el año 2012 que cuyos objetivos específicos fueron:

- › **Identificar y caracterizar** los esquemas institucionales, procesos y mecanismos aplicados para la articulación de los programas.
- › **Conocer** cómo la población vincula el Plan Nacer y la AUH y AE e **indagar** la percepción que tiene sobre el impacto de estas políticas en su vida cotidiana.
- › **Analizar** eventuales cambios en el estado y las prácticas de salud de la población objetivo a partir de la articulación entre ambas políticas.

### 2.3 Abordaje metodológico

Se diseñó un estudio multi-etápico con metodología cuali-cuantitativa compuesto por:

- › **Análisis cuantitativo de bases e indicadores sanitarios** a partir del procesamiento de las bases de prestaciones brindadas a mujeres embarazadas y niños menores de 6 años, junto con una evaluación de la evolución de la inserción de efectores al Programa.
- › **Entrevistas semi-estructuradas con actores institucionales y referentes gubernamentales de ambas políticas**

Autoridades nacionales y provinciales del Plan Nacer, personal de los efectores de salud de diversos niveles de atención (directores de hospitales, coordinadores de caps, médicos, enfermeros, agentes sanitarios), autoridades regionales de Anses (Jujuy y Corrientes).

- › **Análisis de la opinión y percepción de las usuarias**
- › Entrevistas semi-estructuradas y grupos motivacionales a la población en 5 provincias.

## Capítulo 3 Elementos contextuales y teóricos de los programas y beneficios sociales no contributivos

### 3.1 ■ Condicionalidades de salud y determinantes sociales

Las condicionalidades de salud en los Programas de Transferencias Condicionadas (PTC), como es el Plan Nacer en la AUH y AE, apuntan no solo al fortalecimiento y optimización de la oferta de los servicios de salud. La articulación también busca, primordialmente, disminuir las restricciones operativas que enfrentan las familias bajo protección, integrando social y económicamente a los titulares de las asignaciones y prestaciones como sujetos de derechos. La evaluación de los PTC y sus resultados deben tener en cuenta el proceso agregado que implica la adquisición, promoción y materialización de los derechos económicos, sociales y culturales.

El estado de salud no puede reducirse solo a sus elementos clínicos y sanitarios, y es por ello que los componentes sociales, asociados a calidad de vida y bienestar, también se encuentran presentes en la sinergia de las políticas sociales. Es a través de la articulación de los diferentes programas que se logra mejorar el ambiente y la realidad social de la población. Tal como lo sugieren Repetto y Potenza Dal Masetto (2011: 57), entre los desafíos que restan para mejorar la articulación de estas políticas: “*se cuentan la necesidad de interpelar el papel de la política para darle sentido estratégico y solidez institucional a una concepción de protección social que ordene y oriente las acciones en esta materia*”.

### 3.2 ■ Revisión del Programa de Transferencias Condicionadas (PTC) y programas de salud materno infantil en Latinoamérica

América Latina cuenta con variadas experiencias en PTC vinculadas a políticas de salud materno infantil. Entre los programas con características y poblaciones similares a la experiencia argentina, pueden mencionarse Brasil y Bolsa Familia y Programa de Salud Familiar (PSF), en Chile las políticas de Chile Solidario y Plan de Salud Familiar; Colombia cuenta con Red Juntos y Programa Familias en Acción, Programa de Crecimiento y Desarrollo y PAI. En Ecuador puede mencionarse el Bono de Desarrollo Humano y Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI); para México el Programa Oportunidades y Ley General de Salud (LGS); y en Uruguay el Régimen de Asignaciones Familiares de Uruguay y Programa Nacional de Salud de la Niñez. Independiente de las diferencias que cada una de ellas presenta, coinciden en el objetivo principal que es contribuir a reducir las tasas de mortalidad materno infantil en los respectivos territorios.

En el caso particular de Brasil, el país cuenta con el Programa de Salud Familiar (PSF) creado en 1994 con el objetivo central de fortalecer la atención primaria de salud en el país. Consiste en un conjunto de programas orientados a la comunidad entre los cuales se encuentra el Programa de Salud Infantil, el Programa de Salud de la Mujer, Programa de Humanización Prenatal y de Nacimiento, y el Pacto Nacional para la reducción de las Tasas de Mortalidad Materna e Infantil. PSF genera un aporte económico para la creación de establecimientos de atención primaria en salud en los municipios que no los poseen, creando accesibilidad territorial a las comunidades residentes en esos territorios. En cuanto al impacto que este programa ha tenido en la salud de la población inscrita, los datos informados por la Organización Panamericana de Salud (OPS: 2006) indican que el PSF ha contribuido a disminuir la mortalidad infantil en Brasil. En el período 1990-2002, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) disminuyó de 49,7 a 28,9 por mil nacidos vivos. Durante el mismo período, la cobertura promedio del PSF aumentó de 0 a 36%. Un 10% del aumento del PSF fue asociado a un 4,5% de disminución de la TMI, controlando todos los otros determinantes de salud. Los resultados indican que el PSF puede reducir la TMI en parte a través de una reducción de las muertes por diarrea, un aumento en las tasas de vacunación, tasas de lactancia materna y al manejo materno de la diarrea y las infecciones respiratorias.

Dentro de las políticas públicas chilenas, el Plan de Salud Familiar comenzó a funcionar en 1995, como un plan de salud primaria con foco en la prevención. Entre sus componentes incluye la planificación familiar, los cuidados prenatales y pos parto, revisiones médicas a los recién nacidos, orientación nutricional, visitas al hogar, inmunizaciones, y la entrega de los productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) condicionada a las revisiones médicas. El PNAC consiste en una transferencia condicionada a los controles médicos y al estado nutricional de los niños. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) hace transferencias per cápita a las Municipalidades para asegurar la entrega del Plan y las referencias adecuadas. Los programas mencionados forman parte de la Política de Protección Social en Salud Materno-Infantil (PPSSMI) de Chile.

De acuerdo a la información aportada por la OPS (2006) los resultados en salud y nutrición materna e infantil han mejorado en Chile. La mortalidad materna cayó de 40 por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 17 por 100.000 nacidos vivos en 2002. Las causas principales de esta reducción son un aumento en la atención calificada durante el parto y esfuerzos de planificación familiar para reducir los embarazos no deseados. En lo que respecta a la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad infantil (TMI) fue de 7.2% en el 2009. Estos datos habilitan a pensar que las políticas públicas implementadas por el país en materia de salud tuvieron sus efectos positivos en función de sus principales objetivos.

## Capítulo 4 Aprendizajes y resultados de la articulación entre Plan Nacer y AUH/AE

### 4.1 ■ Del diseño a la implementación: los resultados a nivel de gestión

El abordaje secuencial para la integración de políticas sociales implica la articulación en los niveles gerenciales de los programas, como así también la coordinación de múltiples actores en diferentes jurisdicciones e instancias gubernamentales. Para ello, fue necesaria la decisión política, junto con un proceso técnico-político basado en la construcción de valores, priorizaciones y criterios de eficacia comunes e integrales.

Uno de los principales aspectos que facilitaron la dinamización y sinergia de estas políticas fue la articulación entre los diferentes niveles de gestión, desde niveles nacionales y provinciales hasta el municipal. Al respecto, varios entrevistados señalaron la buena relación política entre los diferentes niveles y concepciones compartidas en política sanitaria como los principales motivos de los buenos resultados de esta articulación. Como así también, la credibilidad del Plan Nacer entre los diferentes actores (gestores, efectores y proveedores), en virtud de la regularidad en el ingreso de los fondos que demostró desde su implementación.

*“Hubo capacitaciones permanentes, y después a medida que fueron llegando los recursos, la gente se fue convenciendo, a medida que se fueron plasmando las cosas. Fue un convencimiento general que despacito se ha ido involucrando con el Programa.” (Gestor nivel municipal, Buenos Aires)*

*“Los centros de salud se preocupan más por cargar lo nuestro [Plan Nacer] porque nosotros desde hace más de dos años y medio o tres, estamos pagando regularmente cada 50 días, entonces hemos demostrado credibilidad del pago y hemos demostrado que el ministerio libera ese dinero y no les dirigimos el gasto, eso fue algo que fue reconocido por los prestadores.” (Gestor a nivel provincial, Mendoza)*

*“El poder coordinar y poder destinar los fondos de manera ordenada y a sabiendas, como sé más o menos la práctica que tenemos, lo que vamos a ir facturando mes a mes, puedo hacer un cálculo de cuánto voy ahorrando y cuánto puedo gastar a futuro.” (Entrevista N° 11, efectores, Chubut)*

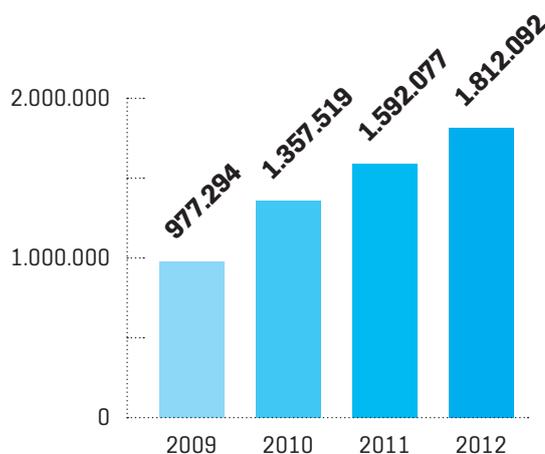
En términos operativos y de inscripción, la coordinación entre la ANSES y el Plan Nacer promovió una contribución recíproca entre ambos programas. Inicialmente,

el Plan Nacer aportó los datos que le permitieron a la ANSES identificar a los niños que no integraban las bases de padrones que originalmente se utilizaron para conformar el universo de titulares de la AUH. Al mismo tiempo, la incorporación del Plan Nacer como requisito sanitario para acceder y mantener el beneficio de la AUH/AE se tradujo en un incremento de los niveles de inscripción en los Seguros Provinciales de Salud. Este proceso simultáneo, es destacado por sus protagonistas por la rapidez con la que se ejecutó el registro de la población inscripta, y el impacto financiero que esto tuvo en las provincias, gracias al aumento en las transferencias y los volúmenes de facturación.

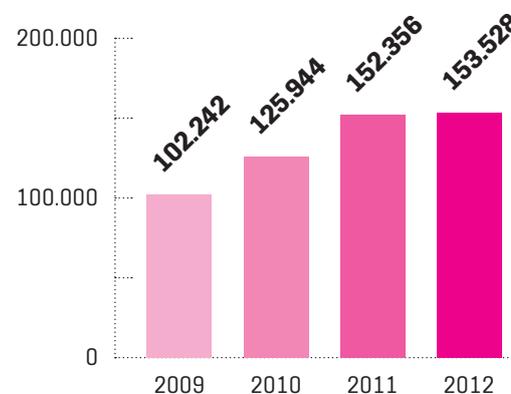
La acción de coordinación y cruce de información entre distintos niveles de intervención de la Nación fue un desafío para las distintas partes que intervinieron, y una posibilidad para enfocar las estrategias sobre la población objetivo. Según lo menciona Álvaro Ocáriz, responsable nacional del Área Capitas del Programa SUMAR/Plan Nacer:

*“La idea nuestra es tomar esa información, ya sea 60, 70 mil las personas que sean, cruzarlas con nuestro padrón, e identificar las que están inscriptas en el Plan Nacer y no en la Asignación, y armar los mapas para ir a buscar esas mujeres que seguramente no estén recibiendo el beneficio por algún motivo de distancias o habría que analizar el motivo. (...) El beneficio y el objetivo nuestro es tratar de conseguir esa base que ya la conseguimos, y estamos trabajando en este momento, armando los mapas y trabajar en conjunto en operativos. Hay una oficina en los hospitales e inscriben tanto la Asignación Universal por Hijo como por Embarazo, empezaron en la provincia de Buenos Aires y se va a aplicar en todas, y que creemos que estos mapas van a servir para hacer ese operativo”.*

La asociación y colaboración entre ANSES y Plan Nacer, generó tanto sinergias cognitivas, como articulación sobre los procesos y actividades, promoviendo el intercambio de información y las gestiones para implementar acciones estratégicas entre los distintos actores y sectores. Esta coordinación, también tuvo su repercusión en términos de autoridad, movilizandando decisión y fuerza política para crear convergencias y articulaciones entre los mandatos ministeriales. La puesta en marcha de esta medida se tradujo, inicialmente, en los 230 mil niños y niñas que ingresaron a la Asignación Universal por estar inscriptos en el Plan Nacer, y provocó un incremento del 50% en la inscripción de niños/as al Plan Nacer y un 14% de las embarazadas.



*Sinergia con AUH: niños menores de 6 inscritos al Plan Nacer*



*Sinergia con AXE: embarazadas inscritas al Plan Nacer*

Como parte de esta estrategia cruzada, la integración entre la Anses y el Plan Nacer se tradujo en diferentes experiencias de trabajo conjunto. En el 2012, para promover el acceso a las Asignaciones y las inscripciones en el Programa se puso en marcha diversas campañas en hospitales y maternidades, realizando operativos con el objetivo de promover las inscripciones y acercar la seguridad social a más habitantes de todo el país.

En los inicios del Plan Nacer, existían ciertos preconceptos entre algunos niveles institucionales que lo conceptualizaban como un programa de salud que funciona en forma paralela e independiente al sistema público, gratuito y universal de salud. Gracias al trabajo del Plan y el mayor conocimiento de las partes involucradas, sus resultados se tradujeron en alianzas estratégicas realizadas con actores claves, y la inclusión como condicionalidad de salud para percibir la AUH/AE. Esta inserción institucional, legitimada ya desde su exitosa implementación en el modelo de gestión<sup>1</sup>, permitió, de acuerdo al testimonio de Flavia Rainieri, Coordinadora Provincial del Programa SUMAR en la Provincia de Buenos Aires:

*“El trabajo ahora con la AUH generó un impacto enorme y maravilloso en el Nacer, hay una coincidencia en las políticas nacionales, provinciales y municipales”*

La sinergia en las autoridades y la construcción de una visión común en los diferentes niveles institucionales, son fundamentales para el desarrollo y resultado de articulación entre ambos Programas:

<sup>1</sup> | El Plan Nacer fue premiado por el Grupo de Evaluación Independiente del Banco Mundial con la distinción a la calidad Premio a las Mejores Prácticas 2011 (Good Practice Project Award 2011), por destacarse en su diseño, resultados, sistema de monitoreo y evidencia de impacto.

*“Cuando las autoridades provinciales entendieron cómo funciona el Plan Nacer y lo empoderaron, éste se valoró más y logró alcanzar mejores resultados” (Gestor del Programa a nivel nacional)*

Es así que a nivel de gestión pueden identificarse tres resultados específicos:

- › Aumento de la nominación.
- › Desarrollo de estrategias para aumentar el número de inscriptos y, por lo tanto, la facturación
- › Empoderamientos y adquisición de conocimiento de gestión por parte de los actores institucionales.

## 4.2 ■ *Repercusiones de la política en el tejido de protección social: el sentido estratégico de la articulación de Programas*

La asociación entre políticas sociales tiene la meta de integrar social y económicamente a los sujetos de derecho que reciben las prestaciones. El diseño de la AUH posee un alcance significativo, y las condicionalidades en términos de salud buscan incorporar en el Programa a aquella población difícil de captar por parte de los servicios de salud, promoviendo así una mejora en los controles prenatales, la vacunación y el control del niño sano.

La comunicación y difusión del funcionamiento entre ambas políticas es un eslabón fundamental para alcanzar resultados entre la población inscripta. El nexo con la población, y las estrategias efectivas para transmitir la información requerida, es un proceso de trabajo secuenciado que se inicia con el aumento en los niveles de inscripción, e implica desafíos para la promoción de la salud.

*“Está bien que estén inscriptos pero eso no alcanza para hablar de derechos a la salud, eso está en proceso y en camino.” (Gestor provincial del Programa, Buenos Aires)*

Comunicar a la población las prestaciones y servicios que les brinda el Plan Nacer, se vuelve imprescindible a fines de garantizar una inclusión ciudadana a los derechos sociales:

*“Las mamás piensan que es cuestión de firmar la libreta nomás, y nosotros aprovechamos para concientizarlas, exigirles controles 2 veces al año.” (Director Provincial de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Jujuy)*

### 4.3 ■ Adopción de las políticas por parte de la población: conocimiento e inscripción

El proceso institucional de generación de una política social de abordaje multisectorial como es la articulación de AUH/AE con el Plan Nacer tiene repercusiones en los niveles de gestión de las políticas, pero fundamentalmente se prioriza el impacto en la población objetivo. Partiendo de la visión del Plan Nacer/Programa SUMAR, que es contribuir a garantizar el ejercicio del derecho a la salud, la misión era implementar un modelo innovador de gestión en salud, fortaleciendo el sistema vigente, con el objetivo de incrementar el acceso y la calidad en servicios priorizados. La asociación con la AUH/AE implicó un desafío, en la medida en que la acción del Programa busca potenciar el vínculo de la población con el sistema de salud, generando avances en la utilización y calidad de los servicios.

A partir de las entrevistas y grupos motivacionales realizados con la población en diferentes provincias, se identifica que la sugerencia de inscribirse en cualquiera de las dos asignaciones surge del propio sistema de salud (el asistente social o el agente sanitario), o por comentarios y consejos de amigos y familiares. Sobre los trámites que deben realizar para percibir ambas asignaciones, algunas mujeres pudieron hacerlo solas “es fácil”, y las madres jóvenes consultaron los pasos a seguir en la página de Internet de la ANSES.

Las mujeres entrevistadas conocían los programas que intervienen en la asignación y la articulación entre ambos:

*“Lo que tengo entendido es que la AUH es para que los chicos se den las vacunas y vayan a la escuela”. (Testimonio de la provincia de Corrientes)*

*“Plan Nacer es en lo que te inscribís para sacar la AE. Yo sé que para poder tener la asignación hay que anotarse al Plan Nacer.” (Testimonio de la provincia de Jujuy)*

*“Después de la primera consulta me llamaron de acá para ver si quería hacer el trámite y me llenaron la planilla y me firmó la doctora y después me presenté a la ANSES.” (Testimonio de la provincia de Buenos Aires)*

*“Lo que sé sobre el Plan Nacer es que no hace falta que las mamás vayamos a sacar el primer turno para el bebé, lo sacan las agentes de sanidad, y que además nos corresponden las vacunas gratuitamente”. (Testimonio de la provincia de Mendoza).*

Las mujeres inscriptas en el Plan Nacer lo identifican como una “marca” asociada al sistema de salud. La inscripción en el Plan está fuertemente impulsada por las instituciones de salud que llevan adelante estrategias activas de reclutamiento de

la población elegible a través de los médicos, agentes sanitarios y trabajadores sociales. Destacaron la sencillez del trámite y los requisitos:

*“En el hospital cuando tuve mi bebé me preguntaron si tenía obra social, y como dije que no me inscribieron al Plan Nacer. Fue fácil, en una ventanilla y solo con DNI.”* (Testimonio de la provincia de Jujuy)

*“Antes de que me dieran el alta de la nena, vinieron las chicas del Plan Nacer que están en el hospital y me hicieron la ficha de ella.”* (Testimonio de la provincia de Mendoza).

*“Lo hice en el centro de salud con el agente sanitario. No se necesita ayuda, es llenar un formulario nada más.”* (Testimonio de la provincia de Chubut)

*“Cuando tuve al gordo, el mismo médico me dijo que lo anote en el Plan Nacer.”* (Testimonio de la provincia de Corrientes)

Algunas mujeres brindaron detalles sobre el proceso administrativo entre el hospital donde se hizo la inscripción y el primer nivel de atención, como así también del funcionamiento del Plan Nacer en los centros de salud

*“En el hospital me hicieron la ficha de ella y ella ya se vino con la ficha del Plan Nacer, y en la sala tuve que hacer la ficha de vuelta para que quedara una acá y ya venía con la mía.”*

*“Lo que entendí es que por cada atención de Plan Nacer que le hace el centro de salud al niño, el gobierno les paga, y con esos beneficios se hace un fondo que va directamente a la sala o al hospital.”* (Testimonio de la provincia de Mendoza)

En las entrevistas con actores claves de la implementación, se mencionó que la articulación entre políticas permitió incorporar al programa a población difícil de captar por parte de los servicios de salud.

*“Se captó gente que de otra manera no se podía captar porque hay gente que no le interesa ir al centro médico, entonces no había manera de captarlas, gente que trabaja o que vive en los Puestos, nosotros les decimos Puestos a gente que vive alejada de la ciudad o en la precordillera, en zona de montaña, en el piedemonte, entonces no iba de otra manera al centro de salud, empezó a ir cuando le obligaron a inscribirse para recibir la asignación”* (Personal médico de efector, Mendoza)

#### 4.4 ■ Cambio en los hábitos y costumbres: la importancia del control

El cobro de la AUH exige como requisito el cumplimiento de los controles de salud, en el caso de los niños menores de 6 años exige su inscripción en el Plan Nacer y el control de vacunación. Las mujeres consideran que la exigencia de control de salud y regularidad escolar de los niños como condición para el cobro de la asignación es una forma de cuidar a la población, e identifican una relación directa entre las exigencias de la AUH y una mayor atención de la salud de los niños/as.

*“Traigo la chequera y me anotan todos los meses el peso y los datos de la salud del bebe.” (Testimonio de la provincia de Jujuy).*

*“Tengo la libreta de la asignación social y un papelito del Plan Nacer y lo tengo que llevar siempre. En la libreta de salud me anotan los controles, que tiene todas las vacunas al día, que tiene todos los controles al día, cuando nació lo controlé ya y después todos los meses controlándolo.” (Testimonio de la provincia de Mendoza).*

Las mujeres consultadas mencionan los requisitos exigidos para el cobro de la AUH, y la importancia de cumplir con el control médico aún en ausencia de enfermedad:

*“Este embarazo fue más controlado, porque me hacían hacer análisis de una cosa, de otra cosa.”*

*“Ahora es más controlado que antes, le hacen más estudios a los bebés. Ahora son un estudio tras otro cuando nace antes de salir del hospital.” (Testimonio de la provincia de Jujuy).*

*“Hay que hacer lo de la vista, lo de los oídos, lo de la cadera, después vacunas, todos los meses, y después cada un año. O si se enferma hay que llevarlo al control, hasta que le den el alta. Aunque ya esté bien, tiene que haber el alta del médico.” (Testimonio de la provincia de Buenos Aires).*

Con respecto a la percepción de los actores clave en la gestión e implementación de los programas, destacan sobre la articulación de ambas políticas los cambios en las prácticas de cuidado de la salud por parte de la población beneficiaria. La condicionalidad de los controles de la salud como los cuidados prenatales, las vacunaciones, los controles del niño sano, entre otros, han generado un nuevo hábito en la población objetivo, quienes integraron a su vida cotidiana la práctica de realizar estos cuidados y de concurrir a los centros de salud.

*“Se acercan más a hacerse los controles y que ya cuando vos hacés una cosa de repetición ya se te queda grabado porque ya lo tenés que hacer porque sí (...) Se concientizaron de que tienen que traer a los bebés a control, las embarazadas tie-*

*nen que hacerse su control y el médico acá le dice tienes que ir al odontólogo, a la nutricionista, se ha hecho una red buena acá.”*

*“Lo que yo he notado es que hay más controles, y si hay más controles es porque la gente ha ido más, si bien la provincia tiene un sistema de agente sanitarios, estos agentes buscan gente pero no toda la gente, los que van siempre son los que vinieron, el que se controla es el que se controló siempre, con la AUH se acercó el que no se controlaba. (Testimonios de personal médico de efectores, Mendoza)*

*“La gente aprendió más sobre prácticas de salud, Por ejemplo en el control de embarazo, en el control de niños, en algunas patologías que eran de registro obligatorio” (Gestor de Programas a nivel provincial, Jujuy)*

En el marco del Plan Nacer, las mujeres destacan que los niños pequeños y las embarazadas tienen más controles como parte de un modelo de preventivo integral, como así también las obras de infraestructura y mejoras edilicias percibidas.

*“Cuando vos lo llevás al médico las doctoras nos dan los controles, todo lo que tenemos que hacerles, nos dan las recetas para los oídos, para todo, en ese sentido hay un buen control.” (Testimonio de la provincia de Mendoza)*

*“Las vacunas y siempre todos los meses tiene que llevar a que le pese y que le mida y todo eso.” (Testimonio de la provincia de Corrientes)*

*“Te benefician a hacerte los análisis cuando estás embarazada, y después del nacimiento lo llevás a los controles, las vacunas, talla, peso.” (Testimonio de la provincia de Buenos Aires)*

*“Hace poco agrandaron el hospital con toda la plata que agarraron de los planes, pusieron más gente cuando se amplió el hospital.” (Testimonio de la provincia de Chubut)*

## Capítulo 5 Conclusiones y emergentes de la aplicación de la AUH y su repercusión en el Plan Nacer y los servicios de salud

### 5.1 ■ Usos de la AUH: ampliación de la capacidad de compra y nuevos consumos

A partir del trabajo de campo y los análisis realizados los resultados dan cuenta del conocimiento generalizado de la AUH entre los usuarios y los actores intervinientes. La AUH implica una transferencia monetaria que representa un beneficio “tangible” que las mujeres pueden individualizar de manera concreta y aplicable a la vida cotidiana a la vez que cuenta con amplia difusión en los medios de comunicación.

Las personas que perciben las asignaciones señalaron que es una ayuda económica valiosa que implica un aporte significativo en términos relativos. Respecto a las modalidades del uso del ingreso proveniente de la AUH, la mayoría de los informantes entrevistados destacaron que el dinero recibido se destina a los fines propuestos en el marco de esta política: esto es, a mejorar la alimentación de los niños, adquirir materiales escolares y ropa.

*“Se hizo un estudio al principio de, no me acuerdo, el 2009 o 2010, de desarrollo social y local y el impacto que tenía en la canasta familiar, en qué se utilizaba y la mayoría utilizaba en la alimentación, para el consumo mayor de carne y verduras.”*  
(Gestor a nivel municipal, Buenos Aires)

*“Yo creo que la utilizan bien, son gente de muy escasos recursos, y la asignación universal la ocupan sí para sus hijos, para comprarle ropa o para alimentarlos bien. Cuando cobran ese restante 20% que lo cobran todo junto aprovechan y compran zapatillas para comenzar la escuela por la fecha de pagos, yo creo que sí la utilizan bien, por lo menos sí se vio una mejora en la calidad de vida de los chicos, eso sí se ve.”* (Gestor a nivel provincial, Jujuy)

Los consumos en alimentación es uno de los rubros más mencionados, y se destacan en particular las referencias a los lácteos y al yogurt. Estos hallazgos van en consonancia con lo reportado por un estudio apoyado por la Comisión Salud Investiga sobre el impacto de la AUH en los consumos vinculados a la salud.<sup>2</sup> Los autores

<sup>2</sup> | Melgarejo MG, Alvarez Agis A, Díaz Córdova D, Lesser P, Miguel LM, Polischer G. Estudio evaluativo para caracterización cuali-cuantitativa de impactos de la Asignación Universal por Hijo (AUH) en consumos vinculados a salud: la construcción de la relación salud-alimentación-escolaridad como situación inicial (línea de base) determinante para la futura evaluación y diseño de programas de salud. Buenos Aires: Argentina. Ministerio de Salud. Comisión Nacional Salud Investiga, 2011.

señalan que la AUH tiene un efecto de mejora del consumo alimentario a través de la incorporación de nuevos productos, especialmente el yogurt, que antes resultaban económicamente inalcanzables, y que son vistos como nutritivos y gratificantes.

*“Puedo comprarle yogures, porque por ahí salió un yogurcito nuevo que a ellos les llama la atención, y uno se puede dar un gusto, una vez cada tanto.”* (Testimonio de la provincia de Mendoza)

## 5.2 ■ Acercamiento al sistema de salud público y adopción del Plan Nacer

La AUH es una política ampliamente conocida y difundida, mientras que el conocimiento del Plan Nacer resulta más difuso y se lo percibe principalmente como una herramienta obligatoria para el cobro de la AUH y la AE. La menor visibilidad del Plan Nacer se asocia, de acuerdo a los actores claves, a cierta “intangibilidad” del Plan, a diferencia de la AUH, que supone una transferencia monetaria directa, y a la escasa difusión de las inversiones realizadas en los efectores de salud con los fondos provenientes del Plan. Al respecto, en algunas jurisdicciones se registraron experiencias orientadas a informar a la población sobre el funcionamiento del Programa así como la procedencia y el uso de los recursos.

La familiarización con la AUH es consecuencia también de los trámites personalizados que requiere para su inscripción, mientras que el Plan Nacer no requiere trámites burocráticos y se realiza en las instituciones de salud. El Plan Nacer se asocia con un seguro de salud, noción que se condice con el espíritu de la política:

*“Es la obra social de los que no pueden tener cobertura particular.”* (Testimonio de la provincia de Jujuy)

El esquema de interrelación entre la AUH y la AE con el Plan Nacer permite acercar a la población al sistema de salud, en el marco de modelos preventivos integrales, organizados y planificados con un sentido sanitario. El Plan Nacer se tiende a asociar con otros programas sanitarios como los de entrega de leche y de medicamentos, así como el de inmunizaciones y el de salud sexual, hecho que evidencia articulación entre programas e integralidad en el abordaje preventivo. En este sentido, el Plan Nacer serviría como puerta de entrada para acceder a otros programas, hecho que revela el aprovechamiento de todas las oportunidades posibles para ofrecer y facilitar las prestaciones preventivas.

La incorporación del Plan Nacer como condicionalidad de salud para acceder a la AUH propició el acercamiento de la población a los efectores, y con la potencialidad

para generar nuevos hábitos y prácticas de cuidado. El contacto con los usuarios supone un dato favorable en sí mismo, y es percibido por los actores intervinientes en la política como una oportunidad para realizar actividades de prevención y promoción de la salud.

*“Yo creo que fue una oportunidad grande en el sentido de que en ningún lado se le firmó la libreta por un trámite. No era un trámite. Porque las madres venían como si fuera un trámite. Y el equipo de salud dijo no, esto no es un trámite. Esto es un control. Nosotros vimos una oportunidad grandísima desde salud, desde lo preventivo sobre todo. Porque eran chicos por ahí en algunas áreas que o no eran visitados por los agentes sanitarios o eran chicos que venían porque bueno, tanto el trabajo de APS que va y los busca y los trae y los llama y los cita, era duro el trabajo del agente sanitario. Y con esto ellos pensaban que llegaba un sistema de salud que era un trámite. No, el sistema le dijo, esto no es un trámite. Para nosotros es salud de estos niños pero sobre todo la conducta de promoción y de prevención.”* (Gestor a nivel provincial, Jujuy)

De esta forma, se está llevando a cabo uno de los objetivos centrales del Plan Nacer, que es el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en las diferentes jurisdicciones. Al respecto, varios entrevistados señalaron como uno de los aspectos más destacados en la articulación de las políticas, la utilización de los servicios de salud por parte de esta población:

*“El punto con el Plan Nacer y la conducta de este Municipio, es el trabajo territorial. Es estar cerca y llevar la posibilidad a cada uno de los vecinos de enterarse los derechos que tienen. El Plan nos posibilitó la búsqueda en territorio de las embarazadas que abandonan controles. Incentivos, vos tenés recurso humano pensado para eso. Antes no, antes el médico está en consultorio, atiende, y hace alguna tarea en APS, de promoción, pero no exclusivamente se dedicaba a mirar cada uno en su casa. Esto es del Plan Nacer sin lugar a duda.”* (Gestor a nivel municipal, Buenos Aires)

A partir de los testimonios de las usuarias, se infiere que el Plan se visualiza como un requisito obligatorio para el cobro de la AUH, antes que como una garantía del derecho a la salud. Sin embargo, hay un amplio acuerdo y valoración por la exigencia del control sanitario que implica. Este acercamiento de los servicios de salud, que implica la condicionalidad para el acceso a la AUH, genera al mismo tiempo confianza, valores y creencias en relación al Estado y al sistema de salud pública.

*“Está buenísimo, si bien son prestaciones que ya se brindaban, al estar inscriptos en el Plan, los beneficiarios manifiestan un sentimiento de pertenencia y te dicen ‘Por Plan Nacer me corresponden 3 ecografías’”* (Gestor a nivel provincial, Buenos Aires)

## Bibliografía

---

- **MELGAREJO MG, ALVAREZ AGIS A, DÍAZ CÓRDOVA D, LESSER P, MIGUEL LM, POLISCHER G.** Estudio evaluativo para caracterización cuali-cuantitativa de impactos de la Asignación Universal por Hijo (AUH) en consumos vinculados a salud: la construcción de la relación salud-alimentación-escolaridad como situación inicial (línea de base) determinante para la futura evaluación y diseño de programas de salud. Buenos Aires: Argentina. Ministerio de Salud. Comisión Nacional Salud Investiga, 2011.
- **REPETTO F. Y POTENZA DAL MASETTO, F.** (2011). Protección social en Argentina. Serie Políticas Sociales, N°174, División Desarrollo Social, CEPAL
- **OPS.** 2006. Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil. Lecciones aprendidas de la Región de América Latina Washington.