

LA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO Y LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO

Análisis del impacto de la AUH y la AxE en la Provincia de
Chaco desde la perspectiva de los Centros de Salud



Coordinador: Lic. Ariel Melamud
Investigadora: Lic. Eliana Oviedo
Colaboradores: Marcelo Castelán
Mariano Quintana
Lautaro González Obregón

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	3
SECCION I. Marco conceptual: los Programas de Transferencia Monetaria Condicionada (PTMCS) y su vinculación con la salud pública.....	6
A. Característica de los Programas de Transferencias Condicionadas en América Latina y Argentina	6
B. Argentina y su vinculación con la Salud: Una breve reseña histórica	10
c. Estrategias y políticas del Ministerio de Salud de la Nación: Plan Nacer-Programa Sumar.	10
SECCION II. Articulación entre la AUH/AE con el Plan Nacer/Programa Sumar	14
1 – Caracterización Geográfica y Sanitaria de la Provincia de Chaco:	14
2 - Datos Generales	18
3 - Información Del Hogar	19
4 - Situación actual y antecedente de Planes Sociales	23
5 - Conocimiento de AUH, AE, Plan Nacer/Programa Sumar y procesos administrativos	25
6 - Conocimiento de la comunidad sobre los controles de salud	28
7 - Relación entre la AUH/AE y conductas sobre el cuidado de la salud.....	30
8 - Relación entre la AUH/AE y disponibilidad de recursos que impactan en la calidad de vida y salud	35
9. Percepción de los profesionales/integrantes de los Centros de Salud	36
Directora del CS-Villa Libertad	36
I. Contexto y población de referencia atendida por el CAPS	36
II. Vinculación de AUH/AE con el Programa SUMAR.....	38
III. Conocimiento de la población y controles de salud	39
IV. Promoción y difusión.	40
Directora de Administración del CS - Puerto Vilelas.....	40
I. Presentación y relación entre el Programa SUMAR y los recursos del CAPS.....	40
II. Vinculación de AUH, AUE, Plan SUMAR y procesos administrativos	41
III. Conocimiento de la población y controles de salud	42
IV. Promoción y difusión	42
Comentarios finales	43

SECCION III. Evaluar los efectos que la articulación de ambas políticas han generado sobre las condiciones sanitarias de la población, analizando el impacto en las tasas de embarazo, natalidad, tasa de desnutrición infantil, y estadísticas.....	46
1 – Indicadores poblacionales	46
2- Estadísticas vitales.....	51
3 - Nacimientos	56
4 - Defunciones.....	59
5 - Servicios de salud.....	63
CONCLUSIONES	66
ANEXO 1.....	69
ANEXO 2.....	71
ANEXO 3.....	81
BIBLIOGRAFIA.....	85

INTRODUCCION

La Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH), sancionada a través del decreto presidencial N° 1602/2009, entró en vigencia a partir de noviembre de 2009. Con su creación, el Poder Ejecutivo extendió el beneficio del régimen contributivo de asignaciones familiares hacia todos los menores cuyos padres o tutores se encuentren desocupados, sean monotributistas sociales o se desempeñen en la economía informal o en el servicio doméstico, siempre que perciban remuneraciones inferiores al Salario Mínimo Vital y Móvil (SMVM). Se trata así de un subsistema no contributivo cuyos beneficiarios son aquellos niños, niñas y adolescentes menores de 18 años residentes en el país, o discapacitados sin límite de edad, que sean argentinos nativos, naturalizados o con residencia legal en el país mínima de tres años, y que no perciban otra asignación familiar. Los objetivos de esta medida de protección social son proteger a la familia en condiciones de vulnerabilidad social y lograr la escolarización, el control de la salud, la vacunación y la documentación de los menores. Asimismo, al reconocer estas situaciones de exclusión del mercado laboral, la medida contribuye a mejorar la distribución del ingreso y a reducir los índices de indigencia y pobreza.

El régimen de asignaciones familiares fue ampliado en el año 2011 con la creación de la Asignación por Embarazo (AE) a través del decreto presidencial 446, consiste en el cobro de una suma de dinero mensual no remunerativa que perciben las mujeres embarazadas desde la semana doce de gestación hasta el nacimiento o la interrupción del embarazo, que no cuentan con cobertura social y que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Como requisito, una vez confirmado el embarazo la mujer, debe inscribirse en el Plan Nacer en el centro de salud u hospital más cercano a su domicilio y realizar los controles que ese Plan establece (controles del embarazo, examen odontológico, análisis de sangre y orina, estudios serológicos, vacunas, ecografías y talleres informativos sobre embarazo, parto, lactancia, etc.).

La AUH/AE se incluye dentro de los Programas de Transferencia Monetaria Condicionada (PTMCs), que emplean la asistencia material como incentivo para que las familias sin un ingreso fijo utilicen la oferta pública de servicios, estableciendo la obligatoriedad de asistir a determinados servicios en los ámbitos de la educación y la salud. El éxito de los primeros PTMCs fue un impulso alentador para que la experiencia se expandiera y replicara rápidamente en varios países de América Latina. Estos programas constituyen hoy una herramienta de protección social que ha presentado resultados alentadores en la mayoría de los países analizados. Si bien estos programas son conceptualmente similares, la aplicación práctica de los mismos es muy diferente en cada país, y los resultados en salud y procesos de salud son variables aunque, en términos generales, los PTCMs parecen incrementar la utilización de servicios de salud.

Según Villatóro¹ (2007), las evaluaciones de impacto sobre la región han mostrado que estos programas constituyen mecanismos eficaces para promover el acceso y la utilización de los servicios de educación y salud entre los más pobres así como para aliviar la pobreza en el corto plazo. Pero aún no es claro si estas iniciativas tienen la capacidad suficiente para fomentar la acumulación del capital humano y el desarrollo de capacidades atacando las causas de la reproducción de la pobreza.

En este contexto, el presente proyecto se propone investigar el efecto de la AUH y AE en los procesos de salud de mujeres embarazadas y niños menores a 6 años, analizando el impacto

¹ VILLATORO Pablo (2007) "Las transferencias Condicionadas en América Latina: Luces y Sombras" Documento de la CEPAL, IPEA.

en los procesos y hábitos de salud de estas poblaciones, localizadas en el área metropolitana de Resistencia.

En la primera sección se revisa la implementación de Programas de Transferencia Monetaria Condicionada (PTMCs) en América Latina y Argentina para identificar las lecciones aprendidas de diversas experiencias regionales, y desarrollar un marco conceptual sobre los PTMCs y su vinculación particular con el ámbito de la salud. En la segunda sección se analiza la articulación entre la AUH/AE con el Plan Nacer/Programa SUMAR, evaluando la sinergia generada entre ambos Programas en los procesos y cuidados de salud, para indagar cómo se vinculan los beneficiarios con el cumplimiento de los controles de salud y la vacunación. En particular, se analizan los resultados de entrevistas a beneficiarios y profesionales de la salud de los Centros de Salud en el área metropolitana de Resistencia. Luego, en la tercera sección se evalúan los efectos que la articulación de ambas políticas ha generado sobre las condiciones sanitarias de la población, analizando el impacto en las estadísticas vitales de la Provincia de Chaco. El informe finaliza con las conclusiones.



SECCION I.

Marco conceptual: los Programas de Transferencia Monetaria Condicionada (PTMCS) y su vinculación con la salud pública.

A. Característica de los Programas de Transferencias Condicionadas en América Latina y Argentina

En América Latina existe una reciente discusión sobre el re direccionamiento de las políticas sociales desde el asistencialismo a políticas vinculadas a la cobertura de riesgos y vulnerabilidades a lo largo del ciclo vital y su aseguramiento mediante derechos sociales.

Los primeros Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas a las Familias (PTM) implementados en América Latina, comenzaron a ejecutarse a mediados de la década de los 90's en Brasil, México y Honduras. Sin embargo, actualmente la mayoría de los países latinoamericanos cuenta con algún esquema de transferencias de ingresos a los hogares.

Los programas surgen, particularmente, para atender las necesidades de la población que se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad económico-social mediante un abordaje diferente, alejándose de los modelos tradicionales de seguro social y su esquema contributivo.

En términos generales los PTM han sido empleados tanto para la atención de los hogares, que no contribuyen a la seguridad social, más afectados por *shocks* económicos como una estrategia de eliminación de la reproducción intergeneracional de la pobreza. Estas iniciativas tienen bases conceptuales comunes, entre las cuales se destacan: la búsqueda simultánea de eficiencia y equidad, la corrección de fallos de mercado a través de la creación de incentivos a la demanda, la importancia en la coordinación de los actores implicados, y la relevancia de los sistemas de monitoreo y evaluación para la gestión, el aprendizaje y el incremento de la transparencia (Beccaria y Curcio, 2011).

Los PTM son considerados innovadores por varios motivos, entre los que pueden destacarse sus mecanismos de focalización, el establecimiento de prestaciones "en efectivo" en lugar de "en especie" y, las condicionalidades exigidas en muchos casos, en relación con el desarrollo de ciertas acciones por parte de los destinatarios, tales como la asistencia escolar de los niños del hogar, controles de salud y colocación de vacunas y refuerzos. De este modo, los PTM integran objetivos de asistencia o reducción de la pobreza en el corto plazo con la superación de la pobreza en el largo plazo mediante estrategias que garantizan derechos para la acumulación de capital humano.

Desde una perspectiva más amplia puede considerarse que los PTM fomentan la corresponsabilidad de las familias beneficiarias, y dentro de éstas, de las madres. El recurso a la corresponsabilidad no se limita a que las familias cumplan con las condicionalidades establecidas sino también alude a que los beneficiarios sean protagonistas de las acciones que les permitan mejorar sus condiciones de vida y alcanzar puertas de salida de los programas. Los titulares de estos programas son frecuentemente las madres del hogar, ya que se asume que tenderán a invertir los beneficios de manera de favorecer más a sus hijos y maximizar el impacto de las intervenciones en el capital humano (Beccaria y Curcio, 2011).

Las discusiones conceptuales que se han argumentado a medida que se han ido implementando estos programas abarcan distintos puntos que van desde cuestiones relativas al diseño de los programas como la determinación de las prestaciones, las condicionalidades, la focalización, los mecanismos de egreso que ellos plantean así como aspectos vinculados a su evaluación de impacto y monitoreo, y detalles de implementación como su financiamiento y gestión.

En cuanto al **diseño**, entre otros temas, se ha debatido la adecuación o no de la utilización de *transferencias monetarias* en oposición a *transferencias en especie* (alimentos, vestimenta, útiles escolares, etc.) a los hogares. El argumento a favor de las transferencias en efectivo sostiene que la entrega de dinero preserva la libertad de elección de los beneficiarios, es menos costosa que la prestación en especie y se ajusta mejor a la composición de los hogares. Asimismo, las transferencias en dinero permiten mayor eficiencia en el consumo porque los individuos u hogares conocen mejor sus necesidades y preferencias que el Estado, y la fungibilidad del efectivo permite una adecuada asignación de la transferencia a necesidades heterogéneas y cambiantes.

Sin embargo, las transferencias en especie son más deseables cuando los bienes que se transfieren generan externalidades positivas para el resto de la sociedad, como es el caso de las campañas de vacunación. Los programas de transferencias en especie, al entregar alimentos, medicamentos, vestimenta o útiles a los hogares suelen ser mejor aceptados por la sociedad, asumiendo una actitud paternalista sobre los beneficiarios bajo el argumento de que las transferencias de dinero no siempre suelen orientarse al consumo de los bienes prioritarios para el hogar (Beccaria y Curcio, 2011).

Por otra parte, entre las desventajas de utilizar estas iniciativas se afirma que suelen ser más costosas en términos administrativos que la entrega de efectivo y que están sujetas a mayores distorsiones. Las transferencias en especie pueden fomentar el surgimiento de mercados secundarios en los que se comercializan los bienes entregados por el programa. En tanto que, transferir dinero abre las puertas para la adopción de medios electrónicos de pago que permiten reducir tanto costos operativos como las posibilidades de manejo discrecional de los fondos del programa (Beccaria y Curcio, 2011).

En cuanto a los **montos de las transferencias**, los países de la región han empleado distintas aproximaciones. En algunos casos se combina una transferencia plana, independientemente de la composición del grupo familiar, y un aporte por niño, mientras que en otros casos se emplean apoyos por familia, o bien sobre bases individuales. En ciertas situaciones se proporciona un aporte fijo a las familias en extrema pobreza y una transferencia variable que toma en cuenta la composición del hogar pero que es mayor para las familias más pobres. En el caso de las transferencias por niños, también se han incorporado ponderaciones según sexo y edad de los beneficiarios, con la intención de contemplar el costo de oportunidad de la educación en cada caso.

Las condicionalidades o co-responsabilidades han sido un aspecto muy discutido de los PTM. Consisten en la obligatoriedad por parte de los beneficiarios de dar cumplimiento a ciertas condiciones que van desde la asistencia escolar de los niños, la vacunación, el cumplimiento de controles médicos y de nutrición, la capacitación, entre otras acciones. Estas condicionalidades buscan crear incentivos a la formación de capital humano, promoviendo una mayor inversión en educación, salud y nutrición, como una forma de superar los mecanismos de reproducción intergeneracional de la pobreza.

Otro aspecto muy discutido refiere al **mecanismo de focalización utilizado**. El debate se ha centrado en la necesidad de programas focalizados o universales. Los programas focalizados están dirigidos a beneficiarios específicos, vinculados en general con los sectores más vulnerables de la población. En cambio, los programas universales se orientan a la población en general sin considerar características económicas, personales o sociales de los individuos. En muchos casos, los PTM suelen identificar a los beneficiarios de manera descentralizada y para definir los requisitos de ingreso al programa se instrumenta la focalización por indicadores delimitando zonas geográficas pobres, grupos vulnerables (jefes de hogar con hijos a cargo desocupados o empleados en el sector informal) y solicitando la comprobación de insuficiencia de ingresos.

Finalmente, se debe considerar que los programas pueden ser **implementados, financiados y ejecutados por diferentes niveles de gobierno**. A su vez, los gobiernos pueden delegar la provisión de los beneficios y/o la gestión de los programas en organizaciones no gubernamentales u otras entidades. Si bien históricamente y de acuerdo con lo que aconseja la teoría, la política de asistencia social y reducción de la pobreza se ha concentrado en manos

de los gobiernos centrales, en los años noventa ante el contexto de creciente vulnerabilidad en el empleo y en un marco de incremento en los niveles de pobreza y desempleo de la población, muchos gobiernos sub-nacionales comenzaron a implementar sus propios programas de reducción de la pobreza, acudiendo en algunos casos a PTM (Beccaria y Curcio, 2011).

En el caso específico de Argentina, los primeros PTM comenzaron a implementarse desde mediados de la década de 90's, incluyendo generalmente contraprestaciones laborales o a veces complementadas con otras modalidades, tales como la finalización de los estudios.

El antecedente más relevante fue el programa Trabajar, que se implementó desde 1996 en el ámbito del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación hasta finales de 2001. Ese programa fue acompañado con otras iniciativas similares pero, en todos los casos, su cobertura fue reducida. En el 2002, ante una situación de crisis socioeconómica que atravesaba el país se puso en marcha el *Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados*, con el objeto de paliar las dificultades relacionadas con el ingreso de las familias más pobres. El programa brindaba protección a los hogares a través de un ingreso mensual de \$150 a jefas o jefes de hogar desocupados con hijos de hasta 18 años o discapacitados de cualquier edad. Dentro de los objetivos específicos se incluían asegurar la concurrencia escolar de los hijos de los beneficiarios y el control de su salud, la incorporación de los beneficiarios a la educación formal, la participación en cursos de capacitación que ayuden en la futura reinserción laboral y la incorporación de los beneficiarios en proyectos productivos o en servicios comunitarios. El programa alcanzó en sus inicios a alrededor de 2 millones de beneficiarios, constituyendo un alcance en términos de cobertura sin precedentes hasta entonces en políticas de asistencia social en el país.

A partir de allí es posible destacar una serie de acciones de transferencias monetarias directas (de carácter no contributivo) enmarcadas en el esquema de protección social implementado por el gobierno nacional. Hasta finales del año 2009 entre esas iniciativas era posible destacar a los siguientes programas: Plan Familias por la Inclusión Social, Pensiones no Contributivas, Programa de Empleo Comunitario y Seguro de Capacitación y Empleo, entre otros.

El *Plan Familias por la Inclusión Social* comenzó a implementarse en el año 2005, absorbiendo buena parte de los participantes del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados que decidieran optar por el traspaso a este nuevo programa. La iniciativa se diseñó para asistir a familias en situación de pobreza e indigencia con hijos menores de 19 años o discapacitados, mujeres embarazadas que no percibían ningún tipo de subsidio económico por parte del Estado ni asignaciones familiares. Mediante el componente Protección e Ingresos se otorgaba una asignación a familias con un hijo a cargo de \$155; la cual aumenta \$45 por hijo adicional, con un límite de 6 hijos y \$380 por familia. También dentro de este componente se brindaba una asignación por embarazo, por promoción y terminalidad educativa, y por formación profesional. El programa fue absorbido en 2009 por la Asignación Universal por Hijo (AUH) para la Protección Social.

El *Seguro de Capacitación y Empleo*, creado en 2006, tiene por objetivo brindar apoyo a los trabajadores desocupados en la búsqueda activa de empleo, en la actualización de sus competencias laborales y en su inserción en empleos de calidad. Brinda a sus beneficiarios una ayuda económica mensual no remunerativa por un período máximo de 24 meses. Durante los primeros 18 meses el monto de la prestación es de \$225 y se reduce a \$200 durante los 6 meses restantes.

El *Programa de Empleo Comunitario*, creado en 2003, tiene por objetivo brindar ocupación transitoria a trabajadores desocupados de baja calificación laboral a través de la ejecución de distintos tipos de actividades que tiendan a mejorar las condiciones de empleabilidad de los mismos y/o la calidad de vida de la población de la comunidad a la que pertenecen. Los participantes del programa reciben una ayuda económica mensual no remunerativa de \$150, y sólo puede ser beneficiario del programa un miembro del grupo familiar.

Los *programas de Pensiones no Contributivas y Asistenciales* consisten en prestaciones monetarias con el objetivo principal de combatir la pobreza e indigencia de los grupos más vulnerables de la población. Su característica distintiva se refiere a que las condiciones de adquisición están generalmente desvinculadas de la trayectoria laboral y el financiamiento proviene de impuestos de los ingresos generales. A través de esta iniciativa se otorgan siete tipos de beneficios: i) por vejez; ii) por invalidez, iii) a madres de siete o más hijos, iv) gratiables

otorgados por el Congreso Nacional; v) a excombatientes de la guerra de Malvinas, vi) a familiares de desaparecidos durante el gobierno militar y, vii) otros por leyes especiales. Los tres primeros programas son también denominados "pensiones asistenciales". En conjunto, alcanzan a 1,7 millones de personas.

El inventario de principales PTM implementados en el país se completa con la creación de la Asignación Universal por Hijo (AUH) para Protección Social en octubre de 2009 (Decreto Presidencial N°1.602/09), como nuevo pilar no contributivo incorporado al Régimen de Asignaciones Familiares establecido por la Ley Nacional N° 24.714, cuyo objetivo general se orienta a atender la situación de aquellos niños menores de 18 años pertenecientes a grupos familiares que no se encuentren amparados por el Régimen o de base contributiva del Sistema de Asignaciones Familiares vigente a ese momento². Ambos regímenes son administrados por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).

Con respecto al subsistema de asignaciones familiares no contributivo, la implementación de la **Asignación Universal por Hijo para Protección Social** implicó la extensión de una parte de la sociedad que no se encontraban cubiertos. Concretamente, el subsistema no contributivo está dirigido a 3,4 millones de menores de 18 años que no cuentan con otra asignación y que dependen de trabajadores informales cuyo ingreso no sea superior al establecido por el Salario Mínimo Vital y Móvil, de desocupados que no estén cubiertos por el seguro de desempleo, de trabajadores que forman parte del régimen especial de servicio doméstico o de monotributistas sociales.

Con posterioridad, la ANSES incluyó entre los destinatarios de la AUHPS a los trabajadores de temporada, eventuales y no permanentes que prestan servicios en relación de dependencia. Dispuso incluir desde el mes de diciembre de 2010 a estos trabajadores como destinatarios de la AUH en los meses en que no se encuentran con prestación efectiva de servicios y figuran declarados por su empleador en el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) con la marca "reserva de puesto de trabajo". Esta medida permite que trabajadores rurales que participan de cosechas temporarias y eventuales de la construcción, entre otros, perciban asignaciones familiares o AUH durante los doce meses del año.

A su vez, a partir de mayo de 2011 se amplió la cobertura de la AUHPS a las mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad, definidas como desocupadas o con empleo informal. La nueva prestación fue definida como **Asignación por Embarazo (AE) para Protección Social** y tiene como objetivo brindar protección social a las madres en situación de vulnerabilidad socioeconómica desde el estado de gestación, de forma tal de ofrecerles servicios públicos de diagnóstico y tratamiento oportuno, a los fines de disminuir los índices de mortalidad materna, perinatal, neonatal e infantil que se encuentran asociados a problemas en el acceso a los servicios de salud. En 2014 la AE alcanzaba aproximadamente a 165.000 mujeres embarazadas del país.

La prestación de la AUH se divide en dos partes: una asignación que se abona mensualmente y que es equivalente al 80% del monto total y una segunda parte que se compone del 20% restante que se acumula en una caja de ahorro y cuyo cobro queda sujeto a la verificación del cumplimiento de un conjunto de requisitos establecidos como condicionalidades.

La AUH y AE se encuentran enmarcadas en una nueva concepción de la política social de carácter universalista, que adopta un enfoque de derechos por medio del cual se busca la satisfacción de necesidades y se apuesta a restaurar derechos vulnerados.

² El sistema de Asignaciones Familiares en la Argentina surgió en la década de 1930 con el subsidio a la maternidad y se formalizó en 1957 mediante la creación de cajas compensadoras establecidas por convenios colectivos. El subsistema de asignaciones familiares de base contributiva comprende diferentes beneficios, entre los cuales están la asignación por nacimiento, por maternidad, por adopción, por matrimonio, la asignación prenatal, la asignación para hijos menores de 18 años, para hijos con discapacidad y una ayuda escolar. Estas asignaciones familiares de base contributiva consisten en el pago de una suma de dinero mensual, anual o por acontecimiento (dependiendo del beneficio) dirigida estrictamente a los asalariados que se encuentran registrados en el mercado formal de trabajo. El monto del beneficio está en relación directa con la carga de familia que los trabajadores sostienen, el nivel de salarios y la zona geográfica en donde residen.

Por último, aunque no forma parte del sistema de Seguridad Social, es necesario hacer referencia a otro mecanismo que, indirectamente, brinda protección a los niños y adolescente menores de 18 años. Se trata de la deducción de un monto de dinero al pagar el impuesto a las ganancias en concepto de “asignaciones familiares”, que puede ser considerado como otra forma de brindar una transferencia monetaria a los hogares con niños. En este caso, la administración del “beneficio” está a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).

B. Argentina y su vinculación con la Salud: Una breve reseña histórica

La división de funciones correspondientes a los niveles nacional y provincial de gobierno en materia sanitaria constituyó un proceso gradual en los últimos 55 años.

El 23 de mayo de 1946, en acuerdo general de ministros, se creó la Secretaría de Salud Pública, que tras la reforma constitucional de 1949 pasaría a constituirse como Ministerio de Salud Pública estando a su cargo el doctor Ramón Carrillo y como Presidente el General Juan D. Perón donde establecían a la salud como un derecho de todos los hombres y con responsabilidad del Estado. Se profundizaron áreas como la medicina preventiva, la medicina social y la atención materno-infantil.

Por razones fiscales, más que de política sanitaria, la administración de los hospitales dejó paulatinamente de estar bajo la responsabilidad del gobierno nacional en los 90's, en el marco de los Pactos Fiscales para la descentralización, y pasó a estar a cargo de diferentes jurisdicciones provinciales. En el 1991 los hospitales transferidos representaban más del 20% del gasto público en salud del gobierno nacional.

La división de las funciones entre los niveles de gobierno aún no estaba bajo una normativa general que regule el sector. A principios del año 2000 se aprobó el “Marco estratégico – político para la salud de los argentinos” (Decreto N°455/2000), que sustituyó al Decreto N°1.269/92 y nuevamente el nivel nacional de gobierno asume funciones de coordinación en forma unilateral.

A partir de la crisis que vivió el país entre el 2001 y 2002 se abrió las puertas para comenzar a pensar un marco común intergubernamental para el sector Salud. Entre fines de 2002 y principios de 2003 los miembros del Consejo Federal de Salud (COFESA) suscribieron un “Compromiso Federal en Salud” y un “Acuerdo Federal en Salud” en donde las autoridades sanitarias expresaron ciertas políticas como prioritarias en sus jurisdicciones.

Las “Bases del Plan Federal de Salud 2004/07” fueron aprobadas y a partir de allí se ha convertido en una guía de articulación de políticas y de asignación de recursos provistos por el nivel central.

C. Estrategias y políticas del Ministerio de Salud de la Nación: Plan Nacer-Programa Sumar.

Ante los altos niveles de mortalidad materna e infantil, el Ministerio de Salud de la Nación implementó diferentes tipos de acciones como estrategias de políticas públicas. Por un lado, durante los años noventa, se buscó paliar estas problemáticas a través del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) que contó con financiamiento internacional y generalmente era gestionado por las Direcciones Materno Infantiles provinciales. En el año 2002 (Decreto N°2.724) se creó el “Seguro de Salud Materno Infantil”, que luego pasaría a ser denominado “Plan Nacer”, financiado por el Banco Mundial, para brindar cobertura médico asistencial y de prestaciones sociales a mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil y niños/as hasta 5 años de edad.

En sus comienzos, el Plan Nacer se implementó en 2005 exclusivamente en las provincias del NOA (Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero y Tucumán) y NEA (Misiones, Corrientes, Chaco y Formosa) que eran en donde se registraron los índices más altos de mortalidad materno-infantil, y a partir del 2007 se extendió al resto del país.

Los objetivos específicos del programa eran dos: 1) Disminuir el componente sanitario de la morbi-mortalidad materno infantil; y 2) Fortalecer la red pública sanitaria, basados en la estrategia de financiamiento y de mecanismo de inversión adicional por resultados. El programa apunta principalmente a mejorar los servicios asociados a la atención primaria de la salud.

A partir de agosto del 2012, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina y los Ministerios de Salud Provinciales dan continuidad a esta nueva forma de gestión por resultados pero esta vez a través del Programa SUMAR. Este Programa expande la esfera de intervenciones del Plan NACER extendiendo la cobertura de salud hacia otros grupos poblacionales. Además de la población materno-infantil incluye, por un lado a niños de 6 a 9 años, adolescentes entre 10 y 19 años y mujeres entre 20 y 64 años que no cuenten con cobertura explícita en salud. A su vez, incrementa de manera concomitante el Plan de Salud, cubriendo 400 prestaciones priorizadas (respecto de las originales 80).

El Programa SUMAR adopta un financiamiento basado en la modalidad de seguro, transfiriendo la Nación al Seguro Provincial de Salud (SPS) de cada jurisdicción los fondos equivalentes a una cápita mensual por cada beneficiario inscripto en el sistema³. Las provincias deben utilizar tales recursos para otorgar a los asegurados un conjunto preestablecido de prácticas definidas por la Nación que integran el denominado Plan de Servicios de Salud. La condicionalidad sanitaria de la AUH y AE refiere a que los beneficiarios de ambos deben inscribirse al Plan SUMAR y cumplir con ciertos controles básicos del embarazo y niños/as.

La transferencia mensual plena de la cápita de \$34 a cada provincia, sin embargo, está sujeta al cumplimiento de que efectivamente se brinden ciertas prestaciones en forma oportuna a la población beneficiaria, como así también al logro de determinadas metas. Así, la transferencia del 60% (mensual) del valor de la cápita está condicionada a que el beneficiario inscripto reciba en el transcurso de un año al menos alguna de las prestaciones priorizadas del Plan de Servicios de Salud previstas para el grupo poblacional en el que reviste –concepto que se define como Cobertura Efectiva Básica (CEB)-, en tanto que el 40% restante depende del logro de ciertos resultados (con metas crecientes en el tiempo) que la Nación establece en base a la medición de 14 resultados o indicadores de desempeño sanitario, denominados “trazadoras”, de transferencia cuatrimestral (Ministerio de Salud, 2014).

El Programa SUMAR promueve, además, que cada SPS celebre convenios con establecimientos de salud (en su gran mayoría, pero no necesariamente, efectores públicos) para brindar las prestaciones contempladas en el Plan de Servicios de Salud, y que éstos facturen al SPS las prestaciones otorgadas a los beneficiarios del Programa. Los precios de cada práctica son definidos anualmente por cada provincia, en base a un procedimiento elaborado por la Nación que apunta a que éstos se constituyan en señales a los efectores para la canalización de sus esfuerzos en función de objetivos sanitarios de corto y largo plazo. La provincia, además, –bajo ciertas restricciones impuestas por la Nación- determina los usos a los que pueden destinarse los ingresos por prestaciones que recaudan las unidades asistenciales, aunque se espera que –sujeto a estas condicionalidades- cada efector decida el destino específico de sus propios recursos.

Esta variante institucional que representa el Programa SUMAR surge como una respuesta orientada a superar los problemas de efectividad y eficiencia que caracteriza a muchas políticas públicas. Así, por un lado apunta a crear la noción de pertenencia a un seguro médico dentro de la población beneficiaria (9.221.851), lo que se espera facilite las conductas preventivas y de promoción de la salud. Por el otro, la remisión de fondos capitados -sujetos al cumplimiento de otorgar una cobertura preestablecida- transfiere el riesgo financiero del cuidado de la salud a las provincias, intentando introducir por esta vía el perfil asegurador. También se genera así una mayor vinculación entre los ingresos de los SPS y los egresos de los mismos, ya que los

³ En rigor, la estrategia de implementación del Programa contempla una estructura de cofinanciamiento entre la Nación y las provincias que varía en el tiempo y por grupo de prestaciones.

ingresos se devengan en relación a la prestación de acciones de salud que deberán ser registradas y facturadas por los efectores. Desde 2005 se financiaron más de 60 millones de prestaciones de salud a la población inscripta.

A su vez, la condicionalidad establecida sobre los fondos a transferir a los SPS introduce incentivos no sólo para captar y retener beneficiarios que hagan efectivo uso del sistema, sino también para concentrar mayores esfuerzos en la promoción de los resultados priorizados que se resumen en las trazadoras a las que se asocia el pago. Por su parte, la forma de remunerar a los efectores, promoviendo el pago por prestación en lugar de la tradicional asignación presupuestaria con base histórica e incrementalista, pretende incentivar un mejor desempeño en las unidades asistenciales, vinculando sus recursos disponibles con los servicios otorgados. Por último, el mecanismo de fijación de precios de las prácticas intenta inducir a los efectores a comportarse en forma consistente con las prioridades establecidas.

Un elemento importante a destacar de la lógica del Programa SUMAR es que como las prácticas incluidas no significaron una ampliación de los servicios que ya proveía el sistema de salud público provincial y/o municipal de cada jurisdicción, los fondos del plan estuvieron desde un inicio orientados a financiar mejoras en la calidad de la atención y un incremento en la tasa de uso, derivado de un alcance poblacional más amplio como de una utilización más frecuente de los servicios. Esto significa que, por un lado, el Programa SUMAR aporta recursos adicionales al sistema de salud, es decir que las provincias deben comprometerse a no reducir los fondos propios; por el otro, los precios que es factible abonar por las prestaciones del Programa no cubren plenamente los respectivos costos de provisión, sino que financian la brecha de cobertura y calidad que se pretende alcanzar (Ministerio de Salud, 2014).



SECCION II.

Articulación entre la AUH/AE con el Plan Nacer/Programa Sumar

En esta sección se presentan los resultados del trabajo de campo realizado en las localidades de Barranqueras, Puerto Vilelas y Resistencia que involucró no sólo la participación de los titulares de derechos de la AUH-AE, sino también de los directores de los CAPS de dichas localidades. El objetivo es evaluar la sinergia generada entre la AUH-AE y el Plan Nacer/SUMAR a partir de los resultados en los cuidados de salud promovidos por el Plan Nacer-Sumar y observados en el trabajo de campo (cualitativo y cuantitativo).

El trabajo de campo consistió, principalmente, en la detección de los titulares de derechos en su propio espacio vital, es decir en sus hogares, recopilando la información relevante mediante una encuesta⁴ con la finalidad de:

- i) Analizar características del hogar, como está integrado, quien es su principal sostén y el máximo nivel de educación alcanzado, y la percepción de los planes sociales.
- ii) Conocer la difusión de la AUH, AE, Plan Nacer/Programa Sumar y los procesos administrativos de inscripción, registración y facturación de prestaciones, planificación, uso de fondos y rendición.
- iii) Analizar los conocimientos de los controles y hábitos de salud de los menores de 6 años y las embarazadas.
- iv) Contar con información sobre las condiciones de los centros de salud y prestaciones utilizadas en donde se atienden los beneficiarios que reciben la AUH-AE.
- v) Estudiar el impacto del ingreso monetario percibido desde sus propias perspectivas.

Complementariamente, los resultados analizan a su vez la percepción de los directores de los Centros de Salud acerca de los recursos que aporta el Programa Sumar al establecimiento, la vinculación de la AUH-AE con el Programa Sumar y los procesos administrativos, así como también el conocimiento de la población sobre prácticas de cuidado de la salud, y la promoción y difusión de los programas⁵.

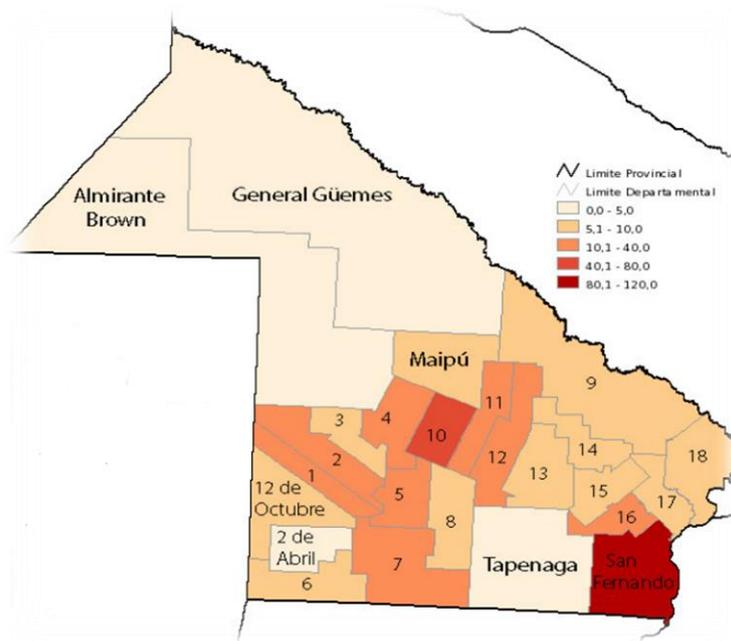
1 – Caracterización Geográfica y Sanitaria de la Provincia de Chaco:

En la Actualidad la provincia está conformada por 25 *Departamentos*: Almirante Brown, Bermejo (18), Comandante Fernández (10), Chacabuco (1), 12 De Octubre, 2 De Abril, Fray J. Sta. María De Oro (6), General Belgrano (3), General Donovan (15), General Güemes, Independencia (4), Libertad (16), Lib. Gral. San Martín (9), Maipú, Mayor Luis J. Fontana (7), 9 De Julio (2), O´Higgins (5), Presidencia De La Plaza (13), Primero De Mayo (17), Quitilipi (11), San Fernando, San Lorenzo (8), Sargento Cabral (14), Tapenagá, 25 De Mayo (12).

⁴ La encuesta a beneficiarios de la AUH y AE se presenta en el Anexo 2.

⁵ Guía de pautas con preguntas abiertas para los directores y representantes de los CAPS se presenta en el Anexo 3.

Gráfico N°1: Provincia del Chaco por Departamentos y densidad poblacional (habitante/km²)



Fuente: Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las Provincias – DINREP

La densidad de la población es de 10,6 habitantes cada kilómetro cuadrado. La zona sur-centro es la de mayor densidad poblacional; en particular los departamentos San Fernando y Comandante Fernández, que poseen el 5% de la superficie total de la provincia.

Cuadro N°1: Densidad poblacional por Departamentos (habitante/km²)

	2010		
	Población	Superficie en km ²	Densidad hab/km ²
Almirante Brown	34.075	17.276	1,97
Bermejo	25.052	2.562	9,78
Comandante Fernández	96.944	1.378	70,35
Chacabuco	30.590	1.500	20,39
12 de Octubre	22.281	2.576	8,65
2 de Abril	7.432	1.594	4,66
Fray Justo Santa María de Oro	11.826	2.205	5,36
General Belgrano	11.988	1.218	9,84
General Donovan	13.490	1.487	9,07
General Güemes	67.132	25.487	2,63
Independencia	22.411	1.871	11,98
Libertad	12.158	1.088	11,17
Libertador General San Martín	59.147	7.800	7,58
Maipú	25.288	2.855	8,86
Mayor Luis J. Fontana	55.080	3.708	14,85
9 de Julio	28.555	2.097	13,62
O' Higgins	20.131	1.580	12,74
Presidencia de la Plaza	12.499	2.284	5,47
1º de Mayo	10.322	1.864	5,54
Quitilipi	34.081	1.545	22,06
San Fernando	390.874	3.489	112,03
San Lorenzo	14.702	2.135	6,89
Sargento Cabral	15.889	1.651	9,62
Tapenagá	4.097	6.025	0,68
25 de Mayo	29.215	2.358	12,39
Total	1.055.259	99.633	10,59

Fuente: Indec

El departamento más grande y de mayor concentración de habitantes (38-39%) es el de San Fernando donde se encuentra la capital de la provincia, seguido por Comandante Fernández (Roque Sáenz Peña) representando el 9% y General Güemes con un 7% (El impenetrable). Según el Censo del 2010 la población de estos tres Departamentos era: 390.874, 96.944 y 67.601 habitantes respectivamente (más del 53% de la población total).

Por el Decreto N°35/2009 y a los fines sanitarios, la Provincia del Chaco se organiza en 8 Regiones Sanitarias estructuradas sobre la base de las Regiones y Unidades de Desarrollo Territorial (UDT), concebidas como espacios geográficos definidos para la ejecución, seguimiento y evaluación de los programas de gobierno. Anteriormente se encontraba organizada en 6 Zonas Sanitarias.

Y por el Decreto N°315/2010 se ratifica la Resolución N°12/10 del Ministerio de Salud Pública por medio de la cual se crearon las Regiones Sanitarias, Unidades de Desarrollo Territorial (UDT) y Áreas Programáticas de la Provincia.

A su vez por Decreto N°315/2010 se aprueba:

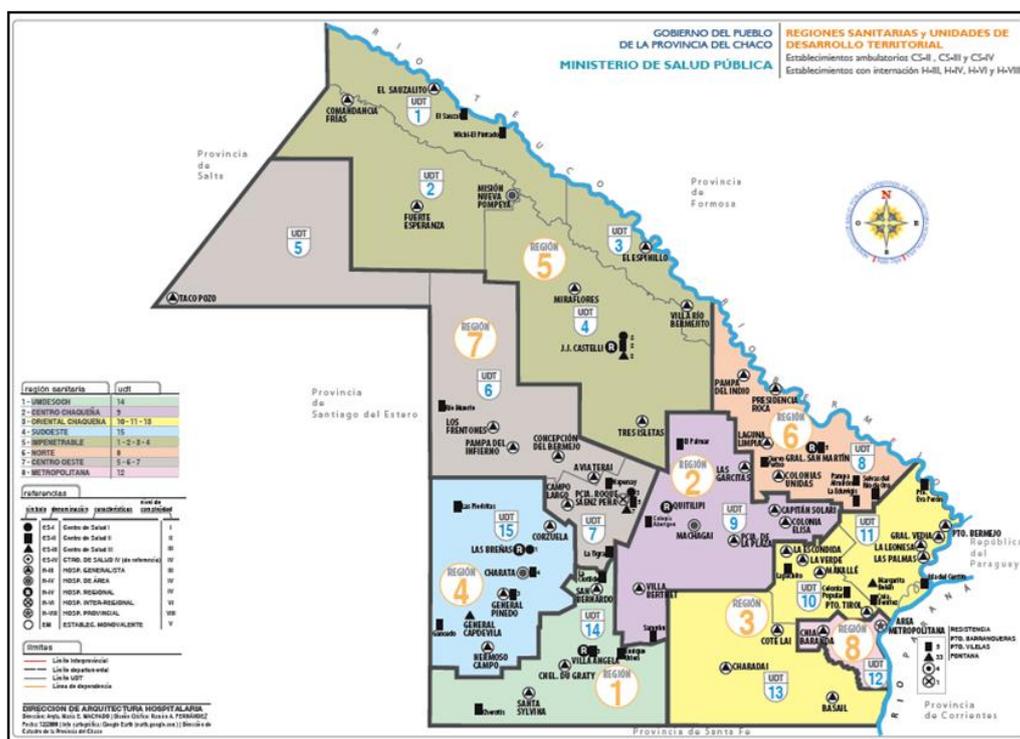
- ✓ La clasificación de los establecimientos sanitarios polivalentes, según niveles de atención, de complejidad y tipo de atención;
- ✓ La organización y estructura de los establecimientos de la red sanitaria del Ministerio de Salud Pública de la Provincia;
- ✓ Los niveles de complejidad y ubicación geográfica de los establecimientos de la red sanitaria del Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Cuadro N°2: Regiones Sanitarias

REGION SANITARIA	DENOMINACION	LOCALIZACION	ZONA SANITARIA
1	UMDESOCH	Villa Ángela, Samuhú, Enrique Urien, San Bernardo, La Clotilde, La Tigra, Coronel Du Graty, Chorotis, Santa Sylvina	3
2	CENTRO CHAQUEÑA	Las Garcitas, Presidencia de la Plaza, Villa Berthet, Quitilipi, Machagai, Colonia Elisa, Capitán Solari, El Palmar, Col. Aborigen	2, 3, 1 (Interior)
3	ORIENTAL CHAQUEÑA	La Verde, La Escondida, Lapachito, Makallé, Laguna Blanca, Colonia Popular, Puerto Tirol General Vedia, La Leonesa, Puerto Eva Perón, Puerto Bermejo, Las Palmas, Margarita Belén, Isla del Cerrito, Colonia Benítez Basail, Cote Lai, Charadai	1 (Interior)
4	SUDOESTE II	Las Breñas, Charata, General Pinedo, Hermoso Campo, General Capdevila, Corzuela, Gancedo	5
5	IMPENETRABLE	El Sauzalito, El Sauzal Fuerte Esperanza, Nueva Pompeya, Comandancia Frías Villa Río Bermejito, El Espinillo Miraflores, Castelli, Tres Isletas	6
6	NORTE	Pampa del Indio, Presidencia Roca, Pampa Almirón, La Eduvigis, Laguna Limpia, General San Martín, Ciervo Petiso, Colonias Unidas, Selvas del Río de Oro	4
7	CENTRO OESTE	Taco Pozo Los Frentones, Avia Terai, Concepción del Bermejo, Pampa del Infierno Campo Largo, Napenay, Presidencia Roque Sáenz Peña	2
8	METROPOLITANA	Resistencia, Barranqueras, Fontana, Puerto Vilelas, Colonia Baranda	1 -Metropolitana-

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco

Gráfico N°2: Provincia del Chaco por Regiones Sanitarias



Fuente: Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco

En particular la Red Sanitaria de la Región 8 (Metropolitana), analizada en el presente estudio, está conformada por los siguientes hospitales y centros de salud:

Cuadro N°3: Red Sanitaria – Región 8: Metropolitana

REGION 8: METROPOLITANA:	H-VIII Julio C. Perrando, CS-IV Villa Libertad "A.M. de Justo", CS-IV Villa Rio Negro, CS-III Barrio España, CS-III Barrio Golf Club, CS-III Barrio Güiraldes, CS-III Barrio Santa Inés, CS-III El Tala "Juan de Garay", CS-III General Belgrano, CS-III General Obligado, CS-III Lote 202 "Dr. Maradona", CS-III Lote 203 - Bº Don Bosco, CS-III Santa Catalina, CS-III Villa Alvear, CS-III Villa Barberan, CS-III Villa Don Alberto, CS-III Villa Don Andrés, CS-III Villa Ghio "Dr. A. Lottero", CS-III Villa Los Lirios, CS-III Villa Gral. Belgrano, CS-III Villa Luzuriaga "Dra Micucci", CS-III Villa Odorico, CS-III Villa Pegoraro, CS-III Villa Saavedra "Inm. Concep.", CS-III Villa San Martin, CS-III Villa Urquiza, CS-II M.A.P.I.C., CS-II San Fernando "Emanuel", CS-II Santa Rita 2, CS-II Villa Cristo Rey
	BARRANQUERAS: CS-IV "Pedro Biolchi", CS-III "Jose F. Cusolito" - La Toma, CS-III Bº 500 Viv. "Dr. R. Carrillo", CS-III Bº Las Malvinas "4 de Junio", CS-III Ciudad de los Milagros, CS-III Villa Forestacion, CS-III Villa Hortensia, CS-II Barrio San Pedro Pescador
	FONTANA: CS-IV "Luis Fleitas", CS-III Cacique Pelayo, CS-III Rio Araza - Pto Vicentini, CS-III Villa Elba
	PUERTO VILELAS: CS-III "Dr. Finochietto"

Fuente: Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

De los cuales trabajaremos en tres (3) de ellos para realizar este documento.

2 - Datos Generales

Los resultados que se exponen a continuación son producto de 79 encuestas realizadas en las localidades de Barranqueras, Puerto Vilelas y Resistencia. Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) relacionados son CS-“4 de Junio”, CS-“Dr. Finocchietto” y CS-“Villa Libertad”, respectivamente. Como fuera mencionado, el análisis incluye también los resultados de las entrevistas realizadas a través de un cuestionario con preguntas abiertas para beneficiarios de AUH-AE y directores de CAPS.

Cuadro N°4: Encuestas realizadas

<i>CENTRO DE SALUD</i>	<i>Freq,</i>	<i>Percent</i>	<i>Cum,</i>
<i>BARRANQUERAS</i>	27	34,18	34,18
<i>PUERTO VILELAS</i>	29	36,71	70,89
<i>RESISTENCIA</i>	23	29,11	100
Total	79	100	

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Dentro del universo analizado se observa que el 100% de los titulares de derecho son mujeres que en su mayoría rondan entre 16 y 35 años de edad (86%). En el CS “Dr. Finocchietto” – Puerto Vilelas se da una mayor concentración de mujeres entre 16 y 25 años (62%).

Cuadro N°5: Titulares de derechos por grupos etarios

<i>Titulares de Derecho</i>	<i>Centro de Salud</i>		
	<i>BARRANQUERAS</i>	<i>PUERTO VILELAS</i>	<i>VILLA LIBERTAD</i>
<i>entre 16 y 25 años</i>	37%	62%	43%
<i>entre 26 y 35 años</i>	44%	28%	43%
<i>mas de 36 años</i>	19%	10%	13%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

El promedio de edad de las mujeres encuestadas fue de 27 años, en función de la población objetivo de los programas bajo consideración, con un mínimo de 16 años y máximo de 50 años.

Cuadro N°6: Análisis de la variable “Edad”

<i>Variable</i>	<i>Obs</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Dev.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>Edad</i>	79	27,063	7,6045	16	50

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

3 - Información Del Hogar

La composición del Hogar de los titulares de la AUH-AE y Plan Nacer/Programa Sumar, es en promedio de 5 miembros, con un desvío estándar de 2,4 (2 miembros aproximadamente) con un mínimo de 2 y máximo de 13 personas que habitan dentro del mismo Hogar.

Cuadro N°7: Análisis de la variable "Miembros"

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Miembros	79	5,443	2,395	2	13

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

En la localidad de Barranqueras la composición de los hogares encuestados estaban conformados mayoritariamente entre 3 y 7 miembros, Puerto Vilelas entre 3 y 6 miembros, y en Resistencia el número es mayor alcanzando el valor máximo de 13 personas, lo cual refleja que a menor distancia del mayor centro urbano de la provincia hay una mayor cantidad de personas por hogar.

Cuadro N°8: Cantidad de miembros por hogar

Cantidad de miembros que habitan en este Hogar	Centro de Salud			
	Barranqueras	Puerto Vilelas	Villa Libertad	Total
2	4%	7%	0%	4%
3	30%	31%	13%	25%
4	19%	10%	9%	13%
5	7%	14%	13%	11%
6	4%	28%	17%	16%
7	22%	3%	13%	13%
8	11%	0%	9%	6%
9	4%	0%	9%	4%
10	0%	7%	9%	5%
11	0%	0%	4%	1%
13	0%	0%	4%	1%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Existen en promedio 3 chicos menores de 6 años por hogar para la muestra analizada, siendo el desvío estándar superior a 1. Además como se puede observar en el cuadro N° 11, el porcentaje de beneficiarios decrece con la edad, concentrándose el 48,10% de los beneficiarios de la AUH en los niños menores al año de edad, lo cual indica la principal población objetivo de los programas.

Cuadro N°9: Análisis de la variable "Menor"

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Menor	79	2,519	1,466	0	6

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Cuadro N°10: Cantidad de niños menores a 6 años

Cantidad Total de niños menores de 6 años	Percent	Cum,
0	1,27	1,27
1	32,91	34,18
2	18,99	53,16
3	18,99	72,15
4	18,99	91,14
5	5,06	96,2
6	3,8	100

Cuadro N°11: Menores con AUH

Menores de 6 años que reciben AUH/AxE?	Percent	Cum
1	48,1	48,1
2	17,72	65,82
3	20,25	86,08
4	8,86	94,94
5	3,8	98,73
6	1,27	100

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Con respecto a la pregunta de quién es el Principal Sostén del Hogar (PSH), en las localidades de Barranqueras y Puerto Vilelas entre el 44 y 48% respondieron que eran las Madres (Titulares de los Planes Sociales). En cambio en Villa Libertad el PSH es otro adulto, como por ejemplo la abuela del hogar que cobra alguna prestación previsional (jubilación o pensión).

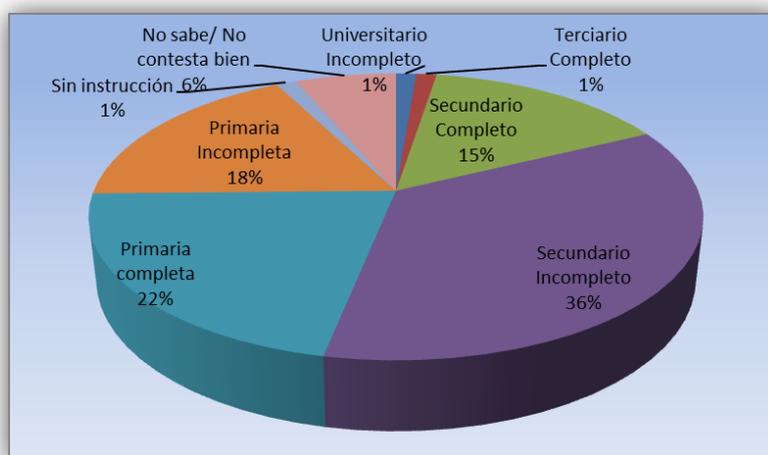
Cuadro N°12: Principal sostén del Hogar (PSH)

Quien es el principal sosten del Hogar (PSH)?	Centro de Salud			
	Barranqueras	Puerto Vilelas	Villa Libertad	Total
Madre	44%	48%	35%	43%
Padre	30%	38%	17%	29%
Otro Adulto	26%	14%	48%	28%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

En cuanto al nivel educativo alcanzado por el PSH, el mismo varía dependiendo de la localidad analizada pero en términos generales se podría decir que se observa una alta proporción con secundario incompleto (36%) y primario completo (22%). En este sentido, la población beneficiaria de la AUH-AE presenta un bajo nivel de instrucción educativa respecto al promedio poblacional. Cabe notar que la condicionalidad de escolaridad de los niños/as y adolescentes beneficiarios de la AUH tiene como objetivo revertir esta situación y mejorar el nivel educativo de estas familias.

Gráfico N°3: Nivel educativo alcanzado por el PSH.



Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Si analizamos en forma parcial el mayor nivel educativo del PSH por Centro de Salud, observamos que en Puerto Vilelas el 52% de los PSH alcanzaron el nivel secundario pero no lo finalizaron mientras que en Barranqueras y Villa Libertad un 30% y 22% lo iniciaron, respectivamente.

Cuadro N°13: Máximo nivel educativo alcanzado por el PSH

Máximo nivel de educación alcanzado por el PSH	Centro de Salud			
	Barranqueras	Puerto Vilelas	Villa Libertad	Total
Universitario Incompleto	0%	0%	4%	1%
Terciario Completo	4%	0%	0%	1%
Secundario Completo	15%	10%	22%	15%
Secundario Incompleto	30%	52%	22%	35%
Primaria completa	33%	14%	17%	22%
Primaria Incompleta	15%	17%	22%	18%
Sin instrucción	4%	0%	0%	1%
No sabe	0%	7%	4%	4%
No contesta bien	0%	0%	9%	3%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

La ocupación principal del PSH se distribuye entre Ama de Casa (Otra) y Cuentapropista, sumando entre ambos el 61% de nuestra población analizada.

Cuadro N°14: Ocupación principal del PSH

Ocupación principal del PSH	Percent	Cum.
Empleo domestico	11.69	11.69
Empleo privado	16.88	28.57
Empleo publico	9.09	37.66
Cuenta propista	32.47	70.13
Otra	28.57	98.70
No contesta bien	1.30	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Por otra parte entre un 56-57% de los hogares encuestados en Barranqueras y Villa Libertad tienen otras personas que están trabajando dentro del hogar además del PSH, mientras que en Puerto Vilelas el 62% no tienen otra fuente de ingreso que no sea por el PSH. Como se analiza posteriormente, la situación laboral de estos hogares se caracteriza por la inestabilidad e informalidad laboral.

Cuadro N°15: Otras personas que trabajen dentro del Hogar además del PSH

Hay otras personas en este hogar que también trabajan?	Centro de Salud			
	Barranqueras	Puerto Vilelas	Villa Libertad	Total
SI	56%	38%	57%	49%
NO	44%	62%	43%	51%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Entre los encuestados de Puerto Vilelas observamos que la gran mayoría de los que trabajan además del PSH se desempeñan en forma independiente (64%) y que depende de las posibilidades que se le presentan día a día. Otro grupo (27%) se desempeñan laboralmente en el sector privado. En términos de empleo público, no se presentaron casos en el CAPS de Puerto Vilelas. El empleo público, privado y doméstico ocupa un lugar relevante en la localidad de Barranqueras.

Cuadro N°16: Actividad principal

<i>Actividad principal</i>	Centro de Salud			
	Barranqueras	Puerto Vilelas	Villa Libertad	Total
<i>Empleo domestico</i>	24%	9%	22%	20%
<i>Empleo privado</i>	24%	27%	17%	22%
<i>Empleo publico</i>	24%	0%	17%	15%
<i>Cuenta propista</i>	18%	64%	33%	35%
<i>Otra</i>	12%	0%	11%	9%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

En suma, la mayoría de los encuestados **no cuenta con un empleo formal**, y tanto el PSH como el resto de los adultos que desarrollan alguna actividad remunerada, lo hacen en el mercado informal sin registrar aportes a la seguridad social. “Cuentapropistas” es la categoría más repetida, principalmente el trabajo doméstico, amas de casa, pequeños trabajos temporarios informales (denominados “changas”), cooperativas de construcción, y en el caso de Puerto Vilelas (que incluye parajes rurales en la costa del Río Paraná) se observa una alta frecuencia en los trabajos vinculados a la actividad pesquera (pescadores). En esta localidad se pudo constatar que la actividad pesquera constituye un aspecto importante de las costumbres locales y genera un ingreso considerable y relativamente estable a las familias, a diferencia de lo que se pudo observar en los casos de Barranqueras y Villa Libertad (Resistencia).

En menor medida, apareció específicamente en Barranqueras, el caso de becas de trabajo en instituciones del Estado Provincial, como respuesta a la pregunta sobre el trabajo del PSH y otros adultos del hogar. Esto responde en gran medida a su cercanía con las oficinas del sector público.

A partir de la fragilidad que presentan los ingresos de los hogares por la actividad laboral del jefe/a del hogar, puede afirmarse que el ingreso monetario de la AUH constituye una base económica estable y complementaria para mejorar la calidad de vida de la población objeto de estudio. En particular, la AUH establece un “piso” para determinar el salario que se paga en el sector privado.

4 - Situación actual y antecedente de Planes Sociales

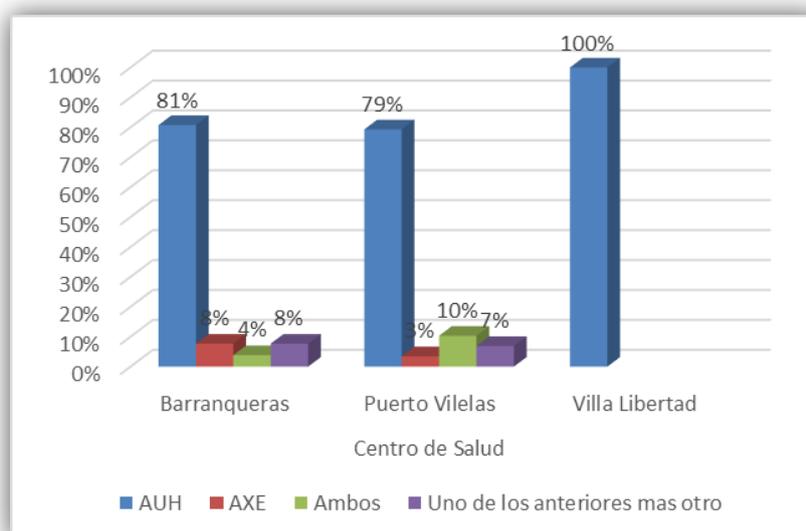
El 99% de los Hogares encuestados reciben actualmente algún tipo de ayuda por parte del Estado (Plan de Asistencia y Promoción Social), en general el 86% de los encuestados en las diferentes localidades son titulares de la AUH, con lo cual se puede deducir la vulnerabilidad social que presentan los titulares de derechos de los hogares encuestados.

Cuadro N°17: Planes Sociales

Actualmente recibe alguna ayuda del Estado (Plan Social)?	Centro de Salud			
	Barranqueras	Puerto Vilelas	Villa Libertad	Total
SI	96%	100%	100%	99%
NO	4%	0	0	1%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Gráfico N°4: Planes Sociales



Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Del 99% de los cuales tienen planes sociales, el 96.15% de los titulares son las madres de los Hogares visitados, lo cual refleja como varios estudios afirman (FLACSO, 2013) el importante rol que ocupa la mujer en el hogar para el desarrollo social, educativo y sanitario de sus hijos/as.

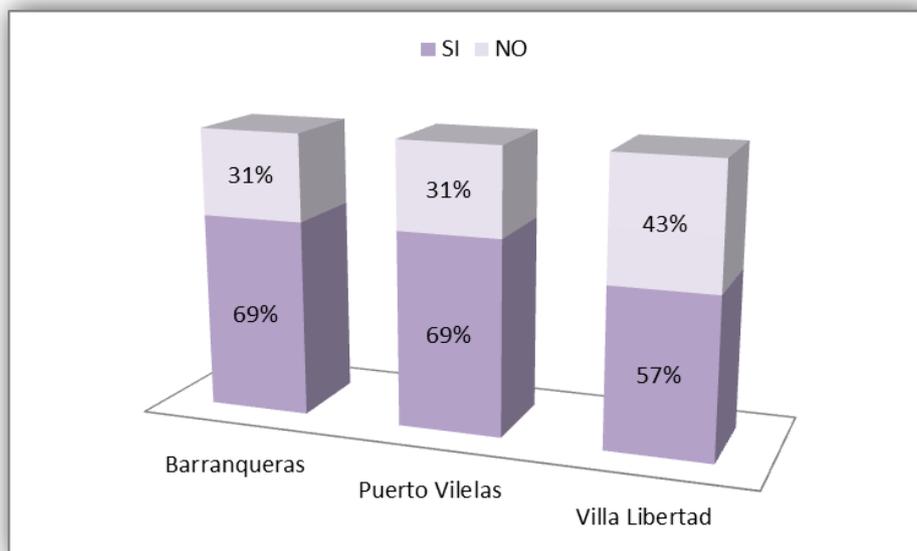
Cuadro N°18: Titulares de los Planes

Quien es el Titular del Plan?	Percent	Cum.
Madre	96.15	96.15
Otro Adulto	2.56	98.72
Uno de los anteriores y otro	1.28	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

De esta población muestral, encontramos que alrededor del 65% había recibido anteriormente alguna ayuda por parte del Estado, con lo cual los beneficiarios tienen experiencia en cuanto a la modalidad y condicionalidades que establecen los programas públicos (inscripción, prestación, registración, etc.).

Gráfico N°5: Acceso a Planes Sociales en el pasado



Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Dentro de los hogares que accedieron anteriormente a un plan social, cerca del 30% estuvieron relacionados con el acceso a los servicios de salud y educación (AUH y AE), mientras que la otra porción importante (62%) se localizó en otros programas, principalmente de inclusión social y laboral (Plan Empleo Joven, Plan Trabajar, Plan Jefes y Jefas de Hogar).

Cuadro N°19: Planes Sociales que recibió en el pasado

Que plan recibió en el pasado?	Percent	Cum.
AUH	1.96	1.96
AxE	27.45	29.41
Otro	62.75	92.16
Ambos	1.96	94.12
Uno de los anteriores y otro	5.88	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Si desagregamos por Centros de Salud encontramos que en Barranqueras más del 84% de los encuestados recibieron algún resarcimiento monetario mínimo por parte del Estado con una base de condicionalidad, por ejemplo la participación de los beneficiarios como mano de obra en tareas comunitarias o en obras públicas. En los casos de Puerto Vilelas y Villa Libertad los porcentajes son menores pero igualmente significativos (42% y 62% respectivamente). La otra gran proporción (en promedio, el 27%) fue titular de la AE en el pasado, que al nacimiento se convierte en AUH.

Cuadro N°20: Planes sociales que accedió en el pasado

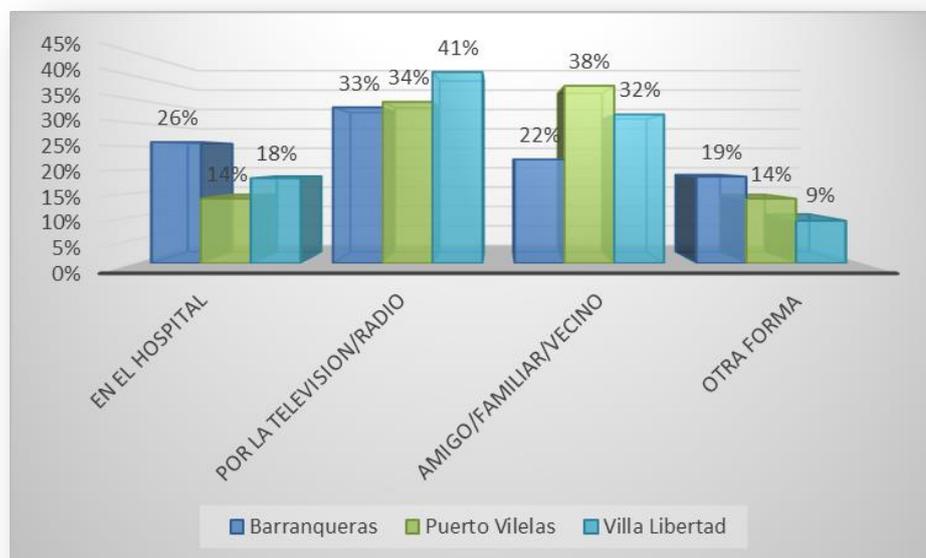
Que plan recibió en el pasado	Centro de Salud			
	Barranqueras	Puerto Vilelas	Villa Libertad	Total
AUH	0%	5%	0%	2%
AxE	16%	37%	31%	27%
Otro	84%	42%	62%	63%
Ambos	0%	0%	8%	2%
Uno de los anteriores y otro	0%	16%	0%	6%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

5 - Conocimiento de AUH, AE, Plan Nacer/Programa Sumar y procesos administrativos

Analizando cómo se enteraron de la existencia de la AUH-AE, la mayoría de los titulares que habitan en Barranqueras y Villa Libertad respondieron que fue a través de los medios de comunicación (televisión y radio) mientras que en Puerto Vilelas más del 38% respondió que fue por un familiar o algún allegado a ellos, lo cual indica el importante rol que ocupan estos actores de interés de la comunidad para difundir y promocionar los derechos que garantiza la AUH-AE.

Gráfico N°6: Medios por los cuales tomaron conocimiento sobre la AUH-AE



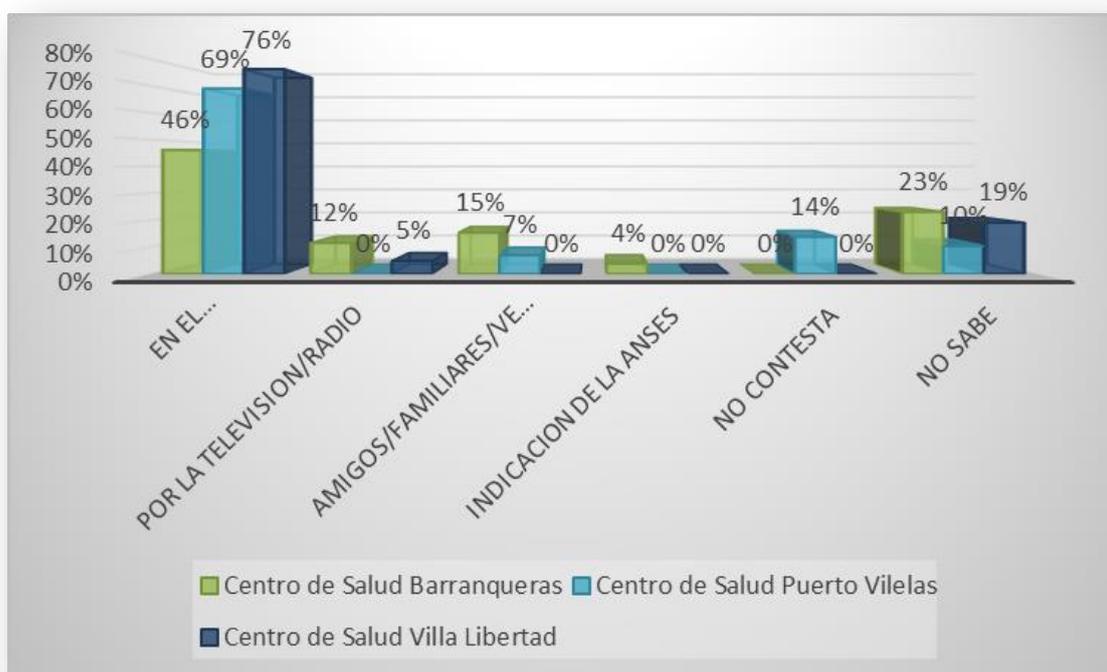
Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Sin embargo, los resultados (cualitativos) fueron diferentes cuando se les preguntó sobre cómo se enteraron del Plan Nacer-Programa Sumar. Existen dos cuestiones a saber: en primer lugar, la gran mayoría de los titulares de derechos de las tres localidades analizadas respondieron que fue a través del CAPS, y en segundo lugar existe un porcentaje no menor que advierten desconocer el Plan-Programa. Por lo tanto, si bien los titulares de derechos saben que deben

cumplir con la condicionalidad sanitaria para percibir la retribución monetaria de la AUH-AE, los CAPS deben intensificar la promoción y difusión de los beneficios sanitarios ofrece el programa SUMAR.

En términos generales encontramos que un 63% conoce el Plan Nacer-Programa Sumar porque en el mismo centro le dieron la información sobre los derechos del Plan, automáticamente al darle de alta por lo cual el proceso de inscripción le pareció fácil, y un 17% que lo desconoce completamente y no pudo responder la pregunta de cómo les pareció el proceso de inscripción.

Gráfico N°7: Medios de difusión sobre el Plan Nacer-Programa Sumar



Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Entre de los beneficiarios que **se enteraron por otros medios distintos al Centro de Salud/Hospital**, Medios de Comunicación (Radio/TV), Familiares/Amigos/Vecinos de la existencia de los programas, la población beneficiaria encuestada del CS-Villa Libertad mencionaron al ANSES; las del CS-Barranqueras, tanto al ANSES como a la Municipalidad, y las del CS-Puerto Vilelas al Municipio y al Ministerio de Desarrollo Social Provincial. Cabe destacar que se aprecia una gran diferencia entre el CS-Villa Libertad, más cercano al centro de la ciudad de Resistencia, y las otras dos localidades, más pequeñas y alejadas, donde cobra importancia la información provista por otros actores. En este marco, en las localidades del interior los CAPS ocupan un lugar muy importante como referentes para la inscripción en los programas sociales y sanitarios.

En general, de acuerdo a los resultados cualitativos, las titulares encuestadas manifestaron que el **proceso de inscripción a la AUH/AE** en ANSES resulta muy fácil o fácil. En cambio, una muy baja minoría eligió la opción de “difícil o muy difícil”, principalmente refiriéndose al tiempo que demora el proceso y a la necesidad de reunir muchos documentos necesarios para el trámite (por ej. certificado de domicilio).

En cuanto al **proceso de inscripción al Plan NACER/SUMAR** en el CAPS, también la mayoría manifestó que resulta “muy fácil o fácil”, y un número minoritario de respuestas lo consideraron “difícil o muy difícil”, principalmente debido al tiempo necesario para conseguir el turno. Esta problemática ha sido analizado en estudio previos (Ministerio de Salud, 2014) de diagnóstico del Programa Sumar.

Las preguntas relacionadas con la modalidad de transacciones realizadas con los ingresos monetarios percibidos de la AUH-AE, el 55% de los titulares analizados realizaron las extracciones por Caja (Banco y Correo) que implica el 52% de las realizadas en Barranqueras, el 62% de las transacciones de Puerto Vilelas y el 50% de Villa Libertad; y el 45% restante respondió que extrae la asignación mediante Cajero Automático (Tarjeta de débito) que se corresponde con el 48% de los encuestados en Barranqueras, el 38% de Puerto Vilelas y el 50% de Villa Libertad.

Cuadro N°21: Modalidad de recepción de los fondos

<i>Cual es la modalidad de recepción de los fondos percibidos por AUH-AxE?</i>	Centro de Salud			
	Barranqueras	Puerto Vilelas	Villa Libertad	Total
<i>cajero automatico</i>	48%	38%	50%	45%
<i>caja</i>	52%	62%	50%	55%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

El proceso de cobro (en tiempo y forma) en la gran mayoría de los casos es bueno (71%) y está satisfecho, mientras que un 22% lo califico entre regular y malo por las largas colas que tienen que hacer para retirar la asignación por caja. Por lo tanto, la puesta a disposición y difusión del medio de pago a través de tarjeta de débito mejoraría, en gran medida, la implementación del programa. Sin embargo, la escasa disponibilidad de cajeros automáticos limita los beneficios de la bancarización de los beneficiarios a través de la entrega de tarjetas de débito.

Asimismo, según los encuestados, surgen algunas dificultades administrativas con el uso de la tarjeta de débito y cajero automático, ya que no se permite al titular del plan a sacar todo el dinero de una sola vez. A su vez, cuando el beneficiario opta por la opción tarjeta de débito hay un lapso de tiempo hasta que se la recibe, en que el titular del Plan no puede tampoco cobrar la asignación por ventanilla.

Cuadro N°22: Calificación sobre el proceso de cobro (en tiempo y forma)

<i>Como calificaria el proceso de cobro de la AUH-AxE (en tiempo y forma)?</i>	Centro de Salud			
	Barranqueras	Puerto Vilelas	Villa Libertad	Total
<i>Muy bueno</i>	19%	0%	5%	8%
<i>Bueno</i>	56%	79%	77%	71%
<i>Regular</i>	7%	17%	9%	12%
<i>Malo</i>	19%	3%	9%	10%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

En el último año, el Plus del 20% por el cumplimiento de las condicionalidades sanitarias y educativas, lo recibió el 65% de los encuestados, mientras que el 22% respondió que “no” debido a que hace poco estaban inscriptos en la AUH o estaban cobrando por AE, el resto contestó que no sabía. De esta manera, se observa que casi dos tercios de los beneficiarios cumplieron con los controles de salud y educación, mejorando la calidad de vida de los hogares.

Cuadro N°23: Acceso al Plus del 20%

Cobro en el último año el plus del 20%?	Centro de Salud			
	Barranqueras	Puerto Vilelas	Villa Libertad	Total
Si	58%	72%	64%	65%
No	23%	17%	27%	22%
No contesta	4%	7%	9%	6%
No sabe	15%	3%	0%	6%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Consultadas por las **actividades o condicionalidades que debían realizar** para mantener los beneficios de la AUH y/o la AE, la mayoría de las encuestadas de las tres localidades conocían el requisito de presentar la libreta de ANSES, donde se certifican los controles de salud y la escolaridad según corresponda.

Entre las encuestadas que expresaron dificultades con el manejo de la libreta, se refirieron en primer lugar a los inconvenientes por los paros sindicales en salud pública que se profundizaron en el último tiempo. Sin embargo, en época de servicio normal, expresaron que los Centros de Salud **otorgan pocos turnos por día**, algo advertido previamente. Por lo que deben hacer cola desde temprano (deben “amanecer” en la puerta del Centro de Salud) para tratar de conseguir un turno, siendo la prioridad del CAPS asistir a los pacientes según su estado de salud.

6 - Conocimiento de la comunidad sobre los controles de salud

El 96% de los analizados contestaron que efectivamente conocían los controles de salud de sus hijos menores de 6 años. Nombraron el llamado “Control del Niño Sano” que se realiza mensual o semestralmente dependiendo de la edad del niño/a. En este control se registra el peso y la talla (estatura) del menor y es realizado por el personal de enfermería de los diferentes CAPS.

Se consultó sobre los controles médicos que recibieron su/s hijo/s menor/es de 6 años normalmente y, como se observa a continuación, las respuestas fueron dispares entre los CAPS y en algunos casos poco satisfactorias. Sería oportuno profundizar las causas en un estudio posterior.

Cuadro N°24: Controles de Salud realizados a los menores de 6 años

	4 DE JUNIO	PUERTO VILELAS	VILLA LIBERTAD
CONTROLES DE MEDICIÓN	88%	100%	95%
CONTROLES DE PESO	96%	100%	95%
CONTROL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA	75%	72%	68%
CONTROLES DEL RITMO CARDÍACO	75%	79%	73%
MEDICIÓN DEL PULSO	58%	48%	36%
CONTROL DE TEMPERATURA	58%	52%	64%
EXAMEN DE LA GARGANTA	67%	69%	55%
EXAMENES DE OIDOS	67%	55%	68%
EXAMEN DE CUELLO	42%	48%	41%
EXAMEN DE PIEL	33%	24%	23%
EXAMEN DE ROSTRO, PALIDEZ	50%	41%	55%
EXAMEN DE UÑAS	42%	28%	27%
EXAMEN DE OJOS	54%	55%	45%
EXAMEN DE TOBILLOS	38%	28%	23%
EXAMEN DE FONTANELA	58%	62%	73%
RECOMENDACIÓN DE UNA NUEVA REVISIÓN	58%	72%	64%
INFORMACIÓN SOBRE SÍNTOMAS O SEÑALES DE ALARMA	58%	83%	82%
SUGERENCIAS SOBRE LA ALIMENTACIÓN	42%	69%	55%
OTRO	13%	3%	9%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas



Centro de Salud Puerto Vilelas

En las revisiones durante el embarazo las respuestas fueron más satisfactorias que las anteriores sobre la atención del niño/a, y en general la evaluación efectuada a los servicios es satisfactoria.

Cuadro N°25: Controles de Salud realizados durante el embarazo

	4 DE JUNIO	PUERTO VILELAS	VILLA LIBERTAD
CONTROLES DE MEDICIÓN	100%	100%	85%
CONTROLES DE PESO	100%	100%	85%
CONTROLES DEL RITMO CARDÍACO	53%	55%	60%
PRUEBA VIH-SIDA	95%	93%	75%
CONTROL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA	53%	59%	60%
MEDICIÓN DE PULSO	100%	86%	70%
EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA	89%	90%	75%
ECOGRAFÍA	100%	100%	85%
REVISIÓN DE REFLEJOS	53%	55%	55%
CONTROLES DEL RITMO CARDÍACO DEL BEBE	100%	100%	85%
INFORMACION SOBRE SÍNTOMAS O SEÑALES DE ALARMA	89%	90%	80%
EXAMEN DE PIES	42%	17%	25%
EXAMEN DE TOBILLOS	26%	14%	15%
EXAMEN DE MAMAS	32%	41%	40%
INFORMACIÓN SOBRE LA CANTIDAD DE FETOS	79%	83%	70%
INFORMACIÓN SOBRE FECHA PROBABLE DE PARTO	95%	97%	85%
SUGERENCIAS SOBRE LA ALIMENTACIÓN	58%	52%	55%
RECOMENDACIÓN DE UNA NUEVA REVISIÓN	84%	93%	85%
OTRO	0%	7%	0%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

7 - Relación entre la AUH/AE y conductas sobre el cuidado de la salud

En relación a si los titulares de derechos notaron cambios en la atención médica que reciben sus hijos menores de 18 años con la implementación del Plan Nacer-Programa SUMAR, los resultados en general fueron satisfactorios en varios de los servicios brindados en los tres centros de salud, como el control y vacunación, mejoras edilicias, disponibilidad de insumos, y difusión de temas relacionados al cuidado de la salud y de los controles en enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, se destaca la percepción insatisfactoria de los beneficiarios sobre la limpieza del CAPS.

Por otro lado, se expresaron inquietudes sobre momentos en que suelen faltar algunos medicamentos provistos por REMEDIAR en los CAPS, y según algunos testimonios hay casos

en que son de baja calidad y eficacia, haciendo necesario que la titular los compre en una farmacia.

Cuadro N°26: Opinión acerca del desempeño de la atención médica en los Centros de Salud a menores de 18 años

	BARRANQUERAS			PUERTO VILELAS			VILLA LIBERTAD		
	SI	NO	Ns / Nc	SI	NO	Ns / Nc	SI	NO	Ns / Nc
<i>Control de vacunas</i>	84%	4%	12%	100%	0%	0%	82%	5%	14%
<i>Información recibida</i>	64%	24%	12%	76%	24%	0%	68%	23%	9%
<i>Información sobre las Salud de niño/a</i>	48%	36%	16%	48%	21%	31%	41%	23%	36%
<i>Información sobre la salud del adolescente</i>	44%	40%	16%	76%	24%	0%	55%	36%	9%
<i>Información sobre ETS</i>	52%	40%	8%	48%	52%	0%	82%	14%	5%
<i>Controles médicos en un mismo lugar</i>	48%	24%	28%	83%	14%	3%	64%	27%	9%
<i>Insumos del CAPS</i>	84%	4%	12%	66%	34%	0%	68%	23%	9%
<i>Mejoras edilicias</i>	76%	12%	12%	62%	38%	0%	86%	9%	5%
<i>Limpieza</i>	0%	80%	16%	0%	97%	3%	9%	55%	36%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

En relación a la atención en el embarazo, los titulares de la asignación que se atienden en el Centro de Salud “Dr. Finocchietto” de Puerto Vilelas, la mayoría hizo una evaluación satisfactoria en la atención sanitaria (vacunas, estudios médicos e información para la prevención). En el caso del CAPS de Villa Libertad no solamente las encuestadas manifestaron aceptación en la atención recibida, sino también en las condiciones edilicias en las que se encuentra actualmente el centro.

Por último, en el Centro de Salud “4 de Junio” ubicado en Barranqueras los resultados con mayor aprobación fueron la disponibilidad de insumos, la calidad de atención sanitaria sobre la mayoría de los controles bajo análisis y las mejoras edilicias.

Cuadro N°27: Opinión acerca del desempeño de la atención médica en los Centros de Salud durante el embarazo

	BARRANQUERAS			PUERTO VILELAS			VILLA LIBERTAD		
	SI	NO	Ns / Nc	SI	NO	Ns / Nc	SI	NO	Ns / Nc
<i>Control de vacunas</i>	67%	14%	19%	100%	0%	0%	80%	0%	20%
<i>Información recibida</i>	57%	24%	19%	82%	18%	0%	65%	15%	20%
<i>Información sobre ETS</i>	57%	24%	19%	86%	14%	0%	75%	10%	15%
<i>Información sobre la salud de la mujer adulta</i>	57%	24%	19%	75%	21%	4%	65%	15%	20%
<i>Información sobre Salud sexual y reproductiva</i>	67%	14%	19%	96%	4%	0%	85%	0%	15%
<i>Información sobre los controles del embarazo</i>	33%	48%	19%	75%	21%	4%	80%	5%	15%
<i>Controles médicos en un mismo lugar</i>	43%	38%	19%	89%	11%	0%	70%	10%	20%
<i>Insumos del CAPS</i>	71%	10%	19%	68%	32%	0%	60%	25%	15%
<i>Mejoras edilicias</i>	67%	14%	19%	64%	36%	0%	75%	15%	10%
<i>Limpieza</i>	5%	67%	29%	0%	100%	0%	0%	45%	55%

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Respecto a las **opiniones expresadas por las titulares en relación al Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) donde concurren**, en las tres localidades se sintió fuertemente el efecto de los paros del personal de salud pública sobre la atención a los encuestados. Sin embargo, consultados por la situación previa de atención regular, también surgieron inquietudes respecto a la cantidad de profesionales de la salud, cantidad de turnos disponibles y franja horaria de atención limitada, particularmente en los CAPS “4 de Junio” de Barranqueras y “Dr. Finocchietto” de Puerto Vilelas.

Cabe aclarar que estos dos CAPS no tienen servicio de guardia, por lo que en casos de emergencia los pacientes deben recurrir al hospital de Barranqueras o Resistencia. Esa fue una de las principales preocupaciones que surgieron específicamente en el caso de las familias encuestadas que residen en las zonas más alejadas de Puerto Vilelas. El área geográfica cubierta por el CAPS de dicha localidad es extensa, incluyendo parajes rurales a distancia considerable y difícil acceso según el estado de los caminos. Vale notar que esta situación también limita la actividades de los promotores de la salud en el territorio (recordar controles, evaluaciones socio-ambientales, etc.).

Como resultado del procesamiento de la pregunta referida a si los CAPS y la ANSES les informan sobre los derechos que acompañan a los beneficios monetarios que reciben por los planes, cabe destacar que las respuestas fueron en su mayoría negativas, particularmente en Puerto Vilelas (55%) y Villa Libertad (59%), con lo cual los actores del sector público que representan al Estado en el territorio (por ej. regiones sanitarias, hospitales, CAPS, municipios, Ministerio de Desarrollo Social, etc.) deberían reforzar la comunicación de los derechos que garantizan estos programas para que los beneficiarios sean demandantes “activos” y exijan mejoras continuas de los servicios.

Cuadro N°28: Derechos que acompañan a los planes

<i>Les informan sobre los derechos que acompañan los beneficios que reciben por los planes?</i>	4 DE JUNIO	PUERTO VILELAS	VILLA LIBERTAD	TOTAL
<i>SI</i>	52%	45%	41%	46%
<i>NO</i>	48%	55%	59%	54%

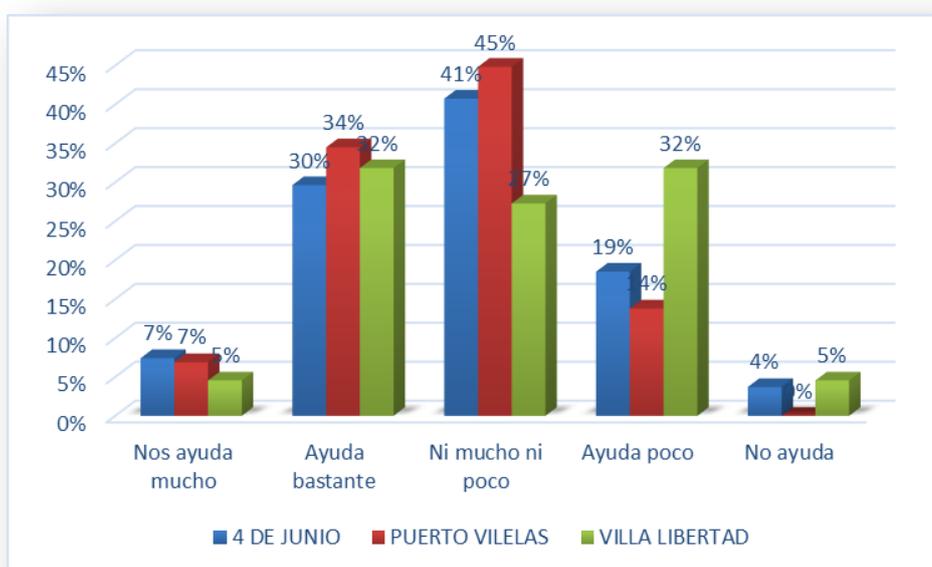
Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Respecto a si los Centros de Salud, Hospitales y ANSES informan **sobre los derechos que acompañan los beneficios del Plan SUMAR**, la mayor parte de los encuestados **respondió "no"**. Es decir, se enteran de los derechos por familiares, amigos, medios de comunicación y, en el caso de Barranqueras, un bajo número de encuestados respondieron que se enteran mediante internet. A su vez, se destaca que en Puerto Vilelas un grupo relativamente importante no supo contestar tampoco de donde obtenía la información, o simplemente no consideraba que tuviera alguna. En este contexto, resulta importante lograr que una mayor cantidad de beneficiarios del Plan reconozca los beneficios como “derechos” para que demanden un mejor cuidado de la salud.

Asimismo, se evaluó como impacta el dinero recibido de la AUH y AE para mejorar la salud de los niños/as y de las embarazadas, destacándose a la asignación como un ingreso complementario que permite paliar situaciones de urgencia, pero que no alcanza para acceder a la canasta básica total que incluye alimentos, bienes servicios básicos, etc.

Aunque en todas las localidades fueron mayores los casos en que manifestaron que la AUH y AE "ayuda poco" al ingreso del hogar, se observa que la cantidad de respuestas de "ayuda mucho" o "bastante" fueron considerables. Entre las respuestas del primer grupo se destacan razones como el "monto es muy poco, no alcanza", las cosas están "muy caras", especialmente pañales y útiles escolares. Por otro lado, se expresaron respuestas como "permite vestir y alimentar a los hijos", "ayuda a comprar cosas para el bebe" y "sostiene el hogar cuando el padre no tiene trabajo".

Gráfico N°8: Impacto del dinero recibido para mejorar la salud de niños y embarazadas



Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

Al preguntar a las titulares cuales son los **beneficios de estar inscriptas en Programa Sumar**, se obtuvieron básicamente tres tipos de respuesta: las que priorizaron el componente de la transferencia monetaria, las que se refirieron al aspecto de la atención y cuidado de la salud; y, por último, las que reflejaban el desconocimiento del programa se ha mencionado anteriormente.

El grupo mayoritario hizo referencia al aspecto económico del programa: la "ayuda" monetaria, el "subsidio", que sirve para comprar las "cosas para los chicos". En algunos casos las titulares desconocían la denominación "Programa Sumar" aunque sí estaban al tanto de lo que implicaba: acudir al CAPS para los controles regulares y completar la libreta sanitaria.

El segundo grupo de respuestas, sí reconoce como beneficios del plan el acceso a medicamentos y la cobertura médica a través del Centro de Salud, aunque cabe mencionar que los medicamentos que entregan los CAPS se proveen a través del programa nacional REMEDIAR + REDES.

El tercer grupo de respuestas, que se dio en un número importante de casos, consiste en el desconocimiento de los beneficios del programa. En este sentido, algunas entrevistadas dijeron explícitamente que no se les explicaba en qué consistía el Programa SUMAR, lo cual afecta la promoción de sus líneas de cuidado y el reconocimiento de derechos por los beneficiarios.

AUH - AE un derecho?

"No alcanza para comprar lo necesario" (Mujer 21 años, una beba, nivel socioeconómica bajo, CS - Puerto Vilelas)

"Nos salva bastante" (Mujer 26 años, dos hijos de 4 y 2 años, nivel socioeconómico bajo, CS - Villa Libertad)

"Funciona bien. Gracias a la ayuda que recibimos llegamos a fin de mes" (Mujer 18 años, una beba, nivel socioeconómico bajo, CS - Puerto Vilelas)

"Ayuda bastante" (Mujer 20 años, un hijo de 2 años, nivel socioeconómico bajo, CS - Barranqueras)

"Es una segura aunque no es mucho, ayuda cuando no tienes un trabajo seguro" (Mujer 21 años, un hijo de 1 año, nivel socioeconómico bajo, CS - Villa Libertad)

"Concientiza a la gente sobre la salud de sus hijos" (Mujer 41 años, tres hijos, nivel socioeconómico medio bajo, CS - Puerto Vilelas)

"El monto es poco en comparación al costo de las cosas" (Mujer 35 años, dos hijos de 16 y 3 años, nivel socioeconómico medio bajo, CS - Barranqueras)

"Nos gustaría que el monto que recibimos se ajuste a la inflación" (Mujer 43 años, madre de siete hijos cobra por cuatro, nivel socioeconómico bajo, CS - Villa Libertad)

"Nos gustaría que la AUH incluya trabajo" (Mujer 21 años, un hijo, nivel socioeconómico bajo, CS - Puerto Vilelas)

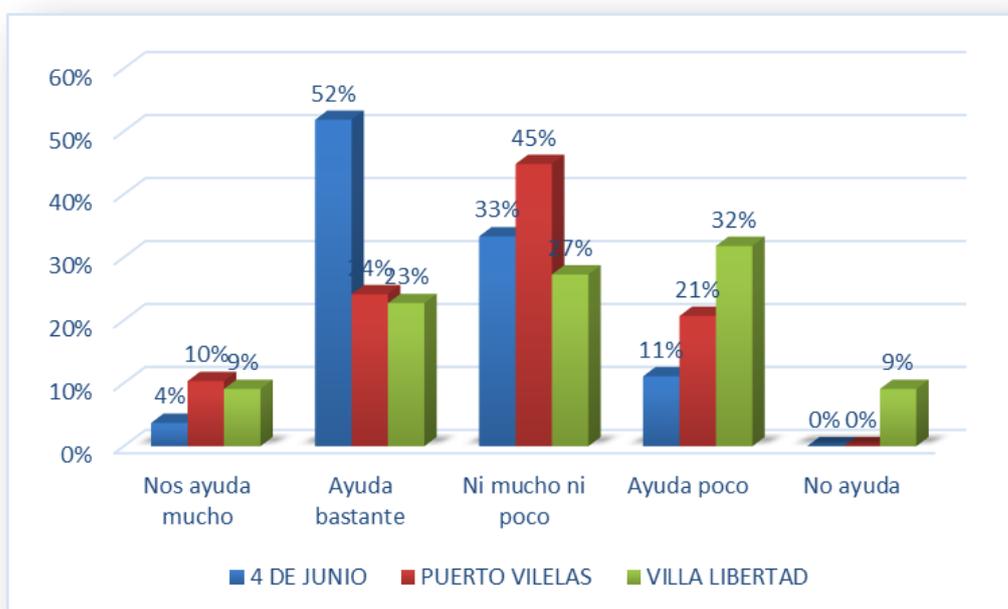
Al indagar sobre **aspectos del cuidado de la salud de sus hijos que hayan aprendido**, a medida que iban realizando los controles en el Centro de Salud, aproximadamente la mitad de las encuestadas expresó haber aprendido cosas nuevas para mejorar el cuidado de la salud de sus hijos. Según las encuestadas, estos conocimientos incluían controles como la temperatura y el peso, información sobre enfermedades (sarampión, varicela, dengue, etc.), cuidados generales (posturas del bebé para dormir, para amamantar, etc.), consejos sobre alimentación, entre otros.

Vale notar que alrededor del 30% de las encuestadas no supo qué contestar o no recordaba haber aprendido nada nuevo, mientras que un tercer grupo de aproximadamente el 20% de las encuestadas, en los tres Centros de Salud, respondieron explícitamente que con los controles del programa no aprendieron nada nuevo, porque consideraban que ya conocían los controles, cuidados, e información brindada, o porque consideraban que no habían recibido información o explicaciones.

8 - Relación entre la AUH/AE y disponibilidad de recursos que impactan en la calidad de vida y salud

Los ingresos monetarios que reciben los hogares a través de la AUH-AE favorecen de manera sustancial para la alimentación, salud y escolarización de sus hijos (en el caso de los que están en edad escolar). La AUH contribuye al cumplimiento de estos derechos en forma más que satisfactoria en un 52% para los titulares de Barranqueras, mientras que llamativamente no ven mucha diferencia en su vida familiar para aquellos de Puerto Vilelas y Villa Libertad (45% y 27%).

Gráfico N°9: Impacto de la AUH-AE en la vida familiar



Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

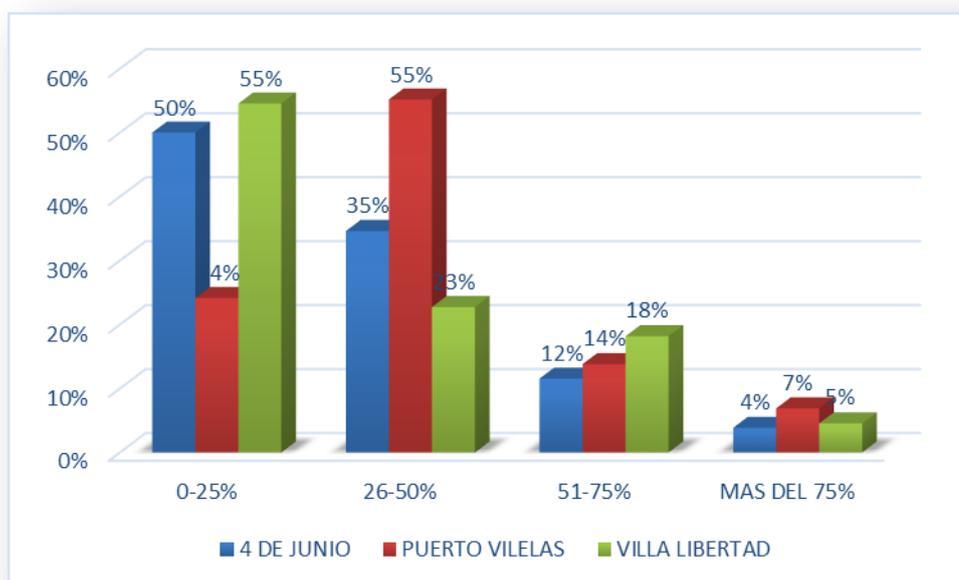
Los hogares que acceden a la AUH, al estar pensada por parte del Estado como una política de derecho universalista, para que un grupo importante de la población pueda tener un ingreso mínimo garantizado, una mejor atención de salud e inclusión educativa, al igual que los trabajadores formales, no tienen características homogénea y, por lo tanto, su valoración difiere.

Si bien hogares de bajos ingresos y que viven en condiciones socioeconómicas muy precarias y vulnerables, situados en Barranqueras, manifiestan un impacto más que favorable de la AUH-AE en su vida familiar, el 50% de las titulares encuestadas contestaron que la asignación representa menos del 25% de su ingreso total y sólo refuerza los recursos ya existentes. Vale advertir que existen discrepancias entre las respuestas cualitativas y cuantitativas suministradas por los beneficiarios.

Por otro lado, en Puerto Vilelas se han observado estratos más precarios en donde mencionaban a la asignación como su único ingreso estable de todos los meses, pero nuevamente en términos cualitativos el impacto manifestado en la mayoría de las encuestadas (45%) es de “Ni mucho ni poco”.

Una de las razones que podemos interpretar es que los titulares de los diferentes planes asocian a las asignaciones como una política con un impacto importante a nivel social, pero que no sustituye a la obtención de un ingreso proveniente por otro programa económico u trabajo. Adicionalmente, puede interpretarse que las necesidades que presentan estos hogares son tan amplias que lamentablemente no pueden cubrirse con el valor de la asignación de los programas.

Gráfico N°10: Representación de las asignaciones en el ingreso total



Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas

9. Percepción de los profesionales/integrantes de los Centros de Salud

Directora del CS-Villa Libertad

I. Contexto y población de referencia atendida por el CAPS

En el Cuadro N°29 se presenta la población del CAPS inscrita al Programa SUMAR. Cabe notar que el Plan ofrece un seguro de salud a los niños/as 0-9 años, adolescentes de 10-19 años y mujeres de 20-64 años que no cuentan con obra social. Por lo tanto, se supone que el 32% de los 1.938 pacientes que no están inscritos al SUMAR de la población de referencia, tienen cobertura de una obra social, pero se atienden en un

establecimiento público. En la provincia de Chaco la población con cobertura de salud asciende al 42% de la población total, aunque a nivel nacional alcanza el 64%⁶.

Cuadro N°29: Pacientes inscriptos al Programa SUMAR:

Población	Inscriptos (a)	No inscriptos (b)	Total (c)	(a) / (c)
Niños/as de 0-6 años	1184	994	2178	54,4%
Niños/as de 6-9 años	758	231	989	76,6%
Adolescentes de 10-19 años	825	355	1180	69,9%
Mujeres de 20-64 años	1344	358	1702	79,0%
Total	4111	1938	6049	68,0%

El CAPS comenzó a firmar compromisos de gestión con el Programa SUMAR desde el año 2004 bajo la operación del Plan NACER. Durante aquellos años la población beneficiaria eran las embarazadas y niños hasta los 6 años, y las metas sanitarias (denominadas trazadoras) estaban enfocadas en la población materno-infantil. A partir del año 2012, el Plan Nacer amplió su cobertura poblacional y prestaciones, y lanzó el Programa SUMAR, incorporando a los niños y niñas de 6-9 años, adolescentes de 10-19 años y mujeres de 20-64 años. La entrevistada destaca el presupuesto adicional asignado por el Ministerio de Salud en forma de caja chica, *“Nosotros respiramos, tenemos oxígeno con el SUMAR”*. Con los fondos generados a través de lo facturado al Programa, el CAPS tiene la posibilidad de destinar un 40% para pagar al personal de salud del CAPS un Fondo Común Estímulo y el 60% restante se puede asignar a la Adquisición de Bienes y Servicios. Para disponer de este anticipo de fondos que forma parte del 60% de la facturación, el área de administración del CAPS tiene que hacer es una solicitud (Formulario 2) a la Dirección de Administración del Ministerio de Salud y luego realizar la rendición formal. Una vez aprobada ésta última por la Dirección de Administración, el CAPS está en condiciones de pedir un nuevo anticipo. El monto máximo de anticipos asciende a \$ 20.000, en línea con lo dispuesto para el régimen de compras directas.

Sin embargo, esta operatoria no se realiza en forma mensual por problemas administrativos con la rendición de uso de fondos. Las principales causas del atraso en el uso de fondos son el **déficit de gestión administrativa** de los efectores, y el **déficit en las intervenciones** de algunas reparticiones del Ministerio de Salud que autorizan determinados gastos (**áreas de arquitectura, ingeniería y tecnología hospitalaria**). La UGSP monitorea las rendiciones de los efectores y les ofrece capacitaciones para mejorar el proceso de rendición de uso de fondos en el marco de las tutorías integrales y talleres grupales. En caso de identificar efectores que sub-ejecutan fondos del SUMAR informan a su región sanitaria. Durante el año 2014 el CAPS recibió cuatro fondos de anticipo de SUMAR por un total de \$80.000.

Anteriormente, las compras con anticipos de fondos requerían de presupuestos. Si se necesitaba, por ejemplo, una computadora debían pedirse cotizaciones a distintos proveedores y la Dirección de Administración la compraba al que ofrecía el presupuesto más económico. Pero, generalmente, lo compraba el producto requerido por el CAPS, con lo cual, *“Eso generó una acumulación de quejas de los CAPS y la administración decidió que cada uno se ocupe de comprar lo que necesita”*.

El Programa SUMAR los acompaña y orienta en la planificación de las compras de los servicios que atienden a la población objetivo del Plan a realizar a lo largo del año. Posteriormente, el Programa monitorea que el CAPS cumpla los objetivos planificados, lo

⁶ Censo 2010, INDEC.

cual es destacado por el personal como un aspecto que contribuye a las actividades cotidianas, *“La planificación ayuda a los servicios”*.

En la planificación para ejecutar una refacción o ampliación del CAPS, resulta complicado utilizar los fondos del SUMAR ya que los montos son mayores a sus posibilidades, y debe llamarse a licitaciones. De acuerdo a la entrevistada, *“las construcciones valen más que ese monto y hay que llamar a licitación y ahí se complica todo el proceso, los fondos no alcanzan para tanto”*. Actualmente se está realizando una ampliación de un servicio con fondos del REMEDIAR-REDES.

II. Vinculación de AUH/AE con el Programa SUMAR

Inicialmente el Plan NACER y posteriormente el SUMAR, exigieron importantes cambios administrativos al CAPS en el marco de un programa que gestiona por resultados sanitarios. *“Fue trabajoso: primero hubo que entrenar al equipo porque no es fácil decirle a tu personal a partir de mañana vas a atender más, tenías 20 ahora vas a atender 40 hasta que lo que se demande”*. Las resistencias se plantearon frente a la duplicación del trabajo que implicaba completar planillas y procedimientos administrativos (inscripción, facturación, planificación, uso de fondos, rendición, etc.). Sin embargo, la mayor carga laboral se compensó con las posibilidades que a su vez introdujo el Programa SUMAR a través del fondo estímulo otorgado principalmente al personal encargado de atender a la población objetivo (ginecólogas, pediatras, enfermeras, etc.). *“Con el fondo estímulo cambia la historia, cuando le demostrás a la gente que a mayor atención, vas a disponer de mayores fondos para su servicio”*.

La Directora advierte su conformidad con el personal, particularmente con el de mayor antigüedad que mejor se adaptó a la nueva modalidad de gestión por resultados que propone el Plan SUMAR. Destacó la carga de vacunas a través del sistema “NOMIVAC” como una señal de que existe un control real y efectivo pero, pero el único estímulo monetario que recibieron fue con el SUMAR. *“Es verdad que un director no desea imponer otro trámite burocrático a su personal. Si bien el personal debería cobrar el fondo estímulo con mayor regularidad junto a su salario, las acreditaciones se perciben semestralmente. Eso genera un dolor de cabeza para los directores. Pero igual la gente sigue haciendo su trabajo”*. Los atrasos en los cobros responden a las dificultades administrativas que plantea la gestión del Programa, lo que requiere mejorar los registros sanitarios para facturar las prestaciones que siempre hizo el CAPS.

Destacan sin embargo las capacitaciones y acompañamientos ofrecido por el Programa, *“SUMAR nos capacita siempre”* primero a los Directores y luego a los de menor rango. *“El Programa siempre nos acompañó a muchos de nosotros que somos analfabetos informáticos, ellos venían acá y primero practicábamos con una computadora y después nos dieron otra y para que las chicas de administración vayan cargando”*. Un grupo de enfermeras tienen horarios fijos y van rotando para poder completar la franja horaria y cargar las prácticas en el sistema. La entrevistada destaca particularmente, como suele suceder en otros CAPS, las dificultades que implica contar con personal capacitado para administrar el Programa SUMAR.

III. Conocimiento de la población y controles de salud

Desde la implementación del SUMAR, los representantes del CAPS han observado cambios significativos en el estado de salud de los pacientes pediátricos. Al tener que realizarle un control más seguido y estricto al niño, la salud de ellos ha mejorado como así también por un mayor cuidado preventivo han cambiado las patologías. *“Cambieron mucho la presentación de las mamás y sus niños en el CAPS, es lo que más se ve. Ellas al tener cierta tranquilidad en sus ingresos, les da la posibilidad de escuchar más un consejito, de defender su derecho y las ves junto a su niños/as más prolijas y limpias, y empleando otro tipo de lenguaje. Si es cierto que todavía hay gente que le falta pero son los menos”*. La entrevistada asegura que los beneficiarios mejoraron su calidad de vida y se imagina que ocurre lo mismo en el ámbito. *“No tiene que faltarle ni la leche, ni el medicamento, ni la asistencia porque para eso estamos nosotros”*. Para la directora, la madre sabe que tiene este respaldo por parte del CAPS y eso le genera tranquilidad a la titular de derecho en donde puede aprender sobre prácticas para el cuidado de la salud.

En cuanto a las embarazadas también observan mejoras sanitarias y es lo que más disfruta. El servicio de pediatría contiene a las embarazadas de alto riesgo y actualmente se están estableciendo vínculos con otro programa como el *Primeros Años*. *“Este programa también viene del Gobierno Nacional para capacitación. Si bien no utiliza nuestras horas médicas, lo que hace es capacitar a dos señoras de la comunidad propuestas por el servicio del CAPS para que desarrollen actividad de promoción de la salud y crianza en hogares”*. Si bien están conformes con este Programa, señalan que no cuentan con un espacio físico propio en el CAPS para hacer reuniones entre las embarazadas y contar sus experiencias y los proyectos sobre la crianza de los hijos (estimulación temprana). *“El consultorio pediátrico es muy pequeño y suelen utilizar el espacio de la parroquia del Padre Richard. El tema del espacio es problemático porque asisten papas, mamás y sus niños”*.

En relación a los turnos y pacientes, las ginecólogas programan aproximadamente 8 turnos diarios, y cuando las embarazadas de alto riesgo no asisten a su turno, salen a buscarlas a su domicilio. *“No hay tutía”* con un promotor de salud del CAPS. De todas formas, mencionan que pocas veces han tenido que salir a buscarlas, en general estos casos se deben a que habían tenido problemas con su pareja o porque brindaron un domicilio erróneo. Esa es una de las grandes dificultades, *“no sé cómo hacer para tener el domicilio real de esa persona”*.

El Centro de Salud cuenta con un padrón con el registro de las personas que les corresponde atenderse ahí, aunque no siempre coincide con la población real que concurre. Muchas de las pacientes nacieron ahí, y si bien después se mudaron, vuelven a atender a esos servicios ya que están acostumbradas, *“se controlaron desde niñitas, la pediatra y yo todavía estamos. Luego de casarse vienen a pedirte que por favor atiendas a sus bebés y ya te quedas con ellos. El problema es con las personas que cambian el número con mucha facilidad y no las encontrás. Pero tampoco le puedes estar exigiendo que traigan el certificado de domicilio, es medio traumático porque tenés que ir a la policía, comprar la estampilla, es engorroso”*. Se destaca que hay que buscar otra alternativa para saber dónde viven realmente, una posibilidad es registrarlos cuando van a realizarse alguna prestación y dentro de las 24 horas verificar su domicilio. *“No es de chismosa”* sino que ante un mal resultado de un análisis se tiene que buscar la paciente para que vuelva. No conoce la población nominal de su área programática. El padrón electoral no está actualizado ni es real. La realización de un censo con el personal del centro es casi inalcanzable para ella porque el área programática es muy grande. Esto es una deuda que se debe a sí misma.

IV. Promoción y difusión.

Como medio de difusión de los derechos de los beneficiarios del Programa SUMAR, el CAPS utiliza folletería. Asimismo, les explican todas las novedades a los inscriptos al programa. *“Difusión radial y televisiva no hay, la difusión de que la atención médica del Programa SUMAR es gratuita (como siempre ha sido atención) no existe acá. La difusión se realiza básicamente a través de cartelería”*. Finalmente, se menciona que una mejor articulación con ANSES permitiría fortalecer el programa.

Directora de Administración del CS - Puerto Vilelas.

I. Presentación y relación entre el Programa SUMAR y los recursos del CAPS.

El CAPS no cuenta con un padrón de los beneficiarios inscriptos al Plan SUMAR. *“Se fue haciendo paulatinamente la inscripción a la AUH y al Plan NACER, con el tiempo fueron depurando los padrones, pero no te puedo decir con exactitud un porcentaje o la cantidad de inscriptos”*. Esta carencia refleja las dificultades administrativas que tienen los CAPS para gestionar el Programa SUMAR, lo que implica una grave dificultad ya que no pueden cobrar las prestaciones facturadas al si desconocen los inscriptos⁷.

El total de las consultas en enero de 2015 ascendió a 1.261, casi en su totalidad inscriptos a la AUH pero que también pertenecen a la población objetivo de PROFE y PAMI. *“Todos los que vienen a control es porque reciben AUH, ya que obliga a las madres a controlar a sus niños. Si bien le piden un control anual para poder cobrar el 20% del valor, nosotros le pedimos que tengan 3 controles”*.

Desde que tienen convenio con el Plan Nacer/Programa SUMAR, hace aproximadamente 8 años, la directora señala que hubo varias mejoras en el ámbito de trabajo, logradas gracias a los recursos recibidos por el Programa y el Fondo Estimulo. La adquisición de aires acondicionados para sala de espera; pc's y netbooks para la realización de talleres y trabajos en la comunidad, insumos (medicamentos para niños y embarazadas), y mejoras en la infraestructura edilicia es lo más destacado.

Con el SUMAR, el personal del CAPS se capacitó en vacunación, lactancia, facturación, manejo de planilla de controles, entre otros. Se realizaron talleres acerca del Fondo Estimulo, que por una parte es un ingreso adicional que directamente va al bolsillo del personal, pero también se pueden utilizar los recursos en capacitaciones. A modo de ejemplo, la ginecóloga realizó capacitaciones en cuanto a diagnóstico por imágenes, en función de lo cual se detectaron pacientes con cardiopatías congénitas y mal formación renal. Cabe aclarar que la mayoría de las actividades de capacitación son llevadas a cabo en el marco del SUMAR, con el compromiso de los profesionales del CAPS.

A su vez, los fondos del SUMAR se utilizan para suplantar los recursos del fondo fijo constituido con recursos suministrados por el Ministerio de Salud en el Presupuesto anual,

⁷ La directora informó las siguientes cifras sobre la cantidad de consultas materno-infantiles realizadas durante enero de 2015: 210 controles de niños/as menores a 1 año (en su mayoría en estado de salud normal), aproximadamente 200 chicos de 1 año de edad, 130 embarazadas (21 en estado de desnutrición), 625 controles de niños/as de entre 2 y 5 años (34 con problemas nutricionales: 9 con bajo peso y 25 de con sobrepeso).

ya que éste suele ser insuficientes para la gestión diaria del CAPS. *“Hicimos muchas compras con los recursos del Programa SUMAR, además de percibir incentivos al personal por el fondo estímulo. Se compraron aires acondicionados para la sala de espera y equipos para los talleres y trabajos con la comunidad”*.

En cuanto a la importancia de los fondos recibidos por el SUMAR respecto a los ingresos totales, no se dispone de información precisa en términos porcentuales. A modo estimativo, la facturación del último trimestre del Programa SUMAR ascendió a \$30.000. Por su parte, en relación al Fondo Estímulo, se cobró \$800 por persona en el trimestre (son 54 empleados en total).

II. Vinculación de AUH, AUE, Plan SUMAR y procesos administrativos

Si bien el CAPS factura on-line las diferentes prestaciones brindadas a los inscriptos, no tienen el padrón de los titulares de derecho provenientes de ANSES, reflejando que no hay una integración de los registros que permita salir a buscar y captar a los beneficiarios en el territorio. Se completa una planilla de Historia clínica que identifica el peso, vacuna, talla; y si lo requiere la demanda se lo deriva al médico, sino pasa por Control Sano de enfermería, *“es un control sano que se factura”*.

Hubo cambios significativos en términos de la facturación. Anteriormente se trabajaba con los “planillones” y una facturación manual pero actualmente la facturación es automática y on-line, *“El Centro de Salud se adhirió a la facturación on-line y a toda la parte de registro sistemático”*.

En cuanto a los procesos administrativos, existen de acuerdo a la entrevistada dos problemas básicos: la falta de personal capacitado en informática, y a su vez una mayor demanda de personal para la registración de prestaciones. Solamente 3 o 4 personas manejan la facturación y estadísticas del CAPS (ambas informatizadas), y la registración de las historias clínicas en el sistema. *“Cuando tenemos mucha demanda sanitaria, los médicos no pueden cargar las planillas. Se registra todo en la historia clínica y se factura desde la historia clínica”*. *“Estamos perdiendo mucha facturación porque no tenemos personal que tengan manejo informático, les tienen miedo a la computadora”*.

La entrevistada sugiere mejorar el diseño y unificación de las fichas y formularios, por ejemplo eliminando preguntas similares que generan pérdida de tiempo para el personal al completarlas.

La rendición del uso de anticipos de fondos del Plan SUMAR se realiza ante la Dirección de Administración y son utilizados para refacciones, equipamiento, medicamentos y gastos corrientes. *“Ahora estoy gestionando la compra para informatizar todo y de comprar muebles para los consultorios, compramos para la parte de kinesiología, pintamos, se readecuo todo y estamos pidiendo para hacer la compra de dos aires acondicionados para la sala de espera y de pacientes”*.

Si bien la implementación del Programa SUMAR ha aumentado considerablemente la cantidad de consultas y controles, además de mejorar la calidad en las prestaciones, la planta funcional de personal del CAPS no se readecuo a esta mayor demanda. Particularmente, se incrementó la atención en el Servicio de Laboratorio, Odontología y mayoritariamente las prestaciones en Diagnóstico por Imágenes. Cabe destacar que el 90% de las prácticas son controles de embarazos.

III. Conocimiento de la población y controles de salud

Los cambios más significativos en los últimos 5 años son la disminución del número de personas con signos de desnutrición, lo que evidencia una mejora considerable en la calidad de vida. Las patologías más comunes son las estacionales (resfríos), problemas respiratorios y parasitosis.

Las mejoras en los controles dispuestas por el Programan SUMAR generan un aumento en las visitas, a partir de una mayor concientización de la población. A su vez, hay casos de asistencia a los controles por obligación en el cumplimiento de la condicionalidad sanitaria de la AUH y AE. *“Cuando comienza el ciclo lectivo aparecen todos los ingresos escolares, que ahí también se aprovecha para hacer un cronograma anual de Control del Niño Sano salvo que este enfermo”.*

Respecto a las embarazadas, se advierte como muestran las estadísticas sanitarias que la prevalencia del embarazo adolescente continúa siendo elevada, lo que requiere un seguimiento especial. Sin embargo, cabe destacarse una mayor capacitación de las madres en cuanto al cuidado de la salud de sus hijos y lactancia materna.

Dada la altísima demanda (17.000 personas del área programática a cargo) y la imposibilidad de satisfacerla en su totalidad con el personal disponible, se priorizan las atenciones dificultándose la capacidad para los controles de niños sanos. A tal fin se establece un sistema de seguimiento de pacientes, teniendo en cuenta la cantidad de veces que acuden a los controles en el cuatrimestre.

No resulta excluyente para la atención en el CAPS el hecho de ser de otra área programática. El CAPS promueve la atención de la salud de su población a cargo, asistiendo al domicilio de quienes no acuden a los controles programados. *“El área social trabaja con la línea 102 del Ministerio de Desarrollo Social, quienes hacen la primera intervención y evalúan si la situación pasa al juzgado”.*

La condicionalidad del programa resulta una muy buena medida ya que incentiva a que los beneficiarios mejoren el cuidado de su salud. En particular, se debe mejorar e incrementar la estructura edilicia para poder satisfacer la mayor demanda que generó el programa. Paralelamente se está trabajando con el Puesto Sanitario (Colonia Tacuarí) y un Sub-Centro de Salud (3 Bocas) que dependen de ellos, en mejorar la estructura edilicia y dotarlo de personal fijo.

IV. Promoción y difusión

Existe una gran cartelera en el establecimiento para difundir los programas, talleres de capacitación, seguimiento, prácticas de detención temprana, etc. “El CAPS dispuso de un DVD suministrado por el Programa SUMAR con el spot publicitario, el cual mostraba en la sala de espera la cobertura poblacional, la población objetivo y grupos etarios, los derechos, y sus obligaciones”.

Comentarios finales

En ambos CAPS se **desconoce el patrón de inscriptos** o que reciben la AUH-AE. Si bien manifiestan que el Programa SUMAR mejoró los padrones, no hay una integración de los registros que permita conocer la población nominal a cargo de cada CAPS. Sin embargo, lo que se conoce son aquellos titulares del SUMAR que tuvieron alguna prestación sanitaria en el establecimiento de salud.

En general, los **ingresos percibidos de la facturación** de las prestaciones a los inscriptos al Plan SUMAR se destinan a: 1) un 60% como “presupuesto extra” para solventar gastos corrientes, compra de medicamentos, compra de equipamientos (hospitalarios, informáticos) o para realizar alguna pequeña ampliación o refacción edilicia; y 2) un 40% como “Fondo Estimulo” equivalente a un ingreso per cápita que va directo al bolsillo del personal que forma parte de la planta del CAPS.

La **planificación de compras** se basa en satisfacer las necesidades consideradas urgentes por el Centro de Salud y no como gastos directos vinculados con los titulares de los planes. Los objetivos estratégicos de las compras no aparentan ser “directos” para mejorar la atención primaria de salud de los titulares de derechos sino pensados en forma “ampliada” y para el beneficio de todos.

En relación a los **procesos administrativos** y la vinculación con los planes sociales bajo consideración, ambos CAPS tuvieron que trabajar más y en forma integrada, tanto los médicos como el personal administrativo y de enfermería para registrar las prestaciones e historias clínicas.

Si bien anteriormente se presentaban unos “planillones” a la Dirección de Administración del Ministerio de Salud con las prestaciones que recibieron los titulares de derechos del SUMAR, actualmente la facturación es on-line. El médico es el encargado de completar las historias clínicas y el personal de administración o de enfermería de cargar las planillas on-line. La falta de personal, y más específicamente, capacitado en informática limita cumplir todos los procesos administrativos de inscripción, planificación, registración, facturación, uso de fondos y rendición.

El exceso de demanda producto de una mayor cantidad de consultas y controles ante una planta funcional estable se compensa, por parte del servicio, en forma monetaria con el fondo estímulo.

Un punto importante a analizar son los **cambios significativos en el estado de salud** resultante de un mayor conocimiento sobre prácticas sobre el cuidado de la salud por parte de la población. Hay un amplio consenso en las entrevistadas de que las madres y sus niños beneficiarios se controlan más ya sea por la condicionalidad del programa, o el interés personal de mejorar el cuidado de la salud.

El programa condiciona las transferencias monetarias al cumplimiento de controles periódicos de salud de las embarazadas o niños/as, así como a la escolaridad de los niños, mejorando en el corto plazo los ingresos de las beneficiarias y, desde una perspectiva de mediano plazo, reforzar el capital humano de sus integrantes. En este marco, en algunos CAPS se observa que existe una mayor predisposición de los pacientes en escuchar consejos para mejorar su salud y la de sus niños.

Ambos casos expresan la mayor demanda que ha generado a los servicios el Plan SUMAR, y la imposibilidad de satisfacerla en su totalidad con los recursos humanos y físicos disponibles, por lo que deben priorizar las atenciones. Sin embargo, los CAPS no suelen excluir a un

titular de derecho perteneciente a otra área programática sino que cumplen una función asistencial.

Por último, en las preguntas referidas a la promoción y difusión, tanto los efectores de salud como los beneficiarios han recibido por parte de SUMAR capacitaciones y materiales de difusión sobre sus derechos, lo que ayudaron a mejorar la calidad de las prestaciones de atención primaria de salud.



SECCION III.

Evaluar los efectos que la articulación de ambas políticas han generado sobre las condiciones sanitarias de la población, analizando el impacto en las tasas de embarazo, natalidad, tasa de desnutrición infantil, y estadísticas.

Como se mencionó en la **Sección I**, la AUH y AE se encuentran enmarcadas en una nueva concepción de la política social de carácter universalista, que adopta un enfoque de derechos por medio del cual se busca la satisfacción de necesidades básicas y se apuesta a restaurar derechos vulnerados.

Luego de presentar los resultados del trabajo de campo, en esta última parte del trabajo se analiza la información de diferentes bases de datos, principalmente de los Anuarios procedentes de la Dirección de Estadística Sanitaria de la Provincia del Chaco, que permiten evaluar el contexto Socio-Demográfico y el Perfil Epidemiológico de la última década.

Entre sus objetivos específicos se distinguen: i) Identificar la evolución de la población objetivo del Plan Nacer/Sumar en la Provincia de Chaco) donde se centra el análisis, en los niños de 0-1 años, de 1-4 años y en mujeres embarazadas. ii) Analizar las diferentes Tasas de Natalidad y Mortalidad y su tendencia a lo largo de los años, con el objetivo de identificar los cambios generados en estos indicadores claves a partir de la implementación del Plan Nacer/Sumar, iii) Estudiar la correlación de las Tasas de Natalidad según el peso al nacer y el tiempo de gestación con la edad y residencia de la madre, a los fines de examinar si el Plan Nacer/Sumar contribuyó o no para la reducción de las tasas de embarazos de riesgo y adolescente. iv) Examinar los causales de defunción Maternas e Infantiles con el mismo objetivo, y v) Conocer e identificar el impacto del sistema de cobertura de salud en las mujeres embarazadas y niños.

1 – Indicadores poblacionales

De acuerdo al último censo de población realizado por el INDEC, en el año 2010 habitaban 1,06 millones de personas en la provincia de Chaco, el 2,64% de la población total del país. El crecimiento poblacional registrado entre 2001 y 2010 fue de 7,2% y con respecto al 1991 de 25.7%. La densidad poblacional fue de 10.6 habitantes por km² donde la mayor concentración poblacional está ubicada en la zona sur-centro de la provincia como se habló más detalladamente en la sección 2 de este trabajo.

Cuadro N°30: Población Censal – Chaco

Censo - Año	Población	Superficie en km ²	Densidad hab/km ²
1991	839.677	99.633	8,43
2001	984.446	99.633	9,88
2010	1.055.259	99.633	10,59

Fuente: Indec

Cuadro N°31: Proyección sobre la Población Total

	POBLACION		
	Rep. Argentina	NEA	Chaco
2.001	37.486.929	3.431.518	962.601
2.002	37.944.014	3.490.102	973.312
2.003	37.869.723	3.469.725	1.007.845
2.004	38.226.051	3.510.718	1.016.209
2.005	38.592.150	3.552.898	1.024.934
2.006	38.970.611	3.595.801	1.033.865
2.007	39.356.383	3.639.125	1.042.881
2.008	39.745.613	3.683.498	1.052.185
2.009	40.134.425	3.728.575	1.061.638
2.010	40.518.951	3.773.990	1.071.141
2.011	40.900.291	3.819.030	1.080.729
2.012	41.281.631	3.866.272	1.090.451

Fuente: Elaboración propia en base a datos de los boletines publicados por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS)

Según el Cuadro N°31 en el 2012 habitaban 1,09 millones de personas en la provincia, representando el 28% de la Región NEA y el 2.6% de la población total del país. En comparación al 2001 la tasa de crecimiento poblacional fue de alrededor de un 13%.

Si analizamos la evolución de la población por grupos etarios observamos que la población fue envejeciendo. Los menores a 1 año paso del 2001 al 2012 de 24.298 a 20.353 equivalentes a una variación negativa de -16,24%, mientras que la población entre 15 a 49 años y más de 50 años experimento un incremento de 18,91% y 36,38% respectivamente. Los niños/as hasta los 14 años también disminuyó de la siguiente forma: de 1 a 4 años (-2,30%), de 5 a 9 años (-10.30%) y de 10 a 14 años (-0.89%).

Cuadro N°32: Evolución Poblacional por grupos de Edades

	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2012
TOTAL	962.603	973.312	983.862	1.017.399	1.033.865	1.042.881	1.052.185	1.061.638	1.048.154	1.090.451
MENOR DE 1 AÑO	24.298	24.564	24.837	19.079	19.261	19.490	19.627	19.849	18.010	20.353
1 A 4 AÑOS	90.065	91.068	92.060	81.961	83.281	83.882	84.856	85.816	77.905	87.998
5 A 9 AÑOS	110.535	111.766	112.977	111.341	113.112	108.480	104.236	100.742	105.741	99.150
10 A 14 AÑOS	105.665	106.841	108.003	116.429	118.306	117.997	117.147	115.660	116.831	104.724
15 A 49 AÑOS	479.363	484.695	489.946	512.934	521.228	529.704	538.217	546.581	532.772	569.999
50 AÑOS Y MAS	152.677	154.378	156.039	175.762	178.677	183.328	188.102	192.990	196.882	208.227

Fuente: Elaboración propia en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

Para saber que tan joven es la población de un territorio se suele analizar mediante el Índice de Juventud:

$$\text{Índice de Juventud: } \frac{\text{Población de 0 a 14 años}}{\text{Población mayor de 15 años}} \times 100$$

En donde representa de cada cuantos jóvenes hay 100 adultos

Cuadro N°33: Población por Grupos Etarios de 0-14 y más de 15 años

	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2012
0 A 14 AÑOS	330.563	334.239	337.877	328.810	333.960	329.849	325.866	322.067	318.487	312.225
MAS DE 15 AÑOS	632.040	639.073	645.985	688.696	699.905	713.032	726.319	739.571	729.654	778.226
RATIO	52,30	52,30	52,30	47,74	47,72	46,26	44,87	43,55	43,65	40,12

Fuente: Elaboración propia en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

En el 2.001 era de cada 52 jóvenes hay 100 adultos y empezó a disminuir a partir del 2.006 al 2012 pasando de 47 a 40 jóvenes por cada 100 adultos. Por tales motivos, la Población adulta creció en mayor proporción que los jóvenes.

Este resultado puede deberse, como se analiza posteriormente, tanto a la: i) Disminución de la Tasa de Natalidad como al ii) Aumento de la Esperanza de vida.

Cuadro N°34: Población, nacidos vivos, defunciones y muertes maternas – Chaco 2001-2012.

	POBLACION	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES						MUERTES MATERNALES
			TOTALES	MENORES DE 1 AÑO	1 A 4 AÑOS	5 A 14 AÑOS	15 A 64 AÑOS	65 Y MAS	
2001	962.601	21.416	6.113	515	117	80	2.158	3.243	34
2002	973.312	24.215	6.643	646	142	108	2.260	3.487	28
2003	1.007.845	21.039	6.356	582	145	95	2.060	3.474	17
2004	1.016.209	25.543	6.269	544	97	69	2.094	3.464	18
2005	1.024.934	23.140	6.278	461	72	79	2.099	3.566	12
2006	1.033.865	20.235	6.425	382	93	98	2.157	3.693	26
2007	1.042.881	19.173	6.886	406	81	84	2.248	4.065	12
2008	1.052.185	21.919	6.748	395	84	75	2.288	3.903	18
2009	1.061.638	21.703	6.656	386	75	92	2.322	3.768	21
2010	1.071.141	22.717	7.162	333	71	86	2.440	4.228	17
2011	1.080.729	24.331	6.863	279	66	69	2.395	4.049	20
2012	1.090.451	22.041	7.128	293	79	68	2.540	4.143	15

Fuente: Elaboración propia en base a los boletines publicados por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS)

A partir del 2004 la población mantuvo una tendencia creciente de aproximadamente 0.9% anual en todos los años expuestos en el Cuadro N°34 acompañada de una Tasa de Natalidad progresiva que fue variando de 18 por mil a 25 por mil habitantes (valor máximo alcanzado en 2004) y de una Tasa de Defunción de alrededor 6 por mil habitantes. Si analizamos el rango de edades de las defunciones encontramos que la Esperanza de Vida aumento, reduciéndose los casos de muertes neonatales e infantiles.

El siguiente cuadro muestra la población por total y por Grupos Etarios de 0-1 años y 1-4 años. Así permite identificar tanto los departamentos que han visto un mayor aumento poblacional como que han registrado una mayor participación de niños menores a 1 año y entre 1-4 años.

Cuadro N°35: Variación de Población por Departamentos y Grupos Etarios (2.006-2.012)

DEPARTAMENTOS	VARIACIÓN DEL 2006 AL 2012		
	POBLACION TOTAL	MENOR DE 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑOS
TOTAL PROVINCIA	5,47%	5,67%	5,66%
ALMIRANTE BROWN	9,79%	11,84%	10,16%
BERMEJO	1,92%	2,12%	0,07%
COMANDANTE FERNANDEZ	4,53%	4,43%	4,36%
CHACABUCO	6,10%	6,85%	5,12%
12 DE OCTUBRE	7,73%	8,83%	10,01%
2 DE ABRIL	0,31%	0,07%	-1,68%
FRAY J. STA MARÍA DE ORO	-6,06%	-5,81%	-2,66%
GENERAL BELGRANO	1,74%	2,24%	0,63%
GENERAL DONOVAN	5,35%	5,98%	4,64%
GENERAL GÜEMES	10,06%	11,99%	10,66%
INDEPENDENCIA	3,92%	6,20%	4,85%
LIBERTAD	6,61%	7,31%	7,46%
LIB. GRAL SAN MARTÍN	4,37%	5,65%	4,93%
MAIPU	0,46%	2,02%	1,61%
MAYOR LUIS J. FONTANA	3,43%	3,97%	5,06%
9 DE JULIO	3,67%	3,69%	8,64%
O'HIGGINS	-1,29%	-15,17%	-3,97%
PRESIDENCIA DE LA PLAZA	4,35%	5,32%	5,97%
PRIMERO DE MAYO	8,21%	8,64%	7,49%
QUITILIPÍ	2,70%	3,84%	3,43%
SAN FERNANDO	6,79%	6,71%	6,52%
SAN LORENZO	2,35%	3,61%	0,25%
SARGENTO CABRAL	5,13%	5,92%	4,51%
TAPENAGA	5,12%	5,68%	10,81%
25 DE MAYO	4,98%	6,34%	5,89%

Fuente: Elaboración propia en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

Entre 2006 y 2012 la población total paso de 1.033.865 a 1.090.451 esto implica un incremento acumulado del 5,47%. Los menores de un año aumentaron en un 5,67% pasando de 19.261 a 20.353, concentrados mayoritariamente en el departamento de San Fernando (Resistencia) que varió un 6,71% (6.394 a 6.823). Por ultimo dentro del universo analizado, se observa un incremento en los menores de entre 1 y 4 años de un 5,66% (83.281 a 87.998).

Los Departamentos que tuvieron un mayor incremento poblacional fueron: General Güemes (El Impenetrable), Almirante Brown, Primero de Mayo y San Fernando. Mientras que en los departamentos de Fray J. Santa María de Oro y O'Higgins, ubicados al Sur y Este de la provincia, se observa una disminución de un 6,06% y 1,29% respectivamente.

Los resultados que se exponen a continuación fueron calculados en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria durante los años 2001 a 2012.

Pretende describir la cantidad total de mujeres embarazadas en la provincia y su variación relativa a lo largo de este período, como también una comparación en la evolución de la región Metropolitana y el total de la Provincia. En particular, se puede observar que la cantidad de mujeres embarazadas ha caído significativamente en 2002 (-34% ia.) y, en menor medida en 2005 (-7% ia.) y 2009 (-7% ia.). En cambio, se observa un fuerte incremento en 2003 (+41% ia.) y en 2010 y 2012 (+14% y 22% ia., respectivamente).

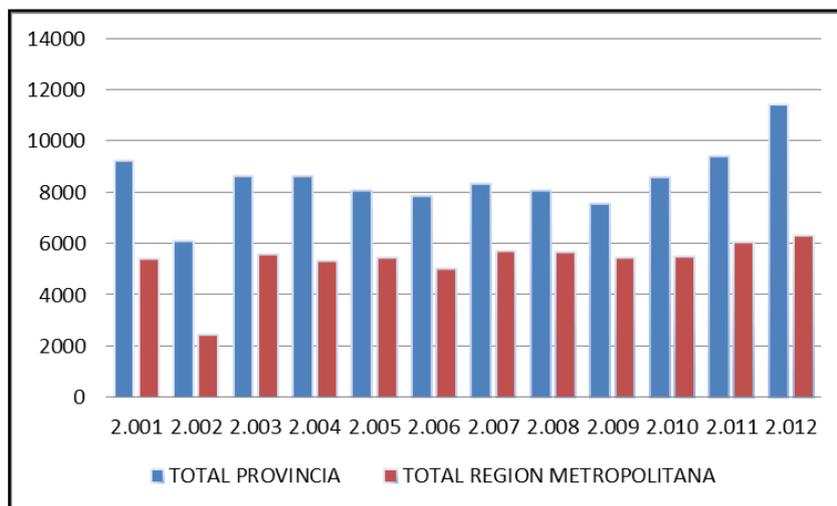
Cuadro N°36: Cantidad de Embarazadas (2001-2012)

	TOTAL DE EMBARAZADAS EN LA PROVINCIA	VARIACION RELATIVA
2001	9265	
2002	6125	-33,89%
2003	8633	40,95%
2004	8668	0,41%
2005	8071	-6,89%
2006	7883	-2,33%
2007	8356	6,00%
2008	8101	-3,05%
2009	7560	-6,68%
2010	8.602	13,78%
2011	9.437	9,71%
2012	11.474	21,59%

Fuente: Cálculos propios en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

En el 2001 la cantidad total de embarazadas de la Región Metropolitana representaba el 58% del total la provincia, en el 2002 cae aproximadamente 20 puntos y alcanza los porcentajes más altos en los años 2007 y 2008 representando entre un 70 y 72% del Total provincial.

Gráfico N°11: Cantidad de Embarazadas en la Provincia y en la Región Metropolitana



Fuente: Cálculos propios en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

2- Estadísticas vitales

Estos estimadores son útiles como indicadores del perfil epidemiológico y sanitario no sólo de los niños, sino de toda la población y de las condiciones socioeconómicas en las que viven. La tasa de natalidad y de mortalidad materna e infantil son indicadores sensibles de la disponibilidad, utilización y efectividad de la atención de la salud, particularmente, la atención perinatal.

La tasa de mortalidad está negativamente correlacionada con la esperanza de vida al nacer, de tal manera que cuanto más esperanza de vida tenga un individuo en su nacimiento, menos tasa de mortalidad tiene la población.

$$\text{Tasa Bruta de Natalidad: } \frac{\text{Total de Nacidos durante un periodo de tiempo}}{\text{Total Población de ese periodo}} \times 1000$$

$$\text{Tasa Bruta de Mortalidad: } \frac{\text{Total de Fallecidos durante un periodo de tiempo}}{\text{Total Población de ese periodo}} \times 1000$$

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) contiene 2 componentes: la Mortalidad Neonatal y la Post-neonatal. La primera es fundamentalmente debida a enfermedades o condiciones relacionadas al embarazo, parto y puerperio así como a condiciones biológicas del neonato, mientras que la segunda está más relacionada con el medio donde el recién nacido es recibido así como con otros determinantes socioeconómicos de la Salud (estructura social, medio ambiente, condiciones de vivienda y nutrición).

Según una amplia bibliografía, y la OMS, de las dos, la primera es más reducible desde el punto de vista de la Atención Médica que la segunda, ya que esta última requiere de acciones de mayor complejidad que, por su naturaleza, dependen de otros sectores que exceden al Sanitario (agua potable y saneamiento, vivienda, educación, asistencia promoción social, etc.).

$$\text{Tasa Bruta de Mortalidad Infantil: } \frac{\text{Nº de Defunciones de Menores de 1 año (t)}}{\text{Total Nacidos Vivos (t)}} \times 1000$$

$$\text{Tasa Bruta de Mortalidad Neonatal: } \frac{\text{Nº de Defunciones de Niños menores a 28 días (t)}}{\text{Total Nacidos Vivos (t)}} \times 1000$$

$$\text{Tasa Bruta de Mortalidad Post-Neonatal: } \frac{\text{Nº de Defunciones de Niños mayores a 28 días pero menores a 1 año (t)}}{\text{Total Nacidos Vivos (t)}} \times 1000$$

La Provincia de Chaco presenta indicadores epidemiológicos que en algunos casos se asocian a la media nacional y en otros la superan. El Cuadro N°37 compara entre otros indicadores demográficos y sanitarios, la mortalidad provincial con la regional y la nacional. **Solo las Tasas de Mortalidad Materna (TMM) y Post Neonatal son mayores a la Nacional, aunque Chaco observa tasa inferiores al promedio de la Región NEA. Asimismo, Chaco posee un mayor índice de Natalidad, mayor tasa de Recién Nacidos y mayor tasa de Fecundidad entre madres Adolescentes.**

Si bien la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) fue levemente menor a la nacional en el año 2011 y muy inferior al promedio del NEA, la misma ha ascendido 1.3 p.p. en el año 2012. La Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) es también menor que la Nacional, siendo el porcentaje de muertes neonatales reducibles de un 57,6%, muy similar al promedio nacional (57,3%). De dicha tasa se

desprenden las TMN Precoz y la Tardía, la primera es de 5,6 por mil y la segunda de 1,6 por mil para la Provincia, que en ambos casos es inferior a la región NEA. En cuanto a la tasa de prematuridad, el porcentaje es menor en la Provincia, que a nivel nacional y regional.

Cuadro N°37. Comparación Tasa Mortalidad – Chaco, Región NEA y Argentina 2011

INDICADORES	CHACO	NEA	ARGENTINA
Tasa de Natalidad	22.6	20.8	18.5
Porcentaje de nacidos vivos madres menores de 15 años	1.1	1.0	0.4
Porcentaje de recién nacidos en menores de 20 años	25.0	22.5	15.6
Tasa de fecundidad en adolescentes	55.8	47.5	35.3
Porcentaje de nacidos vivos prematuros	6.8	7.0	8.5
Porcentaje de Embarazadas que recibieron control prenatal	n.d.	n.d.	98.5
Nacidos vivos con bajo peso al nacer según edad gestacional	n.d.	n.d.	2.8
Tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes	6.4	5.8	7.8
Tasa de mortalidad infantil (TMI por 1000 nacidos vivos)	11.4	16.9	11.7
Tasa de mortalidad post-neonatal	5.1	5.4	4.1
% de muertes neonatales reducibles	57.6	n.d.	57.3
Tasa de mortalidad neonatal	6.3	11.4	7.6
Tasa mortalidad neonatal precoz	5.6	7.9	5.4
Tasa mortalidad neonatal tardía	1.6	3.5	2.2
% de muertes post-neonatales reducibles	54.5	n.d.	56
Tasa de mortalidad Perinatal	12.4	15.6	11.5
Tasa de mortalidad Fetal	7.3	6.1	7.7
Tasa de mortalidad materna por 10000 nacidos vivos	8.6	8.8	4

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de la Dirección Nacional de Estadísticas. Ministerio de Salud de la Provincia de Chaco. 2012

Respecto del peso al nacer, se va a analizar con más detalle a nivel provincial en el siguiente punto, pero en líneas generales podemos decir que los prematuros menores de 1500 gramos representan el 0,85% de los nacidos vivos, porcentaje menor que la Región NEA y que el promedio país de 1%, observándose mayor incidencia de bajo peso al nacer en mujeres menores de 16 años, como consecuencia del riesgo que genera el embarazo adolescente, principalmente en la etapa temprana hasta 15 años. **El porcentaje de recién nacidos con muy bajo peso al nacer (menor a 1500 gramos) para el año 2010 es de 1.1% en promedio para todo el país, mientras que en la Región NEA es de 0.9%, presentando Chaco idéntico porcentaje al regional.** En cambio para el porcentaje de recién nacidos con peso menor a 2500 gramos, el indicador es levemente inferior en Chaco respecto de la región NEA y promedio nacional (Indicadores 2012, OPS/Ministerio de Salud de Nación).

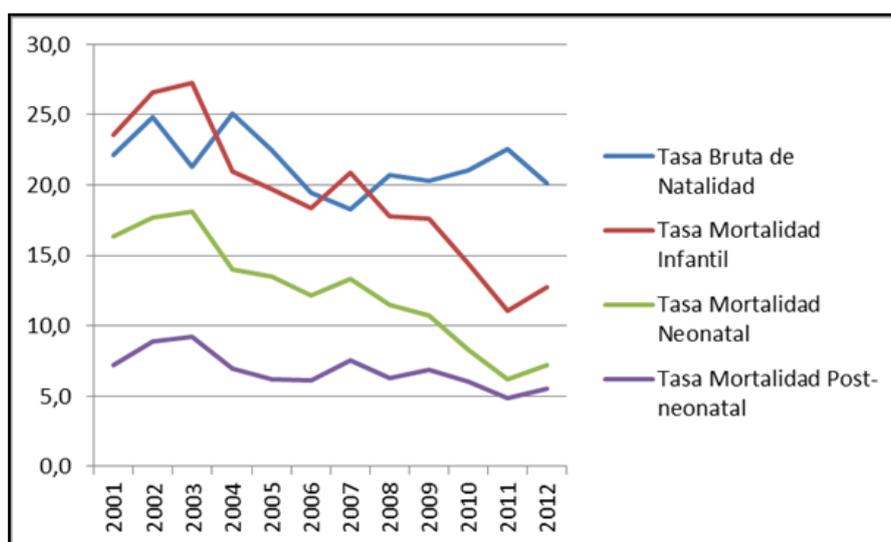
Por otro lado, en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria, en 2001 la Provincia del Chaco presentaba una tasa de 23,5 defunciones cada 1.000 nacidos vivos en cuanto a la Mortalidad Infantil, 16,4 defunciones neonatales cada 1.000 nacidos vivos y 7,2 defunciones post-neonatales cada 1.000 nacidos vivos. Durante los años siguientes, en el marco de la implementación del Plan Nacer/Sumar exhibieron una tendencia decreciente alcanzando los valores más bajos en el 2011 que fueron de 11,1, 6,2 y 4,9 respectivamente.

Cuadro N°38: Tasas Vitales (2.001-2.012)

	Tasa Bruta de Natalidad	Tasa Mortalidad Infantil	Tasa Mortalidad Neonatal	Tasa Mortalidad Post-neonatal
2001	22,2	23,5	16,4	7,2
2002	24,8	26,6	17,7	8,9
2003	21,3	27,3	18,1	9,2
2004	25,1	21,0	14,0	7,0
2005	22,5	19,7	13,5	6,2
2006	19,5	18,3	12,2	6,2
2007	18,3	20,9	13,3	7,6
2008	20,7	17,7	11,5	6,3
2009	20,3	17,6	10,8	6,9
2010	21,1	14,4	8,3	6,1
2011	22,5	11,1	6,2	4,9
2012	20,1	12,7	7,2	5,5

Fuente: Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

Gráfico N°12: Evolución de las Tasas Vitales (2001 – 2012)



Fuente: Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

Al comparar las diferentes Tasas se observa una correlación negativa entre la Tasa de Natalidad y las Tasas de Mortalidad lo que evidencia que el comportamiento de ambas variables se mueva en direcciones diferentes.

A los fines prácticos y de análisis de este trabajo, se elaboró una serie sobre la evolución de la TMI, Neonatal y Post-Neonatal a Nivel Provincial discriminando a la Región 8: Metropolitana.

Cuadro N°39: Tasas de Mortalidad Infantil, Neonatal y Post-Neonatal (2001-2012)

	TASA BRUTA DE MORTALIDAD INFANTIL (%OO)		TASA BRUTA DE MORTALIDAD NEONATAL (%OO)		TASA BRUTA DE MORTALIDAD POST-NEONATAL (%OO)	
	TOTAL PROVINCIA	ZONA METROPOLITANA	TOTAL PROVINCIA	ZONA METROPOLITANA	TOTAL PROVINCIA	ZONA METROPOLITANA
2001	23,5	15,0	16,4	10,2	7,2	4,8
2002	26,6	19,3	17,7	13,1	8,9	6,2
2003	27,3	19,7	18,1	13,4	9,2	6,3
2004	21,0	16,2	14,0	11,1	7,0	5,1
2005	19,7	13,8	13,5	8,9	6,2	4,9
2006	18,3	13,0	12,2	9,1	6,2	3,8
2007	20,9	14,0	13,3	8,0	7,6	6,0
2008	17,7	11,5	11,5	8,4	6,3	3,2
2009	17,6	12,0	10,8	6,8	6,9	5,3
2010	14,4	8,8	8,3	5,2	6,1	3,6
2011	11,1	7,9	6,2	5,1	4,9	2,9
2012	12,7	10,1	7,2	7,2	5,5	2,9

Fuente: Elaboración propia en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

A partir de los datos extraídos de los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria desde el 2.001 al 2.012, puede decirse que los porcentajes más bajos en las Tasas de Mortalidad se observan en los años 2010 y 2011 en la Zona Metropolitana. Los valores tanto de TMI que involucran factores socioeconómicos y sanitarios como de TMN que refieren más a indicadores “duros” del sistema sanitario (maternidades seguras, terapias neonatales, quirófanos, etc.) registraron una fuerte caída en la provincia entre 2001-2012, particularmente en Resistencia.

En el 2011 de cada 1.000 nacidos vivos aproximadamente 8 niños fallecen menores a 1 año, 5 neonatos (entre 28 días de vida o menos) y 3 post-neonatos.

Con respecto a las demás Regiones Sanitarias desde el 2010 al 2012, las diferentes Tasas de Defunciones experimentaron los siguientes resultados:

Cuadro N°40: Tasas de Mortalidad Infantil por Regiones Sanitarias (2010-2012)

	DEFUNCIONES INFANTILES %OO		
	2010	2011	2012
TOTAL PROVINCIA	14,4	11,1	12,7
TOTAL REGION 1: UMDESCH	17,2	11,0	10,6
TOTAL REGION 2: CENTRO CHAQUEÑA	14,1	11,1	18,1
TOTAL REGION 3: ORIENTAL CHAQUEÑA	11,7	8,5	9,1
TOTAL REGION 4: SUDOESTE II	19,6	8,5	11,1
TOTAL REGION 5: IMPENETRABLE	16,3	20,0	17,3
TOTAL REGION 6: NORTE	5,7	7,9	11,1
TOTAL REGION 7: CENTRO OESTE	24,8	14,3	16,3
TOTAL REGION 8: METROPOLITANA	8,8	7,9	10,1

Fuente: Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

Cuadro N°41: Tasas de Mortalidad Neonatal por Regiones Sanitarias (2.010-2.012)

	DEFUNCIONES NEONATALES ‰		
	2010	2011	2012
TOTAL PROVINCIA	8,3	6,2	7,2
TOTAL REGION 1: UMDESCH	10,5	5,7	5,3
TOTAL REGION 2: CENTRO CHAQUEÑA	7,9	7,2	7,6
TOTAL REGION 3: ORIENTAL CHAQUEÑA	5,8	3,5	5,3
TOTAL REGION 4: SUDOESTE II	11,3	6,7	8,3
TOTAL REGION 5: IMPENETRABLE	9,0	9,0	8,7
TOTAL REGION 6: NORTE	3,6	2,0	6,7
TOTAL REGION 7: CENTRO OESTE	14,5	8,2	7,6
TOTAL REGION 8: METROPOLITANA	5,2	5,1	7,2

Fuente: Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

Cuadro N°42: Tasas de Mortalidad Post-neonatal por Regiones Sanitarias (2.010-2.012)

	DEFUNCIONES POST-NEONATALES ‰		
	2010	2011	2012
TOTAL PROVINCIA	6,1	4,9	5,5
TOTAL REGION 1: UMDESCH	6,7	5,3	5,3
TOTAL REGION 2: CENTRO CHAQUEÑA	6,2	4,0	10,5
TOTAL REGION 3: ORIENTAL CHAQUEÑA	5,8	4,9	3,8
TOTAL REGION 4: SUDOESTE II	8,3	1,8	2,8
TOTAL REGION 5: IMPENETRABLE	7,3	11,0	8,7
TOTAL REGION 6: NORTE	2,1	5,9	4,5
TOTAL REGION 7: CENTRO OESTE	10,3	6,1	8,7
TOTAL REGION 8: METROPOLITANA	3,6	2,9	2,9

Fuente: Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

Analizando los Gráficos N° 13 y N°14 encontramos que el 2006 la Provincia del Chaco presentaba tasas de 6 defunciones cada 1.000 habitantes en cuanto a la Mortalidad en General, 2,7 defunciones de niños menores a un año por cada 1.000 habitantes menores de un año y 0,4 defunciones de niños entre 1 y 4 años por cada 1.000 habitantes entre 1 a 4 años de edad.

Durante los años siguientes a nivel provincial se exhibieron valores que oscilaron entre 1,9 y 1,4 defunciones de niños menores a un año por cada 1.000 habitantes de dicha edad y entre 1,6 y 0,8 en la Región Metropolitana.

En relación a las defunciones de niños entre 1 y 4 años se observa una tendencia más estacional a nivel provincial de 0,4 defunciones por cada 1.000 habitantes de dicha edad y en la Región Metropolitana oscilo valores entre 0,2 y 0,5 defunciones por cada 1.000 habitantes de niños entre 1 y 4 años de edad.

Gráfico N°13: Evolución de las Tasas de Mortalidad - Provincia (2006 - 2012)

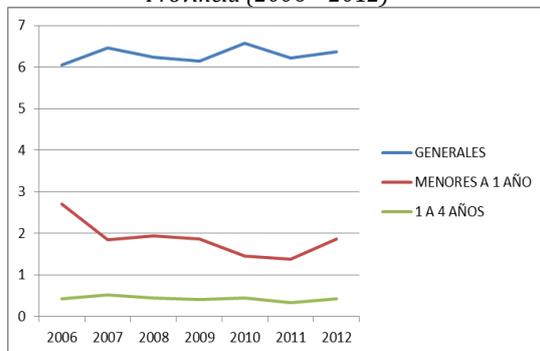
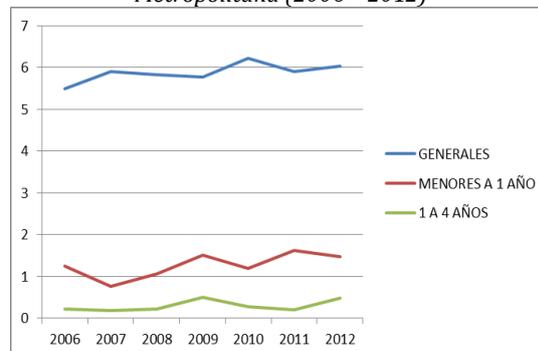


Gráfico N°14: Evolución de las Tasas de Mortalidad - Metropolitana (2006 - 2012)



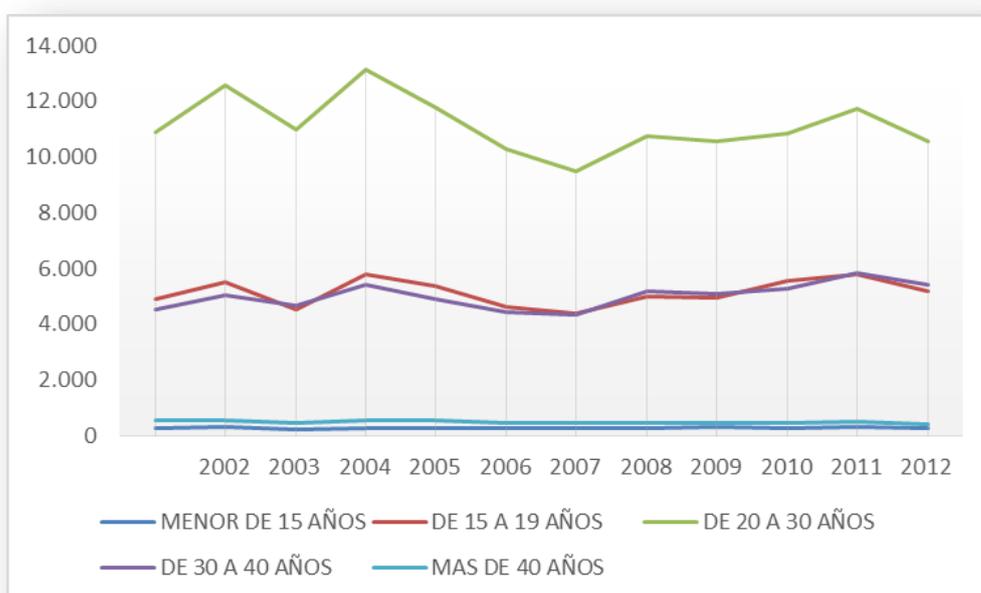
Fuente: Elaboración propia en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

En el 2012 la Tasa de Mortalidad de la Región Metropolitana se encuentra por debajo de la media provincial general y de menores a 1 año, pero por encima de las defunciones de niños entre 1 y 4 años.

3 - Nacimientos

En esta sección, el análisis centra el enfoque en los nacidos vivos según la edad de la madre, el peso al nacer y el tiempo de su gestación. La realización del análisis no sólo pretende reflejar información sobre indicadores de salud, sino un estudio sobre la población vulnerable, la maternidad temprana y características demográficas que influyen directamente en la Tasa de Natalidad.

Gráfico N°15: Nacidos Vivos según la Edad de la Madre (2001 – 2012)



Fuente: Elaboración propia en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

Los resultados obtenidos a partir de los Anuarios publicados indican que durante los años considerados la mayor cantidad de Nacidos Vivos se observan en las Madres entre 20 y 30 años en donde se pueden distinguir tres puntos de inflexión correspondientes al 2002, 2004 y 2011. (Ver Anexo 1: Cuadro N°1).

El embarazo adolescente tiene, en general, mayores riesgos que el de madre de más de 20 años. Estos riesgos están relacionados con la mortalidad materna que puede variar dependiendo de la atención sanitaria adecuada y de calidad apropiada que reciban.

En el 2001 más del 24% del total de embarazadas dentro de la provincia correspondían a menores de 19 años tendencia que se mantuvo en todos los años examinados, alcanzando los valores más bajos en el periodo 2003-2004 y máximos en 2010-2011.

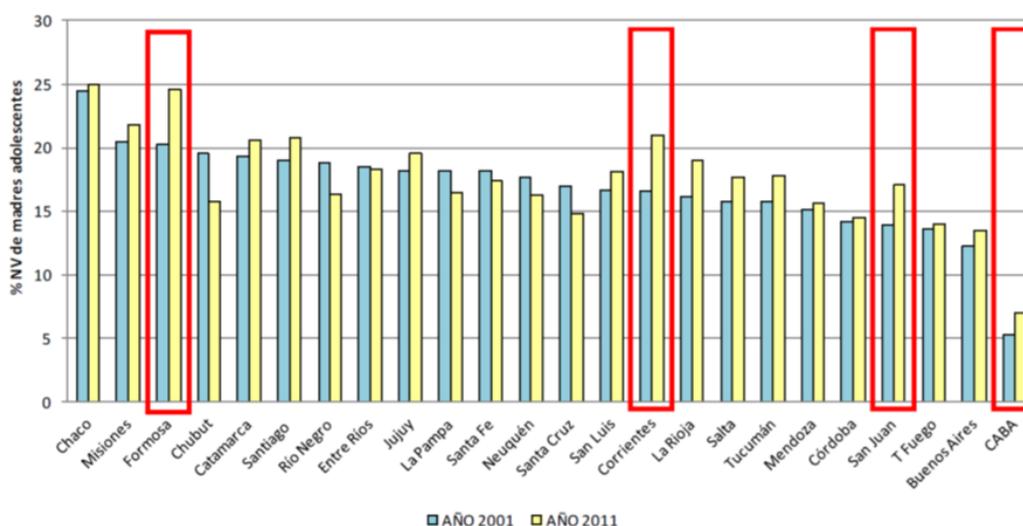
Cuadro N°43: Evolución del embarazo adolescente (2.001-2.012)

AÑO	MENOR DE 15 AÑOS	DE 15 A 19 AÑOS
2001	1,34%	23,01%
2002	1,28%	22,86%
2003	1,09%	21,58%
2004	1,09%	22,83%
2005	1,17%	23,29%
2006	1,32%	22,92%
2007	1,32%	23,13%
2008	1,27%	22,85%
2009	1,48%	23,03%
2010	1,13%	24,61%
2011	1,25%	23,85%
2012	1,15%	23,62%

Fuente: Elaboración propia en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

En la Provincia, el 25% de los recién nacidos son de mujeres menores de 20 años, de los cuales un 5% corresponden a menores de 15 años (con mayor incidencia en Región Impenetrable, 30%) y 95% entre 15 y 20 años. Este porcentaje supera ampliamente el promedio Nacional de 15% que se registró en el año 2011, y como puede observarse en el Gráfico N°16, Chaco y Formosa son las provincias del país con mayor porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes. Por lo tanto, el embarazo adolescente resulta una problemática sumamente importante en Chaco, la cual se origina en factores socioeconómicos, e impacta a través de diversos aspectos en las capacidades y oportunidades de las mujeres.

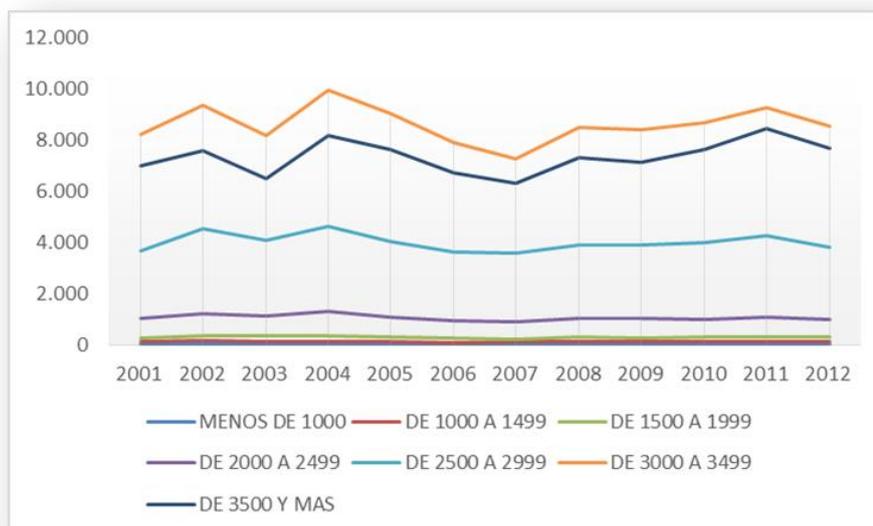
Gráfico N°16. Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes, por provincia (2001 y 2011)



Fuente: UNICEF Argentina.

Otros riesgos que pueden haber en relación a la edad de la madre es en relación con sus hijos: bajo peso de nacimiento y mayor frecuencia de morbilidad en el período perinatal (incluyendo malformaciones congénitas) y posteriormente; mayor probabilidad de desnutrición y retardo en el desarrollo.

Grafico N°17: Nacidos Vivos según el Peso al Nacer (2001 – 2012)



Fuente: Elaboración propia en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

Tal como se observa en el cuadro siguiente, los porcentajes de prematuridad de acuerdo a la edad de la madre en el año 2012, encontramos que más del 26% de los recién nacidos con menos de 2500 gramos son de mujeres menores de 20 años (270 sobre 1014 n.v), de los cuales el 95% se da entre 15 y 20 años (256 sobre 270 n.v), y un 6% en menores de 15 años. De acuerdo a las estadísticas nacionales y como se señaló previamente, Chaco posee un mayor porcentaje de prematuridad en menores de 15 años que en el promedio país.

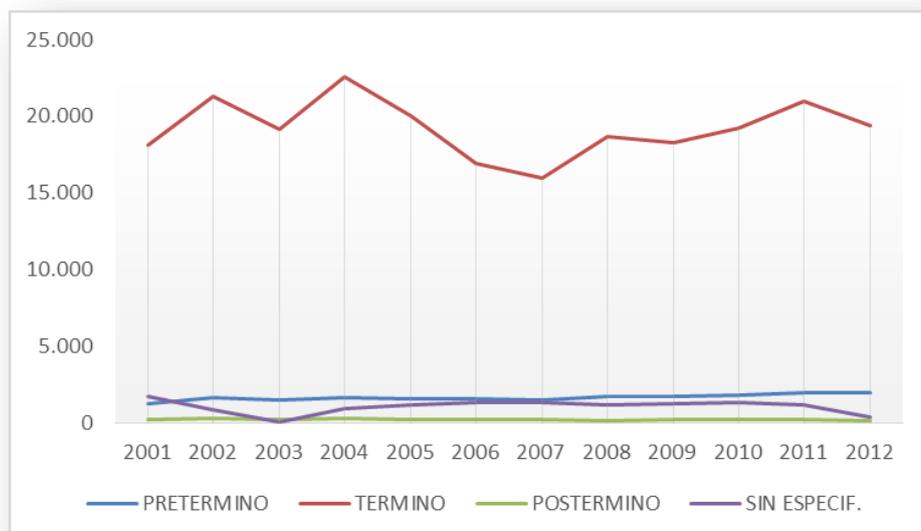
Cuadro N°44. Nacidos Vivos según peso al nacer y edad de la madre. Chaco, 2012

EDAD DE LA MADRE	PESO AL NACER (en gramos)								
	TOTAL PROV.	MENOS DE 1.000	DE 1.000 A 1.499	DE 1.500 A 1.999	DE 2.000 A 2.499	DE 2.500 A 2.999	DE 3.000 A 3.499	DE 3.500 Y MAS	SIN ESPECIF.
TOTAL PROVINCIA	21.904	75	146	349	1.014	3.824	8.555	7.685	256
MENOS DE 15 AÑOS	252	3	2	4	14	65	107	52	5
DE 15 AÑOS	509	1	7	13	25	119	195	136	13
DE 16 A 17 AÑOS	2.059	5	14	26	122	455	852	562	23
DE 18 A 19 AÑOS	2.605	14	18	34	109	491	1.068	843	28
DE 20 A 24 AÑOS	5.920	20	36	92	233	1.010	2.361	2.107	61
DE 25 A 29 AÑOS	4.658	9	28	77	222	751	1.796	1.723	52
DE 30 A 34 AÑOS	3.703	14	29	66	165	573	1.387	1.438	31
DE 35 A 39 AÑOS	1.725	4	10	25	95	275	629	670	17
DE 40 A 44 AÑOS	397	5	2	11	25	78	144	130	2
DE 45 A 49 AÑOS	23				4	4	3	12	
DE 50 AÑOS Y MAS	0								
SIN ESPECIFICAR	53			1		3	13	12	24

Fuente: Dirección Estadísticas. Chaco. 2013.

Por último, existe una marcada correlación positiva con respecto al peso al nacer y el tiempo de gestación.

Gráfico N°18: Nacidos Vivos según el Tiempo de Gestación (2001 – 2012)



Fuente: Elaboración propia en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

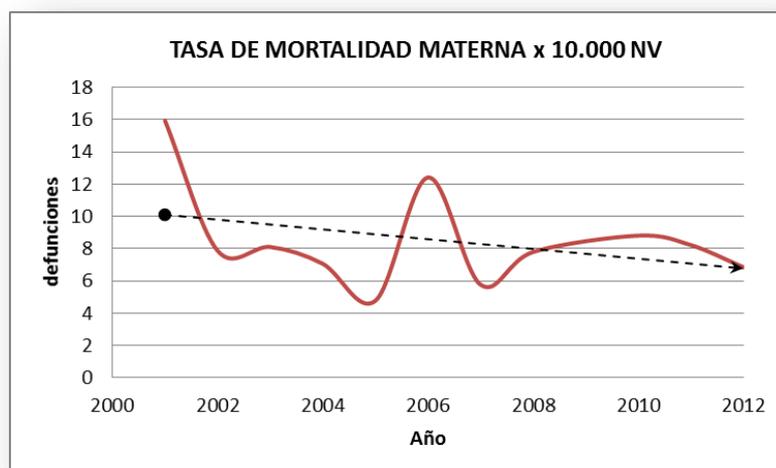
4 - Defunciones

Analizar la Mortalidad Materna permite desarrollar un complejo abordaje tanto en lo referente a las causas como a los distintos factores que influyen en la misma: la atención de la salud, el saneamiento y los determinantes socioeconómicos generales.

La Tasa de Mortalidad Materna refleja la cantidad de defunciones femeninas por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Se expresa de la siguiente manera:

$$\text{Tasa Bruta de Mortalidad Materna: } \frac{\text{N}^\circ \text{ de Defunciones femeninas por causas maternas (t)}}{\text{Total Nacidos Vivos (t)}} \times 10.000$$

Gráfico N°19: Tasa de Mortalidad Materna (2001 – 2012)



Fuente: Elaboración propia en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

Cuadro N°45: Tasas de Mortalidad Materna (2.001-2.012)

EDAD MATERNA	TASA DE MORTALIDAD MATERNA x 10.000 N.V.										
	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008	2.010	2.011	2.012
TOTAL	15,93	7,87	8,11	7,06	4,77	12,41	5,77	7,80	8,81	8,22	6,85
MENOS DE 15 AÑOS	0	32,47	0	0	0	37,59	39,84	0	0	0	0
DE 15 A 19 AÑOS	6,11	7,25	13,26	3,44	5,59	6,50	6,80	10,03	6,04	10,34	3,87
DE 20 A 24 AÑOS	12,75	6,78	4,71	1,31	3,00	8,94	0	8,74	12,47	4,66	3,38
DE 25 A 29 AÑOS	17,32	9,58	6,53	9,04	3,91	14,95	9,30	3,97	6,05	9,41	4,29
DE 30 A 34 AÑOS	23,67	3,08	6,71	2,85	3,12	9,87	0	8,51	11,65	7,49	8,10
DE 35 A 39 AÑOS	18,88	11,17	17,87	36,50	0,00	14,32	6,96	12,03	6,10	10,93	11,59
DE 40 A 44 AÑOS	81,80	19,80	0	38,24	59,64	96,62	46,08	0	22,22	21,05	100,76
DE 45 A 49 AÑOS	200,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DE 50 Y MAS AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIN ESPECIFICAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

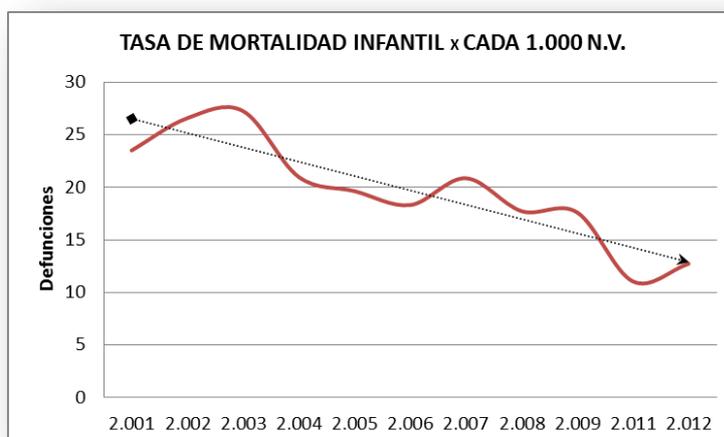
Fuente: Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

En el 2001 la mayor cantidad de Nacidos Vivos corresponden a Mujeres entre 20 y 24 años, a medida que la mujer envejece tiene más probabilidades de tener un embarazo riesgoso, así como las embarazadas en su adolescencia temprana. La tasa de Mortalidad fue de 15.93 por cada 10.000 nacidos vivos, de 81.8 defunciones de Madres entre 40 y 44 años por cada 10.000 nacidos vivos y de 33 defunciones de Madres menores a 15 años (año 2002).

En el año 2.011 la cantidad Total de Nacidos Vivos fue de 24.329 alcanzando el número más alto de nuestra base de datos y cuya Tasa de Mortalidad Materna fue de 8.2 por cada 10.000 nacidos vivos por causas de Obstétrica Directa que son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (Trastornos hipertensivos, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio, Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia preparto, Hemorragia posparto, Sepsis y otras complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio).

En la sección anterior hemos analizado las diferentes Tasas de Mortalidad relacionadas al menor. En este punto queremos analizar su correlación con la Edad de la Madre que está asociada tanto a las condiciones congénitas como de la atención de la salud (salud de la madre, control del embarazo, atención del parto y del niño durante los primeros días de vida).

Gráfico N°20: Tasa de Mortalidad Infantil (2001 – 2012)



Fuente: Elaboración propia en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

Cuadro N°46: Tasas de Mortalidad Infantil (2001-2012)

EDAD MATERNA	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL x CADA 1.000 N.V.										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
TOTAL PROV.	23,53	26,59	27,28	21,00	19,65	18,32	20,88	17,75	17,62	11,06	12,74
MENOS DE 15 AÑOS	24,56	48,70	48,03	21,66	33,46	30,08	51,79	46,93	34,38	3,29	19,84
DE 15 A 19 AÑOS	23,82	30,26	32,26	17,37	19,37	15,81	22,45	22,68	17,31	7,75	7,73
DE 20 A 24 AÑOS	14,66	21,28	22,28	11,04	14,26	13,95	14,46	14,85	11,40	6,05	7,94
DE 25 A 29 AÑOS	11,91	19,93	18,71	11,38	11,53	9,40	11,86	11,91	9,28	4,90	7,94
DE 30 A 34 AÑOS	13,87	23,10	20,81	12,82	10,28	11,52	13,18	12,49	8,74	7,24	7,02
DE 35 A 39 AÑOS	22,66	23,45	24,42	16,68	14,19	19,33	16,02	16,85	10,37	9,84	8,12
DE 40 A 44 AÑOS	26,58	29,70	34,88	19,12	21,87	21,74	27,65	16,36	15,56	18,95	22,67
DE 45 A 49 AÑOS	20,00	46,51	0,00	31,25	0,00	34,48	40,00	31,25	0,00	35,71	0,00
DE 50 Y MAS AÑOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SIN ESPECIF.	891,72	528,46	600,00	768,92	648,35	959,18	641,79	258,99	700,00	770,99	1.905,66

Fuente: Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

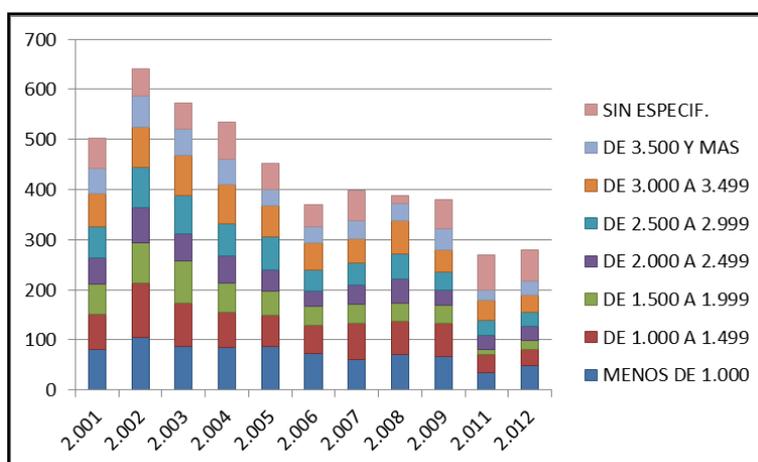
En 2001 el grupo etario de madres en que presentan mayores Tasas fue de mujeres entre 40 a 44 años cuya Tasa de Mortalidad Infantil fue de 27 de niños por cada 1.000 nacidos vivos. En 2011 cae a 16 niños por cada 1.000 nacidos vivos.

Otro grupo etario que visibiliza un alto riesgo de defunciones de niños al nacer, son las madres menores de 15 años en donde pasaron en 2002 de 49 defunciones de niños por cada 1.000 nacidos vivos a 3 defunciones infantiles por cada 1.000 nacidos vivos. Esta notable caída se puede asociar tanto a las mejoras en los primeros controles de salud en mujeres embarazadas como a nuevos programas que priorizan y premian mejoras en la calidad de la atención y prevención de la salud de embarazados de riesgo (por ejemplo, Plan Nacer/Sumar).

Por otro lado, el bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil pues se observa que al menos la mitad del total de muertes perinatales ocurren en recién nacidos con bajo peso.

Los neonatos con bajo peso al nacer, y especialmente con peso inferior a 1.500 g, en 2001 determinaron alrededor del 43% de la mortalidad neonatal y cerca del 30 % de la mortalidad infantil mientras que en el 2008 represento más de un 35% de la mortalidad infantil y un 54,4% de la mortalidad neonatal (Ver Anexo: Cuadro N°2).

Gráfico N°21: Defunciones Infantiles según el Peso al Nacer (2001 – 2012)



La Prematurez es la principal causa de mortalidad perinatal en el mundo desarrollado y ocurre en aproximadamente un 7% de todos los nacimientos (Cochrane, 2003). Asimismo, los niños prematuros presentan causas severas de morbilidad, como dificultad respiratoria del recién nacido, hemorragias intraventriculares, displasia broncopulmonar y enterocolitis necrotizante, entre otras. También se pueden presentar complicaciones a largo plazo como parálisis cerebral, pérdida visual y auditiva. Existe evidencia clara que demuestra como algunas intervenciones realizadas en el campo de la salud pueden madurar al feto y disminuir la morbimortalidad asociada a la prematurez. Según los estudios multicéntricos analizados en base Cochrane (2005), **cerca de un 30% de los partos prematuros son idiopáticos y espontáneos**. Cabe notar que los dos factores de riesgo para el parto **prematuro idiopático son un bajo nivel socioeconómico y un parto pretérmino previo**. La literatura internacional demuestra, a su vez, que los factores asociados a la prematurez son: cesáreas previas, tabaquismo, multiparidad, bajo espaciamiento intergestacional, mayor uso de tratamientos por infertilidad, aumento de edad materna, infecciones, y patología obstétrica como diabetes e hipertensión arterial. La prematurez tiene menor tasa de sobrevida en países con bajo nivel socio económico. La amenaza de parto prematuro generalmente avanza hacia la finalización del embarazo. Si bien Cochrane (2005) menciona que el 27% de las amenazas de parto prematuro se resuelven espontáneamente y que cerca de un 70% progresan a parto, también advierte que aproximadamente el 50% de los partos prematuros son potencialmente prevenibles.

En este sentido, se han establecido relaciones entre la incidencia de prematurez y algunas condiciones asociadas con los problemas socioeconómicos, a saber:

- Bajo cumplimiento de la consulta prenatal (temprana: antes de semana 13 y controles).
- Edades maternas extremas (adolescentes y madre añosa).
- Tabaquismo.
- Condiciones laborales extremas.
- Pobre educación materna.
- Estrés en la vida diaria.
- Ansiedad relacionada al embarazo.
- Violencia doméstica.

De acuerdo a la bibliografía internacional, y avalado por un reciente estudio publicado en *The Lancet*, por Hannah Chang et. al. (2013)⁸ se ha detectado que en países desarrollados la prematurez no posee amplios mecanismos potencialmente preventivos para su reducción, y que los principales mecanismos de reducción de la misma están asociados a la cesación de **tabaquismo, disminución de técnicas de fertilización asistida de embriones múltiples, tratamientos con progesterona, cerclaje cervical y reducción de la indicación injustificada de cesáreas**. Sin embargo, estrategias más básicas podrían generar un marcado impacto en países o provincias con menor desarrollo relativo, tales como el **espaciamiento intergenésico y el tratamiento de infecciones en embarazos**, las cuales tendrían un impacto más marcado que en países desarrollados.

⁸ The Lancet, Volume 381, Issue 9862, Pages 223 - 234, 19 January [Previous Article](#)[Next Article](#)[doi:10.1016/S0140-6736\(12\)61856-X](#)[Cite or Link Using DOI](#)
This article can be found in the following collections: [Obstetrics & Gynaecology \(Obstetrics\)](#) Published Online: 16 November 2012.

5 - Servicios de salud

Captación del Embarazo

Cuadro N°47: Prestaciones de Obstetricia según el mes de captación (2.001-2.012)

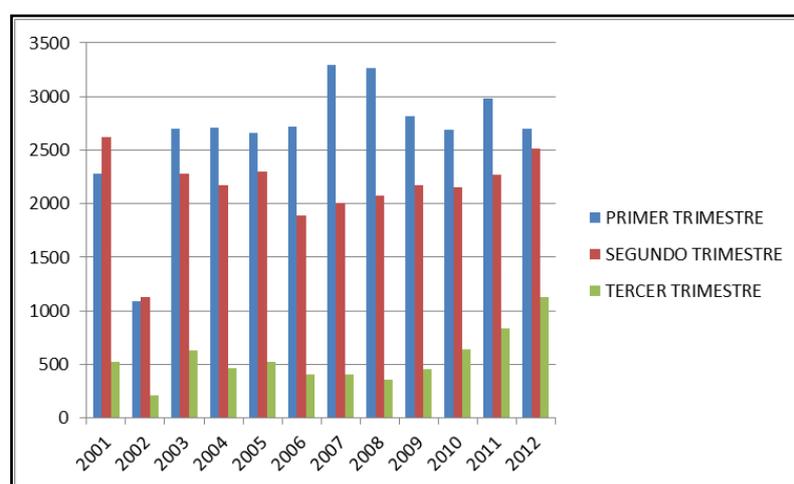
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1° TRIMESTRE	3596	2265	3803	3672	3492	3689	4255	4132	3502	3.716	4.346	4.170
2° TRIMESTRE	4663	3210	3871	3719	3617	3315	3297	3274	3234	3.847	3.885	4.989
3° TRIMESTRE	1006	650	959	1277	962	879	804	695	824	1.039	1.206	2.315

Fuente: Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

A diferencia de las prestaciones de Obstetricia en el 1° Trimestre de Captación, las de 2° Trimestre han tenido una tendencia creciente desde 2.009 al 2.012. En el año 2.001 dichas prestaciones reflejaban un 50,33% contra un 38,81% (1° Trimestre) y 10,86% (3° Trimestre) mientras que en el 2011 alcanzan su máximo valor las de 1° Trimestre que representaban el 51,01% del total. En el 2.012 las de 2° Trimestre vuelven a ser las más significativas rondando el 43% del total de las prestaciones. (Ver Anexo 1: Cuadro N°3). La captación temprana en el primer trimestre es una de las trazadoras del Plan Nacer/Sumar, ya que una mayor participación de la misma contribuye para un embarazo menos riesgoso y controlado. Por lo tanto, el Plan Nacer/Sumar contribuyó a aumentar la captación temprana de embarazadas.

Analizando a la Región Metropolitana en particular obtenemos los siguientes resultados:

Gráfico N°22: Captación del Embarazo – METROPOLITANA (2001 – 2012)



Fuente: Anuarios Estadísticos 2001-2012.

Durante el periodo analizado, las prestaciones tempranas son las que predominan con excepción a los años 2.001 y 2.002 que las del 2° Trimestre reflejaban alrededor del 48% y 47% del Total de las prestaciones de la Región. (Ver Anexo 1: Cuadro N°3).

Las posibles razones de que haya atraso en los controles de captación, más aún en adolescentes, son la falta de conocimiento en las políticas de prevención y de los beneficios de la captación temprana, o bien, por posibles actitudes de rechazo y ocultamiento de su condición.

Los beneficios de los controles tempranos en los tres primeros meses de embarazo son de gran importancia ya que se promueve el normal desarrollo del embarazo y evita los posibles riesgos tanto para la madre como para su hijo. Sin embargo estos controles se ven afectados por diversos factores socioeconómicos y culturales.

Por último dentro del universo analizado, se analizó la evolución de la captación del embarazo en las diferentes Regiones Sanitarias desde el 2010 al 2012.

Cuadro N°48: Captación del Embarazo

AREAS	2010			2011			2012		
	MES DE CAPTACION DEL EMBARAZO DE PRIMERA VEZ			MES DE CAPTACION DEL EMBARAZO DE PRIMERA VEZ			MES DE CAPTACION DEL EMBARAZO DE PRIMERA VEZ		
	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
TOTAL PROVINCIA	43%	45%	12%	46%	41%	13%	36%	43%	20%
TOTAL REGION 1: UMDESPOCH	28%	61%	11%	32%	54%	14%	27%	62%	11%
TOTAL REGION 2: CENTRO CHAQUEÑA							6%	43%	51%
TOTAL REGION 3: ORIENTAL CHAQUEÑA	55%	41%	5%	51%	42%	7%	38%	54%	8%
TOTAL REGION 4: SUDOESTE II	32%	53%	16%	40%	49%	12%	40%	43%	16%
TOTAL REGION 5: IMPENETRABLE	23%	67%	10%	38%	49%	14%	22%	48%	30%
TOTAL REGION 6: NORTE	37%	57%	6%	41%	51%	8%	36%	53%	10%
TOTAL REGION 7: CENTRO OESTE	25%	52%	23%	47%	45%	8%	38%	54%	8%
TOTAL REGION 8: METROPOLITANA	49%	39%	12%	49%	37%	14%	43%	40%	18%

Fuente: Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

* NO hay datos para la Región 2 en el periodo (2010-2011)

*Se amplía la muestra de datos de la Región 5 (se agrega el AREA 67: TRES ISLETAS)

La captación temprana del embarazo es una acción primordial para evitar muertes y lesiones maternas y perinatales. Las prácticas asociadas antes de las 20 semanas de gestación permiten el control temprano o precoz para la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Puede además identificarse a tiempo los embarazos de riesgo aumentando la posibilidad de brindar atención obstétrica adecuada para la embarazada y su bebé.

A nivel provincial en el 2012 las prestaciones en el 1° Trimestre reflejaban un 36% contra un 43% en el 2010. Dicha caída puede ser como resultado de: 1) que en los años anteriores no se tenían datos sobre la Región 2: Centro Chaqueño y Tres Isletas de la Región 5: Impenetrable debido por ejemplo a la falta de confección de la Historia Clínica; y 2) la falta de estrategias para llegar a tiempo en la detección y el acompañamiento de las mujeres embarazadas en los hospitales y centros de salud de la provincia.

A diferencia de las prestaciones de Obstetricia en el 1° Trimestre de Captación, las de 2° Trimestre han tenido una mayor relevancia en todas las Regiones Sanitarias con excepción de las Regiones del Sureste de la Provincia: Región 3: Oriental Chaqueño y Región 8: Metropolitana.



CONCLUSIONES

La AUH, AE y el SUMAR son programas de protección social focalizados oportunamente en la población más vulnerable de la comunidad, y tienen como objetivo garantizar “derechos” sociales y económicos básicos. Los programas protegen a la familia en condiciones de vulnerabilidad social para lograr la escolarización, el control de la salud, la vacunación y la documentación de los menores. Asimismo, al reconocer las situaciones de exclusión del mercado laboral, estas medidas contribuyen a mejorar la distribución del ingreso y a reducir los índices de indigencia y pobreza.

Una conclusión sumamente importante del trabajo de campo son los cambios significativos en el estado de salud de los beneficiarios, resultante de un mayor conocimiento (particularmente, las madres) sobre las prácticas del cuidado de la salud de sus niños/as y durante el embarazo. Hay un amplio consenso en las beneficiarias entrevistadas que ellas y sus niños se controlan más, ya sea por la condicionalidad del programa, o un mayor interés personal por mejorar el cuidado de salud.

Al consultar a los encuestados sobre su opinión en general acerca del funcionamiento de la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo, fue casi unánime la conformidad de las entrevistadas de las tres localidades con su existencia y funcionamiento, en cuanto al componente de transferencia monetaria. En los testimonios de las familias puede escucharse el término “ayuda” en forma generalizada. Sin embargo, esto puede reflejar que todavía hay un complejo camino por recorrer para que la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo puedan ser reconocidos por sus titulares como un “derecho”, y no un subsidio otorgado por el Estado.

A diferencia del caso de la AUH y AE que requieren una contraprestación en salud y educación para obtener la transferencia monetaria, en algunos casos no queda claro que los beneficiarios del SUMAR asocien la mejor atención en salud con la vigencia del programa. Sin embargo, efectivamente perciben que la oferta de los servicios del CAPS mejoró, así como disponen de mayor información para demandar una mejor atención en salud y asumir mayores cuidados “preventivos” en el hogar. Dado que los beneficiarios no identifican al SUMAR como un “seguro de salud”, esto podría mejorar con una mayor difusión de los CAPS, la Unidad de Gestión del SUMAR provincial, las Regiones Sanitarias y la Subsecretaría de Atención Primaria del Ministerio de Salud, a los fines de concientizar a los beneficiarios de los derechos que asegura el programa.

Las opiniones expresadas por las titulares entrevistadas y profesionales de la salud indican un necesario aumento de la oferta de los servicios de salud, así como mejoras en la calidad de las prestaciones en las localidades relevadas, para abastecer el aumento en la demanda posibilitado por la implementación de la AUH y AE. Sin embargo, se menciona que la planta funcional de personal de los CAPS no se readecuó a esta mayor demanda. El personal de los establecimientos de salud advierte que tienen más trabajo, pero el personal se mantuvo; particularmente la escasez de personal se presenta para desarrollar actividades de promoción de conductas de cuidado de la salud en la comunidad. Por ejemplo, visitas de agentes sanitarios al hogar para recordar controles pautados por embarazados de riesgo, mejorar la captación temprana del embarazo en las primeras diez semanas para disminuir la tasa de embarazo de alto riesgo, etc. Plantear un salto en ambos programas supone financiar la estructura actual de personal y pensar en una apuesta de política a mediano y largo plazo, incorporando nuevo personal a los establecimientos de salud.

La solicitud por parte del personal de salud entrevistado por una mayor integración administrativa de ANSES-SUMAR en relación a las bases de información de los beneficiarios,

permitiría al CAPS subsanar una problemática importante y común, referida al desconocimiento del domicilio de los pacientes, y con ello geo-referenciar a los beneficiarios con el objetivo de captarlos y retenerlos.

Por otro lado, los centros de salud han mejorado sus procesos administrativos a partir de la implementación del programa SUMAR, fortaleciendo sus registros sanitarios a partir de la necesidad de facturar de manera electrónica la prestaciones incluidas en plan de servicios de salud del programa. Aunque estas tareas significaron una mayor carga de trabajo para los CAPS, es importante remarcar que ha contribuido para mejorar el procesamiento y sistematización de información sanitaria de la población objetivo del programa, la cual está a cargo de la Dirección de Estadísticas Sanitarias del Ministerio de Salud. El principal desafío es aprovechar la mayor cantidad y diversidad de información sanitaria generada por el programa. En relación a la capacitación del personal de salud en materia de salud materno-infantil, el SUMAR ha contribuido significativamente según lo expresado por las directoras de los CAPS. De los recursos percibidos por los CAPS por la facturación al SUMAR, un 60% se utiliza para la compra de equipamiento (aires acondicionados, escritorios, equipos y materiales del consultorio, etc.) y el 40% restante para un fondo estímulo que funciona como un “incentivo al personal” por mejorar la atención. Si bien el personal directivo de los CAPS manifiesta que existen algunas dificultades para disponer de los fondos percibidos del programa, principalmente asociadas al proceso administrativo de “rendición de uso de fondos” a la Dirección de Administración del Ministerio de Salud, no caben dudas que la introducción del programa ha aportado recursos adicionales para mejorar no sólo la infraestructura y equipamiento de los CAPS, sino también la remuneración del personal de salud.

Una política que podría implementarse para mejorar el uso de fondos percibidos del programa es que la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud y la Región Sanitaria 8 – Metropolitana de Resistencia coordine a los CAPS para que hagan “compras grupales” con un mayor presupuesto.

Por otro lado, si bien la AUH y AE pretenden garantizar un “derecho” a sus beneficiarias, es decir un piso de ingreso, algunas encuestadas expresaron la necesidad de agregar al plan una opción de proyecto o salida laboral que acompañe a la transferencia monetaria. Así como también que el plan se acompañe con alguna facilidad o préstamo para mejorar o construir la vivienda. En este sentido, resulta posible avanzar hacia una mayor articulación del plan con otros programas complementarios, que comparten a la población objetivo y atienden estas demandas de inserción laboral (Más y Mejor Trabajo, y Empleo Comunitario) y déficit habitacional (Mejoramiento del Hábitat). Sin embargo, la AUH y AE no apuntan a atender estas problemáticas, sino como se advirtió a garantizar un “derecho”, y mejorar la instrucción escolar y salud de sus beneficiarios.

Con respecto a posibles desafíos a mejorar, en cuanto a la AUH y AE y su implementación, en general las titulares expresaron la necesidad de aumentar la retribución monetaria de la misma, especialmente en relación a los aumentos de precios de los bienes y servicios que deben adquirir para cumplir con las condicionalidades en materia sanitaria y educativa (canasta de útiles escolares y transporte), lo cual podría favorecerse a través de una actualización permanente de su valor en base a la evolución de un índice de precios. Cabe destacar que algo semejante determina la Ley Nacional N°26.417 de Movilidad Jubilatoria (2007) que actualiza las jubilaciones y pensiones con una periodicidad semestral (marzo y septiembre de cada año) según la evolución de los ingresos de ANSES o la Remuneración Imponible Promedio de Trabajadores Estables (RIPTE).

Por último, los indicadores sanitarios y estadísticas vitales de la Provincia de Chaco, en general, han mejorado de manera significativa desde la puesta en marcha de la AUH, AE y Programa SUMAR, tanto por las mejoras en los servicios de salud pública como por factores ajenos al sistema de salud (crecimiento del PBI, empleo). Sin embargo, en los últimos años se

ha observado un “amesetamiento” de los mismos, probablemente porque ya se ubicaron en un “piso” difícil de perforar. En particular, la elevada tasa de embarazo adolescente se ha mantenido durante la última década estable alrededor del 25% de los embarazos totales de la provincia. De esta manera, Chaco junto con Formosa se ubican entre las provincias con mayores tasas de embarazo adolescente del país (15% a nivel nacional). Cabe notar que la misma depende, tanto de factores socio-económicos como de la atención primaria de la salud (prevención), instrucción educativa, etc. En este sentido, unos de los principales desafíos del sistema público de salud de la provincia es fortalecer las acciones de prevención del embarazo adolescente (particularmente, temprano), así como aumentar la captación temprana de la embarazada para disminuir el alto riesgo en el embarazo, y con ello continuar reduciendo las tasas de mortalidad materna, neonatal e infantil.

ANEXO 1.

Cuadro N°1: Cantidad de Nacidos Vivos por Edad de la Madre (2.001-2.012)

	TOTAL PROVINCIA	EDAD DE LA MADRE								
		MENOR DE 15 AÑOS	DE 15 A 19 AÑOS	DE 20 A 24 AÑOS	DE 25 A 29 AÑOS	DE 30 A 34 AÑOS	DE 35 A 39 AÑOS	MAS DE 40 AÑOS	SIN ESPECIF.	
2001	TOTAL PROVINCIA	21.339	285	4.911	6.274	4.619	2.957	1.589	605	157
	ZONA METROPOLITANA	6.072	44	1.068	1.797	1.441	1.028	523	155	29
2002	TOTAL PROVINCIA	24.141	308	5.518	7.378	5.219	3.247	1.791	609	123
	ZONA METROPOLITANA	7.402	62	1.390	2.227	1.783	1.167	578	194	14
2003	TOTAL PROVINCIA	20.971	229	4.526	6.374	4.597	2.980	1.679	512	115
	ZONA METROPOLITANA	6.633	36	1.108	1.943	1.625	1.159	580	175	20
2004	TOTAL PROVINCIA	25.479	277	5.816	7.611	5.534	3.509	1.918	603	251
	ZONA METROPOLITANA	7.018	44	1.280	2.007	1.725	1.178	595	176	25
2005	TOTAL PROVINCIA	23.051	269	5.369	6.662	5.116	3.209	1.691	603	182
	ZONA METROPOLITANA	7.081	43	1.343	1.988	1.712	1.198	613	170	22
2006	TOTAL PROVINCIA	20.140	266	4.616	5.593	4.681	3.039	1.397	486	98
	ZONA METROPOLITANA	6.252	33	1.167	1.634	1.636	1.123	505	147	12
2007	TOTAL PROVINCIA	19.063	251	4.409	5.187	4.299	2.884	1.436	492	134
	ZONA METROPOLITANA	6.355	38	1.224	1.645	1.624	1.126	525	167	14
2008	TOTAL PROVINCIA	21.808	277	4.983	5.724	5.036	3.524	1.662	498	139
	ZONA METROPOLITANA	7.293	50	1.381	1.850	1.850	1.370	627	160	14
2009	TOTAL PROVINCIA	21.570	320	4.968	5.612	4.957	3.433	1.639	492	170
	ZONA METROPOLITANA	6.812	39	1.279	1.681	1.696	1.320	622	163	20
2010	TOTAL PROVINCIA	22.572	255	5.554	5.903	4.934	3.609	1.681	446	190
	ZONA METROPOLITANA	7.493	42	1.467	1.894	1.774	1.473	655	167	21
2011	TOTAL PROVINCIA	24.329	304	5.803	6.443	5.311	4.003	1.830	504	131
	ZONA METROPOLITANA	7.706	44	1.478	1.997	1.785	1.554	653	171	24
2012	TOTAL PROVINCIA	21.904	252	5.173	5.920	4.658	3.703	1.725	420	53
	ZONA METROPOLITANA	7.499	60	1.455	2.018	1.629	1.464	698	163	12

Fuente: Cálculos propios en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

Cuadro N° 2: Defunciones Infantiles según el Peso al Nacer:

	PESO AL NACER (en gramos)									
	INFANTILES	NEONATALES	MENOS DE 1.000	DE 1.000 A 1.499	DE 1.500 A 1.999	DE 2.000 A 2.499	DE 2.500 A 2.999	DE 3.000 A 3.499	DE 3.500 Y MAS	SIN ESPECIF.
2.001	502	349	81	69	62	51	62	67	50	60
2.002	642	428	104	110	79	70	81	80	62	56
2.003	572	379	87	87	83	55	75	81	53	51
2.004	535	357	85	69	59	54	65	79	50	74
2.005	453	311	86	62	50	42	66	61	32	54
2.006	369	245	72	56	39	31	42	53	33	43
2.007	398	254	61	71	39	38	45	47	37	60
2.008	387	250	70	66	38	48	50	66	34	15
2.009	380	232	67	65	38	30	36	44	42	58
2.011	269	150	34	36	11	28	30	40	20	70
2.012	279	158	48	33	18	28	27	36	28	61

Fuente: Cálculos propios en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

Cuadro N°3: Prestaciones de Obstetricia según el mes de captación – METROPOLITANA
(2.001-2.012)

	TOTAL	MES DE CAPTACION DEL EMBARAZO DE PRIMERA VEZ		
		PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
2.001				
TOTAL PROVINCIA	9265	3596	4663	1006
TOTAL REGION METROPOLITANA	5420	2279	2617	524
2.002				
TOTAL PROVINCIA	6125	2265	3210	650
TOTAL REGION METROPOLITANA	2419	1087	1126	206
2.003				
TOTAL PROVINCIA	8633	3803	3871	959
TOTAL REGION METROPOLITANA	5606	2701	2277	628
2.004				
TOTAL PROVINCIA	8668	3672	3719	1277
TOTAL REGION METROPOLITANA	5348	2709	2173	466
2.005				
TOTAL PROVINCIA	8071	3492	3617	962
TOTAL REGION METROPOLITANA	5475	2658	2295	522
2.006				
TOTAL PROVINCIA	7883	3689	3315	879
TOTAL REGION METROPOLITANA	5020	2722	1890	408
2.007				
TOTAL PROVINCIA	8356	4255	3297	804
TOTAL REGION METROPOLITANA	5712	3298	2005	409
2.008				
TOTAL PROVINCIA	8101	4132	3274	695
TOTAL REGION METROPOLITANA	5694	3263	2074	357
2.009				
TOTAL PROVINCIA	7560	3502	3234	824
TOTAL REGION METROPOLITANA	5437	2814	2170	453
2.010				
TOTAL PROVINCIA	8602	3716	3847	1039
TOTAL REGION METROPOLITANA	5482	2691	2151	640
2.011				
TOTAL PROVINCIA	9437	4346	3885	1206
TOTAL REGION METROPOLITANA	6081	2981	2265	835
2.012				
TOTAL PROVINCIA	11474	4170	4989	2315
TOTAL REGION METROPOLITANA	6339	2698	2515	1126

Fuente: Cálculos propios en base a los Anuarios publicados por la Dirección de Estadística Sanitaria

ANEXO 2.

CUESTIONARIO A BENEFICIARIAS DE AUH/AXE – PLAN NACER

ID01	N° ENCUESTA:
ID02	PROVINCIA:
ID03	DEPARTAMENTO:
ID04	LOCALIDAD:
ID05	CAPS / HOSPITAL:
ID06	DIRECCIÓN:
ID07	TELÉFONO:

*CUIE, Código de Identificación Única del Efector (Plan Nacer/Programa SUMAR)

VISITAS DEL ENTREVISTADOR	1			2			3			4										
08: FECHA	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___								
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año								
09: NOMBRE DEL ENTREVISTADOR																				
10: HORA DE INICIO	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _								
11: HORA DE TÉRMINO	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _	_ : _ : _								
12: DURACIÓN	_ : _ min.	_ : _ min.	_ : _ min.	_ : _ min.	_ : _ min.	_ : _ min.	_ : _ min.	_ : _ min.	_ : _ min.	_ : _ min.	_ : _ min.	_ : _ min.								
13: RESULTADO*	_ : _	_ : _	_ : _	_ : _	_ : _	_ : _	_ : _	_ : _	_ : _	_ : _	_ : _	_ : _								
<p>* CÓDIGO DE RESULTADO:</p> <table> <tr> <td>01 ENTREVISTA COMPLETA</td> <td>05 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN (ANOTE POR QUÉ EN OBSERVACIONES)</td> </tr> <tr> <td>02 ENTREVISTA INCOMPLETA</td> <td>06 INFORMANTE INADECUADO (ANOTE EN OBSERVACIONES)</td> </tr> <tr> <td>03 NADIE</td> <td>09 OTROS (ANOTE EN OBSERVACIONES)</td> </tr> <tr> <td>04 NO HAY INFORMANTE</td> <td></td> </tr> </table> <p>ANOTE TEXTUALMENTE LOS MOTIVOS</p>													01 ENTREVISTA COMPLETA	05 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN (ANOTE POR QUÉ EN OBSERVACIONES)	02 ENTREVISTA INCOMPLETA	06 INFORMANTE INADECUADO (ANOTE EN OBSERVACIONES)	03 NADIE	09 OTROS (ANOTE EN OBSERVACIONES)	04 NO HAY INFORMANTE	
01 ENTREVISTA COMPLETA	05 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN (ANOTE POR QUÉ EN OBSERVACIONES)																			
02 ENTREVISTA INCOMPLETA	06 INFORMANTE INADECUADO (ANOTE EN OBSERVACIONES)																			
03 NADIE	09 OTROS (ANOTE EN OBSERVACIONES)																			
04 NO HAY INFORMANTE																				
<p>14: OBSERVACIONES:</p> <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																				

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ENCUESTADOR: EN EL CASO DE QUE EL ENCUESTADO NO SEPA LEER Y/O ESCRIBIR SE DEBE LEER EN VOZ ALTA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Esta es una encuesta que realiza completar con el nombre de la institución que realiza el estudio. La información que nos pueda brindar representará un gran aporte en la implementación de un estudio que tiene por objetivo analizar el impacto de la AUH y la AxE en la Provincia de Chaco desde la perspectiva de los centros de salud.

Como parte de esta encuesta le solicitaremos información sobre Usted, su hogar y su niño.

Le garantizamos confidencialidad respecto de la información proporcionada, amparando su derecho en el secreto estadístico.

Por esta razón, su autorización/consentimiento para participar en este Estudio resulta prioritario.

Agradecemos desde ya su importante colaboración.

Yo (COMPLETAR CON NOMBRE Y APELLIDO), en mi carácter de madre/tutor, habiendo sido informado/a y entendiendo los objetivo y características del estudio, acepto participar del mismo.

Fecha de consentimiento: / /

Firma de la madre/tutor

Firma del Encuestador

Aclaración

Aclaración

SECCIÓN 1 INFORMACIÓN DEL HOGAR

1.1				Por favor, ¿podría decirme su nombre y apellido?		1.1.1 Nombre			
						1.2.1 Apellido			
1.2				Por favor, ¿podría decirme su edad?		ANOTAR TIEMPO EN AÑOS		<input type="text"/>	
						0	Menos de un año		
						97	97 o más años		
						98	No contesta		
						99	No sabe		
1.3				Indicar el sexo (persona que contesta)		1	Masculino	<input type="text"/>	
						2	Femenino		
1.4		Composición del Hogar	1.4.1 Código	1.4.2 Nombre	1.4.3 Apellido	1.4.4 Edad	1.4.5 Sexo	1.4.6 ¿Recibe AUH/AxE (nombre de niños menores de 18 años y madre)?	
						0 Menos de un año 97 97 o más años 98 No contesta 99 No sabe	1 Masculino 2 Femenino	1 Si 2 No	
		Madre	1						
		Padre	2						
		Hijos menores de 18 años	3.1						
			3.2						
			3.3						
			3.4						
			3.5						
			3.6						
			3.7						
			3.8						
			3.9						
			3.10						
		Otros Adultos	4.1						
			4.2						
			4.3						
			4.4						
1.5				Por favor me podría indicar la cantidad de miembros que habitan en este hogar		98	No contesta	<input type="text"/>	
						99	No sabe		
1.6				Por favor me podría indicar la cantidad total de niños menores de 18 años		98	No contesta	<input type="text"/>	
						99	No sabe		
1.7				¿Cuántos reciben AUH?		98	No contesta	<input type="text"/>	
						99	No sabe		

1.8	Por favor, independientemente de su lugar de residencia, ¿podría decirme quién es el Principal Sostén del Hogar (PSH)? (Principal sostén del hogar es la persona que más aporta al presupuesto y economía familiar a través de su ocupación principal).	1 PADRE 2 MADRE 96 OTRO: 1.8.E ESPECIFICAR _____ 98 NO CONTESTA 99 NO SABE	<input type="checkbox"/>
1.9	¿Podría decirme el máximo nivel de educación alcanzado por el PSH?	1 UNIVERSITARIO COMPLETO/POSTGRADO 2 UNIVERSITARIO INCOMPLETO 3 Terciario completo 4 Terciario incompleto 5 POLIMODAL COMPLETO 6 POLIMODAL INCOMPLETO 7 SECUNDARIO COMPLETO 8 SECUNDARIO INCOMPLETO 9 PRIMARIA COMPLETA 10 PRIMARIA INCOMPLETA 11 SIN INSTRUCCIÓN 98 NO CONTESTA 99 NO SABE	<input type="checkbox"/>
1.10	¿Podría decirme la ocupación principal del PSH?	1 Empleo doméstico ▶ 1.12 2 Empleo privado ▶ 1.12 3 Empleo público ▶ 1.12 4 Cuentapropista ▶ 1.12 5 Otra 1.10 E ESPECIFICAR _____	<input type="checkbox"/>
1.11	¿Cuánto hace que está buscando trabajo el PSH?	ANOTAR TIEMPO EN MESES MESES: _____ 98 NO CONTESTA 99 NO SABE	<input type="checkbox"/>
1.12	¿Hay otras personas que las que habitan en este hogar que trabajan?	1 SÍ 2 NO ▶ 1.13	<input type="checkbox"/>
1.12.1 Indique el código de miembro del hogar que también trabaja (pregunta 1.4.1)	1.12.2 Detalle la actividad principal 1 Empleo doméstico 2 Empleo privado 3 Empleo público 4 Cuentapropista 5 Otra ▶ 1.12.2 E	1.12.2 E Especificar	<input type="checkbox"/>

1.13 Situación actual y antecedentes de planes sociales	
1.13.1 ¿Actualmente recibe alguna ayuda del Estado (Planes Sociales)?	1 Sí <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> ▶ 1.13.2
1.13.1.1 ¿Qué Plan Social?	1 AUH 2 AxE 3 Otro 1.13.1.1 E ESPECIFICAR <input type="text"/>
1.13.1.2 ¿Quién es el titular?	1 Madre 2 Padre 3 Otro 1.13.1.2 E ESPECIFICAR <input type="text"/>
1.13.2 ¿En el pasado ha recibido alguna ayuda del Estado (Planes Sociales)?	1 Sí <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/>
1.13.2.1 ¿Qué Plan Social?	1 AUH 2 AxE 3 Otro 1.13.2.1 E ESPECIFICAR <input type="text"/>
1.13.2.2 ¿Quién era el titular?	1 Madre 2 Padre 3 Otro 1.13.2.2 E ESPECIFICAR <input type="text"/>

SECCIÓN 2 CONOCIMIENTO DE AUH, AXE, PLAN NACER/PROGRAMA SUMAR Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS	
2.1.1 ¿Cómo se enteraron de la existencia de la AUH/AxE?	1 Informaron en el hospital/realizando los controles <input type="checkbox"/> 2 Por la televisión/radio (medios de comunicación) 3 Amigos/familiares/vecinos 4 Otra forma 2.1.1 E ESPECIFICAR <input type="text"/>
2.1.2 ¿Cómo se enteraron de la existencia del Plan Nacer/Programa SUMAR?	1 Informaron en el hospital/realizando los controles <input type="checkbox"/> 2 Por la televisión/radio (medios de comunicación) 3 Amigos/familiares/vecinos 4 Indicación de la ANSES 5 Otra forma 2.1.2 E ESPECIFICAR <input type="text"/>
2.2.1 ¿Cómo calificaría el proceso de inscripción para la AUH/AxE?	1 Muy fácil ▶ 2.2.2 <input type="checkbox"/> 2 Fácil ▶ 2.2.2 3 Ni fácil ni difícil ▶ 2.2.2 4 Difícil 5 Muy difícil 98 No contesta ▶ 2.2.2 99 No sabe ▶ 2.2.2
2.2.1.1 ¿Porqué? (sólo para los que respondieron difícil y muy difícil en 2.2.1)	<input type="text"/>
2.2.2 ¿Cómo calificaría el proceso de inscripción para la Plan Nacer/Programa SUMAR?	1 Muy fácil ▶ 2.3 <input type="checkbox"/> 2 Fácil ▶ 2.3 3 Ni fácil ni difícil ▶ 2.3 4 Difícil 5 Muy difícil 98 No contesta ▶ 2.3 99 No sabe ▶ 2.3
2.2.2.1 ¿Porqué? (sólo para los que respondieron difícil y muy difícil en 2.2.2)	<input type="text"/>

2.3	¿Cuáles son los beneficios de estar inscriptos en el Plan Nacer?	<input type="text"/>																															
2.3.1	¿Para qué sirve?	<input type="text"/>																															
2.4	¿Qué actividades deben realizar para mantener la AUH/AxE?	<input type="text"/>																															
2.5	¿Cómo les resulta el manejo de la libreta (de Seguridad Social, Salud y Educación)?	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>Muy fácil</td> <td>▶</td> <td>2.6</td> <td rowspan="5" style="vertical-align: middle; text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Fácil</td> <td>▶</td> <td>2.6</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Ni fácil ni difícil</td> <td>▶</td> <td>2.6</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Difícil</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Muy difícil</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>98</td> <td>No contesta</td> <td>▶</td> <td>2.6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>99</td> <td>No sabe</td> <td>▶</td> <td>2.6</td> <td></td> </tr> </table>	1	Muy fácil	▶	2.6	<input type="text"/>	2	Fácil	▶	2.6	3	Ni fácil ni difícil	▶	2.6	4	Difícil			5	Muy difícil			98	No contesta	▶	2.6		99	No sabe	▶	2.6	
1	Muy fácil	▶	2.6	<input type="text"/>																													
2	Fácil	▶	2.6																														
3	Ni fácil ni difícil	▶	2.6																														
4	Difícil																																
5	Muy difícil																																
98	No contesta	▶	2.6																														
99	No sabe	▶	2.6																														
2.5.1	¿Qué les resulta más complicado? (sólo para los que respondieron difícil y muy difícil en 2.5)	<input type="text"/>																															
2.6.1	¿Cuál es la modalidad de recepción de los fondos percibidos por AUH y AxE?	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>Cajero automática</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle; text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Caja</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Compra con tarjeta de débito</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Otros 2.6.1 E ESPECIFICAR</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table>	1	Cajero automática	<input type="text"/>	2	Caja	3	Compra con tarjeta de débito	4	Otros 2.6.1 E ESPECIFICAR	<input type="text"/>																					
1	Cajero automática	<input type="text"/>																															
2	Caja																																
3	Compra con tarjeta de débito																																
4	Otros 2.6.1 E ESPECIFICAR		<input type="text"/>																														
2.6.2	¿Cómo calificaría el proceso de cobro de la AUH y AxE? (en tiempo y forma; 80% y 20%)	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>Muy bueno</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle; text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Bueno</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Regular</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Malo</td> </tr> </table>	1	Muy bueno	<input type="text"/>	2	Bueno	3	Regular	4	Malo																						
1	Muy bueno	<input type="text"/>																															
2	Bueno																																
3	Regular																																
4	Malo																																
2.7	¿Cobró en el último año el plus del 20% correspondiente al cumplimiento de los controles de salud y asistencia educativa?	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>Si</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle; text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>98</td> <td>No contesta</td> </tr> <tr> <td>99</td> <td>No sabe</td> </tr> </table>	1	Si	<input type="text"/>	2	No	98	No contesta	99	No sabe																						
1	Si	<input type="text"/>																															
2	No																																
98	No contesta																																
99	No sabe																																

SECCIÓN 3 CONOCIMIENTO DE LA COMUNIDAD SOBRE LOS CONTROLES DE SALUD		
3.1	¿Conoce cuáles son los controles médicos que deben realizar los niños menores de 6 años?	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: left;"> 1 Si 2 No </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 25px; margin-left: 10px;"></div> </div>
3.1.1	Por favor, especifique-	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
3.2	Normalmente, durante los controles del médico o enfermero, a su hijo/a:	<div style="text-align: right;"> 1 SI 2 NO 98 NO CONTESTA 99 NO SABE CÓDIGO </div>
3.2.1	¿Le midieron?	
3.2.2	¿Le pesaron?	
3.2.3	¿Le midieron la frecuencia respiratoria?	
3.2.4	¿Le auscultaron el pecho?	
3.2.5	¿Le tomaron el pulso?	
3.2.6	¿Le tomaron la temperatura?	
3.2.7	Le examinaron la garganta?	
3.2.8	¿Le examinaron los oídos?	
3.2.9	¿Examinaron el cuello?	
3.2.10	¿Le pellizcaron la piel (de la pancita, brazo)?	
3.2.11	¿Examinaron el rostro, palidez?	
3.2.12	¿Examinaron las uñas ?	
3.2.13	¿Examinaron los ojos?	
3.2.14	¿Examinaron los tobillos?	
3.2.15	¿Examinaron la fontanela (cabeza)?	
3.2.16	¿Le recomendaron una nueva revisión?	
3.2.17	¿Le explicaron los síntomas/señales de alarma ante los que usted debería volver con su hijo urgentemente a la consulta?	
3.2.18	¿Le dieron consejos sobre la dieta que usted (la madre) debería seguir?	
3.2.19	Otro: ¿cuál? (especificar)	

3.3	Durante las revisiones de su embarazo de (NOMBRE DEL NIÑO SELECCIONADO): LEER TODAS LAS PREGUNTAS	1	SÍ
		2	NO
		98	NO CONTESTA
		99	NO SABE
		CÓDIGO	
3.3.1	¿Le tomaron o le indicaron análisis de orina?		
3.3.2	¿Le aplicaron o indicaron una vacuna contra el tétanos (antitetánica)?		
3.3.3	¿La pesaron?		
3.3.4	¿La midieron?		
3.3.5	¿Le auscultaron el pecho?		
3.3.6	¿Le hicieron la prueba del VIH-Sida?		
3.3.7	¿Le midieron su frecuencia respiratoria?		
3.3.8	¿Le tomaron el pulso?		
3.3.9	¿Le realizaron una exploración ginecológica?		
3.3.10	¿Le hicieron una ecografía?		
3.3.11	¿Le revisaron sus reflejos?		
3.3.12	¿Escucharon los latidos del corazón del bebé?		
3.3.13	¿Le explicaron los síntomas/señales de alarma ante los que usted debería volver urgentemente a su consulta?		
3.3.14	¿Le revisaron los pies?		
3.3.15	¿Le apretaron en el/los tobillo/s con un dedo?		
3.3.16	¿Le realizaron un examen de mamas/pecho?		
3.3.17	¿Le explicaron si iba a tener uno o más niños?		
3.3.18	¿Le informaron sobre la fecha probable de parto?		
3.3.19	¿Le dieron consejos sobre la dieta a llevar?		
3.3.20	¿Le recomendaron volver para una revisión?		
3.3.21	Otros (especificar)		

S4 RELACIÓN ENTRE LA AUH/AXE Y CONDUCTAS DE CUIDADO DE LA SALUD		
4.1	¿Qué cosas que no conocía sobre el cuidado de salud de su hijo aprendió a medida que fue realizando los controles del Plan Nacer?	<input type="text"/>
4.2.1	¿Nota alguna diferencia en relación a la atención médica que recibieron sus hijos de 0 a 18 años?	1 Si 2 No 98 No contesta 99 No sabe
	4.2.1.1 Está mas controlado/tiene todas las vacunas	<input type="text"/>
	4.2.1.2 Tuvo más información:	<input type="text"/>
	4.2.1.2.1 Salud niño/a	<input type="text"/>
	4.2.1.2.2 Salud adolescente	<input type="text"/>
	4.2.1.2.3 ETS	<input type="text"/>
	4.2.1.3 Podía hacerme todos los estudios en el mismo lugar	<input type="text"/>
	4.2.1.4 El centro cuenta con más insumos	<input type="text"/>
	4.2.1.5 Infraestructura edilicia	<input type="text"/>
	4.2.1.6 Limpieza	<input type="text"/>
	4.2.1.7 Otras	4.2.1.7 E ESPECIFICAR <input type="text"/>
4.2.2	¿Nota alguna diferencia en relación a la atención médica de los embarazos?	1 Si 2 No 98 No contesta 99 No sabe
	4.2.2.1 Está mas controlado/tiene todas las vacunas	<input type="text"/>
	4.2.2.2 Tuvo más información:	<input type="text"/>
	4.2.2.2.1 ETS	<input type="text"/>
	4.2.2.2.2 Salud de mujer adulta	<input type="text"/>
	4.2.2.2.3 Salud sexual y reproductiva	<input type="text"/>
	4.2.2.2.4 Controles del embarazo	<input type="text"/>
	4.2.2.3 Podía hacerme todos los estudios en el mismo lugar	<input type="text"/>
	4.2.2.4 El centro cuenta con más insumos	<input type="text"/>
	4.2.2.5 Infraestructura edilicia	<input type="text"/>
	4.2.2.6 Limpieza	<input type="text"/>
	4.2.2.7 Otras (detalle)	4.2.2.7 E ESPECIFICAR <input type="text"/>
4.3	En los CAPS, en el hospital o en la oficina de la ANSES, ¿les informan sobre los derechos que acompañan los beneficios que reciben por los planes?	1 Si 2 No
4.3.1	¿Cómo se informa sobre los derechos y beneficios del Plan Nacer/Programa SUMAR?	<input type="text"/>
4.4	¿Cómo diría que impacta el dinero recibido con la AUH y la AxE para mejorar la salud de los niños y de las mujeres embarazadas?	1 Nos ayuda mucho 2 Ayuda bastante 3 Ni mucho ni poco 4 Ayuda poco 5 No ayuda 98 No contesta 99 No sabe
4.4.1	¿Por qué?	<input type="text"/>

S5 RELACIÓN ENTRE LA AUH/AXE Y DISPONIBILIDAD DE RECURSOS QUE IMPACTAN EN LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD			
5.1 ¿Cómo impacta la AUH/AxE en su vida familiar?	1	Nos ayuda mucho	<input type="text"/>
	2	Ayuda bastante	
	3	Ni mucho ni poco	
	4	Ayuda poco	
	5	No ayuda	
	98	No contesta	
	99	No sabe	
5.2 Teniendo en cuenta los siguientes elementos de la vida cotidiana y familiar que le voy a mencionar, enumere en orden de prioridad cuál ha sido el impacto de la asignación para cada uno de ellos			Orden
	5.2.1	Alimentos	
	5.2.2	Materiales para la casa (compra de materiales)	
	5.2.3	Salidas, esparcimiento para la familia	
	5.2.4	Salud	
	5.2.5	Educación	
	5.2.6	Indumentaria	
5.3 Pensando en los gastos de su economía familiar, ¿cómo utiliza el dinero recibido por la asignación? Por favor, ordénelos según la importancia de cada rubro.			Orden
	5.3.1	Alimentos	5.3.1E
	5.3.2	Materiales para la casa (compra de materiales)	5.3.2E
	5.3.3	Salidas, esparcimiento para la familia	5.3.3E
	5.3.4	Limpieza e higiene	5.3.4E
	5.3.5	Útiles escolares	5.3.5E
	5.3.6	Medicamentos	5.3.6E
5.4 ¿Ordene por importancia el tipo de establecimiento comercial en que compran los bienes?			Orden
	5.4.1	Supermercado	
	5.4.2	Almacén	
	5.4.3	Hipermercado mayorista	
	5.4.4	Restaurant	
	5.4.5	Indumentaria	
	5.4.6	Farmacia y perfumerías	
5.5 ¿Cuánto representa la AUH y AxE para el ingreso total del hogar? (importante, media, poco)	1	0-25%	<input type="text"/>
	2	26-50%	
3	51-75%		
4	Más de 75%		

SECCIÓN 6 OPINIÓN	
6.1 ¿Qué opinión tiene en general acerca del funcionamiento de la AUH/AUxE)?	<input type="text"/>
6.2 ¿Qué considera como desafíos para mejorar de la UH y AUxE)?	<input type="text"/>

ANEXO 3.

“ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA AUH Y LA AXE EN LA PROVINCIA DE CHACO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS CENTROS DE SALUD”

Profesionales, Equipos de salud: médicos y enfermeros

SECCIÓN 1. PRESENTACIÓN Y RELACIÓN ENTRE EL PROGRAMA SUMAR Y LOS RECURSOS DEL CENTRO DE SALUD

1. Para comenzar nuestra charla, quisiera pedirle que se presente brevemente y me cuente, ¿a qué establecimientos pertenecen? ¿Dónde está ubicado? ¿Cuál es el volumen de pacientes inscriptos al Plan Nacer que aproximadamente atienden?

2. ¿Cuánto tiempo hace que el establecimiento al que pertenece trabaja con el Programa SUMAR/Plan Nacer?

3. ¿Qué cambios observa Ud. en su ámbito de trabajo (mejoras edilicias, aumento del número de profesionales, disponibilidad de insumos, equipamiento) desde la implementación del Plan Nacer/Programa SUMAR?

4. ¿Cuál es la importancia que tienen los fondos recibidos del Plan SUMAR en los ingresos totales del establecimiento?

SECCIÓN 2. VINCULACIÓN DE AUH, AxE, PLAN NACER, PROGRAMA SUMAR Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS

5. ¿Cuáles fueron los cambios administrativos y/o burocráticos que ocurrieron en el establecimiento de salud en el que Ud. trabaja a partir de la incorporación del PN como condicionalidad de la AUH y la AxE? Integración o no de ambos registros (libreta y sistema del SUMAR)

6. Basándose en datos cuantitativos tales como número de pacientes que concurren a los centros de salud, cantidad y calidad de las prestaciones brindadas, etc., ¿qué cambios puede identificar en la demanda de los beneficiarios hacia el sistema de salud pública en relación a la articulación del Plan Nacer+AUH o AxE? ¿En qué? ¿Cómo la han identificado? ¿Cómo se ha dado respuesta?

SECCIÓN 3. CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y CONTROLES DE SALUD

7. ¿Cuáles son los cambios más significativos que Ud. observa en el estado de salud de los pacientes pediátricos (estado nutricional, cambios en los percentilos, gravedad de las patologías habituales con las que llegan a la consulta), en los últimos años a partir de la implementación de la asignación?

8. ¿Cuáles son los cambios más significativos que Ud. observa en el estado de salud de las mujeres embarazadas (estado nutricional, captación temprana de la embarazada, cumplimiento de controles prenatales, atención del parto, etc.) en los últimos años?

9. ¿Observa algún cambio en la atención y control de los embarazos de alto riesgo a partir de la AxE? ¿Y en los embarazos adolescentes? ¿Han identificado alguna modificación en la cantidad de consultas y el número de pacientes a partir de la asignación?

10. ¿En qué medida esos cambios podría Ud. adjudicárselos al aumento del ingreso familiar que ocasiona la AUH/AxE?

11. ¿Cómo se ha promovido entre los beneficiarios, la realización de controles y seguimientos a mediano plazo y largo plazo, así como prácticas de prevención y cuidado de la salud? ¿Qué medidas se adoptaron?

12. ¿Qué cambios observa en la actitud de los beneficiarios hacia el sistema público de salud? ¿Aumentó el número de consultas? ¿Concurren a todos los controles a los que se los cita? ¿Cumplen con los estudios y el tratamiento indicados?)

13. A partir de la implementación de la AUH y la AxE y su articulación con el Plan Nacer/Programa Sumar, ¿observa Ud. Un incremento en la cantidad de Embarazadas que concurren al Centro de Salud? ¿Y de niños recién nacidos?

SECCIÓN 4. PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN

14. ¿Qué campañas de difusión se han realizado para comunicar a los beneficiarios sobre los derechos y obligaciones que poseen?

15. ¿Cómo se informó y capacitó al personal de salud sobre las obligaciones y derechos de los beneficiarios cuando comenzó a implementarse la Asignación?

16. ¿Cuáles eran los cambios esperados y cuáles son los cambios efectivos observados en la oferta y la demanda de los servicios de salud partir de esta medida?

17. ¿Qué aprendizajes y lecciones aprendidas podría mencionar sobre esta experiencia de articulación de políticas públicas? (condicionalidad AUH y salud)

18. Teniendo en cuenta las necesidades que aún existen en la comunidad, ¿cuáles son los desafíos pendientes de la AUH y AxE?

Muchas Gracias por su participación,

¿Quisiera agregar algo más de este tema o de otro que se relacione con el Programa SUMAR?

BIBLIOGRAFIA

Beccaria, A.; Curcio, J. "Análisis del impacto de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUHPS) sobre la situación de la niñez y sus familias". Córdoba, 2011.

Cecchini; Madariaga. Programas de transferencias condicionadas, Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe. Cuadernos de la CEPAL N° 95. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Junio de 2011.

Cruces, Guillermo y Gasparini, Leonardo: "Programas Sociales en Argentina: Alternativas para la Ampliación de la Cobertura", Documento de Trabajo Nro. 77, Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales, Maestría en Economía, Universidad Nacional de La Plata, Noviembre, 2008.

Gasparini, Leonardo y Cruces, Guillermo: "Las Asignaciones Universales por Hijo: Impacto, Discusión y Alternativas", Documento de Trabajo Nro. 12, Centro de Estudios Distributivos, 33 Laborales y Sociales (CEDLAS), Maestría en Economía, Universidad Nacional de la Planta, Julio 2010.

González R. "Programas de Transferencias Condicionadas. La Asignación Universal por Hijo para Protección Social en Argentina". Instituto para el desarrollo económico de América Latina.

Marchionni; Conconi. ¿Qué y a quién? Beneficios y beneficiarios de los programas de transferencias condicionadas de ingresos, Documento de Trabajo Nro. 76. Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales, Maestría en Economía, Universidad Nacional de La Plata. Septiembre 2008.

Potenza Dal Masetto, María Fernanda: "La implementación del Plan Nacer", Documento de Trabajo N°82, CIPPEC, Buenos Aires, Marzo de 2012.

Rawling, L. y Rubio, G. "Lecciones desde América Latina. Evaluación del Impacto de los Programas de Transferencias Condicionadas en Efectivo". Serie Cuadernos de Desarrollo Humano N°10. Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno de México. 2003.

Villatoro, P. "Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas: experiencias en América Latina". Revista de la Cepal N°86. 2005.

Villatoro P. "Las transferencias Condicionadas en América Latina: Luces y Sombras" Documento de la CEPAL, IPEA. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2007.

Sitios web consultados

INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>.

UNICEF Argentina. <http://www.unicef.org/argentina/spanish/>

DEIS. Dirección de Estadística e Información en Salud. <http://www.deis.msal.gov.ar/>

Ministerio de Salud de la Nación. <http://www.msal.gov.ar/>

CIPPEC – Agenda Presidencial, <http://agendapresidencial.org>

Plan Nacer, <http://www.nacer.gov.ar>

Consejo Federal de Salud (COFESA), <http://www.msal.gov.ar/htm/site/cofesa-index.asp>

AUTORES

Lic. Ariel Melamud

Licenciado en Economía de la Universidad de Buenos Aires (UBA), con estudios de posgrado en la Universidad Torcuato Di Tella (UTDT). Ha sido analista de deuda pública provincial en la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias (Subsecretaría de Relaciones con Provincias del Ministerio de Economía). Consultor del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), del Banco Mundial y del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC). Ha sido docente de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad Tres de Febrero (Macroeconomía y Política Económica) y sus investigaciones se centraron en política fiscal, organización industrial y modernización del estado.

Lic. Eliana Oviedo

Licenciada en Economía de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Asesora técnica del Ministro de Salud Pública de la Provincia del Chaco. Integrante del equipo de investigación de Escuela de Gobierno de Provincia del Chaco. Investigadora Junior del Observatorio sobre Niñez y Adolescencia de la Provincia del Chaco (UNICEF).

Marcelo Castelán

Estudiante de la carrera de Licenciatura en Economía de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE) y en la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Ha sido integrante del equipo técnico del Ministerio de Economía, Producción y Empleo de la Provincia del Chaco.

Mariano Quintana

Tesista de la Licenciatura en Economía de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE). Integrante del equipo de investigación de Escuela de Gobierno de la Provincia del Chaco. Asistente en el análisis presupuestario del Observatorio sobre Niñez y Adolescencia de la Provincia del Chaco (UNICEF).

Lautaro González Obregon

Estudiante de la carrera de Licenciatura en Economía de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE). Integrante del equipo de Investigación de Escuela de Gobierno de la Provincia del Chaco.



ESCUELA DE
GOBIERNO
