

EVALUACIÓN DE MEDIO TÉRMINO DEL PROGRAMA DE SALUD PPFLIO-000013

Periodo: junio 2020-diciembre 2022

INFORME FINAL

Enero, 2024

Índice

Glosario	3
1. Introducción	4
2. Contexto y descripción del Programa Salud PPFLIO-013	4
3. Descripción de la evaluación	6
4. Resultados de la evaluación	13
1. Relevancia	13
2. Coherencia	21
3. Eficacia	25
4. Eficiencia	27
5. Sostenibilidad	31
5. Conclusiones	34
6. Recomendaciones	40
Informes y reportes consultados	42
Anexos	43

Glosario

APS: Atención Primaria de la Salud

CEB: Cobertura Efectiva Básica

ENIA: Plan de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia

ENT: Enfermedades No Transmisibles

MSAL: Ministerio de Salud de la Nación

PNUD: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo

POA: Plan Operativo Anual

REMEDIAR: Programa de cobertura de medicamentos esenciales

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

SGA: Secretaría de Gestión Administrativa

SISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria de la Nación

1. Introducción

Las políticas públicas emplean recursos del Estado para lograr determinados objetivos. Generalmente, tales objetivos tienen sentido redistributivo y procuran impulsar la equidad y la inclusión social de los sectores más vulnerables de la sociedad.

Resulta importante asegurar que las políticas que se implementan tengan un desempeño y un impacto efectivo y que los esfuerzos que a ellas se destinan se optimicen en su eficacia y relevancia social. Ello contribuye decisivamente a la transparencia y legitimidad de la gestión pública y del gobierno. Las prácticas de evaluación de políticas y programas, en sus diferentes modalidades, constituyen el vehículo adecuado para el cumplimiento de estos objetivos.

Las decisiones respecto de la formulación de políticas públicas deben basarse en evidencia empírica que haga posible el monitoreo de su ejecución, la evaluación de sus resultados, el ajuste y la mejora de sus acciones en procura de la consecución de los objetivos previstos.

Ello cobra una relevancia adicional cuando media financiamiento de fuentes internacionales, que por ser reintegrable compromete a futuro los recursos tributarios y por ello implica un esfuerzo intergeneracional.

Este documento constituye el informe final de la Evaluación de Medio Término del Programa de Salud PPFLIO-000013.

En la primera parte se describe el programa, así como sus objetivos y se analiza el contexto en que el mismo se desarrolla

En la segunda parte se describe la evaluación en curso, indicando sus objetivos, alcances y principales interrogantes, así como las dimensiones en indicadores que guían la misma

Luego se aborda el detalle de la metodología aplicada

Por fin, se anticipan resultados preliminares que es posible esbozar a partir de la información analizada y las indagaciones realizadas durante esta etapa de la evaluación, se formulan las conclusiones y se enuncian sugerencias y recomendaciones.

2. Contexto y descripción del Programa Salud PPFLIO-013

La Argentina se encuentra atravesando un contexto socioeconómico y sanitario signado por una importante proporción de su población en situación de pobreza, una creciente participación de la informalidad laboral entre las personas ocupadas y una diversidad de dificultades emergentes en los tres subsectores con corresponsabilidades en la atención de la población (público, privado y de la seguridad social). Panorama que se vio agravado por las consecuencias derivadas de la pandemia CoVid-19. En este sentido, la asociación entre la inversión sanitaria y los resultados esperados en materia de atención de la salud, reducción de la enfermedad y la búsqueda de un modelo de cuidado eficaz, equitativo y de calidad, se enfrenta con importantes desafíos.

El Programa de Apoyo a la Implementación del Plan Federal para el Acceso con Equidad de la Población a los Servicios de Salud se inicia en octubre 2019 y tiene como propósito general consolidar un sistema de atención equitativo y de calidad a través de acciones que contribuyan a:

1. Mejorar la coordinación de las políticas y programas y la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación,
2. Incrementar el acceso efectivo de la población a servicios de salud
3. Reducir las brechas económicas y territoriales de acceso a la salud y
4. Asistir a las áreas responsables de los programas prioritarios del Ministerio de Salud

Para alcanzar estos objetivos, el programa se propone seguir una estrategia de implementación orientada a la búsqueda de un sistema de salud integrado, en donde no existan diferencias en la atención brindada por los distintos subsectores y todas las personas reciban los mismos beneficios sanitarios oportunos y de calidad. Para ello es necesario fortalecer las capacidades institucionales de los sistemas públicos jurisdiccionales trabajando sobre los siguientes ejes:

1. Nominalización de la población a cargo de los establecimientos de salud. Esto implica, no solamente identificar a la población, sino también conocer sus características y su riesgo para adaptar los servicios a sus necesidades.
2. Priorización de líneas de cuidado. Con el objetivo de garantizar una cobertura prestacional efectiva, las jurisdicciones junto con la Nación están trabajando para acordar líneas de cuidado homogéneas, que incluyen entre sus tareas: identificar la población en riesgo, definir prácticas y redes de atención, establecer metas, asignar recursos, monitorear el proceso de atención y definir redes formales de servicios de salud.
3. Desarrollar y fortalecer los sistemas de información jurisdiccionales y nacionales, definir indicadores reportables para el monitoreo del proceso de atención y estándares de interoperabilidad para los diferentes sistemas existentes, contando con reportes periódicos.
4. Reorientar el modelo asistencial, adoptando nuevas formas de trabajo en las organizaciones, los sistemas asistenciales y en las instancias de planificación para poder dar respuesta a los desafíos que supone la transición a un modelo prestacional que pase de estar centrado en la atención hospitalaria a privilegiar la ambulatoria, y que promueva la atención preventiva más que la curativa.
5. Reducir las brechas económicas y territoriales para el acceso universal a la salud, asegurando la provisión de las prestaciones, insumos críticos y medicamentos en la salud priorizando la salud materna, infantil y adolescente, el control y la prevención de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles y vectoriales.
6. Disminuir la incidencia del embarazo adolescente no intencional potenciando las decisiones informadas de los/las adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos e incrementar el número de adolescentes protegidas/os eficaz y apropiadamente por la anticoncepción a fin de prevenir y reducir el embarazo no intencional en la adolescencia en las 12 provincias más afectadas por esta problemática.

Dada la complejidad y magnitud de una política sanitaria dirigida a garantizar el acceso en condiciones de equidad a la salud, la estrategia que sustenta el Programa de Salud de la Nación plantea una implementación en etapas sucesivas y progresivas, involucrando a los siguientes Programas del Ministerio Nacional:

- Programa de Gobernanza y Gestión de la Salud
- Programa de Consolidación de la Gestión Centralizada en Salud
- Consolidación del Modelo de Atención Primaria de la salud a través de la provisión y dispensa de medicamentos esenciales
- Apoyo al Plan Nacional de prevención y reducción del embarazo no intencional en la adolescencia
- Programa de Apoyo a la Cobertura de Salud Efectiva garantizando la cobertura prestacional a través de insumos críticos
- Programa de apoyo a las políticas estratégicas de carácter federal para la atención de la salud de la población
- Programa de apoyo al fortalecimiento de la cobertura pública efectiva de la salud y un sistema integrado de provisión de servicios de salud de calidad

En este contexto, se buscará analizar el grado de avance en la consecución de resultados esperados, así como la emergencia de resultados imprevistos y evaluar la sostenibilidad del programa a futuro. Asimismo, la evaluación buscará, a partir de sus resultados, aportar un conjunto de recomendaciones específicas, así como las lecciones aprendidas y buenas prácticas que puedan ser replicables en otros contextos y situaciones.

3. Descripción de la evaluación

Objetivo general

Evaluar cómo y en qué medida el Programa de Salud avanzó hacia el alcance de las metas y el logro de los productos planificados durante el periodo junio 2020-diciembre 2022 y si son requeridos ajustes con respecto a la planificación original.

Objetivos específicos

- Analizar los factores que contribuyeron y los que obstaculizaron y/o demoraron el logro de los productos e identificar buenas prácticas y lecciones aprendidas.
- Evaluar la influencia de la pandemia de COVID-19 en el cumplimiento de las metas.
- Evaluar la implementación de la estrategia de igualdad de género y diversidad sexual en el marco del Programa.
- Analizar la calidad de los indicadores originalmente previstos y del sistema de información y datos que se generan en el marco del Programa.
- Evaluar los avances en términos de sostenibilidad del Programa.
- Evaluar los avances en términos de reducción de las brechas territoriales de acceso a la salud

Alcances de la evaluación

La evaluación versa sobre la relevancia, coherencia, eficacia, eficiencia y sostenibilidad de la intervención del Programa en el periodo junio 2020-diciembre 2022 en relación con los resultados alcanzados, considerado un examen de los resultados no intencionales e identificando posibles

consecuencias negativas y positivas derivadas de la intervención. No se prevé que la evaluación arroje evidencia sobre el impacto del Programa.

Se espera identificar las lecciones aprendidas y buenas prácticas que puedan ser replicables en otros contextos y situaciones. Las lecciones deberán cubrir la gestión de los resultados de desarrollo y las prácticas de seguimiento y evaluación. Como resultado de la evaluación, deberán emanar recomendaciones específicas, pertinentes y aplicables al proyecto que permitan trabajar en un plan de acción de mejora/respuesta.

El análisis considerará la efectividad en la incorporación del enfoque de género y diversidad sexual, y de derechos humanos, con especial énfasis en las poblaciones con derechos vulnerados.

Preguntas de evaluación

A continuación, se presentan las preguntas clave que guiaron la presente evaluación¹ Estas serán retomadas en el apartado siguiente para organizar los resultados preliminares de la evaluación.

Relevancia

¿En qué medida el Programa contribuyó a las prioridades estratégicas del MSAL, particularmente a fomentar la articulación e integración de subsistemas de salud y entre los distintos niveles de gobierno, y a fortalecer la Atención Primaria de la Salud?

¿En qué medida el Programa ha estado en consonancia y ha contribuido con los resultados del Programa de País, del Plan Estratégico del PNUD y los ODS?

Considerando el período que abarca la evaluación (junio 2020-diciembre 2022), ¿cómo influyó la pandemia de COVID-19 en la realización de actividades y en el cumplimiento de las metas, o bien en la reformulación de los programas para atender a las necesidades emergentes?

¿En qué medida contribuyó el programa a través de sus diferentes proyectos, en la respuesta a la pandemia? ¿Se pueden identificar las poblaciones que se vieron más afectadas durante la Pandemia?

¿Se promueven políticas de igualdad de género y diversidad sexual? ¿De qué manera? ¿Se promueven políticas de igualdad de acceso para otros grupos con derechos vulnerados (mujeres, niñas y niños, población LGBTINB -Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersex, personas No Binarias-, pueblos originarios, personas con discapacidad)? ¿De qué manera?

Coherencia

¿Los datos e información que se generan en el marco del Programa son suficientes y de calidad para apoyar la toma de decisiones basada en evidencia?

¿Cuentan con el nivel de desagregación necesario por sexo y por identidad de género sobre beneficiarias y beneficiarios en todos los registros administrativos? En el caso de que sí se desagrega ¿qué categorías se generan?

¿En qué medida se genera información estandarizada entre los diferentes proyectos y programas vigentes?

¹ Las preguntas se basan en los criterios de evaluación del CAD de la OCDE y las normas del Grupo de Evaluación de la ONU (incluidas las normas sobre la incorporación de la perspectiva de género), que se han adaptado al contexto del Programa.

¿Se implementan acciones para promover el registro de la información en todos los niveles?

Eficacia

¿En qué medida se avanzó en el logro de los productos planificados en los Proyectos que integran el Programa según los indicadores y metas previstas para el periodo?

¿Qué factores contribuyeron positivamente y cuáles no?

¿En qué medida los indicadores existentes permiten hacer un monitoreo efectivo de los Proyectos y medir sus logros?

¿En qué medida la distribución de recursos del programa fue realizada teniendo en cuenta los principios de equidad respecto a las poblaciones en situación de vulnerabilidad (Mujeres; niñas y niños, LGBTINB; personas con discapacidad; pueblos originarios)?

Eficiencia

¿En qué medida se ha realizado un uso económico de los recursos financieros y humanos?

¿Se han asignado estratégicamente recursos (fondos, recursos humanos, tiempo, experiencia, etc.) para lograr resultados?

¿En qué medida el PNUD contribuyó en los avances hacia el logro de los productos?

¿Cuáles fueron los cambios positivos o negativos, intencionados o involuntarios, provocados por la labor del PNUD?

¿En qué medida la pandemia contribuyó a la transformación digital del sistema sanitario? ¿Es costo-efectiva para el alcance de los resultados planteados? ¿Se plantea una estrategia más allá de la pandemia, y en este sentido, es transversal a los programas?

¿Cómo funcionan y operan los Proyectos bajo un esquema de Programa/Portfolio en el marco del PNUD? ¿Existen ventajas operativas y organizativas u obstáculos en ese sentido?

Sostenibilidad

¿En qué medida son sostenibles los resultados? ¿Qué factores podrían amenazar su sostenibilidad?

¿Hasta qué punto se ha desarrollado o implementado una estrategia de sostenibilidad?

¿Existe algún riesgo que pueda poner en peligro la sostenibilidad de los resultados del programa y las contribuciones del Programa de la Salud al Programa de País?

¿En qué medida estarán disponibles los recursos económicos y financieros para mantener los beneficios logrados por el programa?

¿Se han incorporado criterios de sostenibilidad ambiental? En su caso, a través de qué mecanismos/herramientas?

¿Se han implementado los criterios de Compras Públicas Sostenibles?

¿Cómo podría extenderse la utilización de los criterios de Compras Públicas Sostenibles?

¿Qué buenas prácticas pueden ser consideradas en el diseño de futuros programas y proyectos?

¿Qué lecciones aprendidas se identifican?

¿Se identifican prácticas innovadoras en el contexto del Programa?

Principales Dimensiones e Indicadores

En relación con los objetivos y preguntas de la evaluación, se presentan las principales dimensiones e indicadores que guían la evaluación.

- Disponibilidad de Insumos: en qué medida el programa contribuyó a facilitar los procesos de compra y distribución de insumos. Facilitadores y obstrutores identificados, grado de ejecución de acuerdo con lo programado.
- Fortalecimiento del sistema de salud federal: promoción de la articulación entre subsistemas de salud y entre los distintos niveles de gobierno, y los diferentes niveles de atención. Fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud
- Brechas de acceso: identificación de barreras y sesgos de acceso a las prestaciones y servicios de salud involucrados en el programa, tanto territoriales, como económicas y de género
- Alcances y sostenibilidad de resultados: grado de avance y amenazas a la sostenibilidad. Avances en la implementación de las actividades según lo planificado, registros y sistemas de información e inversión de recursos.
- Promoción de estrategias de igualdad de género: impulso a estrategias de políticas que promueven la igualdad de género. Importancia otorgada y sostenibilidad de las estrategias

A continuación, se presentan con mayor detalle, algunos de los indicadores analizados mediante las fuentes descriptas:

- Medicamentos esenciales adquiridos para garantizar la cobertura prestacional de la población objetivo
- Anticonceptivos, insumos y medicamentos para el desarrollo de la salud sexual y a la procreación responsable. Cantidad, calidad y oportunidad de la disponibilidad de los insumos. Dificultades y obstáculos de las acciones en territorio.
- Insumos provistos para asegurar la continuidad de la atención de servicios esenciales de salud durante la pandemia con prioridad a la población con cobertura pública exclusiva. Cantidad, calidad y oportunidad de la disponibilidad de los insumos. Dificultades y obstáculos de las acciones en territorio.
- Existencia de Registros y usabilidad de los datos. Dificultades asociadas a los sistemas de información que permiten hacer el seguimiento de la gestión y documentar resultados alcanzados. Existencia y adecuación de los circuitos de los sistemas de información entre el nivel Provincial y Nacional. Existencia de registros desagregados geográficamente y por género

Mapeo de partes interesadas

A partir de la recopilación y análisis de información realizados durante la primera etapa de la evaluación, se detectaron las siguientes áreas y programas involucrados de manera sustantiva en el desarrollo de la iniciativa y que, por tanto, constituyen el universo de interés primario a ser abordado por la evaluación:

- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Secretaría de Acceso a la Salud
- PLAN ENIA (Plan Nacional de prevención y reducción del embarazo no intencional en la adolescencia)
- Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria - Secretaría de Acceso a la Salud
- Programa REMEDIAR
- Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales - Secretaría de Equidad en Salud
- Programa SUMAR
- Programa PROTEGER
- Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo- Secretaría de Gestión Administrativa
- Dirección General de Implementación y Gestión de Proyectos de la Secretaría de Coordinación y Planificación Exterior del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto
- Área Desarrollo Inclusivo de PNUD.

Aspectos Metodológicos

La evaluación involucró las siguientes metodologías y técnicas, cuyos resultados fueron triangulados y articulados alrededor de los principales ejes de la evaluación.

Análisis documental

Esta etapa consistió principalmente en el análisis de los documentos del Programa original y la normativa que lo sustenta. Dentro de éstos, los cambios producidos y registrados en las sucesivas revisiones. Se ha detectado que durante el período abarcado por la evaluación (junio 2020 y diciembre 2022) fueron efectuadas dos revisiones: Revisión B y Revisión C.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda de documentos elaborados en los respectivos programas, tales como manuales de monitoreo, documentos de línea de base o informes de evaluación ex ante. Asimismo, las evaluaciones de programas de salud: Plan ENIA, Programa Nacional de Primera Infancia, programa SUMAR, etc.

Análisis de información secundaria

Con respecto a los registros del Programa de Apoyo a la Implementación Federal para el Acceso con Equidad, se compilaron los informes de monitoreo presentados por el Ministerio de Salud a PNUD para dar cuenta de los avances en cada una de las metas planteadas. A partir de esto, se realizó una sistematización y análisis de los indicadores de seguimiento y resultados planteados en el Programa para cada uno de los proyectos que lo integran.

Adicionalmente, se analizaron los registros de los programas de salud que forman parte de la iniciativa, con el fin de obtener información acerca de prestaciones y beneficiarios y, siempre que los datos lo admitan, se incluyeron desagregados provinciales y por género.

En esta misma línea, se realizó una búsqueda y sistematización de los informes de seguimiento y gestión relativos a los programas de salud abarcados por los distintos proyectos PNUD incluidos dentro del Programa.

En lo relativo a búsqueda y análisis de información secundaria, se realizó un diagnóstico con desagregación provincial y por género a partir de fuentes oficiales disponibles hasta el momento tales como las estadísticas vitales que compila la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), y registros de los programas publicados en Datos Abiertos².

Análisis longitudinal

Puesto que los objetivos de la evaluación contemplan dar cuenta de avances en la concreción de las metas, así como en aspectos relacionados con la equidad territorial, se realizó un análisis de tipo longitudinal a partir de diversas ventanas temporales de observación para los diferentes indicadores.

Esta perspectiva de análisis incluyó los aspectos relacionados con la reducción de las brechas territoriales. Para ello, la metodología se basó en la estimación de las poblaciones potencialmente beneficiarias de las prestaciones de los diferentes proyectos desagregada por jurisdicciones provinciales, para ponerla en relación con la provisión de las prestaciones.

La estimación de las poblaciones potenciales se realizó a partir de las proyecciones poblacionales del INDEC sobre base censal, desagregadas por sexo y grupos quinquenales de edad. Las prestaciones se obtuvieron a partir de datos de registro de los diferentes programas.

La evolución de la equidad territorial se estimó, a través de ambos conjuntos de datos, mediante el cálculo del coeficiente de gini³ en las diferentes ventanas temporales de las observaciones.

- En el Anexo I, se presenta un análisis de la cobertura del Programa SUMAR;
- El Anexo II presenta un análisis de la evolución de la cobertura de los tratamientos del Programa Remediar por provincias para el período 2019 - 2022.
- En el caso particular del Plan ENIA (ver Anexo III), se dispuso de una aproximación a sus resultados⁴: a los efectos se analizó la evolución de dos indicadores trazadores –también, desagregados por jurisdicciones provinciales– como lo son los nacimientos ocurridos de madres menores de veinte años y la tasa de fecundidad. En este caso también se los puso en relación con una aproximación a la cobertura que permite dimensionar las prestaciones con la población potencialmente destinataria.

² <http://datos.salud.gob.ar/>

³ El índice de Gini, usualmente empleado para medir el grado de desigualdad en la distribución de los ingresos monetarios, puede igualmente utilizarse como medida de la distribución de otras propiedades entre poblaciones, subpoblaciones o agregados territoriales

⁴ No hablaremos aquí de impactos, cuya estimación requiere de la simulación de escenarios contrafactuales en ausencia del supuesto factor causal

Entrevistas semiestructuradas

La información obtenida a partir de entrevistas con actores clave constituyó un insumo clave para valorar, especialmente, aquellas dimensiones “blandas” que fueron eje de la evaluación. Entre éstas, se encuentran los aspectos vinculados a las dificultades y avances para la ejecución de las acciones y alcances de las metas del programa.

Se realizaron un **total de 13 entrevistas** con funcionarios/as y referentes involucrados en dos niveles:

a. Nivel Nacional

En total, se realizaron **9 entrevistas** con actores clave relacionados con la ejecución de las acciones del programa, de acuerdo al siguiente detalle:

6 entrevistas con actores clave del Ministerio de Salud de la Nación:

- Mauricio Monsalvo, Secretario de Gestión Administrativa
- Soledad Beltrame, Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo
- Martín Menafra, Director Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales
- Valeria Isla, Coordinadora Plan ENIA. Directora de Salud Sexual y Procreación Responsable
- César Nacucchio, Coordinador Programa PROTEGER
- Gisela Soler, Programa REMEDIAR

2 entrevistas con referentes del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto

- Matías López, Dirección General de Implementación y Gestión de Proyectos de la Secretaría de Coordinación y Planificación Exterior del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto
- Luciano Svarzman y Alejandro Puglisi, Área Formulación y Monitoreo, Dirección de Proyectos de Implementación Nacional, Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto

2 entrevistas con referentes del PNUD

- Paola Bohorquez, Responsable Área de Desarrollo Inclusivo
- Alejandra García, Responsable Área de Género y Diversidad

b. Nivel provincial

La propuesta de evaluación contemplaba la selección de dos provincias del Norte Grande: una del NOA y una del NEA. A partir de las entrevistas realizadas en el nivel nacional, se consultó acerca de la pertinencia y viabilidad de un conjunto de jurisdicciones preseleccionadas, a partir de las cuales se decidió avanzar con indagaciones en los programas de las provincias de Chaco del NEA y Salta del NOA.

En total, se realizaron **4 entrevistas** a referentes de los programas de las provincias de Salta (NOA) y Chaco (NEA):

- Dra. Virginia Ocaña, responsable REMEDIAR, Salta
- Dr. Javier Yapura, responsable SSyR, Plan ENIA, Salta
- Dra. Noemí Ávila, SUMAR-PROTEGER, Salta
- Dra. Liliana Ensisa, Plan ENIA, Chaco

4. Resultados de la evaluación

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la información analizada y las indagaciones realizadas durante esta etapa de la evaluación.

Para una mayor claridad y comprensión, estos análisis fueron organizados siguiendo las preguntas clave que guiaron la presente evaluación⁵.

1. Relevancia

1.1. ¿En qué medida el Programa contribuyó a las prioridades estratégicas del MSAL, particularmente a fomentar la articulación e integración de subsistemas de salud y entre los distintos niveles de gobierno, y a fortalecer la Atención Primaria de la Salud?

En relación a estos interrogantes, a partir del análisis de la información recolectada durante las entrevistas realizadas con referentes del nivel nacional y provincial, y de los informes de monitoreo presentados al PNUD, es posible detectar un conjunto de actividades planteadas por el Programa, orientadas a alcanzar una mayor articulación en integración entre subsistemas, niveles de gobierno y fortalecimiento de la estrategia de APS.

En relación a las acciones impulsadas para **fortalecer la articulación entre los diferentes niveles de gobierno y la estrategia de APS**, se destacan las acciones del Programa SUMAR y del Programa PROTEGER. En relación al SUMAR, dan cuenta de la relevancia del sistema de información generado a partir de su desarrollo, que les permitió que contar con reportes mensuales de la evolución de los diferentes indicadores de seguimiento: *“desde el área de capitas y gestión de información se saca un reporte mensual, que es el que tiene la población de inscriptos, la población de inscriptos con CEB y la cantidad de efectores con convenio con el programa y la cantidad de personas asignadas a efectores con convenio con el programa que tienen un área de responsabilidad definida. Eso lo tenemos mes a mes por provincia”* (Referente Ministerio de Salud de la Nación de la Nación). Este sistema de información encuentra su relevancia en el marco de la estrategia central del SUMAR, que consiste en fomentar ciertas prácticas en los efectores jurisdiccionales, para transferir un monto equivalente a una cápita en función de los resultados alcanzados. De esta manera, se busca alinear las acciones y prácticas desarrolladas en los efectores locales conveniados con el Plan SUMAR, con la estrategia diseñada por las autoridades jurisdiccionales, con las propias del Ministerio de Salud nacional. En ello resulta clave este sistema de incentivos financieros, y el sistema de información desarrollado. Ambos dispositivos confluyen y dialogan de manera fluida para sostener y ampliar las acciones promovidas desde el nivel central.

A partir de las entrevistas con referentes de los programas en las provincias, se observa falta de coordinación entre provincias y nación. Particularmente en el caso del Remediar, debido a que la propia organización del programa prevé la entrega directa de los botiquines a los centros de salud, la coordinación provincial muchas veces no tiene acceso a la información. Por otro lado, al menos en la provincia de Salta, se observa la necesidad de una adecuación de los botiquines a la realidad provincial. Las referentes provinciales refieren haber solicitado esta adecuación, pero, justamente, al

⁵ Las preguntas se basan en los criterios de evaluación del CAD de la OCDE y las normas del Grupo de Evaluación de la ONU (incluidas las normas sobre la incorporación de la perspectiva de género), que se han adaptado al contexto del Programa

no contar con información sobre la recepción y contenido de los botiquines en los CAPS, la provincia desconoce si se cumplió con su solicitud.

Una de las acciones impulsadas desde el nivel nacional en el sentido de integrar al sistema público de salud, está relacionada con la definición de Área de Responsabilidad Sanitaria (ARS) para efectores del primer nivel de atención. Esta identificación permite mejorar los mecanismos de referencia y contrarreferencia de las y los pacientes, así como contar con información más precisa acerca de las características epidemiológicas de la población, y en consecuencia, una mejor planificación de los recursos asignados. De esta manera, se busca contribuir a obtener mejores resultados en términos sanitarios. En relación los avances logrados en este indicador, de acuerdo a los testimonios recogidos, *“si bien el programa acompaña y fortalece la estrategia de la adscripción de la población a los centros de salud y las personas, aquellas personas que se encuentran dentro del área de responsabilidad del centro de salud, es un camino que está como avanzando, **estamos en un treinta y pico por ciento de personas que están asignadas a un centro de salud...**”* (Referente Ministerio de Salud de la Nación)

Durante las entrevistas realizadas alrededor de estos tópicos, fue posible identificar las complejidades vinculadas a la consecución de estas metas, entre las que se destacan las dificultades asociadas a la definición de criterios geográficos y de movilidad de la población para el establecimiento de un área de responsabilidad sanitaria: *“porque implica todo, tenés un efector, tenés que definir la responsabilidad sanitaria, si vos no tenés esa responsabilidad sanitaria definida, no podés decir que esa persona está asignada. A veces está la asignación por uso y la asignación geográfica, que eso también genera, es un debate dentro de lo que son las políticas sanitarias, digo, la persona tiene que estar asignada al efector por su dirección, por donde vive, o por el efector que le queda más cómodo en cuanto a su rutina laboral...”* (Referente Ministerio de Salud de la Nación)

Esta complejidad se profundiza en relación a la población adulta, particularmente relacionada con la baja adhesión -especialmente del hombre adulto- a realizar controles de salud de manera preventiva: *“particularmente el sistema público, en algunas regiones del país, es el horario de apertura de los establecimientos, que hay una gran población cuando uno ve las pirámides poblacionales que se pierde entre lo que es el contacto con el sistema de salud. Fundamentalmente el hombre adulto es el que no contacta cuando uno ve las pirámides, porque son aquellos que no están cumpliendo por ahí tareas de cuidado en casa, no están a cargo de la familia, sigue siendo esa forma también cultural del hombre de no ir al centro de salud y eso nosotros también se ve evidenciado en nuestros reportes: tenemos los efectores que tienen de responsabilidad definida y aquellas cantidades de personas que están asignadas a un centro de salud...”* (Referente Ministerio de Salud de la Nación)

También se incluyen acciones de promoción de hábitos saludables, principalmente orientados a “personas vulnerables con enfermedades no transmisibles, como hipertensión o diabetes”. En este sentido, el Ministerio de Salud nacional impulsó, durante la vigencia del Programa PROTEGER, una serie de acciones tendientes a garantizar la detección temprana y el seguimiento de calidad de las personas con diabetes y con hipertensión.

De esta manera, se impulsó el desarrollo y fortalecimiento de redes de referencia y contrarreferencia en las jurisdicciones, el desarrollo de sistemas de información interoperables, y la implementación de legislación acorde a estos lineamientos: *“el fortalecimiento de la estrategia de adscripción de la población se complementaba mucho con lo del SUMAR de la población a cargo. El desarrollo del sistema de información en las jurisdicciones, implementación de historia de clínica electrónica, interoperabilidad, turnos programados protegidos de referencia y contrarreferencia... los IVT, los Indicadores de Transferencia que teníamos con la jurisdicción. Después había algo de legislación sobre tabaco, ambientes libres de humo...”* (Referente Ministerio de Salud de la Nación)

Respecto de la calidad, también se fomentó, en relación al seguimiento de estas enfermedades no

transmisibles (ENT), un proceso de autoevaluación de cada efector en relación a ciertos estándares de calidad: *“también establecimientos comprometidos con la calidad. Donde había, en una primera instancia tenían que (...) autoevaluarse respecto a prácticas y aspectos actualizados con determinados estándares de calidad y luego a aquellos que se auto evaluaron en una instancia volver a evaluarse después de un tiempo posterior a ver si habían mejorado el desempeño de las evaluaciones... Abordaba la calidad, el acceso, siempre vinculado, orientado a las personas con enfermedades no transmisibles, la adscripción de la población a cargo, sistemas de información y la parte legislativa, normativa, ordenanzas a nivel sí municipal.”* (Referente Ministerio de Salud de la Nación)

En esta línea, a partir de la revisión de documentos del programa e informes de monitoreo, se detallan las actividades vinculadas principalmente con **la articulación entre niveles de gobierno (nación-provincia-municipio), y con la estrategia de fortalecimiento de la APS**, en tanto incentiva la promoción de hábitos saludables, y procura establecer áreas de responsabilidad definidas para los efectores de salud. Dentro del Programa PNUD 19010:

- Acceso a los servicios de salud de la población con cobertura pública exclusiva, ampliado y prestaciones mejoradas.

El indicador seleccionado para dar seguimiento a esta actividad, es el siguiente:

Municipios por año que reciben transferencias contra el cumplimiento de hitos vinculados a la implementación de planes locales de comunicación sobre riesgo y prevención (hábitos saludables), con perspectiva de género y diversidad.

Alcance de las Metas: **al finalizar el 3er trimestre 2022, la meta de cobertura de municipios con incentivos para la promoción de hábitos saludables había sido alcanzada, con 101 municipios** en esta condición, siendo que la meta planificada acumulada se proponía cubrir 100 municipios.

De acuerdo a datos provistos por el Programa SUMAR en el marco de la presente evaluación, se observa el seguimiento de un indicador que permite dar cuenta de los avances en relación al seguimiento de población con ENT mencionado anteriormente. Se trata de la “Proporción de adultos elegibles con hipertensión que son diagnosticados en las regiones con resultados de salud más bajos”. Este indicador, definido para las provincias de NEA y NOA muestra el cumplimiento de la meta establecida para fines de 2022, habiendo alcanzado al 20,1% de esta población, y siendo la meta prevista 12%.

Por otra parte, acciones relacionadas con la articulación de niveles jurisdiccionales, y el fortalecimiento de APS, también se encuentran reflejadas dentro del Programa PNUD 19014, en tres de las actividades planteadas:

- Préstamo BIRF 8853 – AR PACES: Identificar y normalizar a la población con cobertura pública exclusiva
- Préstamo BIRF 8853 – PACES: Mejora de la capacidad de prestación de servicios en el Ministerio de Salud Nacional para aumentar su coordinación y establecer un modelo de atención integrada basado en la calidad.
- Préstamo BIRF 8853 – AR PACES: Desarrollar un sistema eficiente de redes de servicios de calidad en el ámbito de la salud relacionado con líneas de cuidado priorizadas

El indicador establecido para dar cuenta de estos avances es el siguiente:

Porcentaje de establecimientos de salud con área de responsabilidad definida

Alcance de las Metas: de acuerdo a información provista por el Programa SUMAR, **al finalizar el año 2022, la meta planteada para el acumulado había sido alcanzada con el 53,8%** de los establecimientos de salud con área de responsabilidad definida. Las provincias de Corrientes y Santa Cruz son las que muestran menor nivel de cumplimiento de este indicador, en tanto provincias como San Luis, Córdoba, La Pampa, Tucumán y San Juan sobre cumplieron la meta prevista.

La meta esperada al finalizar el programa, es de 80% de establecimientos de salud en esa condición.

Respecto de la **articulación e integración de subsistemas de salud**, se destacan acciones impulsadas desde el Programa SUMAR, orientadas a fortalecer el recupero de costos de la seguridad social, entre los efectores públicos. De acuerdo a un referente del Ministerio de salud nacional, esto conforma una *“estrategia de recupero de costos que también tiene el programa dentro de sus actividades de los componentes”*.

Estas acciones se promueven para el conjunto de los 8.600 establecimientos públicos conveniados con el SUMAR, se busca identificar aquellos efectores que facturan a las diferentes entidades de la seguridad social: Obras Sociales, medicina privada, aseguradoras de riesgo de trabajo, accidentes de tránsito. La información se releva mensualmente y se sistematiza con periodicidad trimestral, a partir de la que se generan los reportes requeridos. Esta información se recolecta *“a partir de una declaración jurada que brindan las provincias, mandan esta información en carácter de declaración jurada. Donde envían de su listado de efectores, conveniados con sumar, cuantos facturan a la seguridad social...”* (Referente Ministerio de Salud de la Nación)

Dentro del Programa, la principal actividad desarrollada en pos de contribuir con la **articulación e integración de subsistemas de salud**, está vinculada con el Préstamo BIRF 8508 AR - PROTEGER:

→ Proteger a la población vulnerable contra las ENT

Cuyo indicador establecido es:

Porcentaje de establecimientos de salud que facturan a la seguridad social.

Alcance de las Metas: para el acumulado del período, desde el inicio del programa la meta planificada del 28% había sido alcanzada (y superada), siendo casi del 48% de establecimientos de salud que facturan la seguridad social por prestaciones vinculadas con el tratamiento de las ENT.

Complementando lo anterior, a continuación, y a partir de un **análisis de la información disponible en estadísticas vitales y de registro de los programas** publicados en datos abiertos para los períodos 2020-2021, se presentan algunos resultados para los programas ENIA y SUMAR⁶.

Los datos provenientes del Programa SUMAR muestran un avance en términos de la atención primaria de la salud, en particular verificado a partir de 2020, luego de la emergencia de la pandemia, entre adultos –mujeres y varones– de 20 a 64 años. No así entre niños y adolescentes, entre los que una fuerte baja de la cobertura, medido a través del indicador Cobertura Efectiva Básica (CEB), producida durante 2020 no se revirtió del todo en 2021.

En términos de equidad territorial, se aprecia que la cobertura efectiva registraba un sesgo hacia las provincias más grandes en términos poblacionales. Sin embargo, ese sesgo tendió a atenuarse

⁶ Ver análisis completo en Anexos II y III.

especialmente a partir de la emergencia de la pandemia.

En el caso de los adolescentes y los adultos de ambos sexos, particularmente, el año 2020 –marcado por la incidencia de la pandemia– obró como punto de inflexión en ese descenso que, aunque se revirtió parcialmente hacia finales de ese período, recuperó la tendencia declinante de la desigualdad territorial en 2021.

En estos grupos de población –adolescentes y adultos varones en especial– son menos frecuentes las consultas médicas y no son objeto, por caso, de prestaciones tales como controles de rutina o vacunación. Es previsible que las prestaciones ligadas a la pandemia tendieran a uniformar las tasas de cobertura efectiva básica entre las jurisdicciones.

El Plan ENIA, por su parte, muestra un desempeño exitoso en términos de una **apreciable reducción de la tasa de fecundidad adolescente**. Si bien esta reducción se muestra como tendencial desde 2014 en todas las jurisdicciones, en el período aquí analizado, aparece mucho más marcada en las provincias en las que el Plan registra presencia.

También se aprecia que, particularmente en el caso de la fecundidad adolescente temprana, tuvo lugar un ligero aumento de la dispersión entre provincias bajo el ENIA, como si hubiera tenido lugar una reducción despereja de la fecundidad en las provincias en que el programa opera.

Para el tramo de edad de 15 a 19 años, se aprecia una correlación negativa entre la reducción proporcional de la tasa y la magnitud inicial de la misma, lo que sugiere que la reducción fue más marcada en las provincias que ya registraban una tasa más baja. Con lo cual, no existiría una tendencia a la convergencia entre las jurisdicciones sino un moderado aumento de la heterogeneidad entre las mismas.

En cuanto a los nacimientos ocurridos de madres menores de veinte años, también se aprecia una reducción de los mismos en todas las jurisdicciones bajo el programa ENIA entre 2019 y 2021 que, sin embargo, resulta proporcionalmente mayor en aquellas provincias que en 2019 registraban tasas comparativamente más bajas. Ello confirmaría la tendencia hacia una mayor heterogeneidad.

1.2. Considerando el período que abarca la evaluación (junio 2020-diciembre 2022), ¿cómo influyó la pandemia de COVID-19 en la realización de actividades y en el cumplimiento de las metas, o bien en la reformulación de los programas para atender a las necesidades emergentes?

Durante la pandemia COVID-19, los programas involucrados reordenaron sus actividades, a la vez que reformularon algunas de sus metas.

En el caso del Programa SUMAR, según indica un referente del Ministerio de Salud nacional entrevistado, incorporó un set de prestaciones “COVID” que también brindaban cobertura efectiva. Se elaboró un “CEB COVID”, basado en captación e identificación de personas con COVID en las jurisdicciones, como parte de la estrategia de la pandemia, y se complementó con un conjunto de prestaciones integradas en un paquete de servicios de alta complejidad, incluyendo la internación por COVID. Esas prestaciones estuvieron vigentes desde abril/mayo 2020 hasta marzo del 2021.

Este paquete se incluyó ya que los controles de persona sana (control de salud, la vacunación, y el control ginecológico, entre otros) fueron desplazados durante este período por la atención de casos COVID. De esta manera, se buscó continuar con el pago de prestaciones e incentivos financieros a efectores y no desfinanciarlos en un momento tan crítico. Una vez que la pandemia se estabilizó, se retiraron esas prestaciones para brindar cobertura efectiva básica y se ajustaron nuevamente las prestaciones del CEB a la normativa vigente del Ministerio.

Algo similar sucedió en el Plan ENIA. En primer lugar, se declararon los servicios de salud sexual como

esenciales, para que siguieran accediendo y que tengan la atención. El tema de violencia sexual también se abordó con distintas estrategias desde asesoramientos virtuales, dispensas con experiencias de entrega en domicilio. Se pasó a dar más de tres tratamientos por consulta, para así garantizar la continuidad de los métodos.

Luego se desarrolló un dispositivo de seguimiento personalizado, con comunicaciones semanales del equipo con los referentes provinciales, compartiendo las distintas estrategias de las provincias para la entrega de más de tres tratamientos.

Los referentes provinciales del Plan ENIA destacan el apoyo de Nación durante la época en la que la presencialidad en las escuelas debió ser interrumpida. Los y las asesores del ENIA en las provincias, a través de este dispositivo de seguimiento personalizado impulsado desde el nivel nacional, hicieron posible el recambio de implantes durante la pandemia a través de la comunicación por WhatsApp, Instagram y Facebook con las adolescentes.

También la línea de atención 0800 fue una herramienta que, además de la ley de acceso al aborto, se habitó para consejerías sobre métodos anticonceptivos y cumplió un rol importante cuando las personas no se podían trasladar.

En este sentido, un referente de la cartera sanitaria de la provincia de Salta hace referencia a la importancia del apoyo recibido a la línea de salud sexual y reproductiva durante la pandemia, especialmente en acciones relacionadas con la IVE. A través de los recursos humanos de ENIA se contó con más posibilidades de respuestas, se conformaron circuitos y se pudo atender la gran cantidad de solicitudes.

Desde el Programa PROTEGER, de manera similar que el SUMAR, las jurisdicciones tenían comprometidos indicadores cuatrimestrales y anuales vinculados a transferencias. En el contexto adverso de la pandemia se buscó fortalecer y adaptar la dinámica de implementación a ese contexto, sin dejar de trabajar ninguno de los indicadores vinculados a transferencias. Esto supuso un gran desafío para el ministerio de salud nacional para encontrar alternativas en conjunto con las jurisdicciones encaminadas a mantener esta agenda y adaptarla a la situación que se estaba transitando. De esta manera, y apelando a la virtualidad, se logró que en 23 jurisdicciones se generen mesas intersectoriales para el abordaje del tabaquismo y la prevención del tabaco ajeno, y desde estos espacios, avanzar hacia la regulación del tabaco en espacios libres de humo. También se buscó fomentar la conformación de redes a nivel jurisdiccional y a nivel nacional, avanzar en una política comunicacional y que esa política esté explicitada y presentada.

El Programa Remediar sostuvo -aparentemente sin grandes dificultades- la entrega de los botiquines según el esquema previsto. Desde el Programa Remediar en la provincia de Salta reconocen que no hubo dificultades en la recepción de botiquines en los CAPS, pero ante la falta de afluencia de pacientes con enfermedades crónicas, se generó un excedente de medicaciones que sólo se hizo evidente una vez levantado el aislamiento.

Según lo destacado por el propio Secretario de Gestión Administrativa del Ministerio de Salud, en términos del aporte de PNUD durante la pandemia, deben destacarse las oportunidades que brinda el uso de fondos canalizados a través del programa en términos de posibilitar respuestas rápidas en los procesos de compras, y particularmente en los casos de adquisiciones externas. Ello, unido a la posibilidad que ofrece para la indexación de contratos, que no resulta posible en un procedimiento de compra nacional. Se destaca también, la transparencia que provee en las adquisiciones.

En cambio, no resulta posible discriminar el aporte de PNUD al alcance de las metas previstas en cada

programa como tampoco al cumplimiento de las actividades, ni en la reformulación de los programas para atender las necesidades emergentes de la pandemia, pues la decisión de financiar a través de PNUD la asume de manera centralizada el Ministerio nacional. Y esto no puede traducirse en una contribución a la población que pueda ser medida objetivamente.

1.3. ¿En qué medida contribuyó el programa a través de sus diferentes proyectos, en la respuesta a la pandemia? ¿Se pueden identificar las poblaciones que se vieron más afectadas durante la Pandemia?

En términos de la CEB de SUMAR (ver Anexo I), los grupos poblacionales más afectados durante la pandemia parecen ser niñas, niños y adolescentes, cuya cobertura descendió apreciablemente, sin recuperar los niveles pre pandemia en 2021.

En cambio, entre los adultos (especialmente varones) la pandemia obró como un punto de inflexión para el incremento de la CEB. Probablemente, ello obedecería a un aumento de las consultas relacionadas con la sintomatología del COVID y posteriormente con el comienzo de la vacunación.

Como fue comentado en el punto anterior, la población cubierta por el Plan ENIA claramente fue afectada por las dificultades para acceder a la colocación y controles de los métodos anticonceptivos de larga duración que son provistos por dicho Plan. En términos operativos, el programa tuvo un rol central en el financiamiento de los vuelos que trajeron vacunas e insumos para combatir al Covid-19 en el país. Desde cancillería recuerdan particularmente “...permitieron agilizar muchas cuestiones, se vio mucho en el de provincia de Buenos Aires y le permitió al de provincia de Buenos Aires hacer adquisiciones afuera, con lo cual al hacer adquisiciones afuera dejó insumos internos para las demás provincias”.

1.4. ¿Se promueven políticas de igualdad de género y diversidad sexual? ¿De qué manera? ¿Se promueven políticas de igualdad de acceso para otros grupos con derechos vulnerados (mujeres, niñas y niños, LGBTINB, pueblos originarios, personas con discapacidad)? ¿De qué manera?

El incremento de la CEB del SUMAR observado a partir de la pandemia evidencia una mejoría en términos de igualdad de género entre personas adultas⁷.

Sí es posible afirmar que el conjunto de acciones desplegadas por el Programa ENIA representan en sí mismas una política integral de igualdad de género y diversidad sexual orientada a las niñas, niños y adolescentes vulnerables de los departamentos priorizados. Los criterios de inclusión de estos departamentos, vinculados al desempeño que mostraban en relación a sus indicadores base consideraban también las características vulnerables de la población alcanzada.

En este sentido, las acciones priorizadas en función de potenciar las decisiones informadas de los adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (escolarizados), como el fortalecimiento de las políticas en pos de la prevención del abuso y la violencia sexual y de la adecuada accesibilidad a la interrupción legal de embarazo, según el marco normativo vigente, constituyen acciones de promoción de políticas de igualdad de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y de promoción de derechos entre niñas y adolescentes.

También, en relación a las capacitaciones en 2022 se buscó que comprendan la necesidad de implementar un abordaje intersectorial, las atribuciones y la responsabilidad de todos los actores del sistema de protección para garantizar el ejercicio de los derechos de salud reproductiva de

⁷ Para mayor detalle, ver Anexo I del presente informe

adolescentes y las estrategias efectivas de abordaje.

El Plan ENIA considera, dentro de sus líneas estratégicas, una específica orientada a “Promover los DSR (Derechos Sexuales y Reproductivos) de las personas con discapacidad” (Línea 5). Y dentro de los objetivos, existe uno que contribuye específicamente a esta línea. Se trata del Objetivo 6, “Coordinar acciones para garantizar el acceso efectivo de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva”. Este objetivo a su vez es monitoreado a partir de 4 indicadores:

Indicador 6.1: Porcentaje de programas provinciales de salud sexual y reproductiva con líneas estratégicas para promover los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad del total de programas provinciales de salud sexual y reproductiva. Este indicador cuenta con datos de 2020 (no actualizados) que permiten dar cuenta que la DNSSyR realizó un proceso de acompañamiento técnico al equipo de trabajo de la Dirección Provincial de Programas de Salud Sexual y Reproductiva y Diversidad de Santa Fe.

Indicador 6.2: Porcentaje de secuencias de la línea 0800 por incumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de personas con discapacidad resueltas positivamente sobre el total de secuencias generadas al respecto. El tablero de monitoreo del PENIA que indica que, “desde 2020, se registraron 6 secuencias de la Línea 0800 que involucran a personas con discapacidad, 5 por situaciones de ILE y 1 por solicitud de información para el acceso a preservativos”.

Indicador 6.3: Porcentaje de materiales producidos o adaptados para ser accesibles a personas con discapacidad respecto al total de materiales producidos por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en un período determinado. En este indicador el tablero de monitoreo del Plan da cuenta de que, “durante 2020, se efectuó un relevamiento de accesibilidad de los materiales subidos a los Bancos de Recursos para Equipos de Salud y para Población, disponibles en la web del Ministerio de Salud de la Nación. En total se identificaron 78 materiales, la mayoría de los cuales requería algún tipo de ajuste”.

Indicador 6.4: Porcentaje de efectores de salud con personal capacitado en salud sexual y reproductiva y modelo social de la discapacidad del total de efectores con prestaciones de salud sexual y reproductiva. Se realizaron durante 2020: un Webinar “Curso de anticoncepción en la adolescencia” organizado por el Plan ENIA al cual acudieron 750 personas y Acompañamiento técnico a 100 integrantes del equipo de trabajo de la Dirección Provincial de Programas de Salud Sexual y Reproductiva y Diversidad de Santa Fe.

Por último, no se encuentran disponibles datos que permitan dar cuenta de una mayor igualdad de acceso para otros grupos con derechos vulnerados, como pueblos originarios o diversidades sexuales, ya que los registros a los que se accedió hasta el momento, no contienen desagregados que lo posibiliten.

Según un referente de PNUD entrevistado, desde esa área pudieron dar mayor seguimiento a lo realizado en el marco del programa ENIA, y en ese sentido, indica algunas acciones orientadas a la promoción de la igualdad de género y diversidad sexual:

...en su momento se habían hecho justamente también protocolos de abuso infantil, o sea financiados desde PNUD, específicamente. Después se hizo también una articulación, por ejemplo, en el marco de otros proyectos que tiene PNUD, con la cartera de desarrollo social, que era el programa de políticas alimentarias, se hizo un puente, digamos, para que hubiera una reunión entre los equipos del ENIA y los equipos de políticas alimentarias en los territorios, para poder trabajar la temática de los derechos sexuales y reproductivos en el marco de lo que la prestación del ENIA, en términos de orientación,

acceso a métodos anticonceptivos y demás. En lo que refiere al ENIA en particular siempre hicimos como mucho énfasis en acompañar, digamos, las sistematizaciones de la implementación del proyecto, indicadores, qué puentes podrían llegar a estar faltando entre la población a la cual estaba dirigida el proyecto y el acceso de esa población al servicio para la orientación y acceso a los métodos anticonceptivos que propone el proyecto. Y con respecto a cómo se llama el resto de los programas, en realidad, lo que siempre intentamos haciendo las recomendaciones para la transversalización del enfoque de género, que un poco ustedes lo observaban en la desagregación por sexo o identidad de género en el caso que se pudiera. y en realidad nosotros siempre ofrecemos a la cartera de proyectos de salud la posibilidad de trabajar la temática de violencia basada en género en los espacios de atención primaria de la salud o con los equipos, en el sentido de que siempre los espacios de salud son espacios de prevención, entre comillas, detección temprana de situaciones de violencia de aquellas de atención. (Referente PNUD)

2. Coherencia

2.1. ¿Los datos e información que se generan en el marco del Programa son suficientes y de calidad para apoyar la toma de decisiones basada en evidencia?

Tanto el Programa SUMAR como el Plan ENIA y el REMEDIAR recaban datos en las jurisdicciones y sistematizan la información de manera periódica para ir respondiendo a indicadores de resultados y, en algunos casos, de impacto, que colaboran con la toma de decisiones en la gestión en distintos niveles. A su vez, se evidencia que esta información permite tener una mirada longitudinal y analizar la evolución de los alcances y resultados de los Programas en cada una de las dimensiones que abordan.

Estos datos a su vez generan sinergias positivas en las jurisdicciones. A modo de ejemplo, en la Provincia de Salta, los datos recabados en el marco del Programa SUMAR permiten a la provincia realizar evaluaciones sanitarias (particularmente a nivel de cobertura) y a los centros de salud realizar evaluaciones, que exceden la realizadas sobre enfermedades crónicas, y elaborar reportes para la toma de decisiones.

En el caso particular del ENIA, éste desarrolló un sistema de indicadores consolidado que permite dar cuenta de los avances en cada uno de los departamentos priorizados de las provincias alcanzadas. Esta información se organiza en informes trimestrales y anuales que dan cuenta de la evolución en el tiempo de cada indicador, dentro de cada dimensión del programa y se utiliza para retroalimentar las planificaciones en cada departamento. A su vez, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, elaboró el “Tablero de monitoreo para la toma de decisiones”⁸ cuya estructura responde a cada una de las 5 líneas estratégicas de la DNSSR.

En el caso de REMEDIAR, este permite mejorar el proceso de asignación de población a cargo de los establecimientos de salud a partir de la información nominada en las bases del Programa, que es retroalimentado con el trabajo en terreno por parte de los agentes sanitarios. (IAP 2022, MSAL).

Sin embargo, en los niveles provinciales refieren no poder acceder a información actualizada sobre la entrega de botiquines en los CAPS y el contenido de los mismos, ya que esto es algo que se gestiona

⁸ <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/tablero-de-monitoreo-para-la-toma-de-decisiones-de-la-direccion-nacional-de-salud-sexual-1>

desde el nivel nacional en forma directa con los CAPS.

En todos los casos bajo análisis, los indicadores refieren a metas cuantificables en relación a los resultados esperados, cuentan con recolección periódica y suficientes desagregaciones. Sin embargo, no hay una línea general que integre todos los indicadores, por lo que resulta dificultoso inferir si los resultados del Programa responden, de manera agregada, a los avances en los indicadores previstos. Si bien resulta posible medir los avances y resultados de cada programa en particular (SUMAR, ENIA, REMEDIAR, PROTEGER), en efecto, con los indicadores diseñados resulta casi imposible dar cuenta de un resultado general del programa PNUD.

En esta línea, las personas del equipo PNUD entrevistadas, reconocen las limitaciones que supone un programa portfolio en este sentido: *“necesitamos un sistema de información que también te responda un criterio de paraguas (...) y ahí es un problema típico que saltas, del indicador de actividad y proyecto al gran indicador de ‘outcome’ que te dice la cantidad de personas de 76% de la población. el programa no... Si no está acompañado de un buen sistema de información que acompañe esta o un buen sistema de registro...”*

Esta cuestión referida a los sistemas de información y cómo se registra la información y cómo se rinde cuenta es algo complejo, dado que gran parte de la cartera del Ministerio de Salud está financiada por organismos de crédito externo (Banco Mundial y BID). Al tratarse de un sistema de pago por resultado, en cada convenio de préstamo se definen los indicadores que darán cuenta de los avances, y así poder acceder al financiamiento. Esto lleva a que, en la lógica de cartera de proyectos, resulte alinear los indicadores de este programa a los comprometidos en los convenios de préstamo, principalmente se busca evitar duplicaciones en la generación de información en las áreas que ejecutan las políticas.

De forma similar, los referentes del MRECIC consideran que uno de los problemas de los programas de salud es que, por lo general, los proyectos están muy interrelacionados -con múltiples líneas de acción convergentes-. En este sentido, el Programa PPFLIO000013 intentó unificar indicadores del Marco de Resultados, pero terminó usando indicadores del Ministerio donde el avance de la meta no correspondía solo al Programa PNUD, sino también a acciones realizadas por el propio organismo, por fuera del Programa. Por otro lado, a nivel de Marco de Monitoreo, según se indica, no se pudo trabajar a nivel de Programa, sino que se siguió trabajando a nivel de Proyectos individuales. A su vez, se vio que los indicadores tampoco podrían referirse específicamente a los proyectos, como es el caso del ARG19011, que avanzaba en un indicador, pero el proyecto no comenzó nunca ni tuvo ejecuciones de ningún tipo. Esto dificultó el análisis de indicadores particulares de cada proyecto por separado. A su vez, los proyectos, desde su inicio *“presentaban dificultades para establecer indicadores específicos del programa y que no sean de los proyectos individuales y se terminan usando indicadores más generales. Cuando un indicador es impactado no pueden saber si eso pertenece al proyecto, al programa o al Ministerio”*.

También se menciona desde PNUD la posibilidad, a futuro, de incorporar indicadores que permitan dar cuenta de los avances en temas transversales como género y diversidad sexual. En particular, se hace referencia a considerar indicadores combinados cualicuantitativos:

“...hacer como un mix de tipo de indicadores, ¿no? Quizás haya unos indicadores que sean más cuantitativos en términos de acceso a las políticas públicas de que agregada a la población que accede a los diferentes programas, ¿no? Si se puede identificar identidad de género, identificarla, edades y características de la población (...) si hubo atención a personas con discapacidad o no en el marco de los programas, como tener estos diferentes grupos de los cuales, con los cuales PNUD trabaja, por lo

general, en términos de la Agenda 2030 de no dejar a nadie atrás, ¿no? Y eso por un lado. Y después también podemos tener indicadores más de tipo cuali: por sí o por no, si ciertas cuestiones sucedieron, ¿no? O sea, si hubo, por ejemplo, una planificación o un análisis para la transversalización del enfoque de género en el marco de esas políticas o no, si hubo un desarrollo de un fortalecimiento de capacidades de los equipos de esos programas para, en el caso que sea de atención, atender con perspectiva de género o no, o si son personas que planifican, si tienen incorporadas esas herramientas de planificación incorporando o no la perspectiva de género, si se desarrollaron talleres específicos sobre las diferentes temáticas, que puede ser derechos sexuales y reproductivos, violencia basada en género, el enfoque en masculinidades y salud integral... (Referente PNUD)

2.2. ¿Cuentan con el nivel de desagregación necesario por sexo y por identidad de género sobre beneficiarias y beneficiarios en todos los registros administrativos? En el caso que sí se desagrega ¿qué categorías se generan?

En algunos casos, sobre todo en ENIA, la información cuenta con niveles de desagregación adecuados a los objetivos que se impulsan y a la población cubierta. La relevancia de esta desagregación supera los objetivos de los demás programas.

En el caso del Programa SUMAR, solo en el caso de las personas adultas la cobertura aparece desagregada en función del sexo. Sí existen datos desagregados por grupos de edad: menores de 5 años, de 5 a 9 años, de 10 a 19 años y de 20 años y más.

En el caso del Plan ENIA, todos los datos e indicadores se encuentran desagregados por género y grupos de edad: 10-14; 15-19 y 20-24. Respecto de género, la desagregación incluye la categoría "otres" agrupada.

2.3. ¿En qué medida se genera información estandarizada entre los diferentes proyectos y programas vigentes?

En la etapa de indagaciones se realizaron solicitudes puntuales de información, con el fin de realizar análisis específicos que permitan responder las preguntas de evaluación planteadas. Principalmente, se solicitó información desagregada por jurisdicciones, género y grupos de edad. A partir de esta información junto a los informes de avance de los principales programas incluidos (ENIA y SUMAR), y de acuerdo con lo mencionado en el punto anterior, es posible afirmar que estos programas generan información de población con categorías que podrían resultar homologables.

Sin embargo, la información de cada programa se gestiona de manera independiente, atendiendo a las necesidades de sus propias dinámicas de implementación. En este sentido, se observan espacios de mejora para articular en función de este objetivo.

2.4. ¿Se implementan acciones para promover el registro de la información en todos los niveles?

Los programas de salud incluidos en la iniciativa promueven, a través de diferentes mecanismos, el registro de información en los niveles subnacionales, principalmente a nivel efectores. Si bien se implementaron acciones en los diferentes programas, éstas no están articuladas entre sí.

En el caso del SUMAR, basa el pago de las prestaciones en la información suministrada por los efectores de cada provincia. En este sentido, y según surge de la información recabada y analizada, es posible afirmar que durante el período bajo análisis se han desarrollado acciones tendientes a

mejorar la facturación de las prestaciones priorizadas por parte de los efectores.

Asimismo, las provincias envían todos los meses la información de personas con cobertura pública exclusiva que están inscriptas al programa, junto con las personas de ese universo que han recibido en el último año una prestación del Plan de Servicio de Salud del programa que brinda cobertura efectiva.

Según surge de información documental, SUMAR implementó un nuevo sistema para descargar individualmente las áreas de responsabilidad sanitaria (ARS), a partir de la que se desarrolló un mapa nacional que consolida las ARS, que se encuentran validadas y se espera poder mejorar para que puedan descargarse las mismas en forma conjunta, por provincia y hacer más práctico su uso. (IAP 2022, MSAL)

En concordancia con esto, se está avanzando en la Historia Clínica Digital a la que se comienza a incorporar el registro de la referencia y contrareferencia. El desarrollo de la historia clínica digital es un proceso lento que depende de los recursos de cada jurisdicción. En Salta, por caso, se está implementando en la Capital, pero en el interior aún se utiliza la historia clínica en papel.

Por su parte, desde ENIA señalan como logro adicional la mejora en los procesos de registro de la dispensa de LARC⁹. Para mejorar la calidad de los datos y disminuir los rezagos de información, se puso en práctica en la plataforma REDCAP del Ministerio de Salud nacional, un aplicativo para la carga descentralizada del formulario de registro de LARC en la casi totalidad de las provincias. Esto se reflejó en el acortamiento de los plazos entre dispensa y registro y en la disminución de datos con errores recibidos de las provincias. (IAP 2022, MSAL)

Según se recoge de la entrevista mantenida con una referente de la provincia de Chaco, los datos e indicadores que solicita ENIA se obtienen a partir de las y los asesores a través de una doble planilla de *Google Forms* que se envía a Nación y, la que queda para el programa adolescencia, se utiliza para registrar el trabajo de los asesores y se envía a SUMAR. Con respecto al programa adolescencia, ENIA no solicita información al nivel central provincial, sino que son los asesores en salud integral quienes reportan directamente a Nación.

Al respecto, un referente del Ministerio de Salud de la provincia de Salta, observa algunas dificultades en el sistema de registro y carga de datos, ya que *“es un proceso lento, complejo y dificulta el análisis de los resultados”*. Según refiere, la cantidad de formularios es abrumadora para los recursos humanos limitados con los que cuentan en la Supervisión provincial de adolescencia, y el sistema REDCAP - para el cual cuentan con una sola persona capacitada en su utilización integral-, para las necesidades locales presenta un obstáculo: es lento, se “tilda” y no permite filtrar los datos de las colocaciones de implantes realizadas, lo cual dificulta la toma de decisiones y la planificación luego de analizar los datos locales. Por ello, *“se solicitó a Nación volver a un sistema más básico pero útil como el Excel que estaban utilizando”*.

Por su parte, el Programa Nacional REMEDIAR, por su propia dinámica ya instalada en los efectores locales, cuenta con un amplio desarrollo en este sentido. Puntualmente, en este período han avanzado en un proceso de compra de computadoras y lectoras para distribuir a los centros de salud que reciben la medicación del Programa Remediar, aunque este proceso no pudo ser completado por incumplimiento de los proveedores de acuerdo a la evaluación administrativa (IAP 2022, MSAL)

⁹ Los métodos anticonceptivos LARC (por sus siglas en inglés “Long-Acting Reversible Contraceptive”), se definen como anticonceptivos que requieren ser administrados menos de una vez por ciclo, manteniendo el efecto anticonceptivo durante más de dos ciclos ovulatorios.

2.5 ¿En qué medida la distribución de recursos del programa fue realizada teniendo en cuenta los principios de equidad respecto a las poblaciones en situación de vulnerabilidad (Mujeres; niñas y niños, LGBTINB; personas con discapacidad; pueblos originarios)?

La escasa información que disponen los referentes de los programas con respecto a la distribución de los fondos no permite conocer los criterios de distribución de los recursos de los programas.

La asignación de fondos de organismos multilaterales que administra PNUD es objeto de determinaciones por parte del Ministerio Nacional y no pasa por los responsables de cada proyecto, por lo que la información disponible no permite conocer los criterios de distribución de los recursos.

En el caso del PNUD, específicamente, interviene la Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo de la Secretaría de Gestión Administrativa, quienes son responsables de su ejecución frente al PNUD. Desde esta Dirección, centralizan los pedidos de compras y contrataciones realizadas por los distintos programas (ENIA, SUMAR, PROTEGER, REMEDIAR), y los vehiculizan a través de las diferentes fuentes de financiamiento y modalidades administrativas disponibles.

De todos modos, los programas cuentan con indicadores que permiten desagregarse para algunas de estas poblaciones (particularmente mujeres, personas con alguna discapacidad, y niñas y niños) lo que permitiría llevar a cabo un ejercicio de atribución de los fondos, bajo el supuesto que la distribución de los recursos provistos por el programa se encuentra alineada con la distribución de la población atendida.

3. Eficacia

3.1. ¿En qué medida se avanzó en el logro de los productos planificados en los Proyectos que integran el Programa según los indicadores y metas previstas para el periodo?

Tal como ya fue mencionado (ver 2.3.), los indicadores planteados en el diseño del programa permiten dar cuenta de manera parcial del avance y los resultados alcanzados en los productos. Sin embargo, se observa que los productos, tal como están definidos, son demasiado amplios y, entre estos y sus indicadores, se observa un salto que requeriría de indicadores de impacto obtenidos directamente sobre la población (y no sólo de cobertura).

En relación a los **productos** planteados en la matriz de resultados, en el informe de **monitoreo anual 2022**, se destacan los siguientes alcances de las acciones orientadas en función de los objetivos mencionados en la pregunta de evaluación:

PRODUCTO 1: Acceso a los servicios de salud de la población con cobertura pública exclusiva ampliado y prestaciones mejoradas.

Indicador 1. Porcentaje de Población elegible con cobertura efectiva básica.

La meta prevista del 35% para el año 2022, casi fue alcanzada, habiendo llegado a un 33% de cobertura.

Entre las acciones desplegadas, en el informe se mencionan importantes esfuerzos para la mejora continua de la facturación de las prestaciones al Programa SUMAR, con el fin de orientar los planes de trabajo con los equipos provinciales y actores ministeriales vinculados a cada temática; conocer el

perfil de consumo de las prestaciones que dan CEB en cada provincia y grupo etario; y asistencia técnica a los Seguros Provinciales de Salud sobre estrategias posibles para la mejora de la CEB y cierre de brechas a las metas.

Indicador 2. Porcentaje de instituciones de salud que proveen nuevos servicios para la detección precoz de cáncer de colon

En este caso, la meta del 60% fue alcanzada (y superada) registrándose un 78,5% de instituciones de salud que proveen estos nuevos servicios.

PRODUCTO 2: Vida sana y bienestar promovidos en toda la población durante su ciclo de vida

Indicador 1: Porcentaje de población elegible inscrita a cargo de un establecimiento de salud

En este caso, la meta prevista del 12% para el año 2022, fue casi alcanzada, habiendo llegado a un 11,3% de la población elegible inscrita a cargo de un establecimiento de salud.

Entre las actividades desplegadas para contribuir a alcanzar el indicador, se encuentran la actualización de la lista de establecimientos que forman parte de la estrategia de asignación de población a cargo; la mejora del proceso de asignación de población a cargo de los establecimientos de salud a partir de la información nominada en las bases del Programa y del trabajo en terreno por parte de los agentes sanitarios y reuniones técnicas para la mejora del indicador.

Indicador 2: Porcentaje de las recetas en el PNA que requieren una prescripción medicamentosa que se obtiene a través de REMEDIAR.

Se observa que la meta prevista del 35% fue alcanzada.

Indicador 3: Cantidad de Embarazos no intencionales prevenidos en mujeres de 10 a 19 años

En este caso, no se cuenta con la información necesaria que dé cuenta de la evolución del indicador. Sí se señala en el informe anual 2022 que la recuperación de los niveles de cobertura del año 2019, prepandemia, es un proceso más lento de lo esperado aun habiéndose priorizado en los planes operativos anuales acciones de reactivación de la oferta de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y también actividades de difusión en la población. En esta misma línea, las referentes de las provincias afirman que resulta difícil la recuperación de la consulta médica integral entre pacientes crónicos que sólo se acercan al centro de salud para retirar medicamentos.

En este sentido, la principal medida adoptada se refiere a la asistencia técnica para la implementación de los POA de cada mesa intersectorial, la introducción del implante de dos varillas a la canasta de métodos, así como impulsar el proyecto de ley nacional de ejercicio profesional de la obstetricia.

PRODUCTO 3: Reducción de las disparidades territoriales y económicas mediante programas nacionales para reducir la tasa de mortalidad materna e infantil y las ENT con énfasis en los grupos vulnerables.

Indicador 1: Porcentaje de adultos elegibles con hipertensión que son diagnosticados en las regiones con resultados de salud más bajos

En este caso, el informe indica que se logró superar la meta anual 2022, alcanzando un 20,1% sobre el 18% esperado

4. Eficiencia

4.1. ¿En qué medida el PNUD contribuyó en los avances hacia el logro de los productos?

Este es un aspecto complejo, difícil de valorar, los y las referentes de programa no cuentan hoy con la suficiente información sobre los vínculos con PNUD. Los cambios en las oficinas administrativas de MSAL en algunos casos facilitaron los procesos, pero en otros se advierten algunas trabas por la intermediación de las acciones sustantivas a través de la DGPFE.

Desde SUMAR, reconocen tener poco o nulo el vínculo con PNUD y estar más abocados a la gestión “sanitaria” del proyecto. Ese vínculo recae sobre la Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo. SUMAR reporta parte de los indicadores que están dentro de los proyectos PNUD a la DGPFE.

Con anterioridad a los cambios en el área de financiamiento externo de los proyectos SUMAR contaba con un área específica de contrataciones y adquisiciones para los proyectos internacionales, que, por decisión ministerial se centralizó en las direcciones correspondientes, la dirección de compras y contrataciones, Dirección General de Programación y Control Presupuestario.

En el caso de ENIA se señala como una valoración positiva las contribuciones del PNUD a la “microgestión” del Programa: la línea de financiamiento de viáticos, fondos rotatorios con tres presupuestos para financiar talleres, actividades territoriales, pequeños eventos, y las cajas chicas y los fondos para el funcionamiento de las mesas, dispositivos que garantizan el buen desarrollo de las actividades principales del Programa. También se señalan algunas compras que se gestionaron a través de PNUD, ya que las compras que involucran las grandes licitaciones están centralizadas en el área de compras del ministerio.

Adicionalmente, se señala positivamente los acuerdos de país con Naciones Unidas, por ejemplo, con Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), que es el organismo de competencia de Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos con quien todos los años se firman convenios, acuerdos, y también los proyectos con UNICEF, que son facilitados a través de la administración PNUD.

Los responsables de los programas no se manifiestan, en general, en condiciones de discriminar la contribución específica de PNUD. Las decisiones de emplear recursos provistos por organismos internacionales a través de PNUD o de canalizar compras o contrataciones a través de fuentes nacionales se adoptan centralizadamente desde las áreas de administración del ministerio nacional, en una instancia superior. No resulta posible traducir los aportes del programa en términos de contribuciones a la población objetivo que pueda ser medida o discriminada.

En ese sentido, y para profundizar en este punto, se consultó un referente del Ministerio de Salud de la Nación, quien indica que la decisión de centralizar los procesos de gestión de los programas está basada en el decreto 945/17 Art. 2, que establece que la responsabilidad fiduciaria (coordinación y ejecución) de los programas con financiamiento internacional serán competencia de las Subsecretarías, Secretarías o áreas equivalentes:

“La administración se centraliza, a diferencia de la época anterior donde cada proyecto, cada programa presupuestario llevaba su propio PNUD... Es decir, comparte el espíritu del decreto en el sentido que aquello que se percibió como una ventaja en términos de flexibilidad, de posibilidades, de oportunidades, se termina burocratizando en la estructura del Estado y pasan a ser espacios de

disputas de poder.”

En general el esquema del ministerio es que las decisiones sobre compras se centralizan en la SGA, la planilla presupuestaria, la caja, el crédito y la responsabilidad legal, y a los directores les queda la caja chica y de esa forma “el riesgo legal se distribuye”.

Consideran que las áreas de los programas de línea no conocen el mercado en el que operan y esto impacta en el rol del Secretario. Su interés es que la política sanitaria tenga los recursos necesarios para ejecutarse.

Bajo este esquema organizativo, la decisión de la inclusión de los programas en el porfolio, respondió a criterios vinculados con la planificación del plan de adquisiciones. Bajo este esquema, la conveniencia o no de usar fondos bajo proyecto PNUD se decide a partir de analizar grandes procesos de adquisición. Entre las ventajas observadas, se destaca que esta modalidad de gestión de los recursos “agrega legitimidad, a veces la posibilidad de proyección internacional y, principalmente, garantía de capacidad técnica por los profesionales que tienen un alto conocimiento en adquisiciones. Y, a su vez, la experiencia y la metodología para formular proyectos, que obliga a mantener un orden que, sumado a la posibilidad de trabajar con equipos técnicos de PNUD, se puede obtener transferencia tecnológica.”

En cuanto a la capacidad instalada, específicamente en aspectos técnico-metodológicos, se destaca que el PNUD de alguna manera aporta calidad técnica al Estado para el diseño, el seguimiento y evaluación de los programas: *“Ese acompañamiento, esa transferencia de tecnología, esa metodología, esa asistencia técnica, me parece que es un valor porque el Estado, en general, en todas sus líneas, ha perdido calidad técnica”.*

Y se menciona especialmente la calidad técnica y el acompañamiento que hace el equipo de contraparte del PNUD, donde *“...hay buenos especialistas en adquisiciones, personas que entienden de esa guarda ambiental, gente que maneja efectivamente indicadores, que sabe de evaluación. Ahí me parece que se agrega, eso sí agrega mucho valor. Para mí es un valor muy positivo.”*

En síntesis, desde el Ministerio de Salud nacional visualizan ventajas de ejecutar fondos a través de programas PNUD, al menos en cuatro dimensiones:

- Metodología: resulta una buena herramienta para el acompañamiento, la transferencia de tecnología, la metodología y la asistencia técnica. Esto ordena el diseño y seguimiento de las políticas
- Provee legitimidad en adquisiciones de bienes tecnológicos (equipamiento médico pesado), en particular de algunos mercados de medicamentos.
- Aporta proyección internacional.
- Garantiza la continuidad en la provisión de bienes y servicios en contextos inflacionarios: algunas características supra legales del PNUD posibilitan, por ejemplo, indexar contratos de servicios; o bien realizar pagos a proveedores con certificados de retención del IVA.

En relación a aspectos transversales, tales como políticas de igualdad de género y diversidad sexual, como se comentó en el punto 1.4, desde PNUD realizan recomendaciones específicas durante la etapa de diseño del programa y luego da seguimiento a los avances en la materia; detectando oportunidades de mejora, sugiriendo y promoviendo acciones puntuales, tales como capacitaciones, articulaciones, etc. También se ofrecen recursos propios, como cursos de sensibilización y

capacitación -por ejemplo, en masculinidades y salud integral-, o herramientas metodológicas para la sistematización de la transversalización de la perspectiva de género en organismos públicos. La siguiente cita ejemplifica algunos de estos aportes:

“...lo que pasa es que en el caso del ENIA, por ejemplo, es un equipo muy fuerte. O sea, nosotros acompañamos, no es que ese equipo necesita saberes sobre derechos sexuales y reproductivos, o sea, nosotros acompañamos y, por ejemplo, con lo que fue el protocolo de abuso, cuando habían identificado esta necesidad de trabajar en las provincias sobre esta temática que a raíz del ENIA les venía, habían podido identificar como que la mayor parte de las mujeres que estaban embarazadas y tenían un rango de edad, era porque estaban bajo situaciones de abuso. Entonces, se empezó a trabajar, digamos, todo este protocolo para la identificación y la atención en las provincias. Entonces, nosotros, ahí nuestro rol más es de acompañamiento y seguimiento técnico, y en el caso de que haya recursos específicos por parte tanto del área de género como en este caso de inclusión el marco de otro programa que podamos canalizar para fortalecer, lo hacemos.” (Referente PNUD)

4.2. ¿En qué medida la pandemia contribuyó a la transformación digital del sistema sanitario? ¿Es costo-efectiva para el alcance de los resultados planteados? ¿Se plantea una estrategia más allá de la pandemia, y en este sentido, es transversal a los programas?

Todos los entrevistados coinciden en que la pandemia contribuyó a la transformación digital. Sin embargo, aún se percibe al sistema como fragmentado, no transversal a todos los programas.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación señalan y valoran el desarrollo de la estrategia de salud digital impulsada a partir de la pandemia. Mencionan, específicamente, tres hitos de transformación digital:

1. Cobertura nominalizada de vacunaciones a partir de la vacunación de COVID, que se carga en un módulo del sistema de información sanitaria del ministerio (el SISA) y que dio la posibilidad no solo para haberlo hecho por COVID, lo abrió a todas las vacunas del calendario nacional de vacunación
2. Instalación de varios nodos de telesalud durante la pandemia mediante los cuales se conectan los efectores. Esto, a su vez, facilita también el armado de redes de salud cuando, por ejemplo, es necesario trasladar a una persona con una enfermedad que debe tratarse en establecimientos de alta complejidad, se la puede instalar a un establecimiento de menor complejidad y hacer una interconsulta con los establecimientos de mayor complejidad
3. El desarrollo del sistema de información que permite la interacción de los distintos subsectores

En el caso de otro de los programas del MSal consultados, indican que *“todo lo nuevo es lo virtual”*, y a través de esto, algo que es señalado como *“una democracia directa”*, es decir, estar mucho más cerca de los equipos a partir de las herramientas virtuales.

En el caso del programa REMEDIAR, se fortaleció el sistema de capacitación, generando contenidos y mejorando la plataforma virtual para la actualización y el desarrollo de las capacidades del recurso humano de todas las jurisdicciones, vinculado directamente a la gestión de los medicamentos. Así lo refiere el Informe de Gestión REMEDIAR 2021: *“el pasaje de las actividades educativas presenciales a modalidad virtual, fue el principal recurso para continuar con la tarea de fortalecer la capacidad resolutoria del Primer Nivel de Atención (PNA) a través de la capacitación permanente al recurso humano que trabaja a diario en los efectores sanitarios y que reciben los botiquines de medicamentos esenciales del Programa Nacional Remediar”*.

Dicho informe destaca que “desde el Área de Capacitación se contribuyó a mitigar con inmediatez los efectos de la suspensión de clases presenciales con la elaboración de propuestas variadas de formación virtual que tuvieron un amplio alcance a lo largo del territorio nacional”. En este sentido, se diseñaron, en articulación con otras áreas del Ministerio de Salud, diferentes modalidades formativas, que incluyeron cursos autoadministrados, encuentros sincrónicos o videoconferencias, y cursos que combinan ambas modalidades. Para ello, se dispuso de una variedad de plataformas, como plataforma Webex de Telesalud; plataforma Virtual de Salud del propio Ministerio y la plataforma Virtual de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Adicionalmente, a las capacitaciones habituales del programa, se diseñaron nuevos cursos para promover medidas preventivas vinculadas con la pandemia COVID-19, orientadas al cuidado de la salud de los trabajadores y de la comunidad.

4.3. ¿Cómo funcionan y operan los Proyectos bajo un esquema de Programa/Portfolio en el marco del PNUD? ¿Existen ventajas operativas y organizativas u obstáculos en ese sentido?

A partir de una primera lectura de la información recolectada, se observa la coexistencia de dos grandes modificaciones que afectan de manera directa la gestión de los proyectos: por un lado, la integración bajo un esquema de Programa/Portfolio en el marco de PNUD; y de manera simultánea, la concentración de la gestión administrativa relacionada con las actividades de los programas, en tanto todos los procesos de compras y contrataciones fueron centralizados en estas unidades propias del ministerio.

En el caso del Programa PNUD, interviene la Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo de la Secretaría de Gestión Administrativa, quienes son responsables de su ejecución frente al PNUD. Desde esta Dirección, centralizan los pedidos de compras y contrataciones realizadas por los distintos programas (ENIA, SUMAR, PROTEGER, REMEDIAR), y los vehiculizan a través de las diferentes fuentes de financiamiento y modalidades administrativas disponibles.

Esta decisión parece responder a una necesidad de ordenamiento administrativo-financiero que, de acuerdo a los actores consultados, actúa en detrimento de algunas decisiones vinculadas a aspectos técnico-metodológicos específicos de cada programa involucrado.

El principal obstáculo se da a partir de la mediación -a través de las áreas administrativo- financieras- del diálogo entre las áreas sustantivas de los programas, que son quienes definen y orientan las acciones en función de resultados y objetivos buscados, con el PNUD. En esta mediación se dificulta cierto entendimiento en torno a decisiones que hacen a la política sustantiva de las áreas. Esto es observado tanto desde SUMAR como desde ENIA, para quienes el diálogo técnico con PNUD siempre fue un apoyo destacado.

En este sentido se señala la limitación que supone esta modalidad de programa en la medida que, tal como fuera señalado desde la SGA del Ministerio, la ejecución de los fondos que se realizan a través del PNUD, no necesariamente guardan una relación directa con las acciones incorporadas en el portfolio, o, en todo caso, resulta difícil identificar la contribución específica de PNUD a una acción más amplia y en la que intervienen otros actores externos.

Por su parte, desde PNUD mencionan que el criterio para el diseño del portafolio de salud fue integrar programas que abordasen temáticas similares, y que podían reportar resultados y contribuciones

comunes, como por ejemplo, en la mejora del sistema de salud o al ODS3¹⁰, de manera de intentar que los reportes visibilizaran resultados de manera más integrada. Esta experiencia, constituida por programas a su vez tan complejos, se implementó a modo de prueba piloto en Argentina. *“Es muy difícil, porque, además, a veces, nosotros bueno, compramos medicamentos, pero hay procesos licitatorios que ellos hacen la licitación por fuera del PNUD y nosotros hacemos una pequeña parte de la contrapartida. Y esas estrategias las van haciendo medio ad hoc también, en función de las condiciones de posibilidades que van teniendo, digamos...es muy difícil pedirle a un programa como este que dé una respuesta integral porque hay focos estratégicos o lineamientos estratégicos de política que fija el ministerio”.* (Referente PNUD)

A modo de aprendizajes, se identifican los desafíos que esta modalidad de programa supone en relación a la contribución integral esperada: *“ese es el desafío nuestro siempre, cómo captar esa contribución que existe a través de acciones parciales, que a su vez están integradas con los préstamos, a su vez que lo medís por mí, por el banco, por... Bueno, eso es un desafío de captar la contribución final.”* (Referente PNUD)

De esta manera, la modalidad de Portfolio instrumentada no pareciera contribuir por sí sola, a la integración de las acciones y/o resultados de los programas, en ninguno de sus niveles de ejecución: ni en el central ni en el plano jurisdiccional. Por el contrario, continúan operando como unidades diferenciadas, y esto se ve reflejado en los indicadores que muestran los alcances de manera segmentada.

5. Sostenibilidad

5.1. ¿En qué medida son sostenibles los resultados? ¿Qué factores podrían amenazar su sostenibilidad? ¿Existe algún riesgo que pueda poner en peligro la sostenibilidad de los resultados del programa y las contribuciones del Programa de la Salud al Programa de País?

De modo general, la sostenibilidad de los resultados está dada a partir de la capacidad instalada que los programas van consolidando en las diferentes jurisdicciones mediante capacitaciones, apoyo a la difusión, modificaciones en la gestión de las prestaciones, generando articulaciones internas, etc.

A modo de ejemplo, el programa PROTEGER, buscaba fortalecer el modelo de atención de las enfermedades no transmisibles, particularmente en acceso y en calidad, fomentando la institucionalización de unidades de tratamiento de enfermedades crónicas a nivel provincial, y también promoviendo la regulación y la promoción de entornos saludables, tanto a nivel municipal como a nivel jurisdiccional.

En cuanto a los resultados del SUMAR, se registran mejoras en la CEB de las personas adultas. Su sostenibilidad dependerá de una activa acción de difusión de la importancia de las consultas médicas de carácter preventivo entre los adultos, especialmente varones, una vez sobrepasada la instancia de la pandemia.

¹⁰ El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS3) “Salud y Bienestar”, busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y asegurar así el desarrollo sostenible. Entre sus metas está la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna y poner fin a las muertes evitables de los recién nacidos y menores de cinco años.

En relación a ENIA, se destaca la relevancia que adquiere la gestión centralizada de sus acciones, lo que permite garantizar los resultados que se van alcanzando y reforzando en aquellas jurisdicciones donde resulta necesario fortalecer.

Claramente el ministerio nacional cumple un rol fundamental en el financiamiento de las acciones que promueven cambios del modo de gestionar las prestaciones en las jurisdicciones, que van en línea con los resultados que se alcanzaron. Los incentivos financieros -pagos por prestaciones del SUMAR-, o la conjunción entre la dispensa de métodos de larga duración, los espacios de consejería y asesorías del ENIA, son ejemplo de esto. También, la promoción local de marcos regulatorios sobre hábitos saludables en torno a las ENC, o la institucionalización de espacios de abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles dentro de las estructuras provinciales, que se impulsaron desde el Programa PROTEGER.

En cuanto a la continuidad y sostenibilidad de los resultados, se observa que, en el nivel jurisdiccional, la sostenibilidad de las acciones está de algún modo garantizada a partir de la rectoría que mantiene el nivel nacional, con apoyo de organismos de cooperación y financiamiento. En este sentido, desde el nivel nacional de la cartera sanitaria, por ejemplo, reconocen que una eventual descentralización de las acciones hacia las jurisdicciones, podría constituir un riesgo *“por este tema de que no quede supeditado a cada provincia, la ideología de cada provincia o a cada ministro”* (Referente Ministerio de Salud de la Nación). Dado esto, se sugiere mantener el diseño centralizado, también para resguardar la estrategia desarrollada, basada en la construcción de redes en todo el territorio.

Esto tiene una imagen espejada en el plano nacional, desde donde se garantiza la disponibilidad de recursos que permiten financiar en algunos casos, los equipos de gestión local (ENIA), la adquisición y distribución de medicamentos (REMEDIAR), o directamente el financiamiento de un conjunto de prestaciones orientadas a sostener y mejorar ciertos resultados en los trazadores de salud (SUMAR y PROTEGER).

En este sentido, se reconoce que, frente a un eventual cambio en los lineamientos en las políticas de salud a nivel nacional, los organismos de cooperación y financiamiento asociados a estos programas podrían, de alguna manera, preservar la continuidad de algunas de estas líneas. Así lo reconocen desde el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, y también los referentes del Ministerio de Salud:

“PNUD es una marca, es sinónimo de transparencia, de gestión, y puede ser un elemento más para poder sostener los programas...” (Referente MRECIC)

“En el caso de ENIA, el PNUD, la Alianza Estratégica con UNFPA, y con UNICEF eventualmente, son importantes. Es relevante para facilitar la microgestión, y por otro lado, le da sustentabilidad, porque además de los consejos consultivos que hay de todos los sectores y también de todas las misiones digamos, políticas, pero también de sociedades científicas, organismos, organizaciones, además de eso, que te da mucho consenso y sustentabilidad, también que PNUD sea parte... que UNICEF sea parte... Son garantes, de alguna manera a nivel mundial... Y en la región, porque nosotros ahora tenemos una estrategia de la mano de fondo de población a nivel regional”. (Referente Ministerio de Salud de la Nación)

5.2. ¿Hasta qué punto se ha desarrollado o implementado una estrategia de sostenibilidad?

Por decisión Ministerial se amplió el Plan ENIA a un Plan ENIA Federal que funcionará bajo una movilidad de transferencia de fondos del ministerio, no por vía PNUD. Esto implicaría, además, la

asistencia del PNUD en las microgestiones y la compra de insumos.

El funcionamiento del Plan ENIA Federal involucra a todas las provincias. Debido a que la intensidad del problema es menor en las nuevas provincias y, a su vez, tienen mejor performance en sus indicadores, el diseño se realiza por vía de transferencias. Ya se está trabajando en los Planes Operativos con las provincias nuevas, siempre manteniendo la centralidad del resto.

La participación de PNUD implica la necesidad de sistematización en términos de diseño y formulación de programas, diseño de indicadores e introducción de prácticas de monitoreo, que se incorporan como procedimientos habituales. La necesidad de rendir cuentas por parte de los programas, en términos de cumplimiento de metas, fuerza la sistematización de información y el desarrollo de procesos de digitalización de la misma, que eventualmente ha sido empleada -por ejemplo, en el caso de la provincia de Salta- por el ministerio provincial en sus evaluaciones del sistema de salud.

Los dispositivos de capacitación de los equipos jurisdiccionales que se desarrollan dentro de cada uno de los programas involucrados, son acciones concretas que buscan garantizar la sostenibilidad de los avances que se ven concretados en cada provincia.

Por otro lado, en los últimos años el Ministerio nacional desarrolló un proceso de incorporación a su planta de un conjunto de especialistas que se encontraban bajo contratos de locación de servicios bajo modalidades PNUD, 1109, entre otros. Este proceso garantiza la continuidad de los lineamientos promovidos a través de los diferentes programas.

De tal manera, el financiamiento de capacitaciones, junto con el pase a planta de personal contratado, en tanto generan capacidad instalada, garantizando la estabilidad laboral de los equipos técnicos provinciales y del nivel central, quienes vienen desarrollando capacidades técnicas e institucionales desde el inicio de la ejecución del Programa, son elementos que contribuyen a la continuidad y sostenibilidad de los proyectos.

De acuerdo a lo comentado por la referente de la cartera sanitaria de la provincia de Chaco, a partir del 2021 más del 50% de los agentes pasó a estar contratado como planta transitoria (modalidad de contratación 048) en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación. Por su parte, quienes mantuvieron la modalidad contractual (locación de servicios bajo decreto 1109), son personas que desarrollan más de una actividad laboral que resultaban incompatibles con la actividad en el programa.

5.3. ¿En qué medida estarán disponibles los recursos económicos y financieros para mantener los beneficios logrados por el programa?

El ENIA Federal, al ser financiado con fuentes nacionales, no tiene garantizada la asignación presupuestaria, ya que depende de una decisión política que se ratifica cada año frente al Congreso. Por otra parte, la sostenibilidad de muchos de los resultados alcanzados depende de la inversión de las provincias, principalmente en salud y educación, aspecto que tampoco está garantizado y sobre el cual el nivel nacional no tiene injerencia alguna.

En SUMAR, al contar con fondos provenientes de crédito externo (fuente 22) es más probable que existan recursos comprometidos para mantener los beneficios logrados.

5.4. ¿Se identifican prácticas innovadoras en el contexto del Programa?

El Programa ENIA incorporó, entre 2020 y 2022, como herramienta novedosa los Planes Operativos Anuales (POA) para trabajar con las mesas intersectoriales en cada provincia, y con seguimiento,

acompañamiento y fijación de prioridades desde Nación. A partir de 2020 y con más ímpetu en 2021 y 2022 se impartieron capacitaciones. Los POA se trabajan en provincias y departamentos priorizados para ordenar y dar calidad al trabajo que se realiza de forma participativa en las mesas intersectoriales de educación, salud sexual, salud adolescente y equipos técnicos.

Por otro lado, las prácticas de autoevaluación promovidas entre los efectores vinculados al programa PROTEGER, también pueden ser destacadas como una práctica innovadora. Estas instancias de autoevaluación buscan promover la mejora de la calidad de atención y a la vez, dejar capacidad instalada en los efectores. De acuerdo a los testimonios recogidos, se propuso a los efectores *“autoevaluarse respecto a prácticas y aspectos actualizados con determinados estándares de calidad y luego a aquellos que se auto evaluaron en una instancia volver a evaluarse después de un tiempo posterior a ver si habían mejorado el desempeño de las evaluaciones”*. (Referente Ministerio de Salud de la Nación)

La virtualidad y el uso de medios digitales que la situación de pandemia forzó a implementar dejó instalados nuevos hábitos de comunicación entre distintos actores institucionales, contribuyendo paradójicamente a una mayor densidad y frecuencia de comunicaciones y a una mayor fluidez en las mismas.

5. Conclusiones

Siguiendo el orden de la exposición de los resultados, a modo de conclusión, se presentan los principales aspectos destacados.

Relevancia

Una de las características del sistema de salud argentino es la gran fragmentación que presenta, tanto en un sentido vertical, observada en tres niveles jurisdiccionales diferenciados (Nación, provincias y municipios) y en los diferentes niveles de atención con complejidad diferenciada; como horizontal, con tres subsistemas (público, privado y de la seguridad social) que cuentan con diferentes fuentes de financiamiento, marcos regulatorios y niveles de gobernanza. A esta complejidad, se le suma la coexistencia de 24 subsistemas provinciales que, de modo espejado, reproducen en escala las diferentes fragmentaciones mencionadas.

En este sentido, el Ministerio de Salud de la Nación tiene un rol rector fundamental en la búsqueda permanente de articulación, convergencia y armonización de las políticas sanitarias que se implementan a lo largo y a lo ancho de todo el territorio, para lo cual cuenta con diferentes herramientas e instrumentos de política.

En el caso particular del Programa portfolio objeto de la presente evaluación, se observa que gran parte de las líneas impulsadas desde los Programas incluidos en el mismo, buscan promover la articulación entre los subsistemas de salud.

Esto se observa principalmente en el Programa SUMAR que, mediante diferentes mecanismos de incentivos financieros, y a través de los sistemas de información desarrollados, busca promover mejoras en las articulaciones e integración entre los diferentes subsistemas

También se destacan acciones orientadas a fortalecer el recupero de costos de la seguridad social, entre los efectores públicos. Estas acciones se promueven para el conjunto de los 8.600

establecimientos públicos que cuentan convenio con el SUMAR, y buscan identificar aquellos efectores que facturan a las diferentes entidades de la seguridad social: Obras Sociales, medicina privada, aseguradoras de riesgo de trabajo, accidentes de tránsito.

También se promueve la integración hacia adentro del subsistema público, impulsando la definición de Área de Responsabilidad Sanitaria (ARS) para efectores del primer nivel de atención. De esta manera, se busca mejorar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención jurisdiccionales, promover el registro de información epidemiológica de la población y, en consecuencia, una mejor planificación de los recursos asignados con el objetivo de obtener mejores resultados en términos sanitarios.

Como parte del fortalecimiento de la estrategia de Atención primaria de la Salud (APS), a través del Programa PROTEGER se impulsaron acciones de promoción de hábitos saludables, principalmente orientados a garantizar la detección temprana y el seguimiento de calidad de las personas con diabetes y con hipertensión.

Según los reportes analizados, las metas referidas a los indicadores seleccionados para dar seguimiento a las acciones del Programa fueron alcanzadas en el período bajo análisis.

A través de las entrevistas realizadas, es posible observar que durante la pandemia COVID-19, los programas involucrados lograron reordenar sus actividades, a la vez que reformularon algunas de sus metas, de manera de dar respuesta y acompañar el esfuerzo de todo el sistema sanitario en la atención de la pandemia. En este sentido, se destaca la flexibilidad y rapidez con que los diferentes programas que operan bajo el Portfolio, lograron adaptarse en función del contexto y los problemas derivados que supuso la atención de la pandemia.

Así, se destaca la incorporación de un set de prestaciones “COVID” en la canasta que brinda Cobertura Efectiva Básica (CEB) del Programa SUMAR, lo que evitó el desfinanciamiento de los efectores en un momento tan crítico. Por el lado del Plan ENIA, la declaración de los servicios de salud sexual como esenciales, la conformación de una red de asesorías virtuales, dispensas de métodos anticonceptivos con entregas en domicilio y el incremento de los tratamientos otorgados por consulta, para garantizar la continuidad de los métodos. Asimismo, el fortalecimiento de la línea de atención 0800, fundamental para brindar orientación en la IVE, a la vez que se habilitó para consejerías sobre métodos anticonceptivos.

La promoción de hábitos saludables también fue sostenida desde el Programa Proteger, logrando la conformación de mesas intersectoriales para el abordaje del tabaquismo en 23 jurisdicciones.

Durante este período el Programa Remediar sostuvo -aparentemente sin grandes dificultades- la entrega de los botiquines según el esquema previsto.

De manera integral, como aportes del PNUD durante la pandemia, se destacan particularmente las oportunidades que brinda para posibilitar respuestas rápidas en los procesos de compras, y particularmente en los casos de adquisiciones externas. Ello, unido a la posibilidad que ofrece para la indexación de contratos, que no resulta posible en un procedimiento de compra nacional. Se destaca también, la transparencia que provee en las adquisiciones.

El programa portfolio incluye proyectos de carácter heterogéneo y en cuya formulación inicial no se contemplaron objetivos de transversalidad, como por ejemplo en temáticas de género y diversidad sexual. El organismo rector es el Ministerio Nacional y PNUD carece de atribuciones sobre la

implementación de los diferentes proyectos, como asimismo sobre los ministerios y efectores de las jurisdicciones provinciales.

No obstante, en sus intervenciones pueden ofrecer elementos tales como capacitaciones, asistencia técnica y metodológica en términos de formulación de indicadores y sistematización de la información con criterios de registro homogéneos, que pueden potenciar aspectos relacionados con la integración entre proyectos y niveles de gobierno.

Coherencia

De acuerdo a la información analizada, es posible afirmar que todos los programas incluidos en la iniciativa evaluada promueven la mejora de los registros necesarios para dar cuenta de los avances y resultados obtenidos en las jurisdicciones abordadas. En este sentido, se evidencia una gran capacidad para recabar datos en las jurisdicciones y producir información de manera periódica, lo que contribuye con la toma de decisiones en distintos niveles.

A su vez, se evidencia que esta información permite tener una mirada longitudinal y analizar la evolución de los alcances y resultados de los Programas en cada una de las dimensiones que abordan.

La presente evaluación permite evidenciar que los diferentes programas de salud incluidos en la iniciativa promovieron, durante el período bajo análisis y a través de diferentes mecanismos, el registro de información en los niveles subnacionales, principalmente a nivel efectores. Entre estas iniciativas, se destacan:

- En el caso del SUMAR, se desarrollaron acciones tendientes a mejorar la facturación de las prestaciones priorizadas por parte de los efectores;
- Se está avanzando en la Historia Clínica Digital a la que se comienza a incorporar el registro de la referencia y contrarreferencia. Esto permitirá un mejor seguimiento de la atención de cierto tipo de enfermedades, y mejorar la planificación de los recursos asignados a su tratamiento.
- Para complementar el punto anterior, se desarrolló un mapa nacional que consolida las ARS validadas
- El Plan ENIA avanzó en la mejora en los procesos de registro de la dispensa de LARC, con el fin de disminuir los rezagos de información y mejorar la calidad de los datos suministrados por las jurisdicciones. Se destaca el desarrollo de la plataforma REDCAP del Ministerio de Salud nacional, un aplicativo para la carga descentralizada en los CAPS del formulario de registro de LARC.
- El Programa Nacional REMEDIAR avanzó, durante este período en un proceso de compra de computadoras y lectoras para distribuir a los centros de salud que reciben la medicación del Programa Remediar, aunque este proceso no pudo ser completado.
- Si bien se implementaron acciones en los diferentes programas, éstas no están articuladas entre sí. Avanzar en esta integración podría generar externalidades positivas, en orden de promover inversiones más costo efectivas para para el conjunto sistema

Es posible afirmar que estos programas generan información con categorías poblacionales que podrían resultar homologables. Sin embargo, dado que la información de cada programa se gestiona de manera independiente, atendiendo a las necesidades de sus propias dinámicas de implementación, se observan aquí espacios de mejora para lograr una mayor articulación de la

información.

Por otra parte, el impulso de las acciones impulsadas desde el nivel central, orientadas a mejorar la calidad y cantidad de información registrada en los niveles locales, generan sinergias positivas en las jurisdicciones, donde se observa un aprovechamiento de esta información producida, para retroalimentar la toma de decisiones del nivel provincial.

Más allá de estos avances, en términos de la información requerida para dar seguimiento al Programa Portfolio evaluado, se observa que, los datos disponibles cuentan con recolección periódica y suficientes desagregaciones para responder adecuadamente –aunque de manera individual para cada programa- a los indicadores diseñado en el Portfolio. Sin embargo, en tanto no se planteó una línea integral de estos indicadores, a partir de los mismos resulta casi imposible dar cuenta de un resultado general del programa PNUD.

La complejidad inherente a los sistemas de información, en los cuales se cristalizan las múltiples articulaciones necesarias –aunque no siempre afianzadas–. A modo de ejemplo, la coexistencia de múltiples organismos financiadores de los Programas, hace que cada uno de estos defina los indicadores que darán cuenta de los avances. En la lógica de cartera de proyectos, esto lleva a la necesidad de alinear los indicadores del Programa PNUD a los comprometidos en los convenios de préstamo, buscando evitar duplicaciones en la generación de información en las áreas que ejecutan las políticas.

Estas limitaciones son reconocidas por todos los actores entrevistados en el nivel central.

Eficacia

Como se vio más arriba, la mejora de los registros de cada programa, en parte impulsados por la pandemia, permitió dar cuenta de los avances en los diferentes indicadores incluidos en cada programa. Sin embargo, la brecha observada entre estos indicadores y el objetivo planteado del Programa PNUD dificulta reportar la contribución que cada uno de los indicadores y de todos en conjunto aportan a su alcance.

En tanto que, de acuerdo a la información suministrada, dos de los tres productos que integran el Programa PNUD (el producto 1 y el 3) reportan haber alcanzado las metas en sus tres indicadores, mientras que el tercero sólo alcanza la meta planificada en uno de sus indicadores.

El Producto 1 “Acceso a los servicios de salud de la población con cobertura pública exclusiva ampliado y prestaciones mejoradas” reporta el indicador “Porcentaje de Población elegible con cobertura efectiva básica” que quedó cerca de ser alcanzado; y el indicador “. Porcentaje de instituciones de salud que proveen nuevos servicios para la detección precoz de cáncer de colon” que fue superado.

En relación con el segundo Producto “Vida sana y bienestar promovidos en toda la población durante su ciclo de vida” reporta los indicadores “Porcentaje de población elegible inscrita a cargo de un establecimiento de salud” que no logró ser alcanzado, “Porcentaje de las recetas en el PNA que requieren una prescripción medicamentosa que se obtiene a través de REMEDIAR” que si fue, alcanzado, mientras que “Cantidad de Embarazos no intencionales prevenidos en mujeres de 10 a 19 años “resultó complejo de medir ya que no se cuenta con información que dé cuenta de la evolución del indicador, sin embargo se desarrollaron actividades que priorizan los POA enfocados en reactivar la oferta de SSR.

Finalmente, el tercer producto “Reducción de las disparidades territoriales y económicas mediante programas nacionales para reducir la tasa de mortalidad materna e infantil y las ENT con énfasis en los grupos vulnerables” que reportaba el indicador “Porcentaje de adultos elegibles con hipertensión que son diagnosticados en las regiones con resultados de salud más bajos”, reportó haber sido alcanzado.

Eficiencia

En 2020, cumpliendo con el decreto 945/17, el MSAL modificó sus procesos administrativos relacionados con los fondos provenientes de organismos internacionales. Esta modificación implicó

la centralización de la ejecución y gestión operativa, administrativa, presupuestaria y financiera-contable¹¹ de estos fondos en las Secretarías o Subsecretarías Administrativas de cada ministerio. De este modo, la norma citada tuvo efectos en el funcionamiento de todos los programas PNUD y del evaluado en esta instancia en particular.

Debido a este cambio en los procesos organizativos desde los y las referentes de los programas que integran el Programa PNUD cuentan pocas herramientas para valorar la importancia de PNUD en su funcionamiento. De todas maneras, en particular desde el ENIA afirman que los fondos PNUD permiten gestionar los financiamientos de las varias de las actividades principales del Programa de forma flexible, lo que implica poder resolver más fácilmente la gestión de gran parte del Programa.

Mientras, desde el Ministerio de Salud de la Nación, destacan la importancia del PNUD en los proyectos en cuatro aspectos: la metodología utilizada y transmitida por PNUD, la legitimidad en adquisiciones de bienes tecnológicos (equipamiento médico pesado), la proyección internacional y la garantía sobre la continuidad en la provisión de bienes y servicios en contextos inflacionarios. Es destacable el rol que cumplen los equipos PNUD en la transmisión de saberes que impactan de manera efectiva en el rendimiento de los proyectos. Todos estos aspectos ayudan al buen funcionamiento de los Programas del Ministerio.

Algunos de estos aspectos positivos del trabajo con PNUD son también reconocidos desde Cancillería. Para sus referentes las principales contribuciones del PNUD son la transparencia al colaborar en la administración de los fondos, la posibilidad de ser un convocante para reunir diversos actores, la transferencia de experiencias para resolver problemas que permiten que las políticas públicas de Salud se logren mucho más rápido; y la agilidad de la normativa de los proyectos -comparada, sobre todo, con la normativa nacional-. Este último aspecto, se verificó en la rápida capacidad de respuesta durante el COVID.

Sin embargo, un aspecto clave en este nuevo diseño de implementación de Programas PNUD bajo un portfolio de programas no ha logrado los resultados esperados. Desde PNUD creen, a su vez, que haber intentado la integración en un sistema ya “desintegrado” no tuvo los resultados esperados y que esto a futuro se presenta como un desafío.

La presencia de PNUD fue fundamental para la transformación digital del sistema. Durante la pandemia se fortaleció la incorporación de nuevas prácticas digitales que aligeraron procesos y fortalecieron los equipos.

Sostenibilidad

La sostenibilidad de los programas depende en buena parte del desarrollo de la capacidad instalada en términos de capacitación de sus recursos humanos, fortalecimiento de sus acciones y su presencia en las jurisdicciones, así como articulación entre diferentes niveles de gobierno.

La rectoría desempeñada por el nivel nacional, con apoyo de organismos de cooperación y financiamiento, contribuye a garantizar en alguna medida la continuidad de las acciones a nivel jurisdiccional, frente a eventuales cambios de lineamientos en la gestión. En este sentido, cierto grado de centralización se muestra virtuoso para la construcción de redes territoriales.

La participación de PNUD conlleva la necesidad de sistematización en términos de diseño y

¹¹ Decreto 945/17 <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-945-2017-287403/texto>

formulación de programas, elaboración de indicadores e introducción de prácticas de monitoreo, que se incorporan como procedimientos habituales.

La necesidad de rendir cuentas por parte de los programas, en términos de cumplimiento de metas, fuerza la sistematización de información y el desarrollo de procesos de digitalización de la misma, lo que contribuye también a proveer insumos para la evaluación del sistema de salud.

El desarrollo de acciones de capacitación encaminadas a fortalecer los recursos humanos locales, conjuntamente con la regularización de los vínculos laborales a través de la incorporación a la planta permanente de técnicos que se habían incorporado bajo modalidades contractuales permite fortalecer la capacidad instalada, permitiendo continuidad, incremento de las competencias y acumulación de experiencias que contribuyen significativamente a la sostenibilidad de los programas.

Algunas decisiones a nivel nacional, como la creación del Plan ENIA Federal, que extiende las acciones a la totalidad de las provincias, contribuye a difundir la presencia del programa en todo el territorio, pero al depender de fuentes nacionales no permite garantizar la asignación presupuestaria, ya que la misma depende de una decisión política que se ratifica cada año frente al Congreso. Por otra parte, la sostenibilidad de muchos de los resultados alcanzados depende de la inversión de los gobiernos locales, y sobre el cual el nivel nacional no tiene injerencia. A diferencia del SUMAR que, al contar con recursos provenientes de un crédito otorgado por un organismo internacional, tiene una mayor probabilidad en cuanto a la continuidad de su financiamiento.

Los Planes Operativos Anuales incorporados por el Programa ENIA para trabajar con las mesas intersectoriales provinciales, conforme a criterios de priorización y acompañamiento del nivel nacional, constituyen una práctica innovadora de trabajo en redes.

Otro tanto sucede con las prácticas de autoevaluación promovidas con los efectores del programa PROTEGER, que se encaminan a la mejora de la calidad de la atención, al tiempo que introducen estos procedimientos como prácticas habituales y desarrollan capacidad instalada.

6. Recomendaciones

A partir de las conclusiones detalladas en el apartado anterior, se deriva un conjunto de líneas de mejora que, a modo de recomendaciones, se exponen a continuación.

1. Continuar contribuyendo en los aspectos técnicos y metodológicos de los programas y proyectos del MSal, rol sumamente valorado por todos los actores intervinientes.
 - Fortalecer el rol de PNUD en el diseño de los proyectos/programas, así como su participación en el seguimiento y evaluación de los mismos.
 - Propiciar el mayor diálogo directo con los programas ejecutados, no sólo durante la etapa de diseño, sino durante todas las etapas de la vida de los mismos.
 - Fortalecer la presencia de PNUD en aquellas provincias en las que se desarrollan las acciones de los programas, de manera de contar con mayor acercamiento al territorio y contribuir, de esta manera, a incorporar ajustes a los diseños originales.
 - Fortalecer el vínculo entre el ministerio nacional y los ministerios locales, especialmente en términos de flujos de información referida al apoyo brindado a los efectores y el cumplimiento de metas por parte de los mismos.
2. Los avances en los sistemas de registro promovidos a través de diferentes líneas en las

jurisdicciones y, principalmente, en los efectores, contribuyen de manera sustantiva a mejorar la calidad y oportunidad de la información necesaria para integrar al sistema de salud en su conjunto. En este sentido, se observan espacios de mejora para continuar impulsando estas acciones, los que suponen mayores esfuerzos de articulación entre los programas:

- Articular las diferentes acciones que de manera individual realizan los programas, especialmente referidas a inversiones en tecnologías de la información y el desarrollo de sistemas de registro, podría redundar en inversiones de mayor costo-efectividad, integrar la producción de datos y generar mayor capacidad instalada en los niveles locales, contribuyendo a su vez a disminuir los importantes niveles de fragmentación existentes.
 - Avanzar en la homologación de los registros de datos de población de los diferentes programas, de manera de poder ir hacia una mayor integralidad de los resultados.
 - Incorporar indicadores que, de manera agregada, permitan dar cuenta de avances en temas transversales, como género y diversidad sexual
 - Avanzar en el proceso de digitalización e integración de la información proveyendo los insumos informáticos y tecnológicos necesarios para ello.
3. Un desafío que supone un programa Portfolio de estas características, está centrado en cómo poder dar cuenta de forma efectiva y organizada de los avances del Programa, cuando también tienen que responder a los requerimientos de información de los organismos internacionales que los financian. En este sentido, los productos, tal como están definidos, son demasiado amplios y, entre estos y sus indicadores, se observa un salto que requeriría de indicadores de impacto obtenidos directamente sobre la población (y no sólo de cobertura).
- Elaborar indicadores de proceso que den cuenta efectivamente de las acciones realizadas;
 - Promover el diseño de indicadores de productos que permitan contar con una mirada integral de los resultados en términos de mejoras en la integración del sistema sanitario; la calidad de las prestaciones y los efectos en términos de salud de la población priorizada.
 - Desarrollar indicadores de resultados y de impacto y determinar procedimientos de recolección de la información requerida para alimentarlos en forma transversal a los programas incluidos.
4. Uno de los desafíos más relevantes planteados en la evaluación del programa portfolio, radica en cómo atribuir el cumplimiento de objetivos al proyecto, cuando el proceso financiero y la imputación de gastos no están necesariamente alineados con los indicadores de procesos y resultados planteados. En esta línea, surgen las siguientes recomendaciones:
- Establecer objetivos mensurables, transversales y pertinentes en relación con el conjunto de los programas abarcados.
 - Incorporar indicadores que permitan reflejar la contribución marginal de PNUD en los procesos de adquisiciones
 - En caso de continuar con programas tipo cartera o portfolio, incluir en los documentos de diseño y revisiones sucesivas, una estimación de la contribución marginal del PNUD a la consecución de los objetivos de los Programas y Proyectos incluidos en la cartera.
 - Simplificar los programas a futuro: desarrollar programas que eviten integrar tanta variedad y complejidad de objetivos, poblaciones, acciones, fuentes de financiamiento, etc. Esta modalidad permitiría realizar el seguimiento más ajustado e identificar con mayor precisión la contribución del PNUD a las acciones, alcance de metas y objetivos.

Informes y reportes consultados

PPFLIO-000013: “Apoyo para la implementación federal para el acceso con equidad a la población a los servicios de salud”

- * Informe 2° Trimestre 2021
- * Informe 3° Trimestre 2021
- * Informe 4° Trimestre 2021
- * Informe 1° Trimestre 2022
- * Informe 2° Trimestre 2022
- * Informe 3° Trimestre 2022
- * Informe Anual 2022
- * Informe 1° Trimestre 2023

Programa Nacional REMEDIAR

- * Informe de Gestión - Año 2020. DN de Medicamentos y Tecnología Sanitaria. MSal Nación.
- * Informe de Gestión - Año 2021. DN de Medicamentos y Tecnología Sanitaria. MSal Nación.
- * Informe Remediar II - Año 2021. DN de Medicamentos y Tecnología Sanitaria. MSal Nación.

Programa SUMAR

- * Análisis prestacional en la atención a personas con Cobertura Pública Exclusiva durante la pandemia COVID-19 (2021). DNFS. MSal Nación.
- * Plan de Servicios de Salud. Programa SUMAR, Junio 2021

Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en Adolescencia (ENIA)

- * Informe Bimestral de Monitoreo Abril – Mayo 2020
- * Informe Bimestral de Monitoreo Mayo – Junio 2020
- * Informe Bimestral de Monitoreo Julio – Agosto 2020
- * Informe Bimestral de Monitoreo Septiembre – Octubre 2020
- * Informe Anual de Monitoreo Año 2020
- * Informe Trimestral de Monitoreo Enero – Marzo 2021
- * Informe Trimestral de Monitoreo Abril – Junio 2021
- * Informe Trimestral de Monitoreo (General) Julio – Septiembre 2021
- * Informe Trimestral de Monitoreo Octubre – Diciembre 2021
- * Informe Anual de Monitoreo, 2021
- * Informe Trimestral de Monitoreo Abril – Junio 2022
- * Informe Trimestral de Monitoreo Octubre – Diciembre 2022
- * Informe Anual de Monitoreo, 2022

Programa PROTEGER

- * Proyecto de Protección de la Población Vulnerable contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Informe de cierre 2019-2022.

Anexos

Anexo I

PROGRAMA SUMAR - ANÁLISIS DE COBERTURA

El Programa SUMAR es una política pública destinada a promover el acceso a la salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud. A través del mismo se brinda cobertura de salud a niños/as, adolescentes, hombres y mujeres.

De esta forma, por cada persona bajo Programa y por cada consulta y control que se realice, el hospital o centro de salud recibe recursos para fortalecer al equipo de salud y mejorar los servicios brindados a toda la comunidad.

La cobertura efectiva básica (CEB) refiere a las/os beneficiarias/os que en los últimos seis meses se han inscripto al programa, o bien se han realizado una prestación seleccionada en los últimos 12 meses.

Por medio del programa SUMAR, la Nación transfiere a las jurisdicciones provinciales el monto equivalente al 85% del valor de cápitas, mientras que el 15% restante es cofinanciado por las provincias. Un 60% del valor de la cápita se ejecuta mensualmente por personas beneficiarias con CEB, mientras que el 40% restante se acumula y paga en forma cuatrimestral, variando en función del grado de cumplimiento de los indicadores sanitarios preestablecidos.

Estimación de Cobertura

Beneficiarios con CEB

A los efectos de estimar la cobertura, se emplean datos de registro brindados por el programa, para cuatro ventanas de observación:

- Diciembre 2019
- Junio 2020
- Diciembre 2020
- Junio 2021
- Diciembre 2021

Para cada una de estas fechas se reportan:

- El total de beneficiarios con CEB inscriptos
- Los beneficiarios de cero a cuatro años con CEB
- Los beneficiarios de cinco a nueve años con CEB
- Los beneficiarios de diez a diecinueve años con CEB
- Las beneficiarias mujeres de veinte a sesenta y cuatro años con CEB
- Los beneficiarios varones de veinte a sesenta y cuatro años con CEB

Obviamente, se trata de un registro con ingresos y egresos. Quienes no han recibido una prestación en el curso del último año desaparecen de la nómina de cobertura efectiva básica, mientras que quienes se inscribieron en los últimos seis meses pasan a integrarla. Así, el stock varía en función de dicho flujo entre ventanas de observación, dando lugar a aumentos y reducciones.

Población objetivo

Para estimar la población objetivo del programa, se emplearon las proyecciones de población por sexo, grupos quinquenales de edad y provincias que realizó el INDEC a partir de los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, dado que no está disponible aun la información correspondiente al Censo 2022.

Puesto que estas poblaciones, se estima, al 1º de julio, para las ventanas de observación de los meses de diciembre se promediaron las estimaciones de julio de cada año con las del año siguiente.

A estas proyecciones poblacionales se le aplicaron los porcentajes correspondientes a la población de cada grupo de edad con solo cobertura pública de salud resultantes de la Encuesta Nacional de Hogares Urbanos del INDEC (disponible para el 3º trimestre de 2019, 2020 y 2021).

Con esta información censal y registral se establecieron las tasas de cobertura de cada tramo etario y para cada jurisdicción.

Equidad territorial

Además de analizar la evolución de la cobertura, se examinó la evolución de la equidad territorial del acceso al Programa.

Con este propósito, se estimaron dos medidas diferentes de desigualdad de las tasas de cobertura por provincias en cada fecha.

La primera de ellas es el coeficiente de variación de dichas tasas, medido como el cociente entre la desviación estándar y la media, lo que no es otra cosa que una normalización de la primera de estas medidas de manera que no resulte afectada por las magnitudes de las puntuaciones y refleje meramente dispersión entre las mismas. Una total homogeneidad daría por resultado un coeficiente de variación igual a cero.

En segundo lugar, se empleó una transformación del coeficiente de gini, comúnmente utilizado para medir la desigualdad de la distribución del ingreso entre perceptores. Básicamente, consiste en ordenar a los perceptores de menor a mayor en la propiedad cuya distribución se analiza¹², para comparar las distribuciones acumuladas de perceptores y de ingresos. Normalmente el coeficiente arroja un valor de cero en el límite teórico de la igualdad absoluta (todos los perceptores reciben igual ingreso) y es igual a la unidad en el caso de que un único perceptor reciba la totalidad del ingreso.

¹² Generalmente se los ordena por deciles o percentiles de ingresos

Al utilizar a las provincias como unidades de percepción, se las ordenó de menor a mayor por la cantidad de beneficiarios con cobertura efectiva básica y se comparó esta distribución con la correspondiente a las poblaciones potenciales.

Del cálculo de este “falso Gini” resulta un indicador con valor negativo, (-) producto de que, desde la mitad de la distribución aproximadamente, existe una tendencia a que las jurisdicciones acumulen más beneficiarios que población meta. Con lo que la curva de Lorenz va por encima de la recta que reflejaría la igualdad total. Se trata de un sesgo “pro provincias grandes”, que favorece relativamente a las jurisdicciones más pobladas, bien que en general en forma muy tenue.

Cuanto más se aproxima a cero el “falso Gini” negativo, tanto más se atenúa el sesgo mencionado.

Análisis de la cobertura

A continuación, se presentan los datos que dan cuenta de la evolución de la cobertura para el total nacional y las jurisdicciones provinciales, para las diferentes subpoblaciones.

Cuadro 1. Programa SUMAR: beneficiarios con CEB sobre poblaciones potenciales Total nacional

Grupos de población	dic-19	jun-20	dic-20	jun-21	dic-21
Niños hasta 4 años	73,9	64,2	54,9	51,3	55,0
Niños de 5 a 9 años	43,1	74,9	27,7	27,8	33,5
Adolescentes de 10 a 19 años	41,9	36,0	27,1	26,5	35,7
Mujeres de 20 a 64 años	39,0	14,1	33,7	43,6	54,6
Varones de 20 a 64 años	13,7	36,8	15,1	21,3	27,7
Total	39,0	38,4	30,1	30,9	41,3

Fuente: elaboración propia en base a datos de registro del programa, proyecciones de población INDEC y EAHU/INDEC

Cuadro 2. Programa SUMAR: beneficiarios con CEB sobre poblaciones potenciales Por jurisdicciones

Provincias	dic-19	jun-20	dic-20	jun-21	dic-21	Promedio
Tucumán	68,0	61,4	49,8	55,3	66,8	60,3
CABA	57,3	47,2	41,0	54,4	67,5	53,5
Santiago del Estero	51,4	59,1	53,4	40,0	56,0	52,0
Corrientes	49,0	64,6	57,9	34,1	45,8	50,3
Misiones	58,2	53,5	43,5	30,3	59,6	49,0
Córdoba	45,3	37,5	31,6	44,3	65,8	44,9

La Pampa	44,4	45,6	34,4	44,1	49,9	43,7
Jujuy	48,0	44,2	34,2	36,2	46,2	41,8
Chaco	47,9	39,8	33,7	39,3	40,8	40,3
Entre Ríos	44,0	43,0	33,9	30,3	38,3	37,9
La Rioja	50,5	41,9	31,0	26,7	37,5	37,5
Santa Fe	40,0	37,6	31,4	31,4	42,0	36,5
San Juan	39,8	39,6	33,0	29,3	39,4	36,2
Total nacional	39,0	38,5	30,1	30,9	41,3	36,0
Neuquén	28,3	32,6	38,6	38,7	34,0	34,5
Mendoza	35,3	39,8	29,8	28,6	34,5	33,6
Formosa	35,6	23,8	40,6	26,5	36,5	32,6
San Luis	39,5	38,6	26,4	21,8	35,8	32,4
Salta	40,9	34,2	26,4	19,1	31,7	30,5
Santa Cruz	28,1	54,8	25,8	16,2	26,7	30,3
Catamarca	32,3	30,0	22,6	26,8	37,4	29,8
Río Negro	28,3	30,2	24,2	24,5	35,0	28,5
Buenos Aires	29,8	33,3	22,2	23,5	31,5	28,1
Tierra del Fuego	36,5	24,4	25,6	17,0	18,0	24,3
Chubut	19,6	16,5	11,9	9,9	17,9	15,2

Fuente: elaboración propia en base a datos de registro del programa, proyecciones de población INDEC y EAHU/INDEC

La distribución de las coberturas provinciales deja apreciar el sesgo “pro provincias grandes” que revela la medida sintética de desigualdad constituida por el falso Gini, tal como se señala más arriba. En efecto, si se excluye a Buenos Aires, cuya cobertura está entre las más bajas, las trece jurisdicciones cuya cobertura supera la media nacional, tienen, en promedio, un tamaño poblacional¹³ que triplica al de las diez que se sitúan por debajo de ese parámetro.

Efectivamente, las primeras reúnen alrededor de 80% de la población meta del programa, en tanto que las segundas albergan al 20% restante.

En términos regionales y siempre en promedio, la región central más el AMBA contienen casi al 58% de la población meta y tienen una cobertura media de 40%.

¹³ En términos de la población meta del programa

Las provincias integrantes del NEA reúnen el 13% de la población meta del programa y tienen una cobertura de 46% en promedio.

En la región NOA, en tanto, está el 16% de los beneficiarios y la cobertura promedio es de 48%.

La región Cuyo, por su parte, es la que sigue en cobertura, con alrededor de 36% y tan solo 8% de la población meta.

Finalmente, la Patagonia cuenta con una cobertura media de aproximadamente 29% y contiene al 5% de la población objetivo del programa.

Cuadro 3. Programa SUMAR: beneficiarios con CEB y poblaciones potenciales Por regiones – Diciembre de 2021

Regiones	%	%
NOA	16,3	18,9
NEA	13,3	14,9
Cuyo	7,9	6,9
Centro más AMBA	57,7	55,9
Patagonia	4,8	3,4
Total nacional	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a datos de registro del programa, proyecciones de población INDEC y EAHU/INDEC

Análisis de la distribución

Cuadro 4. Programa SUMAR: Coeficiente de gini de la cobertura provincial

Grupos poblacionales	dic-19	jun-20	dic-20	jun-21	dic-21
Niños hasta 4 años	-0,12	-0,09	-0,06	-0,04	-0,01
Niños de 5 a 9 años	-0,07	-0,06	-0,03	-0,04	-0,03
Adolescentes de 10 a 19 años	-0,08	-0,02	-0,04	-0,03	-0,02
Mujeres de 20 a 64 años	-0,07	-0,02	-0,06	-0,03	-0,03
Varones de 20 a 64 años	-0,07	-0,03	-0,07	-0,04	-0,05
Total	-0,07	-0,04	-0,06	-0,03	-0,03

Fuente: elaboración propia en base a datos de registro del programa, proyecciones de población INDEC y EAHU/INDEC

La primera de las medidas de desigualdad empleada, el “falso Gini”, muestra que el sesgo hacia las provincias más grandes en términos de población se fue atenuando apreciablemente en todos los grupos poblacionales, así como en el total de los beneficiarios con CEB.

En el caso de los adolescentes y los adultos de ambos sexos, particularmente, el año 2020 -marcado por la incidencia de la pandemia- obró como punto de inflexión en ese descenso, que se revirtió parcialmente hacia finales de ese período. Pero que recuperó la tendencia declinante de la desigualdad territorial en 2021.

En estos grupos de población -adolescentes y adultos varones en especial- son menos frecuentes las consultas médicas y no son objeto, por caso, de prestaciones tales como controles de rutina o vacunación. Es previsible que las prestaciones ligadas a la pandemia tendieran a uniformar las tasas de cobertura entre las jurisdicciones.

Cuadro 5. Programa SUMAR: Coeficiente de variación de la cobertura provincial

Grupos poblacionales	dic-19	jun-20	dic-20	jun-21	dic-21
Niños hasta 4 años	0,59	0,63	0,70	0,55	0,40
Niños de 5 a 9 años	0,24	0,49	0,24	0,26	0,36
Adolescentes de 10 a 19 años	0,32	0,15	0,39	0,03	0,38
Mujeres de 20 a 64 años	0,26	0,23	0,38	0,30	0,41
Varones de 20 a 64 años	0,15	0,76	0,18	0,25	0,21
Total	0,26	0,30	0,31	0,37	0,33

Fuente: elaboración propia en base a datos de registro del programa, proyecciones de población INDEC y EAHU/INDEC

La segunda medida de desigualdad obtenida es el coeficiente de variación de las tasas de cobertura. En este caso, la medida estadística sólo expresa dispersión en torno al promedio, sin señalar una “dirección” o sesgo discernible. Por lo que la información que brinda es menos significativa.

En este caso, se aprecia que, en algunos grupos poblacionales, particularmente varones adultos y niños de 5 a 9 años, el efecto inmediato de la pandemia produjo un fuerte incremento de la dispersión entre provincias, como si hubiera tenido lugar una variación (presumiblemente un incremento) despereja de las prestaciones entre las jurisdicciones. Entre los adolescentes de 10 a 19 años, por el contrario, el efecto fue el inverso: la pandemia pareciera haber obrado emparejando las tasas de cobertura CEB.

La dispersión entre jurisdicciones muestra, entre las observaciones extremas, una tendencia declinante en el caso de los niños y niñas de menor edad, pero un incremento de la misma en los demás grupos de población cubierta, particularmente niños y niñas de 5 a 9 años y mujeres de 20 a 64 años.

Anexo II

Programa REMEDIAR - Evolución de las prestaciones

El Programa Remediar es un programa que busca garantizar el acceso a medicamentos esenciales a los usuarios y usuarias del primer nivel de atención de salud, proveyendo directamente botiquines con estos medicamentos a los Centros de Atención Primaria (CAPS) de todo el país.

El Programa fue creado en el año 2002 bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, con el objetivo de adquirir y suministrar medicamentos considerados esenciales para el Primer Nivel de Atención en los centros de salud de todo el país.

Esta provisión gratuita de medicamentos considerados esenciales llega mensualmente a más de ocho mil centros de salud e instituciones distribuidas por todo el territorio nacional. Se ha estimado que los medicamentos y presentaciones seleccionadas para la adquisición y distribución otorgan cobertura y respuesta terapéutica efectiva en el 80% de las consultas del primer nivel de atención de salud.

Así, se busca garantizar el acceso gratuito a tratamientos a alrededor de 16 millones de personas que dependen exclusivamente del sistema público de salud por carecer de otro tipo de cobertura. La provisión de medicamentos esenciales no solo permite brindar soluciones a los problemas de salud de carácter individual o familiar, sino que también significa un ahorro importante en la economía de las personas en lo cuanto al cuidado de la salud y proporciona una herramienta de atención efectiva para ampliar la respuesta en el primer nivel de atención en salud.

El Listado/Vademécum de Medicamentos Esenciales para el Primer Nivel de Atención es una herramienta flexible que posibilita al Programa participar en la provisión de medicamentos, el acceso a tratamientos médicos para patologías específicas y priorizar a la población con cobertura pública exclusiva fortaleciendo el primer nivel de atención.

En ocasión de la última actualización del Listado/Vademécum de Medicamentos Esenciales, realizada en 2019, se efectuó una revisión de los medicamentos indicados para afecciones de salud que no estaban contempladas, añadiéndose mejoras en las alternativas terapéuticas de enfermedades crónicas no transmisibles, respiratorias e infecciones urinarias entre otras.

Los grupos anatómicos con mayor representatividad de medicamentos fueron el de los anti infecciosos para uso sistémico, sistema cardiovascular y sistema digestivo y metabolismo, lo que sugiere una orientación de la cobertura para un perfil epidemiológico transicional donde coexisten drogas para patologías agudas y crónicas.

En el marco de la evaluación de medio término del PROGRAMA DE SALUD PPFLIO-000013, se analiza la evolución de la cobertura de las prestaciones del Plan Remediar entre los años 2019 y 2022.

Al efecto, se emplea información sobre las prestaciones provista por el Programa, conjuntamente con proyecciones de población de origen censal (CNPYV 2010/INDEC) e información acerca de la cobertura de salud proveniente de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH/INDEC) total urbano, correspondiente a los terceros trimestres de cada uno de los años.

La información está desagregada para las 24 jurisdicciones (23 provincias más CABA). El indicador de cobertura considerado es el cociente entre tratamientos provistos y población objetivo.

Cuadro 1. Evolución de la cobertura de los tratamientos del Programa Remediar por provincias 2019 - 2022

Jurisdicciones	Tratamientos (miles)				Poblaciones objetivo (miles)*				Tratamientos/población objetivo			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Tierra del Fuego	67,0	117,4	116,6	126,4	15.226,5	13.874,6	23.100,6	16.378,5	4,40	8,46	5,05	7,72
Corrientes	1.198,8	1.789,5	1.794,9	2.467,5	399.978,7	313.824,3	519.947,2	341.881,2	3,00	5,70	3,45	7,22
Santa Cruz	66,3	103,7	146,7	189,4	49.930,6	47.540,7	48.718,3	34.544,4	1,33	2,18	3,01	5,48
Catamarca	602,1	897,1	694,1	863,5	160.611,4	157.866,4	171.786,3	164.765,6	3,75	5,68	4,04	5,24
La Rioja	485,9	617,3	532,9	737,0	124.283,5	129.865,2	147.499,8	157.453,5	3,91	4,75	3,61	4,68
La Pampa	305,7	556,7	433,5	551,9	124.397,7	121.865,5	126.487,9	123.869,5	2,46	4,57	3,43	4,46
Santiago del Estero	1.212,4	1.942,4	1.853,8	2.237,7	464.788,3	440.240,9	474.357,6	509.027,4	2,61	4,41	3,91	4,40
Chubut	309,8	409,5	409,9	565,8	133.920,4	142.368,6	169.878,9	134.251,7	2,31	2,88	2,41	4,21
Tucumán	1.684,1	2.409,8	2.099,3	2.289,5	519.132,8	610.076,2	634.360,2	572.258,9	3,24	3,95	3,31	4,00
Misiones	1.050,9	1.454,7	1.428,7	1.842,7	449.050,3	517.130,5	535.496,6	489.620,9	2,34	2,81	2,67	3,76
San Luis	487,7	660,7	521,7	684,9	155.620,0	177.914,8	185.259,6	197.921,1	3,13	3,71	2,82	3,46
Jujuy	713,1	1.220,5	1.050,5	1.206,0	335.473,6	377.731,7	381.813,9	370.094,9	2,13	3,23	2,75	3,26
Salta	956,4	1.485,6	1.263,4	1.593,8	548.567,8	683.710,6	720.994,0	510.782,3	1,74	2,17	1,75	3,12
Chaco	1.412,8	2.061,9	1.752,8	1.861,1	524.751,0	602.270,5	656.773,4	687.532,2	2,69	3,42	2,67	2,71
Santa Fe	1.442,0	2.388,7	2.112,2	2.467,2	912.369,4	1.025.561,2	1.033.383,1	933.399,7	1,58	2,33	2,04	2,64
Córdoba	2.106,1	3.407,3	3.099,4	3.803,3	1.302.816,2	1.616.993,5	1.405.356,6	1.457.580,4	1,62	2,11	2,21	2,61
Entre Ríos	974,9	1.342,2	993,6	1.090,8	439.446,4	443.507,5	475.493,4	423.272,4	2,22	3,03	2,09	2,58
Total del país	23.700,2	34.454,6	30.646,8	37.068,2	14.775.527,8	16.139.469,8	15.888.770,9	15.834.686,6	1,60	2,13	1,93	2,34
Formosa	582,5	791,2	696,1	802,8	288.109,9	344.960,0	353.811,0	344.235,4	2,02	2,29	1,97	2,33
San Juan	631,5	818,8	592,5	735,5	340.065,4	367.172,0	355.270,1	335.032,7	1,86	2,23	1,67	2,20
Mendoza	1.800,4	1.631,7	1.229,3	1.564,8	709.193,5	736.425,1	723.730,7	730.822,0	2,54	2,22	1,70	2,14
Neuquén	234,1	359,9	374,3	381,8	183.540,3	245.701,1	235.361,4	211.025,1	1,28	1,46	1,59	1,81
Río Negro	251,0	361,9	381,9	359,7	258.321,0	246.711,3	234.686,1	222.252,2	0,97	1,47	1,63	1,62
Buenos Aires	4.816,9	7.365,1	6.852,6	8.344,0	5.905.849,0	6.314.810,8	5.844.167,3	6.435.267,5	0,82	1,17	1,17	1,30
CABA	307,6	261,0	216,2	300,8	430.084,1	461.346,9	431.037,0	431.417,0	0,72	0,57	0,50	0,70
*Población con solo cobertura pública de salud												
Fuentes: elaboración propia en base a												
Programa Remediar												
Proyecciones CNPyV 2010/INDEC												
EAHU/INDEC												

En el total del país, los tratamientos provistos por Remediar pasaron de 1,6 por personas en 2019 a 2,34 en 2022. El mayor aumento tuvo lugar previsiblemente en 2020, cuando tuvo lugar la pandemia de Covid-19, situación a la cual se adecuaron las prestaciones del Programa. En 2021 se produjo un descenso, que se revierte con un nuevo incremento en el último año considerado.

Las prestaciones se incrementaron por encima del promedio nacional en 17 de las 24 jurisdicciones, que en 2022 reunían alrededor de 46% de la población objetivo. Entre ellas aparecen las provincias del Norte Grande (NOA y NEA) a excepción de Formosa. Mientras que por debajo de la media nacional (y en los últimos lugares) aparecen la provincia de Buenos Aires y la CABA como las jurisdicciones con menor nivel de cobertura (albergan alrededor de 40% de la población objetivo).

Las cinco jurisdicciones con mayor nivel de cobertura contienen a algo menos de 4% de la población meta, en tanto que las diez más cubiertas albergan al 16% de la misma.

El coeficiente de correlación lineal (r de Pearson) entre el incremento de la cobertura ocurrido entre 2019 y 2022 y el tamaño poblacional de las jurisdicciones se muestra negativo (-0,35). Asimismo, la cobertura alcanzada en 2022 también evidencia una correlación negativa con el tamaño de la población objetivo (-0,51).

Equidad territorial: análisis de la distribución

Además de analizar la evolución del indicador de cobertura se examinó la evolución de la desigualdad territorial reflejada en el mismo.

Con este propósito, se estimaron dos medidas diferentes de desigualdad en cada fecha.

La primera de ellas es el coeficiente de variación de las tasas de cobertura, medido como el cociente entre la desviación estándar y la media, lo que no es otra cosa que una normalización de la primera de estas medidas de manera que no resulte afectada por las magnitudes de las puntuaciones y refleje meramente dispersión entre las mismas. Una total homogeneidad daría por resultado un coeficiente de variación igual a cero.

En segundo lugar, se empleó una transformación del coeficiente de gini, comúnmente utilizado para medir la desigualdad de la distribución del ingreso entre perceptores. Básicamente, consiste en ordenar a los perceptores de menor a mayor en la propiedad cuya distribución se analiza¹⁴ para comparar las distribuciones acumuladas de perceptores y de ingresos. Normalmente el coeficiente arroja un valor de cero en el límite teórico de la igualdad absoluta (todos los perceptores reciben igual ingreso) y es igual a la unidad en el caso de que un único perceptor reciba la totalidad del ingreso.

Al utilizar a las provincias como unidades de percepción, se las ordenó de menor a mayor por la cantidad de tratamientos provistos para cada año y se compararon estas distribuciones con la correspondiente a las poblaciones objetivo.

Del cálculo de este “falso Gini” resulta un indicador con valor negativo, (-) producto de que, en la parte superior de la distribución, existe una tendencia a que las jurisdicciones acumulen más prestaciones o tratamientos que población meta: ya vimos que las cinco provincias con mayor cobertura concentran menos de 4% de la población meta¹⁵. Con lo que la curva de Lorenz va por encima de la recta que reflejaría la igualdad total. Se trata de un sesgo “pro provincias pequeñas”, que desfavorece relativamente a las jurisdicciones más pobladas, bien que en general en forma muy tenue.

Cuanto más se aproxima a cero el “falso Gini” negativo, tanto más se atenúa el sesgo mencionado. Así como se aleja de cero, el sesgo se acentúa.

¹⁴ Generalmente se los ordena por deciles o percentiles de ingresos

¹⁵ Y una proporción algo mayor del total de tratamientos provistos

Cuadro 2. Evolución de la desigualdad interprovincial de la cobertura del Programa Remediar

Años	2019	2020	2021	2022
Falso Gini	-0,183	-0,168	-0,119	-0,154
Coefficiente de variación	0,35	0,60	0,34	0,49

Fuente: elaboración propia en base a datos del Programa Remediar e INDEC

El ligero sesgo a favor de las jurisdicciones pequeñas que pone en evidencia el falso gini se reduce en 2020 y 2021, pero torna a crecer en el último año.

Por lo demás, el coeficiente de variación, que solo expresa dispersión entre la cobertura alcanzada por las jurisdicciones –sin denotar una dirección definida- muestra intermitencias: aumenta perceptiblemente en el año de la pandemia, retrocede en 2021 al valor inicial y luego torna a incrementarse en 2022 (probablemente reflejando el incremento del sesgo hacia las jurisdicciones poblacionalmente pequeñas).

Anexo III

Plan ENIA - Impacto en la evolución de la fecundidad adolescente y evolución de la cobertura

El Plan ENIA es una política pública destinada a la prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, a partir de una mirada integral e intersectorial.

Los Ministerios Nacionales de Salud, de Desarrollo Social y de Educación, trabajan en conjunto para garantizar los derechos de los y las adolescentes al acceso gratuito de métodos anticonceptivos, la educación sexual integral y asesorías en las escuelas, la consejería en salud sexual y reproductiva y actividades de promoción comunitarias encaminadas a sensibilizar acerca de la importancia de prevenir del embarazo no intencional en esa etapa de la vida, durante la cual suele representar severos obstáculos para el desempeño educativo y laboral posterior.

El Plan ENIA contempla acciones tales como el acceso gratuito a métodos anticonceptivos y la consejería en salud sexual y reproductiva, así como la educación sexual integral (ESI) y asesoría en los establecimientos educativos.

Un indicador especialmente trazador que permite aproximarse a los resultados del desarrollo de las acciones del Programa, es la evolución de la tasa de fecundidad adolescente (de mujeres de hasta 19 años). Un muy elevado porcentaje de los embarazos en esas edades –y especialmente antes de los quince años- son no deseados y producto de abusos.

La tasa de fecundidad adolescente pone en relación la cantidad de nacidos vivos de mujeres de 19 años y menos con la cantidad total de mujeres de 10 a 19 años, en el mismo lugar geográfico y año. Dadas las diferencias tanto absolutas como relativas de los nacimientos de madres adolescente según subgrupos de edad, la tasa de fecundidad adolescente se suele presentar también desagregada en tasa de fecundidad adolescente temprana (de mujeres de 10 a 14 años) y tasa de fecundidad adolescente tardía (de mujeres de 15 a 19 años)¹⁶

El programa se desarrolla en las provincias del NOA y NEA a las que se suman Buenos Aires y Entre Ríos.

La evolución se analiza en base a datos de registro de las Estadísticas Vitales, que compila y difunde la DEIS (Dirección de Estadísticas e Información de la Salud) del Ministerio de Salud nacional.

Estos datos relativizan los nacimientos ocurridos en cada año calendario de madres menores de 19 años, sobre la población del segmento de edad según la proyección del INDEC para el 1º de julio del

¹⁶ “Indicadores de niñez y adolescencia. Fecundidad adolescente. Argentina 2019”. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia/Ministerio de Desarrollo Social.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/senaf_dngdi-indicadores_nna-fecundidad_adolescente-arg2019_25_abr_2022.pdf

mismo año. Las tasas se computan por separado para mujeres de 10 a 14 años (fecundidad adolescente temprana) y de 15 a 19 años (fecundidad adolescente tardía).

En el primer tramo de edad considerado son perceptiblemente menores y especialmente sensibles, ya que la mayor parte de los embarazos son no buscados.

Cuadro 1. Evolución de las tasas de fecundidad adolescente hasta 14 años en las provincias bajo programa
2019 - 2021

Provincias	2019	2020	2021	2019/21
CHACO	3,60	2,51	2,52	-1,08
CORRIENTES	2,35	1,58	1,34	-1,01
ENTRE RÍOS	1,71	0,95	0,91	-0,80
SALTA	2,33	1,36	1,58	-0,76
FORMOSA	4,89	3,47	4,14	-0,75
SANTIAGO DEL ESTERO	1,97	0,93	1,24	-0,73
LA RIOJA	1,14	0,67	0,74	-0,40
ENIA	1,33	0,88	0,93	-0,40
BUENOS AIRES	0,68	0,44	0,41	-0,27
TUCUMAN	1,03	0,74	0,83	-0,21
JUJUY	1,06	0,94	0,91	-0,15
MISIONES	3,17	2,44	3,16	-0,01
CATAMARCA	0,78	0,72	1,12	0,34

Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS/Ministerio de Salud

La totalidad de las jurisdicciones en dónde se desarrolla el programa disminuyeron en forma apreciable la fecundidad adolescente en este tramo de edad entre 2019 y 2023. En el promedio de las provincias incluidas, la misma descendió 0,40 puntos por mil, lo que implicaría haber prevenido alrededor de 4,6 mil embarazos en este tramo de edad en 2021.

Siete de las doce jurisdicciones registraron un descenso superior a la media. Ello fue especialmente significativo en Chaco y Corrientes.

Estas provincias, en las que el descenso resultó más marcado, eran las que registraban en 2019 las tasas más elevadas (2,6 ‰). En tanto que las cinco jurisdicciones que disminuyeron por debajo de la media, ostentaban una tasa inicial de 1,35 ‰. Misiones y Jujuy registraron los descensos menores.

Cuadro 2. Evolución de las tasas de fecundidad adolescente de 15 a 19 años en las provincias bajo programa- 2019 - 2021

Provincias	2019	2020	2021	2019/21
MISIONES	68,37	55,38	34,82	-33,55
SANTIAGO DEL ESTERO	59,28	40,49	36,83	-22,45
CHACO	71,14	53,07	52,56	-18,57
TUCUMAN	45,90	32,99	27,72	-18,18
CORRIENTES	62,65	49,69	44,54	-18,12
SALTA	55,84	38,63	38,00	-17,84
JUJUY	39,36	29,35	21,62	-17,74
CATAMARCA	42,45	30,38	25,50	-16,94
ENIA	44,27	32,77	28,15	-16,12
FORMOSA	67,40	55,84	51,62	-15,78
ENTRE RIOS	43,90	34,91	30,05	-13,85
BUENOS AIRES	35,68	26,05	22,43	-13,24
LA RIOJA	35,20	26,29	23,61	-11,59

Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS/Ministerio de Salud

Nuevamente, en este tramo de edad, todas las jurisdicciones atenuaron la tasa de fecundidad. En promedio, la misma descendió 16 puntos ‰ entre 2019 y 2021. Ello implica alrededor de 17,8 mil nacimientos menos ocurridos de madres adolescentes en 2021.

En este caso, ocho provincias tuvieron un desempeño por encima de la media del conjunto, destacándose especialmente Misiones, que en tramo de edad más bajo casi no había variado su tasa. Y también se ubican por sobre el promedio Tucumán y Catamarca. Estas provincias, con reducciones por encima del promedio ENIA, tenían, en 2019, una tasa media de 55,6‰.

En cambio, descienden por debajo de la media del conjunto Formosa, Entre Ríos y La Rioja, pasando –con Buenos Aires– a formar parte del grupo con menos disminución. La tasa media de estas cuatro jurisdicciones en 2019 era de 45,5‰.

Estimación de impacto

Puesto que la fecundidad adolescente venía reduciéndose en todas las jurisdicciones desde 2015, se puede asumir que esta reducción tendencial obedece a un conjunto de factores no relacionados exclusivamente con las acciones de ENIA.

Una aproximación a la estimación del impacto del programa sobre las tasas de fecundidad consiste en comparar la evolución de las mismas en las provincias bajo el programa con aquellas que no lo

están, para el período comprendido entre 2019 y 2021. Por cierto, que se trata de una aproximación cuasi experimental, que no permite aislar el supuesto factor causal ni construir un escenario contrafactual¹⁷, tal como lo requeriría la atribución del impacto. Sin embargo, proporciona alguna evidencia al respecto.

Cuadro 3. Evolución de las tasas de fecundidad adolescente de 15 a 19 años en las provincias bajo programa y sin programa 2019 - 2021

Provincias	Tasas de fecundidad adolescente						Diferencia 2019/2021	
	De 10 a 14 años			De 15 a 19 años			De 10 a 14 años	De 15 A 19 años
	2019	2020	2021	2019	2020	2021		
CABA	0,21	0,13	0,11	12,36	9,33	6,66	1. - 0,10	-5,70
CORDOBA	0,77	0,46	0,04	37,21	28,41	25,31	-0,72	-11,90
LA PAMPA	0,61	0,30	0,23	31,83	20,48	19,39	-0,38	-12,44
SANTA FE	1,19	0,76	0,98	42,03	32,32	33,26	-0,20	-8,77
MENDOZA	0,74	0,46	0,59	35,20	25,69	22,51	-0,15	-12,69
SAN JUAN	1,18	1,02	0,68	51,56	40,93	38,13	-0,50	-13,42
SAN LUIS	0,40	0,56	0,97	35,69	29,11	25,34	0,57	-10,34
CHUBUT	0,66	0,37	0,40	29,99	22,54	18,91	-0,26	-11,08
NEUQUEN	0,61	0,38	0,29	34,75	26,81	21,49	-0,32	-13,26
RIO NEGRO	0,67	0,63	0,42	30,77	24,88	19,84	-0,25	-10,93
SANTA CRUZ	0,78	0,51	0,25	31,01	23,42	18,96	-0,53	-12,05
T. DEL FUEGO	0,00	0,29	0,00	21,98	15,26	10,80	0,00	-11,18
NO ENIA	0,74	0,50	0,44	33,63	25,61	23,12	-0,30	-10,51
BUENOS AIRES	0,68	0,43	0,41	35,68	26,05	22,43	-0,27	-13,24
LA RIOJA	1,14	0,67	0,74	35,20	26,29	23,61	-0,40	-11,59
CATAMARCA	0,78	0,74	1,12	42,45	30,38	25,50	0,34	-16,94
JUJUY	1,06	0,95	0,91	39,36	29,35	21,62	-0,15	-17,74
SALTA	2,33	1,35	1,58	55,84	38,63	38,00	-0,76	-17,84
SGO. DEL ESTERO	1,97	0,94	1,24	59,28	40,49	36,83	-0,73	-22,45

¹⁷ Es decir, responder a la pregunta de qué hubiera sucedido "sin programa".

TUCUMAN	1,03	0,73	0,83	45,90	32,99	27,72	-0,21	-18,18
CHACO	3,60	2,50	2,52	71,14	53,07	52,56	-1,08	-18,57
CORRIENTES	2,35	1,56	1,34	62,65	49,69	44,54	-1,01	-18,12
ENTRE RÍOS	1,71	0,95	0,91	43,90	34,91	30,05	-0,80	-13,85
FORMOSA	4,89	3,50	4,14	67,40	55,84	51,62	-0,75	-15,78
MISIONES	3,17	2,47	3,16	68,37	55,38	34,82	-0,01	-33,55
ENIA	1,33	0,87	0,93	44,27	32,77	28,15	-0,40	-16,12

Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS/Ministerio de Salud

Según se puede apreciar en el cuadro precedente, la reducción de la tasa de fecundidad adolescente, en ambos grupos de edad, fue mayor en las jurisdicciones con ENIA que en aquellas donde no está presente el programa. En el caso de la fecundidad temprana, la reducción en las provincias ENIA equivale a 1,3 veces la lograda en el resto de las jurisdicciones. En tanto que en el caso de la tardía esta diferencia es mayor: 1,5 veces.

Sin embargo, se decidió emplear una prueba estadística que permite comparar las distribuciones respectivas. Se conformaron sendos grupos de comparación de jurisdicciones con y sin presencia del programa y se empleó esta variable como factor en un análisis aplicando una prueba no paramétrica (U de Mann Whitney). Como variables dependientes se utilizaron las diferencias en las tasas de fecundidad adolescente, temprana y tardía, 2019/2021.

La prueba empleada conduce a aceptar o rechazar la hipótesis de nulidad de que la distribución de la variable dependiente es igual en ambas categorías del factor (provincias con y sin ENIA).

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de ca es la misma entre las categorías de Factor.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,128 ¹	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de fd es la misma entre las categorías de Factor.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,000 ¹	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,0

¹ Se muestra la significación exacta para esta prueba.

La prueba empleada permite rechazar la hipótesis de nulidad que afirma que ambas distribuciones no difieren, con una significación mayor a 0,001 en el caso de la fecundidad tardía. No así en el caso

de la temprana, en que la probabilidad de incurrir en error de tipo 1 al rechazar la hipótesis nula alcanzaría a 13%.

Equidad territorial

Distribución provincial

Además de analizar la evolución de las tasas de fecundidad se examinó la evolución de la desigualdad territorial reflejada por las mismas.

Con este propósito, se estimaron dos medidas diferentes de desigualdad de las tasas de fecundidad adolescente. en cada fecha.

La primera de ellas es el coeficiente de variación de dichas tasas, medido como el cociente entre la desviación estándar y la media, lo que no es otra cosa que una normalización de la primera de estas medidas de manera que no resulte afectada por las magnitudes de las puntuaciones y refleje meramente dispersión entre las mismas. Una total homogeneidad daría por resultado un coeficiente de variación igual a cero.

En segundo lugar, se empleó una transformación del coeficiente de Gini, comúnmente utilizado para medir la desigualdad de la distribución del ingreso entre perceptores. Básicamente, consiste en ordenar a los perceptores de menor a mayor en la propiedad cuya distribución se analiza¹⁸, para comparar las distribuciones acumuladas de perceptores y de ingresos. Normalmente el coeficiente arroja un valor de cero en el límite teórico de la igualdad absoluta (todos los perceptores reciben igual ingreso) y es igual a la unidad en el caso de que un único perceptor reciba la totalidad del ingreso.

Al utilizar a las provincias como unidades de percepción, se las ordenó de menor a mayor por la tasa de fecundidad adolescente de cada tramo de edad por separado y se compararon estas distribuciones con la correspondiente a las poblaciones de las edades respectivas.

Del cálculo de este “falso Gini” resulta un indicador con valor negativo, (-) producto de que, desde la mitad de la distribución aproximadamente, existe una tendencia a que las jurisdicciones acumulen más nacimientos de madre adolescente que población del grupo etario. Con lo que la curva de Lorenz va por encima de la recta que reflejaría la igualdad total. Se trata de un sesgo “pro provincias grandes”, que desfavorece relativamente a las jurisdicciones más pobladas, bien que en general en forma muy tenue.

Cuanto más se aproxima a cero el “falso Gini” negativo, tanto más se atenúa el sesgo mencionado. Así como se aleja de cero, el sesgo se acentúa.

Cuadro 4. Evolución de la desigualdad interprovincial de las tasas de fecundidad adolescente 2019 - 2021

¹⁸ Generalmente se los ordena por deciles o percentiles de ingresos

Falso Gini	2019	2020	2021
Hasta 14	-0,22	-0,22	-0,25
De 15 a 19	-0,09	-0,10	-0,10
Coeficiente de variación	2019	2020	2021
Hasta 14	0,62	0,67	0,71
De 15 a 19	0,25	0,28	0,31

Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS/Ministerio de Salud

La primera de las medidas de desigualdad empleada, el “falso Gini”, muestra que el sesgo hacia las provincias más grandes en términos de población prácticamente se mantuvo constante entre 2019 y 2021 en ambas tasas (temprana y tardía). Este sesgo se muestra mayor en el caso de la tasa de fecundidad de las adolescentes de hasta 14 años.

La segunda medida de desigualdad obtenida es el coeficiente de variación de las tasas de fecundidad. Esta medida estadística solo expresa dispersión en torno al promedio, sin señalar una “dirección” o sesgo discernible. Por lo que la información que brinda es menos significativa.

En este caso, se aprecia que, particularmente en el caso de la fecundidad adolescente temprana, tuvo lugar un ligero aumento de la dispersión entre provincias bajo el ENIA, como si hubiera tenido lugar una reducción despereja de la fecundidad.

Distribución de las prestaciones

ESI

El análisis territorial también contempló la distribución de las acciones y prestaciones del programa y su evolución entre los años 2020 y 2022, para los que se contó con información.

Entre las principales actividades desarrolladas deben considerarse las correspondientes a la Educación Sexual Integral (ESI).

El Programa Nacional de Educación Sexual Integral fue creado por la [Ley 26150](#) con el propósito de garantizar el derecho a recibir educación sexual integral en todos los establecimientos educativos del país, de gestión estatal y privada, en todos los niveles y modalidades.

Con la finalidad de analizar la distribución interprovincial de las acciones correspondientes al nivel medio (ciclo básico y orientado), se relacionaron los datos de registro provistos por el programa con la población meta: alumnos cursando el nivel medio por jurisdicción. Los datos sobre el total de alumnos provienen de la Secretaría de Información y Evaluación Educativa del Ministerio de Educación.

Cuadro 5. Alumnos de nivel secundario y estudiantes con actividades ESI-ENIA por provincias (2020/2022)

Provincias	Alumnos de nivel secundario			Estudiantes con actividades ESI-ENIA			Estudiantes ENIA/Alumnos (%)		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Jujuy	66.002	68.416	68.022	23912	35029	34502	36,2	51,2	50,7
La Rioja	31.670	32.504	31.864	10774	12817	12819	34,0	39,4	40,2
Salta	124.548	129.564	127.733	30930	38300	41470	24,8	29,6	32,5
Catamarca	41.099	42.262	42.702	8776	15185	12816	21,4	35,9	30,0
Tucumán	148.818	156.647	157.973	11542	31931	41426	7,8	20,4	26,2
Corrientes	104.560	108.897	108.826	11924	32095	24954	11,4	29,5	22,9
Santiago del Estero	76.974	76.905	78.249	10508	21097	16903	13,7	27,4	21,6
Entre Ríos	128.381	129.883	129.903	27199	28107	26761	21,2	21,6	20,6
Chaco	101.951	105.303	102.739	6681	25940	19430	6,6	24,6	18,9
Misiones	98.084	99.362	100.227	6032	9439	9987	6,1	9,5	10,0
Total país	924.107	951.764	950.260	150.298	251.961	243.090	16,3	26,5	25,6
Buenos Aires	1.617.295	1.676.093	1.677.473	2573	15724	17168	0,2	0,9	1,0

Fuentes: Elaboración propia en base a datos de registro Plan ENIA y Secretaría de Información y Evaluación Educativa/Ministerio de Educación

Entre los años considerados la proporción de alumnos del nivel medio que participó en actividades ESI-ENIA creció casi diez puntos porcentuales (de 16% a 26%). La provincia de Buenos Aires, aunque siguió esa tendencia, registró sin embargo una participación marginal.

En el lote de jurisdicciones con mayor participación se destacan claramente las del NOA, encabezadas por Jujuy, en donde la participación pasó de 36% a casi 51% entre los años considerados. Con menor participación, se destaca sin embargo la evolución ocurrida en Tucumán: de 8% a 26%. Hay que destacar que la provincia de Formosa no implementa ESI.

Asesorías de Salud Integral

Otra actividad destacable desarrollada por el programa son los asesoramientos ASIE (Asesorías de Salud Integral en Escuelas Secundarias) brindados a alumnos de ese nivel.

Cuadro 6. Alumnos de nivel secundario y Asesorías de Salud Integral-ENIA por provincias (2020/2022)

Provincias	Alumnos de nivel secundario			Asesoramientos ASIE			Asesoramientos ASIE/población objetivo (%)		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Jujuy	66.002	68.416	68.022	3878	5721	6370	5,9	8,4	9,4
Catamarca	41.099	42.262	42.702	1127	2349	3274	2,7	5,6	7,7
Santiago del Estero	76.974	76.905	78.249	3283	4423	5381	4,3	5,8	6,9
La Rioja	31.670	32.504	31.864	842	1385	1595	2,7	4,3	5,0
Chaco	101.951	105.303	102.739	3036	1963	4183	3,0	1,9	4,1
Misiones	98.084	99.362	100.227	2344	3284	3709	2,4	3,3	3,7
Salta	124.548	129.564	127.733	1588	2934	3458	1,3	2,3	2,7
Tucumán	148.818	156.647	157.973	2877	4070	4123	1,9	2,6	2,6
Entre Ríos	128.381	129.883	129.903	565	1511	3036	0,4	1,2	2,3
Total país	819.547	842.867	841.434	21.560	29.661	37.151	2,6	3,5	4,4
Corrientes	104.560	108.897	108.826	612	1086	1679	0,6	1,0	1,5
Buenos Aires	1.617.295	1.676.093	1.677.473	1806	3601	3912	0,1	0,2	0,2

Fuentes: Elaboración propia en base a datos de registro Plan ENIA y Secretaría de Información y Evaluación Educativa/Ministerio de Educación

Entre 2020 y 2022 la proporción de estudiantes que recibieron este tipo de asesoramiento pasó de 2,6% a 4,4%. Nuevamente cuatro provincias del NOA (Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero y La Rioja) se muestran en los niveles más altos en cuanto a las acciones de asesoría, seguidas por Chaco y Misiones. Una vez más, la proporción de alumnos que fueron objeto de ellas en Buenos Aires se muestra marginal, como también -en este caso- en Corrientes. Tampoco este tipo de acciones se desarrollan en Formosa.

Dispositivos LARC

Los dispositivos LARC (dispositivos anticonceptivos reversibles de larga duración, por sus siglas en inglés, tales como DIU e implantes subdérmicos) son provistos por el programa a una población objetivo compuesta por mujeres de 10 a 19 años con sólo cobertura de salud del sistema público.

Cuadro 7. Dispensa de LARC y población objetivo por provincias (2020/2022)

Provincias	Población objetivo (mujeres de 10 a 19 años con solo cobertura pública de salud)			Dispensa de LARC			Dispensa de LARC sobre población objetivo (%)		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
La Rioja	10.501	13.913	13.648	951	1231	1264	9,1	8,8	9,3
Jujuy	32.203	37.484	21.245	1468	1997	1898	4,6	5,3	8,9
Tucumán	60.737	52.399	55.208	3624	3636	4864	6,0	6,9	8,8
Chaco	58.930	65.886	52.155	3369	4053	3759	5,7	6,2	7,2
Salta	63.004	65.014	63.290	2913	3524	3660	4,6	5,4	5,8
Catamarca	16.518	17.240	17.140	1100	1107	980	6,7	6,4	5,7
Entre Ríos	49.931	52.232	42.521	1725	2125	1964	3,5	4,1	4,6
Misiones	59.174	52.477	58.530	2194	2693	2505	3,7	5,1	4,3
Formosa	34.312	38.558	34.420	956	1149	1013	2,8	3,0	2,9
Total país	387.330	397.224	360.178	20.320	23.536	23.929	5,2	5,9	6,6
Corrientes	36.453	52.183	49.475	818	1167	1220	2,2	2,2	2,5
Santiago del Estero	42.760	42.497	45.125	1478	1559	395	3,5	3,7	0,9
Buenos Aires	487.083	421.029	497.728	3757	2475	3473	0,8	0,6	0,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de registro Plan ENIA, proyecciones de población CNPyV 2010 (INDEC) y EAHU/INDEC

La dispensa de este tipo de métodos anticonceptivos aumento de 5,2% a 6,6% de la población objetivo entre 2020 y 2022. Las provincias de La Rioja, Jujuy, Tucumán y Chaco fueron las que mostraron una mayor incidencia. Si bien en la primera de ellas no se registraron cambios entre los años extremos. A diferencia de Jujuy y Tucumán, que dieron cuenta de significativos avances. Con bajas performances -por debajo del promedio- se muestran Corrientes y Santiago del Estero, al igual que Buenos Aires, también con una participación marginal en relación con su volumen poblacional.

[1] “Indicadores de niñez y adolescencia. Fecundidad adolescente. Argentina 2019”. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia/Ministerio de Desarrollo Social. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/senaf_dngdi-indicadores_nna-

[fecundidad_adolescente-arg2019_25_abr_2022.pdf](#)

[2] Es decir, responder a la pregunta de qué hubiera sucedido “sin programa”.

[3] Generalmente se los ordena por deciles o percentiles de ingresos.