



FLACSO
ARGENTINA

DOCUMENTO DE TRABAJO ESPECÍFICO No. 2

Monitoreo, luego aprendo.

Los aprendizajes en la implementación de relaciones intergubernamentales basadas en
desempeños del sector salud.

La experiencia argentina a través del Plan Nacer

Producto Final

Coordinador General
Miguel Lengyel

Equipo de investigadores
Jorge Walter
Javier Curcio
Alejandra Beccaria
Marina Calamari

Exploración bibliográfica y documental con inclusión de revisión de experiencias relevantes en América Latina

Objetivos

- Elaborar una síntesis del conocimiento existente sobre la estrategia, mecanismos y prácticas de M&E del PN, relevando las distintas publicaciones teóricas y académicas que traten la cuestión.
- Identificar y seleccionar en otras áreas de políticas públicas y de la salud experiencias de M&E, particularmente en programas basados en la gestión por resultados.
- Identificar y seleccionar en otros países de la región experiencias similares de M&E.
- Utilizar el conocimiento obtenidos del relevamiento de las experiencias mencionadas comparativamente para nutrir el análisis y ponderación del sistema de M&E del PN, facilitando en particular la identificación de las dimensiones clave en materia de aprendizaje y la forma en que esto a retroalimentado la readecuación del diseño e implementación de dicho sistema.
- Identificar y contactar a los informantes claves (funcionarios responsables del área de salud a nivel nacional y provincial y PN, directores de centros de salud, personal médico, y agentes de salud en los ámbitos nacional y provincial) para entrevistar en la siguiente etapa.
- Diseñar el instrumento para la realización del relevamiento de campo, que priorizará las modalidades de entrevistas semi-estructuradas y en profundidad.

Plan detallado de tareas

- **Revisión de los objetivos y estrategia del PN con una perspectiva dinámica -esto es, dando cuenta de sus modificaciones y ajustes desde su origen, si los hubiere- y de la forma en la que la lógica, diseño y articulación institucional su sistema de M&E refleja tales objetivos y estrategia.**

Para el desarrollo de esta tarea se explorará la información disponible de fuentes primarias (documento del Plan, informes de progreso o avance, informes internos, etc.) que pueda proveer el equipo del PN y de fuentes secundarias (publicaciones, informes de agencias, eventualmente, producción académica, etc.) sobre las dimensiones mencionadas del Plan.

- **Revisión bibliográfica y documental de experiencias de M&E en programas basados en la gestión por resultados en el área de la salud y otras áreas de política pública, contemplando un alcance regional lo mas amplio posible**

Se explorarán distintas fuentes de información: publicaciones en redes pertinentes (JSTORE, Red de CLACSO , Red de FLACSO, CLAD, INAP, etc.), publicaciones periódicas vinculadas y especializadas –nacionales, regionales e internacionales (Policy Studies Organization, Desarrollo Económico, Poverty and Public Policy, Review of Administrative Science Perspectives on Public Choice, etc.), documentos oficiales del gobierno argentino y de otras nacionales latinoamericanas, documentos ofrecidos por el equipo del Plan Nacer y otras agencias del áreas de Salud, y documentos de organismos internacionales (UNICEF, Banco Mundial, BID, CEPAL etc.). La búsqueda se realizará enfatizando programas de Latinoamérica.

A las fuentes de información previamente descriptas se le agregará –a fin de enmarcar teóricamente el análisis- un exhaustivo relevamiento y análisis de la literatura

académica “de frontera” proveniente de fuentes nacionales e internacionales, en particular aquella que enfatiza los procesos de aprendizaje a través del M&E como asimismo la centrada en el llamado “monitoreo de diagnóstico”.

- **Lectura y análisis de la bibliografía obtenida**

Se realizará la lectura crítica del material recolectado dando preponderancia durante la preparación del informe a aquellos textos (informes técnicos, bases y trabajos académicos) que contribuyan a identificar estrategias de M&E con un fuerte sesgo hacia el aprendizaje y su aplicación para la mejora continua del instrumento utilizado y, por ende, de la política pública en cuestión. Este aspecto será tenido en cuenta de forma preliminar, sobre el PN en particular.

- **Elaboración de una síntesis en forma de revisión narrativa.**

Una vez examinado todo el material, se realizará un informe en forma de revisión narrativa que resuma los hallazgos encontrados y provea un primer análisis y ponderación de la experiencia de M&E empleada por el PN. Esta última tarea incluirá como componente central una primera etapa de indagación en los aprendizajes obtenidos de dicha experiencia y de su retroalimentación en ajustes de diseño del Plan de y su mecanismo de M&E. Por supuesto, esta revisión servirá de insumo esencial para la preparación del producto final del proyecto.

- **Relevar aspectos destacados que se puedan preguntar y profundizar en las entrevistas a funcionarios claves**

Durante el proceso de análisis de la información obtenida de distintas fuentes se buscará identificar aspectos claves que sean de utilidad para alimentar la formulación de preguntas para la tarea de entrevistas con informantes clave. También como parte de esta tarea se realizarán reuniones informales con miembros de equipo del PN para definir posibles contactos de funcionarios a entrevistar como asimismo cuestiones prioritarias a ser abordadas en las entrevistas.

- **Diseño del instrumento para entrevistas**

Se procederá al diseño preliminar de la guía de pautas para la realización de las entrevistas con informantes clave (con todos los ítems consensuados como indispensables) sobre los rasgos, funcionamiento y configuración institucional del sistema de M&E del PN. Se definirá asimismo la lista de participantes de las entrevistas, contemplando la conveniencia de alcanzar interlocutores a nivel nacional, provincial y de los establecimientos “efectores” del PN.

INDICE

<u>I -</u> <u>INTRODUCCIÓN.....</u> <u>.....</u>	4
<u>II - MARCO CONCEPTUAL. EL M&E COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN EN EL CAMPO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS</u> <u>.....</u> <u>.....</u>	5
<u>III - COMPARACIÓN CON OTRAS EXPERIENCIAS DE M&E EN EL PAÍS Y EN LA REGIÓN LATINOAMERICANA - PRINCIPALES LECCIONES.....</u> <u>.....</u>	9
III.1 LA VISIÓN AGREGADA.....	9
III.2 EIDENCIA DE LA EXPERIENCIA MÁS DESAGREGADA.....	12
III.2.A EL ÉNFASIS “BOTTOM UP”	12
III.2.B EL ROL DE LOS ACTORES INTERMEDIOS	15
III.2.C HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN CUALITATIVAS ESPECÍFICAS Y CREATIVAS	16
<u>IV - ANÁLISIS DEL ESQUEMA DE M&E EMPLEADO EN EL PN EN RELACIÓN A SUS OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS. PRINCIPALES APRENDIZAJES</u> <u>.....</u>	18
IV. 1 BREVE DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DEL PLAN NACER Y DE SU SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN (M&E)	18
IV. 2 LA EXPANSIÓN Y COMPLEJIZACIÓN DE LOS ALCANCES DEL PLAN NACER Y SUS IMPLICANCIAS PARA EL SISTEMA DE M&E.....	21
IV.II.2.A Aprendizajes en los primeros años de implementación.....	22
IV.II.2.b Aprendizajes en la fase de expansión y de creciente complejidad del Programa.....	24
IV.3 EL PLAN SUMAR Y LOS DESAFÍOS A FUTURO EN MATERIA DE M&E.....	38
IV.3.A EL ESCENARIO PARA EL APRENDIZAJE Y LA MEJORA CONTINÚA QUE PLANTEA EL SUMAR.....	38
IV.3.B ALGUNOS APORTES PARA APUNTALAR EL ENFOQUE DE LA “ORGANIZACIÓN QUE APRENDE” EN LA FASE DEL SUMAR.....	39
<u>V.</u> <u>BIBLIOGRAFÍA.....</u> <u>.....</u>	43

I - Introducción

El Ministerio de Salud de la Nación está implementando desde 2005 el Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial (PISMIP), más conocido como Plan Nacer (PN), con el propósito de promover en las provincias argentinas Seguros de Salud Materno Infantiles Provinciales (SMIP) destinados a otorgar cobertura de salud a mujeres embarazadas, puérperas hasta 45 días después de la finalización del embarazo y niños menores de 6 años, con la única condición de que no posean cobertura explícita en salud. A través de esta cobertura se busca enfrentar los problemas de la infancia y de la maternidad de manera prioritaria a los fines de reducir los índices de morbilidad y mortalidad materno-infantil. Al mismo tiempo, se pretende apoyar el desarrollo de capacidades y una transformación institucional a nivel provincial que haga posible alcanzar respuestas a las vez más efectivas en términos de impacto y eficientes en términos de la utilización de los recursos disponibles.

El proyecto se implementa a través de un Equipo Nacional de Compra de Servicios de Salud (ENCSS) y de Equipos Provinciales de Compras de Servicios de Salud (EPCSS), apoyándose en una estrategia basada en la organización de Seguros Provinciales de Salud y en el pago por desempeño. En el marco de este esquema, la Nación se preserva un rol normativo, de financiamiento y de supervisión evaluativa, las Provincias tienen un rol ejecutivo y estratégico -ya que deben adaptar al programa de forma tal de que les sirva de instrumento para potenciar el progreso en materia de resultados priorizados conjuntamente con la Nación- implementando a tal fin un sistema de Seguros Provinciales, y los establecimientos de la red de salud pública realizan las prestaciones, cobran por ellas y, en su mayoría, utilizan los recursos para mejorar los servicios de salud brindados a la comunidad.

A su vez, la implementación del PN como programa basado en desempeños requiere el diseño e implementación de una estrategia de monitoreo y evaluación (M&E) de los mismos que, dada la configuración multinivel del programa –nación, provincias, establecimientos de las redes de salud-, se aplique a los desempeños sobre los resultados acordados entre la nación y las provincias y entre cada provincia y sus respectivas redes de salud. El PN -de forma

novedosa en materia de políticas públicas en el campo de la salud tanto en el país como en mucho de América Latina- abordó esta necesidad con una perspectiva altamente dinámica; es decir, el M&E se fue reconfigurando, acompañando y nutriendo la implementación del PN, en tanto instrumento no solo de control y supervisión de las prácticas del programa sino de aprendizaje que retroalimenta el contenido y alcance de la propia política pública objeto de seguimiento.

En efecto el PN, en la medida en que fue registrando una exitosa implementación¹, fue ampliando y complejizando el alcance de sus esfuerzos y *pari-pasu* rediseñando sus mecanismos de M&E. Inicialmente focalizado en la disminución de la morbi-mortalidad materno infantil en prestaciones de diagnóstico, prevención y cuidado de la salud a través del ataque de las causas fácilmente reducibles, pasó a cubrir prestaciones de mayor complejidad atacando las causas de morbi-mortalidad difícilmente reducibles. Como resultado de esta evolución, el PN contribuyó a partir de 2010 a la gestación de una nueva forma de gestión del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC) –que tiene como antecedente la resolución 107/08-, que incluyó el diseño de mecanismos de comunicación, reportes y transferencias de recursos y que se implementa bajo su órbita de gestión y financiamiento.

La dinámica brevemente descrita de M&E de desempeños y de su retroalimentación en el diseño del propio esquema de M&E como asimismo de la política pública en cuestión (PM) amerita examinar y documentar los aprendizajes registrados al implementar el programa por su relevancia para entender tanto los procesos de adecuación de las políticas públicas en un área clave para el desarrollo como los fundamentos institucionales que sostienen tales procesos.

Dado que el propósito final es contribuir a documentar y analizar de la forma más exhaustiva posible los aprendizajes generados a partir de la estrategia de M&E implementada por el PN, identificando oportunidades de mejora de su diseño, procesos y andamiaje institucional con vistas a alcanzar de manera más efectiva los resultados que el Plan busca, este producto se propone proveer los elementos preliminares para el logro de tal propósito. En ese espíritu, el documento plantea sintéticamente en primer lugar el enfoque conceptual sobre el M&E que guiará el análisis. Realiza luego un relevamiento de políticas y programas en el campo de la salud y en algunas otras áreas en Argentina y algunos otros países de América Latina que usualmente se toman como referencia a fin de “mapear” las tendencias dominantes que, de alguna forma, sirvan de “benchmark” al considerar el PN en particular. La siguiente sección examina el sistema de M&E del PN en particular, señalando su evolución en relación a sus objetivos y estrategia y buscando asimismo identificar los aprendizajes más relevantes registrados durante su implementación. Esta sección, que constituye el núcleo central de este trabajo, ha sido elaborada sobre la base principalmente de documentación original provista por los responsables del PN y de una serie de entrevistas realizadas a actores clave del Programa involucrados en distintos niveles de su arquitectura (en Anexo I se adjunta la guía de entrevistas con los respectivos informes de contenidos como asimismo una nómina de perfiles de actores cuya perspectiva sobre el Plan y su sistema de M&E se considera relevante conocer, agregando además la guía de pautas para entrevistarlos). Finalmente, la sesión final del trabajo presenta las principales conclusiones extraídas del análisis, tratando de aportar algunas reflexiones para continuar fortaleciendo el sistema de M&E ante los desafíos y complejidades que supone el pasaje actualmente curso del PN al Plan Sumar (PS).

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

II - Marco conceptual. El M&E como herramienta de gestión en el campo de las políticas públicas

Tanto desde el ámbito académico como desde el de la práctica –la formulación e implementación de políticas públicas- se reconoce en los últimos 10 o 15 años un creciente valor al atributo de las organizaciones (esencialmente instituciones del sector público en sus distintas expresiones: dependencias funcionales, programas, proyectos, etc.) para funcionar como “organizaciones que aprenden” (“learning organizations”). Esta capacidad se considera vital para poder desempeñar de manera eficaz, eficiente, responsable y legítima su papel de agentes catalizadores de mejoras en sus ámbitos respectivos de actuación, cualquiera sea el dominio de política pública en cuestión.

En parte, el valor asignado al aprendizaje está asociado a un cambio de paradigma en la forma en que se gestionan las políticas públicas, que parte e incluso refina el enfoque centrado en la “gestión por resultados” (GBR). Hay abundante literatura sobre los pros y contras de éste enfoque y la manera que se ha ido sucesivamente modificando y enriqueciendo (ver, por ejemplo, Rodríguez Larreta y Repetto, 2000; CEPAL, 2003, Figueroa Huencho, 2012; PNUD, 2002 y 2009).

En sus versiones originales, el GBR –aún haciendo hincapié como criterio rector en poner los procesos y productos al servicio de la obtención de resultados claramente definidos- no se diferenciaba totalmente del enfoque “burocrático” tradicional, cuyo rasgo central es la tendencia a enfatizar el rol de las reglas y normas para regir el comportamiento de los agentes (Mintzberg, 197²). Desde esta perspectiva, la generación de resultados se concibe como una consecuencia casi lineal y no problemática de la ejecución de las actividades de acuerdo a los procedimientos normativamente consagrados. Esta dinámica de gestión demostró resultar útil en contextos estables, en los cuales la rigidez del sistema de control sobre procedimientos no era una debilidad para abordar problemáticas que se mantenían prácticamente estancas y con un alto grado de uniformidad.

Las organizaciones que aprenden son hoy –no lo eran hace apenas 20 años, antes de la oleada de reducciones de tamaño, especialización y tercerizaciones- organizaciones en red, cuya capacidad de aprender reside en la aptitud para un uso reflexivo e instrumental de los estándares (que no están inscritos en piedra, como los diez mandamientos), sean estos de procesos de trabajo y de resultados o de “valores” (como los códigos de ética). La nueva palabra clave en las relaciones intra e interorganizacionales necesarias para un funcionamiento en red no es “estandarización” sino “comunicación”. Esto no significa que los estándares de procesos, resultados y valores hayan dejado de ser importantes. Lo que se ha modificado es su modo de concepción, implementación y utilización, que ahora es colaborativo, horizontal y ascendente. Las organizaciones burocráticas confían en la pericia de los técnicos para definir los estándares y reducen a los operadores al respeto de normas concebidas por otros, estimulándolos a hacerlo principalmente por medio de recompensas y castigos principalmente (directa o indirectamente) monetarios. Las estructuras en red se basan en la experiencia y en la inteligencia de los operadores para producir reglas con sentido, y es el sentido y el interés del trabajo el principal fundamento de su motivación. En otras palabras, se abandona la distinción convencional entre concepción y ejecución y es en eso que reside en gran medida su carácter de “organizaciones que aprenden”.

El tránsito de un modelo de gestión a otro -si bien incipiente y con diferencias importantes entre programas, áreas de política pública y países, como se verá en la sección siguiente- tuvo un fuerte impulso con el pasaje de un contexto estable y relativamente uniforme a otro que se

² Henry Mintzberg, El proceso estratégico. Conceptos, métodos y casos. Pearson Education, 1997.

caracteriza por una heterogeneidad y volatilidad crecientes, con la emergencia de situaciones nuevas y diferenciadas que requieren mucha más flexibilidad por parte de las organizaciones para responder rápidamente.

Expresión de esa heterogeneidad es la relación de complementariedad en dimensiones clave de la protección social (la salud, la educación) entre la cobertura universal y la provisión de prestaciones (bienes públicos, servicios) diferenciadas para distintos segmentos de la población; más rotundamente, aunque suene paradójico, la universalización de las prestaciones depende crecientemente de su personalización. Algunos autores (Cohen y Sabel, 2009) han acuñado la noción de “flexicurity” para referirse a esta situación. Expresión de la volatilidad, entretanto, no es solo la velocidad a la que ocurre la emergencia de nuevas necesidades a ser atendidas (por ejemplo, en el campo de las patologías neonatales) sino la altísima incertidumbre sobre la dirección de las mismas, lo que ha llevado a algunos a hablar de un contexto de “incertidumbre endémica” (Peter y Luckmann, 1997). Efectivamente, en un número creciente de áreas de interés público (atención de la salud, seguridad alimentaria, cambio climático, producción de bienes y servicios, por mencionar solo algunas) es cada vez más dificultoso predecir cual será la próxima variedad de virus, plaga animal o vegetal, desastre natural o demanda de mercado para la cual será necesario gestar y aplicar conocimientos de nueva generación que, además, se puedan trasladar rápidamente en innovaciones de servicios, productos o procesos. Se valoriza aún más entonces el valor estratégico del aprendizaje organizacional para lograr una alta capacidad de “gestión de la diversidad”, flexibilidad y capacidad de adaptación.

Por lo dicho hasta aquí es claro que un aspecto clave a los fines del aprendizaje organizacional bajo esquemas de GBR es la existencia de mecanismos y procedimientos rutinarios de M&E de políticas, programas, etc. que permitan hacer un seguimiento sistemático de los cursos de acción adoptados, ponderar su impacto a lo largo de toda la cadena de resultados y actores involucrados, generalizar los que sirven y ajustar/reorientar o eventualmente eliminar los que no -es decir, dar una respuesta institucional adecuada a problemas cambiantes y multi-dimensionales como los que plantean hoy en día las intervenciones en múltiples arenas de política pública-. Más específicamente, en el contexto actual no solo crecientemente incierto sino en el cual la generación, circulación, apropiación y aplicación de conocimiento tiende a producirse cada vez más a través de distintos tipos de articulaciones interdisciplinarias, interinstitucionales y con actores de múltiples ámbitos y niveles, un M&E dinámico y orientado al aprendizaje, en contraposición a un mero M&E de control, tiene un doble valor agregado. Sucintamente, el M&E de control se orienta a realizar un balance de las acciones emprendidas en términos de la distancia entre objetivos y resultados, la eficacia de la gestión, y mucho menos comúnmente, la pertinencia del propio programa; se trata, por ende, de un modelo de M&E que no tiene un interés prioritario en las decisiones a tomar sino en apreciar la mayor o menor correspondencia entre lo sucedido y lo planeado. El M&E dinámico, en cambio, está fundamentalmente interesado en la generación de nuevas acciones a partir de la ponderación integral de lo realizado; consecuentemente, las decisiones a tomar son frecuentemente puntos de inflexión o apuntan a la construcción de opciones novedosas a través de la iniciación de nuevos programas o de la revisión profunda de los objetivos asignados y criterios de asignación, de las formas de organización, de los volúmenes de financiamiento, de la atribución de responsabilidades, etc.

El énfasis está puesto, por ende, en la formulación de una arquitectura institucional y de procedimientos que hagan del seguimiento y evaluación no un instrumento de mero registro o control –que pueden ser eventualmente compatibles en un marco de GBR- sino un vehículo para el aprendizaje y retroalimentación del proceso de diseño e implementación de las intervenciones públicas. De esta forma, el M&E se concibe como un proceso que se inscribe en todo el ciclo de vida de una política, programa o proyecto, es decir *ex ante*, concomitante y

ex post; concebido de esta manera, interviniendo en estos tres momentos en un proceso continuo de formulación y ajuste de objetivos, de racionalización de los medios y de mejora de las condiciones de implementación, el aprendizaje organizacional inducido por el M&E incluye la propia instancia de toma de decisiones. Se trata, en consecuencia, de una herramienta clave para la “governabilidad” de la intervención pública, al permitir el seguimiento y evaluación de todas las instancias de la iniciativa en cuestión y de sus responsables, la generación de nuevos incentivos basados en la noción de desempeño, el fortalecimiento de la práctica de rendición de cuentas y, por ende, la mayor transparencia y legitimidad de la intervención pública.

El enfoque del M&E orientado al aprendizaje organizacional en el marco de la GBR es el que nutre este trabajo para abordar la experiencia del PN. Desde el punto de vista analítico un pilar fundamental de dicho enfoque proviene del aporte de la sociología económica sobre “aprender monitoreando” en primer término (Sabel, 1993, 2004, y 2007; Sabel and Reddy, 2003; Barón Maldonado, 2005) y sobre “monitoreo de diagnóstico” más recientemente (Sabel, 2007b).

Originalmente, este abordaje fue pensado para el M&E y la optimización de procesos de producción a nivel de fábrica, aunque su aplicación se hizo extensiva a una amplia variedad de otras esferas. En términos generales, la propuesta de aprender monitoreando plantea entrelazar las evaluaciones de desempeño (ya sea en el ámbito de la producción de bienes o servicios o bien, en el caso de este trabajo, en relación a un programa público en salud) con la reevaluación y al mismo tiempo redefinición -de ser necesario- de las metas/objetivos buscados a través de un proceso de carácter horizontal y con la participación de los actores involucrados. La premisa en este sentido es que el aprendizaje se potencia considerablemente cuando es desarrollado de forma colectiva y las prácticas de monitoreo son llevadas a cabo, en parte, por quienes se encuentran involucrados en las políticas/procesos a evaluar. En otras palabras, las soluciones y las propuestas que se deriven de este tipo de monitoreo no son ajenas a los sujetos que integran los procesos evaluados.

Desde el punto de vista de la relación entre conocimiento y acción, las estrategias clásicas de M&E de las políticas sociales suelen asumir que es posible implementar reformas desde los estados centralizados, es decir de “arriba hacia abajo” o, en otros términos, que pueden llevarse a cabo reformas institucionales desde afuera de los procesos mismos y con prescindencia del aporte (generalmente parcial, incompleto, pero potencialmente complementario) de los propios beneficiarios (el modelo de la “racionalización por el experto”). Por el contrario, la idea de aprender monitoreando propone desarrollar los seguimientos y subsiguientes reformas y recomendaciones de manera descentralizada y no desde arriba hacia abajo, sino, desde la horizontalidad misma que genera la participación de los diversos agentes. Presupone además que, cualquiera sea su finalidad y su carácter más o menos participativo, la evaluación está fundada en la idea de que toda intervención sobre la sociedad tiene un carácter experimental, con resultados inciertos, constituyendo en la mayoría de los casos esbozos provisionarios a testear que usualmente serán modificados o aún abandonados –trabajo de ajuste que no es atributo exclusivo del “príncipe” sino un proceso sistémico que involucra un número considerable de actores-. Es más, este proceso no es secuencial sino continuo e iterativo en tanto que las políticas son repensadas y reorientadas continuamente a través de una dinámica de “ida y vuelta” entre los encargados de la formulación/implementación de las intervenciones y aquellos que son sus beneficiarios putativos.

El aprendizaje a través del monitoreo puede entenderse entonces como un dispositivo institucional que induce a ensamblar, de manera simultánea, los problemas colectivos con los actores mismos que se encuentran involucrados en ellos. Los miembros de un grupo, los trabajadores de una fábrica, los beneficiarios de una política social, etc., a través de diferentes

discusiones, de debates, de múltiples acciones también sujetas a monitoreo y seguimiento, son capaces de transformar y en este sentido redefinir aquellos resultados que no son los esperados o que evidencian situaciones no deseables. En este sentido, este proceso de aprendizaje por medio del involucramiento de los sujetos en el monitoreo de diversas situaciones, conduce al desarrollo de nuevas “sociedades” entre beneficiarios y autoridades, haciendo que el empoderamiento de ambas partes se refuerce mutuamente, generando al mismo tiempo formas más democráticas y participativas de control sobre las autoridades públicas.

La noción de aprender monitoreando se engarza y potencia metodológicamente con la de monitoreo de diagnóstico, a saber, la revisión sistemática de la elección de los servicios y de la forma y efectos de su provisión con vistas a revelar problemas o limitaciones y sus causas probables. Cuanto más diferenciados los servicios mayor es el valor de esta revisión sistemática y cuanto más abarcativos los mismos (tanto en cuanto a su cobertura como a la gama de prestaciones) mayor la necesidad de técnicas o métodos basados en una revisión de pares comprensiva de casos representativos para revelar variaciones en el desempeño de los proveedores y sugerir que es lo que provoca la bondad o no de una prestación. Esta modalidad de M&E se asemeja al “análisis de las causas profundas” (que se utiliza por ejemplo en sistemas productivos como el de Toyota) antes que a los experimentos “random” usualmente citados como “buenas prácticas” en las evaluaciones de políticas. De esta forma, el monitoreo de diagnóstico permite y ayuda a guiar una búsqueda responsable y ordenada de cambios o innovaciones que, a la par que respeta la autonomía local, provee a las autoridades a cargo de la revisión una visión más comprensiva y penetrante de lo que los fondos públicos están financiando y de su retorno.

El componente central de esta estrategia de M&E es la revisión cualitativa de los servicios (RCS) provistos a través de un análisis confiable que va obviamente más allá de la información cuantitativa actualizada de la cantidad de beneficiarios cubiertos por la iniciativa en cuestión y su comparación con las metas definidas a comienzos de la misma. Este análisis requiere en cambio, por una parte, información más comprensiva del seguimiento de la situación de medio y largo plazo de las personas que están participando³; por el otro, una investigación intensiva de casos representativos en áreas “representativas” (incluyendo casos de éxito), conjuntamente con la revisión de pares como “test de confiabilidad”, que apunte a identificar las causas críticas de problemas y brechas de desempeño y permita moverse inductivamente de resultados micro a macro. Todo el “sistema” y el proceso de provisión del servicio es sometido así a escrutinio y evaluación. De esta forma, en la medida en que se reconoce la necesidad de brindar servicios más diversificados y diferenciados a la vez, la RSC es la disciplina o herramienta que puede afirmar que los responsables de proveerlos son efectivos en hacerlo, proporcionarle al gobierno (en este caso a los responsables del programa) la capacidad de monitorearse a sí mismo, presionar a los colaboradores “aguas abajo” a que hagan lo mismo y definir una regla cruda pero sustanciada en profundidad de donde y porque se asignan los recursos sobre la base del desempeño.⁴

³ Una metodología frecuentemente usada es la de recabar datos comprensivos de un grupo de control con el cual el desempeño de los beneficiarios del programa pueda compararse con más datos secundarios comprensivos (recolectados usando encuestas de gran escala) a fin de comparar cambios en indicadores socio-económicos clave en las zonas incluidas.

⁴ La cuestión de como evaluar es un debate aun inconcluso, planteándose distintas posibilidades: programas “problema”, proyectos piloto, programas de gastos elevados o alta visibilidad o, mas en la línea propuesta por la idea de monitoreo de diagnóstico, investigaciones sistemáticas tendientes a indagar sobre la eficacia de los programas. En cualquier caso, un modelo de monitoreo de diagnóstico tal como lo entendemos en este texto es por naturaleza esencialmente inductivo y de carácter cualitativo. Las opciones en materia de evaluación cualitativa son varias, y pueden responder a un enfoque pos positivista (¿han sido alcanzados los resultados esperados?, ¿son atribuibles al programa?), pragmático (¿Que partes del programa funcionaron bien y que partes necesitan mejorarse?), interpretativista (¿como fue la experiencia de los diferentes *stakeholders* del programa?); o crítico (¿de que modos las premisas, objetivos o actividades del programa sirven para mantener el poder y las inequidades en la distribución de recursos en la sociedad?, ¿como pudo el proceso de evaluación desafiar esas

III - Comparación con otras experiencias de M&E en el país y en la región latinoamericana - Principales lecciones

III.1 La visión agregada

Adelantando lo que será la conclusión de esta sección, con vistas al análisis sobre el PN en particular en la sección siguiente, es posible afirmar con certeza razonable que, considerando de forma amplia el escenario reciente de políticas públicas en el país como asimismo la experiencia en países como Brasil, Chile y Colombia –que suelen tomarse como referencia de casos relativamente virtuosos en el campo de la salud y otras esferas de política pública- el PN es un programa pionero en la implementación (si bien aún parcial) de un sistema de M&E orientado al aprendizaje, en el marco de un modelo de GBR.

Tomando América Latina y el Caribe en su conjunto no caben dudas que, aún en el marco de un giro conceptual de las políticas de protección social en general hacia opciones de más amplio alcance con la “universalización” como meta rectora, la implementación del enfoque de GBR fue ganando terreno en diversos dominios de la política pública (ver, por ejemplo, Figueroa Huencho, 2012; PNUD, 2009 y Repetto, 2011).⁵

Lo mismo puede decirse de las prácticas de seguimiento y evaluación a nivel regional. En efecto, un número creciente de países de la región asigna una importancia cada vez mayor a los procesos de M&E de las intervenciones públicas en sus diferentes modalidades. Las razones que se esgrimen son varias: aumentar su eficacia, comprender mejor que intervenciones e inversiones públicas dan mejores resultados, y mejorar la responsabilidad y la transparencia sobre el uso de los recursos públicos (*pari-passu* con una creciente presión por parte de la ciudadanía para obtener una rendición de cuentas mayor). En pocas palabras, se reconoce crecientemente al M&E como una función estratégica del Estado en aras de la búsqueda de eficacia, eficiencia e impacto de las políticas públicas (Burdescu, 2005; Saavedra, 2007; Aquilino y otros, 2012).

En realidad, el valor asignado al seguimiento y evaluación no es nuevo en el caso particular de Argentina, donde se observan desde hace ya dos décadas iniciativas de distinto tipo y alcance para instalarlos con éxito diverso en el nivel estatal (Canievsky, 2007). Más recientemente existen también esfuerzos en las áreas de salud, educación y trabajo para implementar evaluaciones de impacto como asimismo auditorías de resultados y operativas, frecuentemente

inequidades estructuradas?). Diferentes preguntas implican diferentes diseños del proceso de evaluación.

⁵ Las tendencias comunes recientes en ALC en materia de políticas sociales, en particular de salud, no se agotan en la búsqueda de la cobertura universal. Luego del énfasis en décadas previas en la promoción de la participación del sector privado en la gestión del financiamiento público y la provisión de servicios –con la consiguiente creación, por ejemplo, de administradoras de fondos y redes de proveedores privados para la atención de los más pobres-, la descentralización de los establecimientos públicos, y la separación del financiamiento y la provisión públicas, se destaca en la última década la revalorización del papel del Estado como prestador y regulador (la idea del “Estado garante” en Argentina), y bajo su rectoría la descentralización de la gestión de los servicios y el control de la escalada de costos –transformaciones todas motivadas a integrar paulatinamente los distintos subsectores de la salud y a articular sus distintos niveles de provisión (nacional, provincial y municipal)- (CEPAL, 2007). Es en el marco de estas transformaciones que la preocupación por asegurar la cobertura universal se ha instalado como norte, incluyendo en el caso de varios países compromisos explícitos en cuanto a acceso, cobertura y garantías básicas para la población

como condición asociada a una fuente de financiamiento externo (ver, por ejemplo, CIFRA, 2012; Repetto et al, 2012; Jelin et al, 2012).

Ahora bien, estas tendencias comunes no deberían esconder un rasgo dominante de las experiencias de M&E en la región en general y en Argentina en particular, a saber, su fuerte heterogeneidad en términos de enfoque, alcances y propósitos. Considerando la región en su conjunto, la institucionalización a nivel nacional de los sistemas de M&E presenta diferencias notables en términos de estructura, proceso de implantación, anclaje normativo, alcances, modalidad de circulación de la información, tipos de incentivos contemplados y gestión de los procesos, entre los aspectos más relevantes (Banco Mundial, 2005 y 2006; BID, 2007):

- En términos de su estructura institucional, Colombia (SINERGIA) concentra las funciones de M&E en un solo sistema; Chile y Brasil están organizados en dos sistemas –uno de control de gestión (SCG) y otro de seguimiento de la programación gubernamental (SSPG) en el caso chileno, y uno de monitoreo de las metas presidenciales (SMMP) y otro de monitoreo de los programas del plan plurianual en el brasilero (SMPPA)- con una articulación relativamente fuerte entre ellos; y en Argentina, donde el esquema de M&E está estructurado en tres sistemas con poca coordinación entre sí –el de seguimiento físico-financiero (SSFF), el de información, monitoreo y evaluación de programas sociales (SIEMPRO), y el de monitoreo de gestión por resultados (SGPR).
- En cuanto a su implantación, a excepción de Chile, donde los sistemas fueron lanzados desde un primer momento a escala considerable, en particular el SCG, en los demás países su creación fue gradual, siguiendo tradicionalmente un patrón de inicio a través de experiencias piloto que se fueron extendiendo a demás organizaciones y programas una vez que los procedimientos y métodos habían alcanzado cierto grado de madurez.
- También difieren significativamente los “modelos nacionales” de M&E en cuanto a los instrumentos legales que les dieron origen, existiendo algunas situaciones, como las de Argentina y Brasil, en las que la opción privilegiada (aunque no única) fue la de valerse de instrumentos que permiten mayor maleabilidad –como los decretos-, mientras que en otros como Chile y Colombia se tendió a establecer una base legal más sólida desde el inicio.
- Aún dentro de cada uno de los países, los sistemas no realizan las mismas actividades: solo en los casos del SIEMPRO de Argentina, el SCG de Chile y SINERGIA de Colombia se realiza M&E, mientras que en los restantes casos solo se hace monitoreo sobre el que se “anclan” las evaluaciones. En sentido similar, la profundidad y complejidad de los sistemas varía ya que algunos monitorean a nivel de programas (ej., SIEMPRO y el SSFF en Argentina) mientras que en otros casos se dan diferentes combinaciones de M&E de programas, de sectores y/o de desempeño organizacional.
- Los sistemas de M&E también se diferencian en relación a los usos que priorizan, destacándose notoriamente en el caso de Chile la utilización para informar el proceso de asignación presupuestaria y mejorar la gerencia pública, poniendo en cambio menos énfasis en la mejora de las políticas sectoriales y programas o en la rendición de cuentas. En Colombia en cambio, aunque un tiempo atrás la priorización era similar, recientemente han ganado relevancia los componentes de rendición de cuentas y de mejora de políticas sectoriales. En Brasil, el peso específico está puesto en la planificación sub-nacional y de sectores específicos, mientras que Argentina trata de combinar el uso del M&E en el desempeño presupuestario, la planificación sectorial particularmente en el área de políticas sociales, y los procesos de gestión.

- La información que se obtiene a través del M&E varía significativamente en términos de su alcance y calidad; asimismo es muy despareja su utilización como incentivo para la mejora del desempeño de programas, agencias y actores no sólo entre países sino al interior de los mismos. Resulta en consecuencia muy difícil identificar un patrón común que distinga un caso de otro tanto en términos de los mecanismos de incentivos empleados como asimismo de la forma en que ellos inciden en que la información nutra el proceso de ajuste o redefinición de las intervenciones públicas. La evidencia existente de un análisis más casuístico de programas individuales sugiere, sin embargo, que esta incidencia es de “baja intensidad” en una gran proporción de casos (ver, por ejemplo, Saldomando, 2009; CIPPEC, 2012).

Esta última particularidad, sin dudas fundamental de los sistemas de M&E en ALC, se relaciona estrechamente con la distribución de roles y responsabilidades que dichos sistemas asignan a las partes más directamente involucradas a lo largo de toda la cadena de una política o programa, sus formas de vinculación y sus capacidades. Como vimos en la sección previa, estos factores son determinantes para sustentar procesos de aprendizaje y retro-alimentación en la toma de decisiones, es decir para moverse desde sistemas y estrategias de M&E inclinadas al control hacia modalidades alternativas orientadas al aprendizaje. En este sentido, no obstante todas las distinciones enumeradas previamente, los sistemas nacionales aquí considerados exhiben un patrón relativamente común:

- Los elementos básicos de la agenda de M&E (modalidades, procedimientos, metas) están fuertemente determinados por la/s institución/es responsables de cada sistema;
- El desarrollo de las metodologías del sistema –fuertemente inclinadas hacia las dimensiones de ejecución y resultados- está siempre a cargo de las unidades coordinadoras (usualmente ubicadas a nivel centralizado); y
- La definición de metas e indicadores si bien requiere, en alguna medida, la participación de las instituciones y programas evaluados, además de la propia unidad coordinadora, se caracteriza por niveles usualmente bajos de esa participación.

Predominan, en consecuencia, sistemas de M&E relativamente centralizados y organizados verticalmente, que si bien favorecen la rectoría por parte del Estado nacional (y en algunos casos provinciales o estatales), carecen de una robusta institucionalización de la responsabilidad y aporte de todos los integrantes de la cadena. A ello se agrega una baja inclusión en general de los actores sociales y de los beneficiarios de las intervenciones como sujetos activos de las estrategias de M&E, otorgando a los sistemas existentes un fuerte sesgo de modelos de oferta, rígidos y poco porosos o permeables a las demandas/información/conocimiento del último peldaño de la cadena “aguas abajo” y, por ende, carentes de elementos efectivos de articulación entre oferta y demanda. Estos rasgos de los sistemas de M&E se hacen presentes en la práctica aún cuando en más de un caso la normativa que los sostiene plantea “lógicas” de funcionamiento y mecanismos tendientes a la construcción de sistemas con características casi opuestas. En otras palabras, en muchos casos las características de los sistemas de M&E están inscriptas en su propio diseño; en otros, en la brecha entre la “letra” del sistema y su cumplimiento.

III.2 Evidencia de la experiencia más desagregada

Ya se hizo referencia en este trabajo al paso del enfoque burocrático en materia de gestión al enfoque sobre redes como modo de hacer frente a la incertidumbre. En este sentido, tres

cuestiones principales surgen de una revisión de experiencias recientes en diferentes países y ámbitos de política pública: el énfasis “bottom-up”, el rol de los actores intermedios, y el uso de metodologías de evaluación cualitativa con herramientas de evaluación específicas y creativas.⁶

III.2.a El énfasis “bottom up”

Al moverse del nivel agregado de los sistemas nacionales de M&E a las estrategias más desagregadas a nivel de sector, política o programa es posible identificar, a través de un paneo relativamente amplio pero no exhaustivo, algunos casos o tendencias que introducen matices en el cuadro general descrito hasta aquí. Debido a su número, carácter parcial y/o incipiente sistematización o institucionalización no llegan, sin embargo, a alterar el panorama general descrito en la subsección previa.⁷

En el sector salud en Argentina,⁸ para comenzar con el ámbito del programa que concierne a este trabajo y que será materia de análisis específico en la sección siguiente, el Programa Nacional Remediar-Redes –orientado a fortalecer y consolidar las redes provinciales de salud con el objetivo de incrementar la accesibilidad de la población a la atención primaria de la salud- ha impulsado recientemente la profundización de ciertas pautas establecidas en su normativa de M&E (concebida dentro del esquema de Marco Lógico) que brindan indicios que el aprendizaje comienza a ser percibido como un ingrediente integral de esos procesos. El objetivo es que las jurisdicciones provinciales formulen proyectos de fortalecimiento de sus redes de salud sobre la base de la metodología de GBR, concibiendo tales proyectos no como una iniciativa “one shot” sino como procesos dinámicos, permanentes e integrales.

Desde el ángulo del M&E esto supone la elaboración de diagnósticos periódicos descentralizados, elaborados por equipos locales, que son analizados por los demás actores de la red en una serie de instancias de validación participativa –que en algunos casos involucra la participación de organizaciones de la comunidad-.⁹ Es interesante destacar que esto supone que la elaboración de un diagnóstico no tiene un punto final, sino que su elaboración está continuamente abierta a redefinición y mejora a medida que avanza el ciclo de la gestión; es decir, durante la aplicación de un proyecto se estará en condiciones de realizar ajustes al diagnóstico hecho al inicio como punto de partida en la medida en que el conocimiento de la realidad en la que se interviene se siga profundizando. Concomitantemente, el M&E debe ser un proceso flexible que pueda dar cuenta y adaptarse a las posibles modificaciones o reorientación en la ejecución de las actividades previstas, siendo por ende una herramienta útil para la gestión.

El mayor desafío que este sistema parece enfrentar para transitar exitosamente hacia una lógica afianzada de aprendizaje es el de la forma en que se institucionalizarán los equipos locales generadores de información y conocimiento en “la base” como asimismo –y quizás

⁶ Esta afirmación no implica ignorar los logros del enfoque top-down, que es complementario, sino lo que se trata es de establecer un equilibrio entre ambos abordajes. El énfasis es necesario debido al déficit histórico de participación.

⁷ Un estudio reciente sobre quince programas nacionales en Argentina de distintas esferas de política pública (salud, educación, empleo de jóvenes, producción y consume sustentables, seguridad alimentaria, etc.) muestra que, aun cuando casi el 90% de los programas contempla instancias de M&E, solo cerca un 30% tiene algún tipo de estrategia de participación de actores y la evidencia es aun mas escasa de sus aportes tengan incidencia en el proceso de toma de decisiones (Aquilino y otros, 2012)

⁸ Una evaluación particularmente crítica sobre la calidad de los sistemas de salud y la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en distintas zonas del país puede encontrarse en Paganini et al, 2010.

⁹ De alguna manera, estas tendencias de cambio en el programa Remediar-Redes responde a la lógica impulsada en su momento en el sector de la salud dirigido a fortalecer en la participación comunitaria en los programas a través del Programa Acción Conjunta Técnica con Organizaciones de la Sociedad Civil, ejecutado por la comisión coordinadora para la participación de las ONGs y otras entidades vinculadas a la promoción de la salud.

más importante aún- los ámbitos y canales que servirán de nexo para que dicha información/conocimiento nutra el proceso de toma de decisiones respecto al curso de los proyectos en cuestión.

Siguiendo en el sector salud, pero en Brasil, la creación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1988 por la Constitución Nacional, implica el intento quizás más ambicioso en la región de poner en práctica una estrategia de M&E de las políticas y programas en salud según la perspectiva planteada en ese trabajo. Amparado en un concepto amplio de salud que se sustenta en los principios de universalidad, equidad e integridad, el sistema abarca desde la atención ambulatoria más simple hasta el trasplante de órganos, buscando garantizar el acceso completo, universal y gratuito para más de 190 millones de habitantes. En la creación del SUS se asoció descentralización con democratización, se ampliaron los derechos sociales de la ciudadanía –integrando la protección de derechos individuales (previsión social) a la protección de derechos colectivos (salud y asistencia social)-, y se descentralizaron las competencias e ingresos tributarios para estados y municipios. En línea con estos criterios, el SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones federales, estatales y municipales; especialmente interesante en cuanto a la articulación del funcionamiento del sistema, cada municipio se encarga de proveer atención a su población o de derivar a los usuarios a otros municipios.

El gobierno federal tiene una fuerte rectoría sobre todo el sistema ya que tiene a su cargo preservar y promover los principios del SUS, definir prioridades nacionales, participar en el financiamiento tripartito (federal, estadual y municipal), controlar y gerenciar todo el sistema de información en salud (DATASUS) y monitorear los resultados de los programas y políticas. Como parte de esta estructura que pivotea alrededor del estado federal, el Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas (DERAC) es responsable desde 2003 de la coordinación de la política nacional de regulación, control y evaluación, del desarrollo de las directrices y de la coordinación de la producción de servicios de atención a la salud en los estados y municipios, y del programa nacional de evaluación de servicios hospitalarios.

Al mismo tiempo, sin embargo, la creación del SUS también implicó que el seguimiento y evaluación del sistema serían competencia compartida de los tres niveles de gobierno, siguiendo la idea de que su funcionamiento se fundamente en el control social o la participación comunitaria a través de diversas instancias, a saber, los Consejos de Salud, las Comisiones Inter-gestoras y el Sistema Nacional de Auditorías, entre otras. No obstante esta intención, recién trece años después de la creación del SUS los estados y municipios empezaron a establecer y desarrollar acciones de control y monitoreo contable, financiero y asistencial sobre las acciones de los prestadores de salud. En la actualidad la participación comunitaria está garantizada por una red de más de 5000 Consejos Municipales de Salud, 27 Consejos Estatales de Salud y el Consejo Nacional de Salud.¹⁰ Los Consejos son órganos colegiados, deliberativos y permanentes, con composición paritaria (la mitad representa a los usuarios del SUS y la otra a los proveedores de servicios, a los directivos y a los profesionales de la salud) que existen en los tres niveles de gobierno y forman parte de la estructura básica del Ministerio de Salud. Los Consejos participan en la formulación y la proposición de estrategias, el monitoreo de las políticas de salud, las decisiones sobre la asignación de recursos y la implementación de los programas de salud, orientando las directrices y priorizando los lineamientos de la política de salud a través de las Conferencias Nacionales de

¹⁰ Esta tendencia hacia la descentralización se acentuó en 2006 con el denominado Pacto para la Salud, cuyas directrices definieron las áreas prioritarias del SUS a través de la profundización de los procesos de regionalización y sus instrumentos de planificación y programación (el Plan Director regionalizado, el Plan Director de Inversiones y la Programación Pactada e Integrada). También a través de ese Pacto el SUS estableció las responsabilidades del gestor municipal y estatal en el control y la evaluación de los servicios y la definición de indicadores para el monitoreo de desempeño.

Salud, que convocan cientos de miles de personas en eventos municipales y estatales. Particularmente interesante de destacar, ya que es central a la concreción en la práctica del postulado de descentralización del sistema, el flujo de información/conocimiento es ascendente en tanto que se inicia en el municipio –nivel al que se registra la información sobre las unidades de salud donde es además validada-, se transmite al nivel estadual -donde la Secretaría de Salud consolida la información-, desde donde se eleva al nivel central (Ministerio de Salud), donde se procesa toda la información y se la hace pública.

Siguiendo el mismo principio de colocar al usuario-ciudadano como eje del diseño y monitoreo de las políticas y acciones de salud, el gobierno del Presidente Lula puso en el Programa Más Salud (en el marco del Programa de Aceleración del Crecimiento 2008-2011), cuyos ejes de intervención implicaron intensificar la participación y el control social del SUS, reforzar los Consejos y las Conferencias de Salud como instancias descentralizadas y participativas y profundizar la regionalización para el ordenamiento de prioridades en la atención de la salud.

Según diversos autores (Becerril Montekio et al, 2009; Silva, 2009) el sistema de M&E del SUS, fuertemente descentralizado y participativo, adolece sin embargo de dos debilidades principales que requerirían corrección para desarrollarse plenamente y consolidarse como un esquema centrado en el aprendizaje. La primera es que, no obstante las instancias de participación sobre las que se asienta, la fuerte desigualdad social que sigue existiendo en Brasil condiciona que gran parte de la población no tenga conocimiento de la existencia y funcionamiento de esas instancias; por ende, existe un alto riesgo de captura de las mismas por parte de los sectores más favorecidos de la población, con la consiguiente segmentación de la asistencia a favor de los servicios de mayores costos dado el sesgo de las demandas sectorizadas. Esta reflexión hace justicia, sin dudas, a lo planteado por distintos expertos respecto a la paradoja que se presenta en materia de participación: si bien existe un consenso internacional sobre la importancia que se debe asignar a la participación como medio y como fin del desarrollo (y, por ende, en todas las políticas públicas que tienden a promoverlo), resulta cada vez más difícil comprenderla y hacerla real en términos prácticos (Fassin, 2000).

La segunda es que la información que se transmite de abajo hacia arriba en el sistema tiende a estar permeada por una lógica contable-financiera, debido a las características del personal usualmente a cargo y la inercia institucional, apuntando en consecuencia al control sobre la realización de procedimientos preestablecidos, la programación presupuestaria y la estandarización y flujo de solicitudes y autorizaciones, antes que al conocimiento sobre las necesidades y prioridades de la población beneficiaria. De nuevo, como antes se mencionó al tratar la experiencia argentina en el caso del Programa Remediar-Redes, parece sustancial no solo la existencia de instancias de participación a distintos niveles sino la forma en que terminan institucionalizándose los criterios y recursos a través de los cuales esas instancias se configuran (principios procedimentales, competencias, etc.), se desempeñan (roles y atribuciones) y se articulan.

III.2.b El rol de los actores intermedios

Saliendo del campo de la salud para entrar en otros, como la educación, el desarrollo rural o la gestión municipal, varias experiencias en la región aportan elementos de juicio valiosos sobre el posible tránsito de sistemas de M&E imbuidos con una lógica jerárquica de control por resultados a otros permeados por una lógica de generación de conocimientos a partir del rol de ciertos actores intermedios.

Una investigación realizada en Argentina, Colombia, Chile y Perú puso de manifiesto el rol de los “actores intermedios” en el gobierno de la educación (Gvirtz y otros, 2009). El trabajo

constata la escasa importancia que se concede a estos actores en las agendas política y de investigación latinoamericanas, que sigue considerándolos “canales neutros de ejecución”, ignorando el papel activo que pueden tener. Constata también que son extremadamente débiles las estructuras institucionales al interior de las cuales operan.

Ahora bien, en el caso específico de quienes son responsables de funciones de supervisión e inspección, los hallazgos revelan que no sólo desarrollan tareas de carácter operativo (casi exclusivamente administrativas) sino que tienen una capacidad importante para adoptar decisiones sobre aspectos sustantivos de la política, que implican la redefinición/adaptación de objetivos, en su ámbito específico de influencia. De ello resulta que, cuanto mayor es la distancia entre las instancias de elaboración de políticas y los actores de nivel intermedio, mayores son los problemas de control (central) y por lo tanto, mayor resulta la capacidad de estos actores para ampliar sus márgenes de autonomía, aunque no siempre cuenten con los recursos cognitivos y financieros adecuados para producir los resultados que guíen su comportamiento. Es más, los hallazgos de esta investigación permiten concluir que aquellos aspectos relativos a la organización de estos actores tienen un efecto significativo en las posibilidades de actuar en favor de la equidad; concretamente, se verifica en los cuatro países que los actores de nivel intermedio cumplen no sólo funciones ligadas a la comunicación “descendente” de los principales lineamientos macropolíticos y al control jerárquico de las tareas de directivos y docentes sino que, más recientemente, han comenzado a incorporar y asumir entre sus funciones la de asesoramiento pedagógico a las escuelas. Como consecuencia de ello, las escuelas están dejando, lentamente, de percibirlos únicamente como agentes que las vigilan y están empezando a reconocerlos como actores que las apoyan y acompañan a lo largo del proceso educativo.

Del análisis de estas experiencias surge una serie de recomendaciones valiosas para el reforzamiento de este género de instancias intermedias que pueden ser perfectamente tenidas en cuenta con relación a diferentes tipos de política pública y que son extremadamente sugerentes en lo que respecta al rol potencial que pueden jugar en el pasaje de un M&E de control a uno que premie el aprendizaje.

La cuestión de los actores intermedios también es tratada por otra investigación reciente (Nussbaumer y Cowan Ros, 2011) donde se aborda una variedad de casos de Argentina y Brasil, entre los cuales parece particularmente interesante para el propósito de este trabajo el referido a la gestión de los presupuestos participativos en cuatro municipios del estado de Porto Alegre en Brasil (Kunrath Silva, 2011). Se enfatiza allí que, en contextos como el brasilero, caracterizado por amplios y persistentes “agujeros estructurales” en los cuales el acceso a los derechos depende de una constante negociación, la capacidad de acceder a las instituciones -incluidas las denominadas participativas (coincidiendo con lo expuesto previamente sobre las limitaciones de la propuesta altamente participativa del SUS de ese país)- por parte de la población menos preparada tradicionalmente depende en gran medida de la presencia de “mediadores”. Se hace evidente así el modo en que la presencia de estas nuevas instancias intermedias de participación redefinen la forma de relación estado-sociedad y alteran los mecanismos y mediaciones sobre los cuales esas relaciones estaban constituidas (en particular el rol de los Concejales y las ONG).

Desde la perspectiva específica de este trabajo, esta investigación es valiosa porque permite anticipar los desafíos que implica la introducción de nuevas formas de mediación -como es el caso del rol del Centro Coordinador de CCC financiado por el PN- en un contexto previamente estructurado por otros tipos de mediaciones. Como se mencionara, el PN tiene un paquete de prestaciones priorizadas que, a grandes rasgos, se puede dividir por la naturaleza del problema a atender de acuerdo a su complejidad. Este sistema de derivaciones fue implementado para mejorar la articulación de la red de atención de cardiopatías congénitas en

particular, pero el mismo no tiene generalidad para el resto de las prestaciones priorizadas por el Programa.

III.2.c Herramientas de evaluación cualitativas específicas y creativas

De la experiencia de M&E de fuera de la región surge además que la mirada ascendente y el énfasis en los actores intermedios están acompañados (y se ven potenciados) por el acento puesto en la metodología de evaluación cualitativa, como un complemento reequilibrador respecto al énfasis puesto durante las últimas décadas en el monitoreo cuantitativo y la GBR. En otras palabras, por la triangulación metodológica cuali-cuantitativa.

En este sentido, hay actualmente una aceptación gradual de las limitaciones de la investigación y evaluación cuantitativas. Además del relativamente modesto argumento acerca de la complementariedad de la investigación cuantitativa y la cualitativa, la evaluación cualitativa de las políticas es superior en tres aspectos: primero, estudia los procesos sociales y las acciones en contexto; segundo, estudia los procesos en el tiempo; tercero, hace posible la investigación teóricamente fundada (“theoretically grounded”). (Finch, 1986; Shaw, 1999).

Es importante destacar a los fines del análisis específico del sistema de M&E del PN algunos elementos de juicio sobre el tipo de herramientas de evaluación que sería conveniente formaran parte de una estrategia de evaluación cualitativa. El mismo se desprende de las fuentes citadas previamente sobre investigaciones de experiencias de M&E externas a ALC.

Varios aportes surgen de un proceso de evaluación cualitativa de varios proyectos del Tennessee Pre-Natal Programme, en los Estados Unidos, denominados TIOP (Toward Improving the Outcome of Pregnancy), implementados a fines de los años setenta (1977-1982) -que dieron lugar a una serie de publicaciones durante la primera mitad de la década de los 90 (Withmore, 1990, 1994)-. Ese programa busca facilitar una indagación participativa que pone el acento en contactar mujeres que usaron el servicio, tantas como fue posible, y se las invita a participar en el equipo de evaluación. Se seleccionó a cuatro mujeres para que formularan el diseño, recogieran y analizaran la información, y presentaran los resultados.¹¹ La recolección de la información se basó en entrevistas semi-estructuradas y en cuestionarios. Los resultados netos fueron positivos, con efectos beneficiosos a nivel individual, grupal y del más amplio medio social resumidos en el siguiente cuadro¹²:

Cuadro: Resultados de la evaluación del programa prenatal

Nivel de Práctica	Componente del empoderamiento
Individual	Auto-confianza Conocimientos/habilidades Entusiasmo y disfrute
Grupal	Superación del aislamiento Aumento de la confianza

¹¹ De acuerdo a lo expresado por el propio investigador a cargo del trabajo, “...investigación, educación y acción en un esfuerzo para mejorar las condiciones sociales y económicas bajo las cuales la gente vive. Estos objetivos principales involucran un cambio social amplio, justicia e igualdad logrados mediante la búsqueda de un empoderamiento de los incumbentes (*constituents*) menos poderosos (Withmore, 1990).

¹² Resultados similares pueden encontrarse en algunos análisis sobre la reforma del sistema de protección social para niños (Noonan y otros, 2009)

Medio social	Oportunidades educacionales Conversación con grupos externos Desafío del sistema de servicios sociales Oportunidades de empleo
--------------	---

En forma coherente con este enfoque, el procedimiento de investigación que seguirá este trabajo procurará que la recolección de información que se llevará a cabo como próximo paso se convierta en una instancia de reflexión para quienes participen en ella.

A modo de síntesis de lo revisado en esta sección, el patrón predominante en ALC en M&E se distingue por su centralización y organización vertical, su énfasis cuantitativo y orientado predominantemente al control de los recursos, con un protagonismo y responsabilidad que carece de una adecuada definición a lo largo de toda la cadena de la política o programa en cuestión. Se trata además de esquemas poco participativos, condición que, como se adelantó, es un requisito central en los modelos inclinados hacia el aprendizaje. Al mismo tiempo, del examen preliminar de la experiencia desagregada en la región y fuera de ella surgen algunos casos interesantes, inclusive muy ambiciosos en su alcance, que se inscriben en una lógica alternativa más descentralizada y participativa, pero cuyo “talón de Aquiles”, expresado si se quiere en forma un tanto exagerada, reside en su forma de institucionalización; más concretamente, en la medida en que el involucramiento de los actores sociales, beneficiarios primarios de las intervenciones, redundará en un aprendizaje que mejora la definición de prioridades, el diseño y la implementación de las intervenciones, vía correcciones que incidan positivamente en su eficiencia y eficacia. La forma en que esta lógica alternativa se institucionaliza (procedimientos, instancias, capacidades) y se “rutiniza” como forma de operación se presenta como factor clave de éxito. Tomando en cuenta estas consideraciones, el PN resulta un caso particularmente atractivo de analizar en sí mismo y en términos de las lecciones que puede ofrecer para el M&E de políticas públicas en salud y en muchos otros campos de interés público.

IV - Análisis del esquema de M&E empleado en el PN en relación a sus objetivos y estrategias

IV. 1 Breve descripción del perfil del Plan Nacer y de su sistema de monitoreo y evaluación (M&E)

Como se adelantó en la introducción, el PN¹³ plantea un modelo novedoso de gestión para la obtención de resultados de las políticas públicas en el sector salud basado en varios pilares. Orientado por el principio de equidad se trata de un modelo que busca una estrategia de priorización de prestaciones y grupos poblacionales con el propósito de reforzar la cobertura universal del derecho a la salud y, al mismo tiempo, la adaptación local de la propuesta de manera de dar debidamente cuenta de necesidades diferenciadas a nivel desagregado (provincial). Segundo, siguiendo las recomendaciones de la OMS, otorga particular relevancia a la búsqueda de resultados para mejorar la eficacia en la provisión y financiamiento de las prestaciones de salud (enfoque de GBR como se menciona en la primera sección). En tercer lugar, adopta esquemas alternativos de financiamiento de la salud que inauguran una nueva lógica de pago por desempeño –en lugar de la de las modalidades tradicionales de pago por

¹³ Para una consideración de los antecedentes y proceso de gestación del PN ver, por ejemplo, Langou y otros, 2011; Repetto, 2011; Potenza y otros, 2012).

presupuesto-, apoyada en incentivos a percibir por los recursos humanos que trabajan con las poblaciones más vulnerables. Finalmente, la búsqueda de resultados en materia de salud y las prestaciones que se pretende que contribuyan a su logro se apoyan fuertemente en la generación de consensos entre la nación y las provincias.

En suma, -planteándose como objetivos generales el incremento de la cobertura y la mejora de la calidad de la atención materno-infantil y como específicos el fortalecimiento del sub-sector público de salud y la promoción de Seguros de Salud Materno Infantil Provinciales-, el modelo de gestión que impulsa el PN inaugura una nueva forma de buscar resultados en la implementación de políticas sociales en el sector salud que respeta la organización federal del país¹⁴, persigue de manera consensuada la co-responsabilidad nación-provincias en el logro de esos objetivos y en la generación de los recursos, establece un sistema de premios y castigos en base a desempeño y potencia la rendición de cuentas.

La arquitectura institucional a través de la cual se lleva adelante este modelo de gestión comprende tres niveles. El nacional (Ministerio de Salud, Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios) representado por la Unidad Ejecutora Central (UEC), que elabora las regulaciones necesarias para el funcionamiento del Plan, establece las metas, y transfiere recursos. Las provincias, donde se conforman las Unidades de Gestión del Seguro de Salud (UGPS) con diferente inserción institucional dependiendo de cada jurisdicción, las cuales son responsables por la actualización de los registros de beneficiarios, la valorización del nomenclador de las prestaciones, la contratación y compra de prestaciones priorizadas a su red de efectores y el establecimiento de objetivos sanitarios; en el marco de la modalidad de transferencia establecido en el Plan, las provincias reciben el 60% de una base capitada en función de la nominalización de la población y el 40% en función del cumplimiento progresivo de los objetivos sanitarios reflejados en diez indicadores trazadores. El tercer nivel, de las redes de efectores a nivel provincial, que actúan regidos por compromisos de gestión, adquieren prestaciones priorizadas bajo la modalidad de pago por prestación y se diferencian entre sí por el nivel de complejidad de las prestaciones que están en condiciones de ofrecer; en efecto, integran esta red unidades con diferentes capacidades -como hospitales de diversa complejidad y centros de atención primaria de la salud (CAPS)- y, por ende, distintos objetivos y funciones en el sistema de salud. Los efectores de la red pública de salud que se encuentran bajo convenio con el Programa realizan la provisión de prestaciones priorizadas y las facturan al PN, por lo que obtienen recursos adicionales.¹⁵

El marco normativo del Plan esta dado principalmente por dos tipos de instrumentos: Los convenios que se suscriben entre la UEC y las provincias, y, los compromisos de gestión, acordados entre las UGPS y los efectores. Es a través de esta arquitectura que los responsables del PN consideran que se generan mecanismos efectivos, formales e informales, de generación de consensos entre niveles de gobierno y al interior de las jurisdicciones provinciales. En este sentido, la primera instancia de generación de consensos es el COFESA y los mismos quedan reflejados en el Plan Federal de Salud.

El sistema de M&E que el Plan adopto desde su mismo origen -que es inherente al modelo de gestión de financiamiento por desempeño en tanto que la propia definición de resultados de desempeño implica la configuración de un mecanismo de monitoreo- sirve para empoderar a la nación y a las provincias en su capacidad de rectoría de todo el esquema de intervención. Precisamente, el rol crucial asignado al monitoreo como reaseguro intrínseco al desempeño

¹⁴ Un revisión interesante de la articulación del PN a nivel provincial que examina en particular los márgenes de maniobra con que las provincias cuentan para adecuar el programa a las condiciones o prioridades locales se encuentra en Potenza del Maestro, 2012.

¹⁵ Vale puntualizar que, en el marco de este esquema general de pago por prestación, lo que hace la mayor diferencia en términos del progreso en la protección financiera de la población es esencialmente el financiamiento de prestaciones de alto costo, tales como los módulos de atención integral de CC.

del Programa a través de la recolección y análisis de información para la evaluación, tomando como parámetro fundamental a tal fin el impacto que se espera que el Plan produzca y sus efectos reales, es el elemento adicional que le otorga un carácter distintivo al modelo de gestión del PN.¹⁶ Como el propio Área Técnica de Monitoreo, Estadísticas y Reportes del PN lo explicita, el M&E en el marco de una modelo de GBR "...representa un desplazamiento de énfasis en los insumos y actividades (los recursos y procedimientos) hacia un enfoque en los productos, impacto, resultados y en la sustentabilidad de esos resultados" (Plan Nacer, 2011). Esto supone, como se resaltarán en detalle seguidamente, un cambio de enfoque sustancial que pone sobre el tapete la noción de "mejora continua" y tiene impacto en las dimensiones sujetas a M&E como asimismo en las herramientas para motorizarlas.

En términos funcionales, el sistema de M&E adoptado por el PN está a cargo de la UEC, que centraliza y procesa la información proveniente de las unidades responsables de la administración del Programa a nivel provincial y de otras fuentes¹⁷, y es complejo, detallado y permanente, como se explicitará con cierto detalle seguidamente,¹⁸ Es más, no obstante el rol de liderazgo que la UEC ejerce en materia de M&E, desde esa unidad se promueve el monitoreo provincial, el análisis de desempeño y la generación de capacidades gerenciales en todos los niveles de implementación del PN de modo de permitir potenciar las probabilidades de éxito en la implementación de la política pública a través del Programa.

En términos de sus componentes, el sistema de M&E del PN toma en cuenta, a partir de una visión integral del proceso de monitoreo, tres dimensiones, a saber, el contexto (i.e., aquellos factores paramétricos que pueden influir en el Programa y su desempeño); la relación entre la organización y el contexto (i.e., aspectos cruciales que condicionan, dada la configuración multinivel del Programa, el desempeño nación-provincias y provincias-efectores –y que usualmente se expresan en indicadores de gestión del Programa-); y la organización (i.e., sus capacidades como asimismo su dinámica interna y organizacional), tal cual lo plantean las propias autoridades del Plan (Silva, 2012).¹⁹

Los mecanismos de monitoreo y los instrumentos de evaluación han sido entretanto diversos como asimismo sus fuentes, y se han ido ampliando y complejizando a lo largo de la

¹⁶ En otras palabras, para que el Programa pueda entrar en funcionamiento se necesita primero definir resultados, precisar los indicadores que van a medir esos resultados y, finalmente, para que puedan efectivizarse las transferencias los desempeños perseguidos deben poder reportar la debida evidencia. En consecuencia, a diferencia de lo que ocurre generalmente en otros programas, en los que se da una intervención específica y luego se avanza en la definición de un esquema de monitoreo, en el PN ese esquema de monitoreo estuvo definido desde su mismo inicio, con las trazadoras o con los niveles de transferencia por inscripción de beneficiarios.

¹⁷ El PN lleva un registro de beneficiarios que se confronta mensualmente con los registros de la seguridad social (nacional y provincial) y de otros programas nacionales, de tal forma de evitar la doble cobertura y la existencia de subsidios cruzados no deseados. El padrón de beneficiarios del PN es considerado como uno de los más completos y actualizados del país, ya que también incorpora información de las obras sociales provinciales. El PN cruza además información con todos los padrones de la seguridad social a través de la Superintendencia de Seguros de Salud, con los padrones del Programa Federal de Salud y con otros registros pertinentes (SINTyS y RENAPER).

¹⁸ En el caso de los efectores, para utilizar un ejemplo que remite al eslabón más descentralizado de todo el esquema del Plan, deben llevar una historia clínica actualizada de cada beneficiario al que se le preste un servicio. Para el seguimiento de las acciones desarrolladas se han elaborado diferentes instrumentos y herramientas (asignación de fondos, informes prestacionales, liquidación de prestaciones) que completan los efectores, los remiten a la UGSP y posteriormente a la UEC. Tanto la UEC como las UNGPS tienen atribuciones de auditoría sobre los efectores.

¹⁹ Una premisa central de esta visión es que existe la necesidad de implementar una política pública porque existe un contexto que demanda una intervención, para lo cual se diseña una organización que la lleve a cabo a fin de generar cambios; en este proceso, la idea es que el cambio en la interacción entre la organización y el contexto puede ser sujeto a monitoreo permanente, observándose como cambian ambas dimensiones y esto retroalimenta, a su vez, las decisiones acerca de las siguientes etapas de intervención.

evolución del Programa, como veremos en la sección siguiente. Adelantando en parte lo que se explicitara mas abajo y solo para ilustrar, en el caso del monitoreo se redefinieron instrumentos (ej., las trazadoras) y se incluyeron otros aspectos clave como la de gestión de procesos o de cobertura de salud, que permite un monitoreo específico del Programa, implicando distintas áreas funcionales (Gestión, Médica, etc.). En el caso de la evaluación, se fue más allá del pago por desempeño inicial para intentar retomar otros aspectos necesarios en el plano institucional y en cuanto a la propia lógica organizacional del sector salud, con su correspondiente correlato en términos de abordajes y de mecanismos e instrumentos concretos.

Como veremos en la sección siguiente y debe destacarse especialmente, el sistema de M&E del PN se puede encuadrar adecuadamente en lo que en la Sección II se ha definido como “M&E dinámico”, ésto es, un sistema de M&E orientado en esencia a producir nuevas concepciones, acciones y componentes a partir de la ponderación integral de lo realizado; se trata de un sistema que prioriza, en consecuencia, la idea de aprender permanentemente a través del monitoreo, buscando de manera progresiva realizar mejoras en el diseño para potenciar el avance hacia los objetivos del Programa.

La noción de M&E dinámico resulta particularmente pertinente para capturar la naturaleza del sistema del Plan en tanto que, para poder cumplir cabalmente las funciones puntualizadas arriba, el propio sistema ha debido repensarse, a lo largo de la vida del Programa, para crecer y avanzar en su enfoque, tanto en las dimensiones a monitorear como en sus aspectos conceptuales, buscando así lograr un alcance más ambicioso y complejo que lo ha llevado a involucrar distintas perspectivas, dimensiones y herramientas. En otras palabras, el sistema de M&E del PN es un sistema “vivo”, en permanente escrutinio y eventual redefinición a fin de poder cumplir adecuadamente su rol de usina de insumos de información y conocimiento para la mejora continua del Programa (o, mas ambiciosamente de la política pública en cuestión).

En este sentido, acompañando y nutriendo a través del aprendizaje la reorientación del Plan, el M&E ha resultado una actividad vital en tanto que el aprendizaje ha marcado el ritmo de la implementación, ha servido para detectar (o no) el logro de las metas propuestas y ha generado insumos que retroalimentan el desarrollo del Plan. Ha funcionado, por ende, como mecanismo a la vez de supervisión, de control de gestión y de apoyo fundamental a la toma de decisiones. Dicho de otra forma, *la historia del PN, desde su inicio y con su posterior extensión, es la historia de las mejoras que continuamente se fueron realizando a partir del monitoreo de los resultados que se iban obteniendo con los medios a disposición (sujetos también a permanente escrutinio, ponderación y cambio)*. Por su parte, *la evaluación ha estado orientada a examinar la dirección estratégica del PN en cada una de sus fases de implementación y frente al organismo que financia el proyecto. De esta forma, dado que la UEC es responsable de alcanzar los ODP para lograr un nuevo desembolso (nueva fase) y las provincias son responsables de la operación, el sistema de M&E es una pieza clave para que el gobierno central posea influencia para dirigir el programa en un contexto federal y descentralizado*.

En la secciones que siguen se profundizara el análisis de estos movimientos del M&E y su estrecha relación con la evolución del Plan desde su nacimiento, como asimismo de los nuevos desafíos que enfrenta en la medida que el PN se expande en su alcance poblacional, se complejiza en materia de prestaciones y la organización a cargo de implementarlo madura y se sofisticada. Mas aun, adelantando lo que se explicitara mas en detalle en la subsecciones siguientes, la ampliación del alcance del programa y de las prestaciones ofrecidas ha conducido a la incorporación de nuevas prestaciones de mayor complejidad *con el consiguiente paso de una lógica jurisdiccional a una lógica de trabajo o funcionamiento en red, que parte de la necesidad de integrar un conjunto de efectores de salud del subsistema*

público para poder brindar una cobertura efectiva (avanzando en tal sentido hacia una lógica mas horizontal e interjurisdiccional).

IV. 2 La expansión y complejización de los alcances del Plan Nacer y sus implicancias para el sistema de M&E

El PN, finalizada su segunda fase de implementación, continúa y se expande por medio del Programa SUMAR. Brevemente, tal como ya se adelantara, en la medida en que los resultados del Plan lo ameritaban –esto es, fue verificando un logro considerable de sus objetivos en materia de resultados en salud-, fue perfeccionando su estrategia de implementación; esto ha ido acompañado, a su vez, por la necesidad de readecuar su lógica de intervención y el andamiaje organizacional que la sustenta como asimismo su sistema de M&E en el cual se apoya para fortalecerlo en términos de la pertinencia de sus componentes, los procesos involucrados, la solidez de la planificación y los mecanismos de articulación interna y externa.²⁰ En otras palabras, el sistema de M&E -aspecto en si mismo sujeto a una importante redefinición o adecuación conceptual e instrumental durante la implementación del Plan- ha constituido un pilar del rediseño gradual pero comprensivo del Programa.

Para ello, un insumo central lo han constituido hasta el presente varios aprendizajes que el equipo a cargo del Plan fue obteniendo en el proceso de implementación en base a la evidencia recogida de manera sistemática sobre diversas facetas del Plan, con un enriquecimiento importante de su enfoque teórico/conceptual y un acervo creciente de metodologías y herramientas. Al mismo tiempo, se plantean sin embargo interrogantes importantes en su mayoría vinculados al diseño del programa, a su “institucionalidad” futura y la naturaleza del proceso de M&E con vistas a dar sustentabilidad a la política de intervención en materia de salud a través de la estrategia iniciada por el PN y a partir del presente a través del Programa Sumar.

II.2.a Aprendizajes en los primeros años de implementación

El PN se inició a fines de 2004 en 9 provincias del Noroeste (NOA) y Noreste (NEA) argentinos, donde los problemas de morbi-mortalidad materno infantil eran los más graves a nivel nacional, pero a su vez se trataba de contextos institucionales con bajo nivel de diferenciación. En este marco, El PN se focalizó en su primera etapa, que se extendió hasta 2007, en las prestaciones de diagnóstico, prevención y cuidado de la salud a través del ataque de las causas fácilmente reducibles de morbi-mortalidad materno infantil, estando dirigido a embarazadas, púerperas y niños/niñas menores de 6 años.

En 2007, aun cuando la Fase 1 no había completado aún la ejecución de todos los recursos tendientes a la obtención de los resultados (Plan Nacer, 2011), el Plan extendió su cobertura territorial a las provincias de la regiones Centro, Cuyo y Patagonia, buscando así dar un paso más en el objetivo centrado en el criterio de equidad de moverse hacia la cobertura universal en este caso en materia de la población alcanzada y de la protección financiera.

Esta expansión del programa introdujo un primer desafío importante en la ejecución del Plan ya que implicó un fuerte incremento de la Población Objetivo como asimismo una creciente

²⁰ Como lo señalan los propios integrantes de la UEC, el diseño de intervención en políticas públicas, en sus inicios, no debe tener una estructura demasiado densa porque puede ser perjudicial para su éxito. En la medida en que se fue avanzando y los distintos actores fueron identificando y ejerciendo de manera efectiva su rol, el diseño fue tomando más estructura. Estos momentos fueron posibles de identificar por la estrategia de M&E.

complejidad derivada de la mayor heterogeneidad en términos de las condiciones de salud previas a su puesta en marcha, las configuraciones institucionales locales (cantidad y capacidad de los establecimientos efectores) y el impacto presupuestario de los recursos a ser utilizados por el Plan. En otras palabras, tal como lo expresan los propios responsables del PN, el pasaje de la fase I a la II puso a prueba la flexibilidad y capacidad de adaptación del Programa para priorizar y atender eficazmente problemáticas sanitarias diferenciadas, como asimismo la pertinencia de los mecanismos e instrumentos para generar evidencia que nutriera las decisiones acerca del desarrollo futuro del Plan.

El sistema de M&E del Plan, tal como se adelantara en la sección previa, fue concebido desde sus inicios como un componente esencial de la arquitectura institucional del Programa, con una fuerte impronta de mecanismo de aprendizaje destinado a generar insumos informativos y de conocimiento para la adecuación de su diseño, tanto en términos de su concepción general como de varios de sus componentes críticos. Para materializar este enfoque –es decir, para que el sistema pudiera funcionar bajo la premisa de la ponderación integral de lo realizado y, a partir de la misma, de fuente de aprendizaje sobre nuevas concepciones, acciones y componentes-, la estrategia de M&E no pudo quedarse estanca; por el contrario, debió repensarse permanentemente a sí misma y modificar gradualmente su enfoque, no solo creciendo conceptualmente sino en términos del alcance y priorización de las dimensiones a evaluar y de la metodología/herramientas para llevar a cabo su tarea.

En este sentido, tal como lo reconocen los mismos integrantes de la UEC del Plan (Plan Nacer, 2012[a]), el M&E se centró al inicio del Programa en el desempeño sanitario y en las evaluaciones de impacto. En relación al desempeño, las dimensiones de M&E que resultaron privilegiadas fueron la de contexto y, particularmente, la de la interacción entre la organización y el contexto; para ello el Programa se apoyó en un conjunto de indicadores de implementación referidos tanto al proyecto en su conjunto como a la relación Nación-provincias y provincias-establecimientos provinciales de salud (en términos instrumentales esto quedó plasmado en indicadores referidos a los Objetivos de Desarrollo del Proyecto [ODP], a los resultados intermedios del Programa y a aspectos complementarios de “performance”) (Plan Nacer, 2012[c]). En relación a las evaluaciones de impacto, la base la proveyeron técnicas micro-económicas dirigidas a determinar cuantitativamente los efectos en materia de salud atribuibles a la existencia del Plan, tratando de identificar la relación de causalidad entre la intervención y los resultados verificables.

Es decir, en su primera fase, el sistema de M&E estuvo fuertemente orientado a capturar la efectividad y eficiencia del Programa aunque, por la propia naturaleza y alcance del enfoque empleado, estaba en condiciones de retroalimentar solo parcialmente el proceso de toma de decisiones, particularmente en lo que hace al diseño del programa, al ofrecer información insuficiente sobre la dirección, aspectos y modalidades sobre las que es necesario incidir y, eventualmente, re-perfilar las intervenciones para obtener mejores resultados.

Es fundamental resaltar que el “modelo” de M&E de la primera fase del PN *se articuló en el marco de una lógica de intervención que se podría denominar “jurisdiccional”*, basada en una fuerte rectoría de la Nación conjuntamente con un rol importante asignado a las provincias para negociar el paquete de prestaciones priorizadas con que el Plan se “expresaría” en cada una de las jurisdicciones –permitiendo asimismo cierto margen de maniobra a nivel provincial para re-priorizar posteriormente las prestaciones dentro de dicho paquete a través de los precios abonados a los prestadores-.

En el marco de esta lógica de intervención, el proceso de M&E fue generando varias iniciativas y aprendizajes en los primeros años de implementación del Programa que redundaron no solo en el rediseño de las herramientas utilizadas, sino en el alcance de las

dimensiones abordadas e, inclusive, en su enfoque general que cristalizaron en la fase siguiente de expansión y complejización.

En este sentido, *una de las primeras acciones llevadas a cabo en materia de monitoreo*, que partió del reconocimiento de la fragmentación y carencias de los datos disponibles, fue consolidar un acervo de base sobre toda la información externa de salud disponible, que se tradujo en la construcción de la Base de Indicadores de Salud (BISA). La BISA sentó las bases para una instancia importante *del monitoreo del contexto*, actualizándose de manera permanente. Fue más tarde complementada por el programa DEBINFO, que es accesible para todas las provincias a los efectos de hacer consultas sobre información en materia de salud.

También durante los primeros años de implementación del PN se comenzó a avanzar en la generación de instrumentos (Informes de Gestión bimestrales) *para el monitoreo de la relación del programa con el contexto*, esencialmente a través de indicadores propios que focalizaban inicialmente en resultados financieros para avanzar luego hacia los resultados médicos.

Estos avances en el andamiaje instrumental de control del PN tuvieron su correlato durante los primeros años de implantación del Programa *en la necesidad de desarrollar las instancias institucionales para llevarlos a cabo*. Fue así que se pasó de una situación inicial en la que la supervisión del Programa incumbía las cuestiones técnicas y administrativas a un desdoblamiento entre las áreas de Supervisión de Gestión (control de gestión y supervisión de gestión a nivel provincial) y de Auditoría y Supervisión Médica (que tomó íntegramente bajo su responsabilidad el paquete prestacional con todos los programas nacionales y provinciales)

A nivel de las herramientas para evaluar el desempeño del Programa en su conjunto, un primer aprendizaje significativo se dio *en relación a los ODP*, que buscan capturar el grado de cumplimiento de los principales objetivos y definición de metas a alcanzar en un período determinado. El aprendizaje fue doble y consistió en identificar, por una parte, la falta de una adecuada organización de un equipo encargado del seguimiento de los indicadores sobre los ODP (nivel UEC); por la otra, la necesidad de que los ODP incluyeran, como no lo hicieron en su formulación original, resultados sanitarios medidos por trazadora.²¹ *Este aprendizaje retroalimentó el rediseño de los indicadores para la fase II del Programa, que pasó a incluir dichos resultados*. Esta modificación, anclada en el aprendizaje derivado del monitoreo permanente, resulta fundamental para construir un cuadro completo del desempeño del programa y detectar ineficiencias en la gestión de los seguros ya que permite identificar adecuadamente las brechas de desempeño en relación de los objetivos y las brechas de reporte en relación a las metas (ver BIRF, 2011)

También a nivel del Programa en su conjunto otro cambio relevante proveniente del aprendizaje obtenido en el proceso de implementación fue la inclusión de indicadores de equidad en los resultados de salud. Esta reconsideración –que se reflejó como se verá más abajo en el ajuste de las trazadoras- partió de la identificación de que existen al interior de las provincias heterogeneidades importantes en materia de las patologías que el Plan atiende y, por ende, de las necesidades de atención. La falta de consideración de estas características en la evaluación –por ejemplo, a través de la uso de promedios provinciales- impedía capturar desempeños diferenciales entre territorios al interior de cada jurisdicción provincial y entre establecimientos y, en consecuencia, priorizar debidamente las acciones donde se verificaban las mayores necesidades (Silva, 2012).

²¹ Las trazadoras son parte del diseño del Plan, existieron desde un comienzo y fueron, como se vera, material de rediseño como producto del proceso de aprendizaje.

II.2.b Aprendizajes en la fase de expansión y de creciente complejidad del Programa

La expansión del PN no solo en términos territoriales –como se mencionara antes- sino de la población elegible para su cobertura plantearon nuevos desafíos de gestión, con su correlato en el enfoque y herramienta del sistema de M&E.

Para comenzar, *a nivel de la primer instancia de monitoreo entre la UEC y las UGSP*,²² como implementadoras de los SPS, es destacable la introducción de un cambio significativo en los criterios o reglas de retribución (a implementarse en el Plan Sumar), que implican el pasaje de la recompensa por nominación de la población elegible, tal como ocurría en la primera fase del PN, a la recompensa por población con Cobertura Efectiva Básica (CEB). Este cambio fue fundamental para evitar distorsiones no menores en la asignación de la retribuciones, en la medida en que la población contemplada según ambos criterios no necesariamente coincide sino que, por el contrario, suele diferir, con la consiguiente pérdida de capacidad para la priorización y efectividad de las acciones como asimismo de eficiencia del gasto en salud.

También a nivel del monitoreo en la instancia UEC-UGSP *como de la segunda instancia entre los SPS y los efectores que pertenecen a cada SMIP*²³ se produjeron cambios importantes durante el pasaje de la primera a la segunda fase en las herramientas utilizadas por el Programa para evaluar y estimular el desempeño en materia de salud. En primer lugar, se produjo una redefinición de algunas de las trazadoras, a raíz de aprendizajes derivados del monitoreo, cuya significación merece una consideración especial

El caso de las trazadoras

Las trazadoras son parte del diseño del Plan desde sus comienzos y constituyen una herramienta central para evaluar los resultados del PN en materia de salud de manera multidimensional. En efecto, el esquema de trazadoras hace posible la implementación de un mecanismo de incentivos para mejorar la calidad en los procesos y resultados sanitarios en base a indicadores seleccionados de salud materna infantil –indicadores que se evalúan cuatrimestralmente en base a las metas definidas en Compromisos Anuales establecidas por acuerdos entre el nivel nacional y cada jurisdicción provincial-. En su primera formulación el esquema incluyó diez trazadoras que hacían referencia a los aspectos de captación temprana de mujeres embarazadas, efectividad de atención del parto y atención neonatal, efectividad del cuidado prenatal y prevención de pre-madurez, efectividad de atención prenatal y del parto, auditoría de muertes infantiles y materna, cobertura de inmunizaciones, cuidado sexual y reproductivo, seguimiento de niño sano hasta 1 año, seguimiento de niño sano de 1 a 6 años e inclusión de la población indigente. En esa primera etapa, este conjunto de trazadoras fue un instrumento vital para poder identificar la población y generar capacidad de reportar resultados en las dimensiones incluidas –proveyendo en la práctica un sistema si se quiere básico de “trazabilidad”-. Al mismo tiempo, la lógica que primó en el diseño de esta herramienta en su primera fase fue de “todo o nada” a partir de una meta establecida. En consecuencia, todos los

²² En este nivel de monitoreo, las UGSP realizan el monitoreo de los desempeños que el sistema de salud provincial, con intervención del Programa, logró alcanzar en un período determinado. El primer monitoreo lo realiza el SPS, que recopila los datos de inscripción y de los instrumentos de evaluación, las trazadoras (i.e., indicadores seleccionados de desempeño en materia de salud materno infantil que se evalúan cada cuatrimestre en base a metas definidas en el compromiso anual por acuerdo entre el nivel nacional y cada jurisdicción provincial); luego, en virtud de los acuerdos realizados con la Nación, a través de la UEC, envía la declaración jurada para recibir las transferencias de recursos. Se trata, en consecuencia, de la información a partir de la cual se monitorea el cumplimiento de las provincias en la implementación del programa, de ahí la relevancia de la aplicación del aprendizaje obtenido –desempeño que está sujeto además a una supervisión permanente por parte del Programa y a auditorías externas e internas-.

²³ En este nivel los SPS reciben la información acerca de las prestaciones realizadas por cada efector y realizan los pagos de las prestaciones facturadas de manera que los datos son construidos a partir del registro realizado en los establecimientos de salud.

casos por debajo de la meta aportaban cero ingresos si la meta no se alcanzaba y los casos adicionales por encima de esa meta tampoco generaban ningún ingreso adicional.

El monitoreo permanente de esta herramienta permitió, sin embargo, identificar algunas aristas a corregir o mejorar en el sistema de trazadoras, entre las más importantes: 1) La posibilidad de potenciales comportamientos “oportunistas” pre y post contractuales, el primero de los cuales se daría antes de la firma del compromiso anual entre la nación (principal) y el agente (las provincias) mediante el cual las últimas no revelarían su verdadera capacidad de esfuerzo sanitario para lograr metas por debajo de su desempeño potencial; mientras que el oportunismo post-contractual llevaría a las provincias a evitar revelar su esfuerzo por encima de la meta acordada ya que casos adicionales no le reportarían retribución adicional y revelarlo podría implicar que se le fijaran metas que tomaran en consideración la información proporcionada. Se hacía aconsejable, por ende, moverse hacia un incentivo creciente frente a mayores logros sanitarios por cada trazadora. En esa línea, el desafío consiste en lograr los “estándares máximos” desde la perspectiva sanitaria esperables para cada trazadora; 2) Relacionado en parte a lo anterior, la necesidad de readecuar las metas establecidas en varias de las trazadoras, de manera de potenciar el valor agregado de la intervención para el logro de los resultados, ampliando así el alcance de los resultados sanitarios buscados (por ejemplo, pasando de la consideración de niños con peso menor a los 2.500 gramos a la de niños en vida después de los 28 días de su nacimiento mas allá de si alcanzaban o no el umbral de peso previamente estipulado) y, colateralmente, reduciendo sustancialmente la posibilidad de transferencias redundantes de recursos a las provincias y fortaleciendo el sistema de incentivos del Programa; 3) Que los datos requeridos por algunas trazadoras eran de difícil construcción para los SPS en tanto que excedían el simple paso administrativo o burocrático de registro de ejecución. Mas específicamente, implicaban un exceso de información a reportar incluida en la definición operativa de algunos indicadores (trazadoras VIII y IX) que impedía poder promover de manera efectiva y monitorear el asunto sanitario priorizado.

El resultado de estos aprendizajes se tradujo en dos “correcciones” sustanciales: a. el pasaje de la lógica vigente de “todo o nada” a otra “flexible” (ver función de pago mas abajo); b., acompañando este cambio de lógica, la modificación del número de trazadoras, elevándolas de 10 a 14, lo que implicó una ampliación de la población elegible mas allá del foco inicial en las situaciones pre y post natales -extendiendo la cobertura a adolescentes y mujeres de hasta 65 años- como asimismo del espectro de situaciones sujetas a cobertura (ver, por ejemplo, Plan Nacer 2008 y 2012b).

Adicionalmente, *se introdujeron gradualmente modificaciones en la función de pago* que también merecen ser resaltados. La función de pago se trata de una herramienta central en la gestión del Programa que comenzó con una modalidad sencilla con el objetivo de no entorpecer el inicio efectivo de la implementación. Esta opción se reflejó en funciones del tipo “todo o nada”, con los problemas en términos de incentivos que esto plantea (si están lejos de la meta desmotivan los esfuerzos y si permiten alcanzarla con relativa facilidad no hay motivaciones para esfuerzos adicionales). Luego, en virtud del monitoreo se identificó la posibilidad de moverse hacia una función mas flexible que combine las virtudes de las funciones lineales y las escalonadas. De esta manera, las nuevas funciones tienen un tramo de desempeño que no devenga retribución y para el tramo que sí la devenga ésta es continua, creciente y convexa, generando un sistema de incentivos más equilibrado y, por ende, más efectivo en la retribución del esfuerzo. De acuerdo a este nuevo esquema, las provincias pueden ubicarse en diferentes tramos dependiendo de su logro sanitario, es decir de la cantidad de casos que presenten para cada trazadora sobre los nuevos denominadores (esto es, si el logro sanitario se ubica por debajo del porcentaje mínimo de cumplimiento la provincia recibe cero; en cambio si el logro es igual o está por encima de este mínimo pero menor al porcentaje

medio inferior de cumplimiento la provincia recibe entre 1% y 2% dependiendo del punto en que se encuentre; para el caso en que la provincia presente un logro sanitario mayor o igual al medio inferior pero por debajo del medio superior recibe entre 2% y 3% dependiendo en que punto se encuentre; y por último, cuando el logro sanitario sea igual o mayor al porcentaje medio superior la provincia recibe por esa trazadora entre 3% y 4% también dependiendo en que punto se encuentre).

Es más, en virtud de los aprendizajes obtenidos a través de la estrategia de M&E, fue posible identificar cuellos de botella clave en el logro del reporte de los desempeños sanitarios por parte de los efectores de salud. Este es un punto crítico en el proceso de monitoreo ya que, por una parte, es el nivel de captura de los datos (aquí cabe destacar la necesidad de tener presente no solo los incentivos sino también los sistemas de registro, la pertinencia de los datos que se solicitan en términos de su carga burocrática y las capacidades de los efectores para poder realizar la captura de los datos); por la otra, es el nivel donde se concentra básicamente la decisión acerca de la asignación de los fondos.²⁴

En este campo, desde la UEC se fueron desarrollando diferentes herramientas para potenciar la capacidad de los efectores, entre las que se destaca el Plan de Producción y Aplicación de Fondos (PPAF) (Plan Nacer, 2012 [c y d]), que también merece un recuadro aparte como expresión contundente del aprendizaje inducido por el monitoreo y la generación de respuestas para atender los requerimientos de ampliación, corrección, etc. resultantes

El Plan de Producción y Aplicación de Fondos (PPAF)

El PPAF es una herramienta de micro gestión financiera que reúne en un solo instrumento la información de la gestión del establecimiento efector, para que este de cuenta ante los SPS y la UEC sobre: a. cuanto va a producir de cada servicio; b. en que específicamente utilizará los fondos y c. para que se utilizará considerando los propósitos sanitarios que persigue.

En esencia, esta herramienta busca dar un salto cualitativo importante en materia de gestión que permita fortalecer los servicios de salud involucrados en la atención de los beneficiarios, ordenar el gasto de manera de optimizar el uso de los recursos e incrementar gradualmente la capacidad prestacional de los establecimientos de salud a través de la eliminación de las limitaciones tanto coyunturales como estructurales inherentes a las actividades llevadas a cabo.

La implementación del PPAF comenzó en 2011 en maternidades y en 2012 en hospitales y centros de salud de algunas provincias y su ritmo de implantación depende en buena medida de las posibilidades que ofrece cada sitio. Las grandes maternidades, que cuentan con recursos administrativos suficientes, han podido participar en general en esta modalidad de planificación rápidamente mientras que en el caso de los efectores más pequeños se hace necesario avanzar más gradualmente, generando el acercamiento hacia lo que es un ejercicio de planificación, generando las capacidades de recursos humanos propios para encarar la tarea y recibiendo el apoyo de responsables de instancias superiores (UGSP y Ministerio de Salud provinciales) (Ver Plan Nacer, 2012 [c y d]).

Nuevamente, el desarrollo y creciente sofisticación de las herramientas para el M&E planteó, por una parte, la necesidad de *articular y unificar en lo posible el reservorio de información en materia de gestión a través de un padrón sistematizado* (Sistema de Información de Reportes de Gestión, SIRGEN) *de inscripción, de efectores y de trazadoras*. Por el otro, la

²⁴ Para un análisis detallado sobre las características del proceso decisorio, las motivaciones y las dimensiones operativa y de control en el uso de fondos ver CHC y otros (2011).

necesidad de *seguir acompañando el desarrollo de herramientas de control de desempeño con “una institucionalidad fortalecida” que pudiera hacerse cargo.*

Así, en cuanto al monitoreo, el Área de Supervisión de Gestión, que complementa las auditorías financieras auditando ciertos procesos (control del co-financiamiento, planes de salvataje en provincias con problemas, elaboración de instrumentos que son utilizados por otras áreas [ej., el tablero de control –que permite realizar un seguimiento de todos los indicadores centrales del programa y verlos en sus diferentes niveles que, inclusive, puede incluir el nivel del propio establecimiento]) devino en un espacio con una amplia variedad de mecanismos de monitoreo a su cargo (tableros indicativos de la marcha de una actividad o acción, visitas a las provincias para supervisar la gestión, auditoría de la planificación de los desvíos frente a lo originalmente planificado y ejecutado y la utilización de los fondos y el desarrollo de “planes de objetivos operativos” dirigidos a recomponer la situación de una gestión en problemas). Siguiendo la misma tónica, el Área Médica también fue adquiriendo creciente complejidad, abriéndose en cuatro sub-áreas de monitoreo –de cobertura prestacional, de resultados, de supervisión y auditoría, y de programas especiales-. El monitoreo que lleva a cabo este área es constante y tiene su punto quizás neurálgico en la nominalización de la población, que es fundamental para el monitoreo específico y focalizado del Programa. En efecto, no solo están nominalizadas las personas (lo que permite su rastreo permanente) sino que es posible el seguimiento de las historias de salud, posibilitando la evaluación de la cobertura de salud recibida puntualmente como asimismo la cobertura a lo largo de su historia de enfermedad.

Una derrotero similar se da en cuanto a la evaluación. Efectivamente, el PN incluye desde su nacimiento la evaluación permanente del organismo internacional financiador (Banco Mundial) pero a ello paulatinamente –y especialmente en la medida que aumentaba su grado de complejidad- *se le fueron agregando otras perspectivas, metodologías e instrumentos:* auditorías internas; evaluaciones concurrentes (de la que han participado instituciones académicas y expertos nacionales e internacionales); una evaluación de medio término en la segunda fase del Plan –que a juicio de los responsables del Programa generó una agenda de trabajo e interacción que motorizó todo lo que siguió hasta el Plan Sumar-; estudios por parte del equipo del propio Programa; estudios específicos externos; evaluaciones de impacto a nivel provincial (Corrientes y Misiones); y, destacable por su envergadura, una evaluación de impacto que comenzó en 2011 con una metodología novedosa y cuyos resultados finales estarán listos en el corriente año.²⁵ En su conjunto, al momento de elaborar el presente informe, existían 46 documentos técnicos que contienen gran parte de los datos que arroja el sistema de M&E del Plan y que son materia de difusión hacia dentro del Programa como asimismo hacia su entorno mas relevante.

Como es de suponer, este recorrido implica el tránsito hacia una concepción integral y estratégica de la evaluación²⁶ que paulatinamente implicó la incorporación de distintas perspectivas evaluativas y la combinación de metodologías complementarias. Para ponerlo de otra forma, hay un importante componente innovador en la experiencia de evaluación del Plan ya que pudo y supo moverse mas allá del pago por desempeño inicial y retomar otros

²⁵ Ver Gertler y otros, 2011.

²⁶ La evaluación del Plan se realiza en función del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Proyecto (ODP) a nivel global para definir los avances del Plan en cada nueva fase, pero obviamente no se detiene allí. También busca evaluar aspectos particulares de la estrategia en busca de herramientas más afectivas para promover resultados, como asimismo identificar el impacto poblacional del Programa en términos de indicadores de salud que exceden a los ODP. Mas específicamente, no solo se evalúa si los ODP se cumplen o no, sino además diversas herramientas para potenciar el cumplimiento de sus fines, como así también otros aspectos que resultan de interés (por ejemplo, los efectos sobre los niveles de cuidado de la población a partir de la interacción entre el PN y otros programas, como el de Asignación Universal por Hijo [AUH], y políticas de otras áreas gubernamentales).

aprendizajes que fueron necesarios en lo institucional y en la lógica organizacional del sistema de salud. También implicó una institucionalización creciente de las prácticas y “lógica” de M&E implementadas por el PN, permeando diversos ámbitos y niveles vinculados a su ejecución como asimismo terceros vinculados a la formulación de políticas públicas (no exclusivamente) en el ámbito de la salud.

En línea con esto último, la evaluación, si bien es nutrida por el monitoreo, lo excede. En la evaluación se analizan otros aspectos clave del Plan como la naturaleza de la problemática a tratar, el potencial de distintas intervenciones para abordarlo, la población objetivo que debería priorizarse, la efectividad de la intervención y su relación costo-beneficio, el diseño y desarrollo de la estructura organizacional para llevarla a cabo, las capacidades de cada uno de los actores involucrados (UEC, SPS y efectores), los procesos utilizados, la sustentabilidad del proyecto a largo plazo (ante la posible retirada del organismo que financia), y la articulación del PN con otras instancias institucionales dentro del sector salud o fuera de él, entre otros. En otras palabras, además de las implicancias del Programa sobre los resultados, *la evaluación se inscribe en lo que los responsables del Plan han definido como evaluación “formativa”* (Plan Nacer, 2012[a]); esto es, una evaluación orientada a capturar aquellos aspectos, ubicados en cualquiera de las etapas de la implementación, que permiten efectuar correcciones o ajustes en el propio diseño del Programa. La evaluación de estos aspectos se va desarrollando cuando se identifica la mejor oportunidad de acuerdo a las necesidades del Plan.

Ahora bien, los aprendizajes señalados resultantes del proceso de M&E -en el marco de la lógica antes definida como “jurisdiccional”- que retroalimentaron fundamentalmente el diseño de herramientas centrales de gestión del Plan para una “federalización” efectiva y eficiente de su implementación- no son el fin del relato de la experiencia de M&E del PN ni dan plena cuenta del crecimiento y avances de la estrategia de M&E en términos conceptuales. En efecto, en la medida en que el Programa continuó aumentando su complejidad durante su Fase II, la estrategia de M&E pasó a enfrentar nuevos desafíos emergentes de la necesidad de mantener su carácter formativo y dinámico (ampliando las dimensiones sujetas a escrutinio y ponderación como así también los enfoques evaluativos) *pero en el marco de una lógica de funcionamiento en red, alternativa a la que había exhibido originalmente el Plan.*

Más concretamente, además de la ampliación poblacional de la cobertura del PN implementada en el primer quinquenio de existencia del Programa, en 2010 se introdujo otro factor de mucha mayor complejidad para el diseño, implementación y gestión del Programa –esta vez en relación a la cobertura de servicios y también de protección financiera- a raíz de la decisión de que el PN pasara a atender las causas duras de mortalidad a través de la implementación del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC)²⁷, más específicamente a través de la incorporación al nomenclador único de módulos de cuidado integral de cardiopatías congénitas operables.²⁸

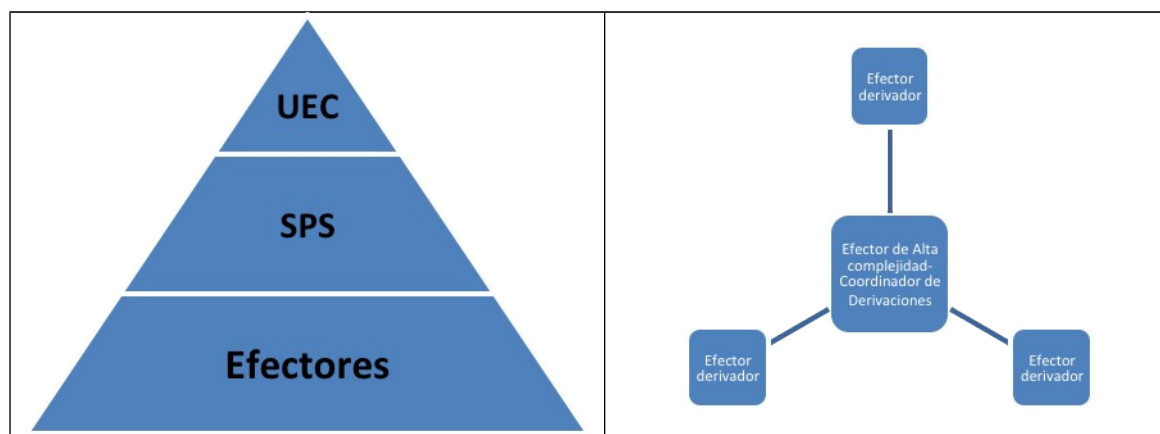
²⁷ El Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC) y el Plan de Resolución de Cirugías Cardiovasculares Pediátricas (CCP) en listas de espera se crearon en 2008 con el propósito principal de realizar cirugías cardiovasculares pediátricas, fortalecer los centros dedicados a esa problemática, y monitorear y evaluar los resultados obtenidos. Operativamente, el programa se orientó a reducir los tiempos de espera para tales tipos de cirugía de manera de alcanzar la atención oportuna de los pacientes y fortalecer los centros de CCP a través de esquemas de financiamiento específicos provenientes del PN. En 2009 las autoridades nacionales en salud decidieron agregar a las prestaciones del PN las relacionadas con CC con vistas a asegurar el financiamiento de la cobertura en los casos de CC a todos los niños/as que no tienen cobertura de salud, mejorar el acervo de información sobre la incidencia de esta patología en el país, proveer una solución al problema de las extensas listas de espera mejorando la calidad y equidad, y fortalecer o promover la capacidad prestacional de los establecimientos públicos. Para un análisis en detalle del proceso de incorporación de las CC al paquete de prestaciones básicas del PN y sus múltiples implicancias ver Universidad Nacional de La Plata, 2012.

²⁸ A la que se sumó en mayo de 2011 la inclusión de otra fracción en el Paquete de Servicios de Salud priorizados por el Programa referidos a Neonatal y Perinatal de alta complejidad, que también contribuyó al aumento de los desafíos para la implementación exitosa del Plan

La mayor complejidad resultante de esta extensión se relaciona no sólo con la ampliación de la cobertura de prestaciones más costosas (que implicó la firma por todas las provincias y la Ciudad de Buenos Aires de un acuerdo para ceder recursos económicos a un Fondo de Reaseguramiento Solidario que permitiera solventar la atención de todos los niños y niñas sin cobertura explícita en salud afectadas por esa patología a su nacimiento y también las listas de espera); también se vincula al hecho de que el diseño del Plan pasó a ser tensionado crecientemente por un “mismatch” entre necesidades y capacidades de atención (esto es, no todas las jurisdicciones tienen la capacidad en sus establecimientos públicos para atender las patologías más complejas y estas no se verifican necesariamente en donde esas capacidades existen). Esto le imprimió a dicha atención un carácter inter-jurisdiccional con la consiguiente necesidad de conformar una red nacional de atención de estas patologías y, consecuentemente, de coordinación a través de las fronteras provinciales.

En este sentido, la cobertura de la atención integral de las CC implicó un salto cualitativo muy importante de la estrategia de cobertura del PN, ya que *desde el punto de vista de la lógica de intervención pasaron a coexistir bajo el mismo paraguas institucional del Plan dos subsistemas dominados por lógicas diferentes: una si se quiere más vertical, que puede concebirse como de “red cautiva” controlada por el comprador y articulada en base a subcontrataciones basadas en el precio de prestaciones básicas y masivas; la otra, más en clave de una “red relacional”, con mayor control del proveedor del servicio, basada en la complejidad/calidad de las prestaciones que se obtienen por derivación.*²⁹

Gráficamente, lo anterior puede representarse del modo siguiente:



Los puntos de contacto entre el funcionamiento de ambos sistemas no se pueden asumir por dados y, por el contrario, son en principio inexistentes. Las formas y los problemas de aprendizaje son radicalmente distintos, como es diferente la rutina propia de los servicios de carácter general y la incertidumbre propia de la alta complejidad individualizada.

La coexistencia de ambos subsistemas dentro de un sistema más amplio no es la solución que se ha adoptado tradicionalmente. En general, las organizaciones truncan, separan, sus partes innovativas y las rutinarias (Mintzberg, 1991: 237), para que una lógica no entorpezca la otra.

²⁹ Para decirlo de otra manera y recapitulando, el PN se caracterizó por una lógica vertical, jerárquica, por la vía jurisdiccional provincial, a partir de fondos que la UEC negocia con cada provincia, destinados a cada provincia. Esos fondos son asignados por unidades provinciales de seguros a efectores locales de diferentes características, pertenecientes a los sistemas de salud provinciales. El tipo de problemas de salud que se tratan mediante esta modalidad organizativa son generalmente de rutina. El plan Cardiopatías Congénitas funciona en cambio a partir de un fondo común interprovincial, y su lógica no es vertical, jurisdiccional, sino inter-jurisdiccional y horizontal, es decir, entre efectores de diferentes niveles de complejidad, interconectados entre sí en red a los efectos de la derivación (desde los de menor complejidad hacia los de más alta complejidad, que ofician además como articuladores de la red de derivaciones).

Huelga decir que si esta descripción del PN cobijando en paralelo dos subsistemas con lógicas diferenciadas es correcta, los desafíos en materia de M&E para el aprendizaje no dejan tampoco de tener matices importantes en ambos casos. En consecuencia, aunque es imposible realizar en este trabajo un análisis pormenorizado de la articulación entre el PN y el PNCC, es clave identificar los principales aprendizajes obtenidos en cuanto al diseño e implementación de la estrategia del PN para el financiamiento integral de las CC a los beneficiarios del programa. En este sentido, si persiste la premisa imperante hasta el presente en el PN de que estos aprendizajes retroalimenten las decisiones sobre el diseño y funcionamiento del Programa, es esperable que sean la fuente para plantear ajustes que permitan el logro de acciones más eficientes y efectivas tanto desde el punto de vista estrictamente técnico como de equidad.

En términos generales, existe coincidencia en que la implementación del PNCC/PN está demostrando *resultados positivos ya que ha contribuido a mejorar el ordenamiento de las modalidades de trabajo para dar respuesta a los casos de CC desde diversos ángulos*, en particular en lo que hace a la mejora de distintos aspectos de los establecimientos involucrados (infraestructura y recursos, UNLP, 2012). Parte de la razón de este resultado tiene que ver con la intervención del Centro de Coordinación de Derivaciones (CCD).³⁰ En efecto, para los establecimientos de referencia (que reciben los casos y solicitan las derivaciones), la intervención del CCD ha contribuido, en general, a la optimización de la derivación a partir de un mejor ordenamiento de la operatoria y del seguimiento del paciente. También ha tenido impacto en materia de calidad de respuesta dada la existencia de un solo interlocutor. Para los establecimientos tratantes (que no son homogéneos en sus capacidades para el tratamiento de las patologías de CC), entretanto, ha contribuido a ordenar la recepción de los casos pendientes de resolución (sobre todo con un aumento de los casos derivados en los que el diagnóstico completo ya fue realizado con anterioridad).

No obstante estos logros,³¹ existen algunos aprendizajes particularmente importantes respecto a aristas problemáticas o cuellos de botella en la implementación del PNCC/PN que, aunque no pueden ser tratados con la debida profundidad y en su totalidad aquí, son importantes de remarcar porque dan pistas significativas para retroalimentar cambios en el diseño y/o operatoria de la actividad.

A nivel organizacional o institucional un primer hallazgo no menor, que implica fundamentalmente el nivel de los efectores, es que el sistema de incentivos del PN revela un funcionamiento heterogéneo dependiendo del establecimiento de que se trata. Esto se traduce en general en dificultades con relación a diversas cuestiones: las inscripciones de los pacientes en el PN y la facturación de las prácticas médicas (por ejemplo, los establecimiento de referencia reciben pagos correspondientes a las prestaciones básicas del PN vigentes para diagnóstico de CC pero reciben escasos recursos vinculados específicamente al PNCC/PN); la insuficiencia de algunos de los precios del nomenclador del PN, en particular para la compra de insumos en algunas jurisdicciones; la insuficiencia de los días de estadía en las unidades de terapia intensiva (UTI) cubiertos por el PN; y varios cuellos de botella en la gestión de los recursos financieros del PNCC/PN en el establecimiento (restricciones en los centros de

³⁰ Aunque creado en 2008, el funcionamiento del CCD se formaliza en 2011, dependiendo directamente del Programa Nacional de CC en el ámbito de la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación. Operativamente el Centro funciona en el Hospital Garrahan y cuenta con un Área de Auditoría y Supervisión de Producción y Calidad de los Servicios de CCC y otra de Registro y Derivación de CC.

³¹ Es importante tener en cuenta, tal como lo señalan los responsables del PN, que concebir y poner en funcionamiento una herramienta de coordinación no implica la solución total del problema y ni siquiera implica la implementación efectiva de dicha herramienta. El tema de los incentivos de los actores para sumarse de manera efectiva a esta estrategia, utilizar la herramienta a disposición y retroalimentarla con los aprendizajes obtenidos de la implementación, son aspectos cruciales para el progreso hacia el objetivo.

referencia y en algunos establecimientos tratantes para cumplir en tiempo y forma con los requerimientos del PN para efectivizar reembolsos de las prestaciones pasibles de ser facturadas y para inscribir pacientes debido a falencias en la documentación requerida por el PN –situación de particular atención por su impacto negativo para la eventual facturación de las prácticas tradicionales del PN en los establecimientos de referencia como asimismo de los módulos específicos de CC en los centros tratantes-; y demoras en los reembolsos del PN tanto en los centros de referencia como tratantes).

También a nivel organizacional, pero considerando la red de referencia en su conjunto, se verifican algunos aprendizajes sumamente valiosos ya que esta red es un componente crítico para el abordaje adecuado de las CC. También en este aspecto el panorama no es homogéneo, con funcionamientos disímiles según las provincias en cuestión (ver UNLP, 2012). En este sentido, como se mencionara mas arriba, el rol del CCD ha sido positivo en potenciar el ordenamiento del sistema de derivaciones, logrando una mayor coordinación entre efectores y agilizando el proceso de derivación de pacientes de un establecimiento no tratante a uno que sí lo es. No obstante estos avances, la contrareferencia (i.e., referir un paciente tratado a un centro derivador) continúa adoleciendo de problemas, en particular de recepción de pacientes por déficits de infraestructura (falta de camas) y de logística (traslado de pacientes complejos y por largas distancias).³² En particular en lo que hace a la logística del proceso de derivaciones, el cuadro no es de fácil resolución ya que por una parte cada centro tiene una modalidad de traslado diferente, condicionada totalmente por sus posibilidades, en los casos de las provincias del interior del país frente, por ejemplo, a la situación en la de Buenos Aires. Esto genera en muchas ocasiones demoras excesivas en los traslados con el consiguiente impacto negativo sobre la situación de salud del paciente, además de mayores costos en el establecimiento tratante por la necesidad de estabilizar al paciente antes de proceder a la intervención específica. Las deficiencias en la contrareferencia no se han atenuado significativamente durante el curso del PNCC/PN, generando una redistribución implícita de recursos entre jurisdicciones, particularmente en los casos en los que el paciente tratado quirúrgicamente no retorna a la provincia de origen por problemas de traslado o por decisión del centro tratante que estima que no están dadas las condiciones en el proceso de traslado o en el centro de referencia originario. Esta cuadro pone en tela de juicio, o mejor dicho, plantea la necesidad de lograr una mayor sintonía fina por parte del CCD en materia de asignaciones.

Finalmente, *también a nivel del funcionamiento y de los recursos de distinta índole (infraestructura, personal, equipamiento, etc.) y considerando el PNCC/PN en su conjunto se verifica un cuadro mixto de resultados con avances y limitaciones.* Sin entrar en excesivo detalle, el funcionamiento varía fuertemente a través de distintas áreas (diagnóstico, cirugías cardiovasculares, recuperación cardiovascular), teniendo como un factor importante que juega desfavorablemente la falta de incentivos adecuados que surgen del sistema de retribuciones del PN (por ejemplo, pagos por debajo de los costos reales sumados a la carga administrativa que implica presentar la documentación para obtener el reembolso por parte del Programa). En materia de recursos, entretanto, un paneo por los establecimientos tanto de derivación como tratantes revela un panorama muy heterogéneo sobre cuales son las principales restricciones de los efectores; al mismo tiempo, el patrón general indica que su participación en el PNCC/PN ha modificado en la gran mayoría de los casos sólo marginalmente esta situación.

En suma, la creciente complejidad que supone para el PN su articulación con el PNCC se inscribe fundamentalmente en un diseño y funcionamiento que debe acomodarse a una lógica en red, sustancialmente diferente a la que enmarcó su evolución hasta ese momento. La

³² Existe un numero relativamente importante de casos de demanda espontanea cuya derivación no se realiza a través del CCD sino que, en su mayoría, son denunciados por los efectores en alguna instancia. Ante esta situación se ha planteado la posibilidad de generar un registro único obligatorio pero también hay acuerdo de que para que sea efectivo debe existir primeramente una red de derivaciones que funcione adecuadamente, incluso en materia de traslados.

presencia y rol crítico del CCD y cuestiones vitales para el funcionamiento del PNCC/PN, como el mecanismo de derivaciones (y las condiciones de distinta índole -logística, recursos tangibles e intangibles, etc.- que condicionan de manera decisiva su eficiencia, calidad y eficacia) son aspectos paradigmáticos de la existencia de un subsistema alternativo que coexiste con el jurisdiccional original del Programa, agregando componentes, procesos y formas de vinculación novedosas o diferentes al interior del Plan. ¿En que medida el crecientemente sofisticado sistema de M&E que el PN ha pergeñado a lo largo de su existencia puede dar cuenta de los aprendizajes necesarios para ajustar, corregir o innovar en la forma que se organiza y opera el PNCC/PN, conservando así su naturaleza formativa y dinámica? Aún si no fuera así, ¿cuales de los componentes y engranajes de ese sistema podrían utilizarse en el caso del PNCC/PN, generando puntos de intersección entre ambos “subsistemas” y donde el esfuerzo de innovación en materia de M&E para la nueva lógica deberían estar colocados?.

El cuadro que sigue resume los aprendizajes realizados gracias al sistema de M&E implementado con el PN. Estos aprendizajes se encuadran en aquellos que tienen a modificar la lógica del sistema en el que se aplican³³, que esquematizando lo expresado en los dos últimas secciones de esta trabajo, se traduce en:

- Un desplazamiento del énfasis en insumos y actividades (recursos y procedimientos) hacia otro en los productos, impactos, resultados y sustentabilidad de esos resultados;
- El tránsito progresivo hacia un enfoque “formativo” de la metodología de evaluación, orientado a la realización, a partir de lo anterior, de las correcciones o ajustes en el propio diseño del Programa que se revelan necesarios;
- Un M&E “dinámico”, es decir, basado en el principio de la mejora continua;
- Un sistema de información “vivo”, en permanente escrutinio y eventual redefinición a fin de poder cumplir adecuadamente su rol de usina de insumos de información y conocimiento.

Para la confección del cuadro de síntesis que sigue se distinguió entre enfoque, dimensiones contempladas y herramientas de evaluación utilizadas por el dispositivo de M&E del Plan. El cuadro resume los aprendizajes que tuvieron lugar en cada aspecto y especifica en que dimensión, distinguiendo asimismo los que se produjeron en cada fase. Como se verá, la mayoría de los aprendizajes sucedieron en la primera fase de implementación y se convirtieron en mejoras durante la fase de extensión. El cuadro distingue entre aquellos aprendizajes que redundaron en la identificación de soluciones, correcciones o ajustes de aquellos que no en el entendimiento que no puede asumirse que la identificación de una dificultad se traslada automáticamente en la definición de cómo resolverla ni que, aunque así fuera, pueda ser automáticamente implementada.

³³ Reafirmado lo dicho hasta aquí, Argyris (op.cit.) distingue dos tipos de aprendizaje: el de circuito simple, que mejora un sistema sin modificar su lógica, y el de circuito doble, que substituir esa lógica por otra distinta.

Esos aprendizajes implicaron cambios en la perspectiva y la redefinición/implementación de nuevas herramientas, con avances más modestos en materia organizacional. También es notorio que el aprendizaje fue bajando progresivamente su centro de gravedad, localizándose primero en el nivel de la UEC, luego en el nivel de las UGSP, y por último –actualmente- en el nivel de los efectores, en particular de aquellos menos dotados desde el punto de vista organizacional (hospitales y centros de salud). Este descenso del centro de gravedad de los aprendizajes es un importante indicio sobre el proceso de maduración del nuevo sistema de aprendizaje basado en el M&E de resultados correspondiente al subsistema (o lógica) jurisdiccional del Plan.

Aprendizajes internos	<i>Evaluación de la Fase de expansión</i>	Pasaje de la lógica jurisdiccional inicial a la lógica de intervención inter-jurisdiccional (PNCC/PN)	Relación del Programa con el contexto: formato del Programa permite aprender y documentar las cosas que se hicieron bien y las que no
	<i>Evaluación</i>	Políticas Públicas en general	<p>Programa/ Organización conjunta de la evaluación del programa: <i>A nivel de los efectores el sistema de incentivos del PN revela un funcionamiento de la evaluación del programa es de derivados resultados donde se documenta para conclusiones parciales de Plan de Cooperativas y cuellos de botella en la gestión de los recursos financieros a nivel de establecimiento. (O/A)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se busca generar la capacidad de interpretar y llegar a conclusiones que puedan ser transmisibles - <i>A nivel de la red de referencia en su conjunto se verifican aprendizajes como conocimiento que está disponible para los tomadores de decisiones según las políticas públicas en cuestión, en particular en lo que hace a la contra-referencia, la logística del proceso de derivaciones (O/A)</i> - Hay una creciente utilización de los resultados de los estudios por parte de otros ministerios, facultades, etc. - <i>El Programa es un modelo para otros países mixto de resultados con avances y limitaciones, con variaciones importantes de funcionamiento a través de distintas áreas (diagnóstico, cirugías cardiovasculares, recuperación cardiovascular) y de recursos (O-I/A)</i>
<i>Exter</i>			

Códigos (columna derecha): O (Organización), H (Herramientas de Gestión), I (Indicadores/incentivos/reglas)³⁴.
Además se distinguen: A (aprendizajes) y S (soluciones)

³⁴ La distinción entre organización (entendida como una combinación más o menos coherente de herramientas de gestión), Herramientas de Aprendizaje (como el PFAF, que permiten diagnosticar avances y problemas mediante el monitoreo) e Indicadores (que son también incentivos, o reglas de funcionamiento), proviene de Walter (2002).

IV. 3 A modo de reflexiones finales: El Plan Sumar y los desafíos a futuro en materia de M&E

IV.3.A El escenario para el aprendizaje y la mejora continúa que plantea el SUMAR

Habiéndose logrado avances sustanciales en el pasaje de la fase 1 a la 2 en cuanto a los alcances, eficacia y equidad de la cobertura del PN –inclusive con el salto cualitativo indudable en materia de prestaciones que implicó su incorporación al tratamiento de las CC- el Programa enfrenta nuevos desafíos en su concepción, gestión y funcionamiento en la nueva fase que supone el Plan Sumar. Dado que la impronta a partir de la cual estos desafíos se van a enfrentar –según lo expresado por los propios responsables del Programa-, que es la de la ya probada lógica de la mejora continua a través de los aprendizajes generados por el sistema de M&E, los desafíos se hacen por supuesto extensivos a este sistema.

En este sentido, el Programa Sumar supone desde el arranque un nuevo organigrama que tiene en su núcleo un área de planificación estratégica –que hasta el presente existía pero no estaba formalizada- de la cual dependerán cuatro subáreas, a saber, la de monitoreo, la de evaluación estratégica, la de investigación aplicada (que concentrará la realización de todos los estudios) y la de asistencia técnica a la implementación de los seguros provinciales (un engranaje clave del esquema del Programa que, a través de esta área, recibirá el acompañamiento desde el nivel nacional requerido para adquirir ciertas destrezas, particularmente económico-financieras, que son necesarias para la efectiva implementación de los seguros). La formalización de esta estructura es en buena medida un reconocimiento explícito –o diagnóstico si se quiere ser más riguroso- de que el programa ha alcanzado un grado considerable de consolidación y la organización que lo sostiene un nivel importante de maduración.

Este organigrama formalizado será el sostén de una estrategia de desarrollo del Plan que hace hincapié en tres propósitos fundamentales. Continuando con la dinámica que ha exhibido desde sus inicios, el primer objetivo es el de profundizar la ampliación del alcance del Programa en el múltiple sentido de la cobertura universal, poblacional, de prestaciones y de protección financiera. Para ello se plantea como imperiosa la revisión permanente de las prácticas de priorización de espacios de intervención con vistas a identificar posibilidades de expansión en alguno de los aspectos señalados.

El segundo objetivo –vital para la obtención del primero- es mejorar las capacidades de gestión institucional a través de mecanismos de financiamiento basados en resultados tanto a nivel de la relación nación-provincias como entre éstas y los efectores o proveedores de servicios de salud (Plan Nacer, 2012e). Para ello resulta esencial, por una parte, dar respuesta al desafío de alcanzar una mejora en el diseño organizacional del PN y, de forma concomitante, de desarrollar e implementar las herramientas que sustenten un mejor desempeño a lo largo de toda la cadena del Plan, con una mayor cohesión organizativa, una clara atribución de funciones y responsabilidades y una articulación más sólida e integral entre las acciones de sus distintos componentes.³⁵ Este

³⁵ La magnitud de este desafío no se puede menospreciar a la luz de la situación existente desde 2010 en la que, si el diagnóstico planteado en la sección anterior es correcto, debe lograrse en el marco de un Programa que, por una parte, requiere y se apoya crecientemente en las aptitudes y actitudes existentes en el último eslabón de toda la cadena del Plan –el de los efectores- para recabar, procesar en parte y

desafío, que las autoridades del PN denominan de “sintonía fina” (Plan Nacer, 2012e) es clave para mejorar la búsqueda de “información para el cambio” y su consiguiente traducción en las acciones del Programa. Por otra parte, el Programa se plantea avanzar en la institucionalización del modelo de gestión del Plan en materia de resultados en salud, de las lecciones exitosas aprendidas de su aplicación y de las capacidades requeridas para asegurar su sustentabilidad de mediano/largo plazo –que los responsables del Programa definen genéricamente como institucionalización de “buenas prácticas”-. Esto supone obtener resultados en dos direcciones: “aguas arriba”, a través de la “internalización” por parte de las autoridades nacionales en salud de la lógica de intervención del Plan, reflejándola en la conformación de sus propias estructuras y operatorias; y “aguas abajo”, a través de la “internalización” de dicha lógica por parte de los actores que gestionan resultados en salud en sus respectivas jurisdicciones (autoridades provinciales y efectores).

Como se trató de reflejar en las secciones previas, el sistema de M&E evidenció un desarrollo y maduración similar al del Plan que se tradujo en cambios y mejoras en su enfoque e instrumentos para ponerlo en ejecución. Es más, estas transformaciones no fueron sólo el reflejo de los cambios en el Programa sino que ese sistema en continua redefinición fue la fuente de información y conocimientos requeridos para nutrir las correcciones y transformaciones que el PN reflejó desde sus comienzos. En otras palabras, por su carácter formativo y dinámico, el sistema de M&E informó la mayor parte de las decisiones que sirvieron para vigorizar el Programa. En este sentido, dicho sistema con sus aprendizajes sobre aspectos clave como, por ejemplo, los indicadores de evaluación de desempeño (trazadoras) y la modalidad de pago en relación a la captura de los datos o el proceso de microgestión financiera a nivel de efectores, proveyó pilares críticos para la expansión y el “upgrading” del Plan. Al mismo tiempo, también es de rigor señalar –como lo indica el cuadro síntesis presentado en la sección anterior- que los avances en materia de M&E fueron más pronunciados en las dimensiones referidas al contexto y a la interacción entre el Programa y el contexto, que en relación a la organización del programa en sí mismo. En este respecto, el lanzamiento del Plan Sumar plantea nuevos desafíos que implican no ya monitorear y evaluar el impacto de la intervención o el funcionamiento de sus instrumentos sino la organización en sí misma y como un todo –con el “agravante” de la coexistencia de dos subsistemas con lógicas diferentes como ya se mencionara-.

IV.3.B Algunos aportes para apuntalar el enfoque de la “organización que aprende” en la fase del SUMAR

Considerando los desafíos planteados en la sección previa surgen preguntas (¿cómo? ¿porqué? ¿de qué manera?) sobre los pasos a seguir por el sistema de M&E en el marco de los objetivos que se plantea el nuevo Programa. Varios de estos interrogantes se enuncian seguidamente y son materia de reflexión en esta última sección de este trabajo.

Un primer interrogante consiste en que medida las pautas y énfasis de M&E que el PN ha ido desarrollando a lo largo de su casi década de existencia son enteramente suficientes o apropiadas para sostener su naturaleza formativa frente a los objetivos que prioriza el Plan Sumar (sintonía fina e institucionalización de buenas prácticas). En

transmitir adecuadamente la información relevante para hacer sintonía fina y, por la otra, cobija dos lógicas de intervención disímiles en el mismo “envase” organizacional.

términos generales, una respuesta preliminar en relación a esta cuestión es la necesidad –de la que las autoridades del Plan tienen plena conciencia- de continuar con la práctica ya “instalada” de identificar e incorporar nuevos enfoques, criterios y eventualmente mecanismos y herramientas al esquema de M&E para profundizar y continuar puliendo el modelo de gestión desarrollado por el Plan. Al mismo tiempo, se planea también la necesidad de escrutar y ponderar efectivamente dimensiones novedosas -como la de su institucionalización “aguas arriba” (esto es, fuera de las “fronteras organizacionales” del Plan) y “aguas abajo” (dentro de esas fronteras llegando hasta los estamentos más descentralizados de toda la cadena del Programa)-.

Comenzando por la cuestión de la institucionalización, su materialización “aguas arriba” plantea el desafío, primeramente, de identificar las instancias prioritarias para “escalar” formal y orgánicamente la experiencia del PN *qua* Programa -sus aprendizajes y buenas prácticas gestadas a partir de su sistema de M&E, y su traducción en una arquitectura organizacional flexible y capaz de repensarse de manera continua- al nivel de las políticas públicas en salud y, eventualmente, en otros dominios con incumbencia directa o indirecta en las condiciones de salud de la población; y, seguidamente, de definir las acciones a desarrollar a fin de generar las articulaciones sistemáticas y efectivas que abonen y consoliden el proceso de “instalación” y “legitimación” ya en marcha como asimismo de lograr implantar un seguimiento efectivo de manera de testear los resultados.

En este sentido, la reflexión remite a lo expresado sobre el “monitoreo de diagnóstico” considerado en la sección conceptual del presente trabajo. Más en particular, dos aspectos parecen de particular relevancia al respecto: Por una parte, la práctica de una revisión de pares sistemática que funja como “test de confiabilidad”, en el sentido de que todo el “sistema” y el proceso de provisión del servicio que él viabiliza sean sometido a escrutinio y evaluación de forma abierta y con el involucramiento de actores representativos de los ámbitos institucionales hacia donde el Programa se pretende escalar. Esto supone profundizar el enfoque ya instalado a lo largo del PN de recurrir a la “mirada externa” sobre el funcionamiento y resultados del Plan (por ejemplo, estudios sobre distintos aspectos del Programa, evaluaciones de impacto, etc.), ahora incluyendo una instancia institucionalizada de seguimiento por terceras partes con “expertise” en la materia pero también con suficiente “leverage” en los ámbitos pertinentes de política pública. El resultado esperado por medio del involucramiento de estos actores en la ponderación del Programa es el desarrollo de canales de transmisión efectivos y permanentes sobre sus bondades a nivel de los espacios de toma de decisiones de mayor jerarquía. Por otra parte, y en la misma línea, se requeriría la profundización y expansión de la revisión cualitativa de los servicios (RCS, un componente central del monitoreo de diagnóstico), dimensión a la que el Programa ha ido asignando mayor relevancia a lo largo de su desarrollo. Las características de este tipo de revisión favorecen no solo la identificación de problemas o la búsqueda de nuevas vías de acción en el diseño e implementación del programa sino que todo el “sistema” y el proceso de provisión del servicio sea sometido a escrutinio y evaluación.

En relación a la institucionalización “aguas abajo”, el ejercicio de relevamiento de percepciones de los actores locales que ya se está llevando a cabo en el marco del Plan es un paso significativo en tal dirección, cuya institucionalización a través de ejercicios periódicos y el desarrollo de una métrica para medir cambios a lo largo del tiempo podrían reforzar el esfuerzo en marcha. La lógica en este sentido sería la de testear y

capturar la “apropiación” de la lógica de intervención del Plan y del modelo de gestión que la sostiene por parte de los propios agentes involucrados en su implementación en los estratos mas descentralizados de todo su andamiaje institucional. Para ello, los actores efectores deberían considerarse parte integral del sistema de M&E a través de distintos mecanismos institucionalizados –ej., ciclos de deliberación, foros especializados, etc.- y, como tal, sujetos activos del proceso de mejora continua del Programa. La idea –tal cual lo sugiere el monitoreo de diagnóstico- es el desarrollo de nuevas “sociedades” o “coaliciones” entre actores del Plan que se desempeñan en distintos niveles (por ejemplo, entre autoridades provinciales y responsables de los centros efectores), buscando que se potencie el empoderamiento de estos últimos y su percepción sobre tal proceso. Por supuesto, como se verá enseguida, esta institucionalización “aguas abajo” está estrechamente ligada al desarrollo de capacidades y de sistemas de incentivos apropiados (aspectos ambos en los que el PN ya había comenzado a trabajar) para el tránsito de los agentes efectores de meros ejecutores a proveedores de insumos informativos y de conocimiento críticos para la toma de decisiones en los estamentos superiores del Plan, permitiendo moverse inductivamente de resultados micro a macro.

También en relación a esta cuestión vuelve a cobrar relevancia la noción de monitoreo de diagnóstico y sus componentes distintivos de revisión sistemática y comprensiva de la elección de los servicios y de las formas y efectos de su provisión; en otras palabras, de la práctica del llamado “análisis de las causas profundas” que se apoya fuertemente en ejercicios de “benchmarking” de casos representativos (exitosos y no) para identificar y revelar diferencias en el desempeño de los agentes y las razones que las explican. En este sentido, la amplia variedad de características institucionales, prácticas y desempeños a nivel de los efectores del PN (tal como lo demuestran varios de los análisis cuanti y cualitativos sobre el mismo) proporciona un campo propicio para la aplicación de este enfoque de M&E que, reforzado por la práctica de revisión de pares comprensiva, haga posible identificar las causas críticas de problemas y brechas de desempeño y potenciales respuestas o soluciones a las mismas -a la par de generar evidencia dura y sustanciada sobre el destino y las razones de la asignación de recursos-

En cuanto a la búsqueda de “sintonía fina” –en el sentido de desarrollar e implementar las herramientas que mejoren el desempeño a lo largo de toda la cadena del Plan, vía el logro de una mayor cohesión organizativa, una más clara atribución de funciones y responsabilidades y una articulación más sólida e integral entre las acciones de sus distintos componentes, tal como la conciben las autoridades del PN-, surgen de la experiencia del Plan en sus fases 1 y sobre todo 2 varios aspectos neurálgicos a abordar con vistas a la implementación del Plan Sumar. Un primer aspecto concierne las conexiones críticas donde se hace particularmente estratégico monitorear y medir con mayor profundidad. De nuevo, en el marco de la lógica jurisdiccional que caracterizó el funcionamiento de buena parte del PN, la considerable heterogeneidad de experiencias a nivel provincial (tanto en la relación provincia-Nación pero, sobre todo, provincia-efectores) podría facilitar, a través de ejercicios comparativos, la identificación de aprendizajes cruzados respecto al M&E de objetivos y modalidades de intervención, definición de prioridades y configuración de los sistemas de incentivos, entre otros aspectos.

Moviéndose hacia la lógica inter-jurisdiccional resultante de la articulación PN-PNCC, una cuestión central a despejar es si se pueden articular la dos lógicas de

funcionamiento del Plan en el sistema de M&E, de manera de no menoscabar la “cultura del aprendizaje” que lo permeó desde su nacimiento y, en ese caso, identificar con claridad los “activos” con que ya cuenta el Plan y los cambios en su diseño, instrumentos y funcionamiento que deberían adoptarse. Más específicamente en relación con esta problemática, parece imperioso terminar de dilucidar si y como se configura y articula la nueva instancia institucional, el CDD, a partir del pasaje hacia una lógica de funcionamiento más inter-jurisdiccional del Plan, con las instancias ya existentes en el sistema, a saber, la UEC, los SPS y los efectores. En tal sentido, se plantean algunas cuestiones –tal como lo ha puntualizado, por ejemplo, el análisis desarrollado por la Universidad de La Plata (2012)- sobre las que es necesario aún trabajar para mejorar su eficacia y que hacen a su institucionalidad, localización espacial, estructura organizativa y el personal e instrumentos de los que necesita disponer como asimismo al tipo de informaciones específicas y la forma de gestión de las mismas que requiere el Centro para manejar efectivamente las derivaciones.

Finalmente, parece necesario abordar la problemática de cómo medir el “upgrading” en el diseño y operatoria del Plan, y en su institucionalización en las dos dimensiones consideradas al comienzo de esta sección; esto conlleva el desafío de definir y desarrollar indicadores de proceso para evaluar su arquitectura institucional y su funcionamiento.

V. Bibliografía

- Aquilino, Natalia, Julia D'Agostino y Leandro Echt, “¿Están todas las políticas públicas en condiciones de ser evaluadas? Un análisis sobre quince programas nacionales?”, Buenos Aires, CIPPEC, 2012.
- Área Planificación Estratégica, *Primer Documento de Planificación Estratégica*, Plan Nacer, 2012.
- Área Técnica, Monitoreo, Estadísticas y Reportes, “Sistemas de Monitoreo y Evaluación Basados en Resultados, Un Enfoque Normativo”, Plan Nacer, XXX.
- Becerril Montekio, V., G. Medina y R. Aquino, “Sistema de Salud en Brasil”, *Salud Publica en México*, vol. 55, suplemento 2, 2011.
- BIRF, “Evaluación de la implementación de la Segunda Fase del Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial en Argentina: desafíos, retos y aprendizajes. Documento de base para la Evaluación de medio termino”, BIRF 7409-AR APLII, 2012.
- BID, “Hacia la institucionalización de los sistemas de monitoreo y evaluación en América Latina y el Caribe”, II Conferencia Regional de M&E, 2007.
- BIRF, “Evaluación de la implementación de la Segunda Fase del Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial en Argentina: desafíos, retos y aprendizajes”, Documento de base para la evaluación de medio término préstamo BIRF 7409-AR APL II, 2011.
- Burdescu, Ruxandra, Azul del Villar, Keith Mackay, Fernando Rojas y Jaime Saavedra, “Institucionalizar los sistemas de seguimiento y evaluación: Cinco experiencias de América Latina”, Banco Mundial, 2005.
- Canievsky, Carlos, “Diagnóstico de los sistemas gubernamentales de monitoreo y evaluación en Argentina”, *Documentos Estudios de Casos del Clad*, No. 3, diciembre de 2007.
- CEPAL, “Sistemas de Salud en América Latina”, Serie Políticas Sociales, N0 114, 2010.
- _____, *Construyendo un sistema de monitoreo y evaluación basado en resultados para el desarrollo social*, Santiago, versión preliminar, Junio 2008.
- Cerezo, Leticia y Anabel Fernández Prieto, “Manual de Planificación, Monitoreo y Evaluación, Buenos Aires, Remediar + Redes, 2011.
- Cohen, Joshua y Charles Sabel, “Flexicurity”, *Pathways*, primavera 2009.
- Consorci Hospitalari de Catalunya, Universidad ISALUD y Analogías, *Estudio de Financiamiento y Uso de Recursos de Efectores del Plan Nacer en las Provincias de la Fase I*, Buenos Aires, 2011.

- Davies, Myfanwy y Glyn Elwyn, “Referral management centres: promising innovations or Trojan Horses”?, *BMJ*, Vol. 332, abril 2006.
- Díaz Langou, Gala, Fernanda Potenza Dal Masetto y Paula Forteza, “Los principales programas nacionales de protección social. Estudio sobre los efectos de las variables político-institucionales en la gestión”, Buenos Aires, CIPPEC, Documento de Trabajo No. 45, julio de 2010.
- Gertler, Paul, Sebastián Martínez, Adam Ross y Pablo Celhay, “Impact Evaluation Design. Child-Mother Provincial Investment Project *Plan Nacer*”, Nota Conceptual, septiembre 2011.
- Martins, Humberto F., “Sistema de Monitoramento do Plano Plurianual Sistema de Monitoramento de Metas Presidenciais Sistema de Monitoramento e Avaliação de Políticas e Programas Sociais Sistema de Avaliação Externa de Programas Governamentais, Brasil”, Banco Mundial/CLAD, 2007.
- Paes de Sousa, Rómulo, “Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Política de Protección Social en Brasil”, V Seminario Internacional – Transferencia Condicionada de Ingreso, Santiago, Chile, 30 de septiembre y 1 de octubre de 2010.
- Paganini, José y otros, “Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS”, *Revista Argentina de Salud Publica*, Vol. 1, No. 2, marzo de 2010.
- Perret, Bernard, *L'évaluation des politiques publiques*, Editions La Decouverte, 2001.
- Plan Nacer, “Cambios en el sistema de Trazadoras”, Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial (Préstamo BIRF 7225 AR- PNUD ARG/04/023, Serie Documentos Técnicos No 31, 2008
- _____ “El Plan Nacer y el Desarrollo de Seguros Públicos de Salud: Una Política Federal de Búsqueda de Resultados en Salud”, mimeo, 2011.
- _____, “Marco Conceptual para la Evaluación del Plan Nacer”, Documento Técnico del Área Nacional de Planificación Estratégica del Plan Nacer, Sub-Área de Evaluación Estratégica, febrero 2012 (a).
- _____, “Bases para la Estrategia de Monitoreo del Programa Sumar”, 2012 (b).
- _____, “Diseño y Generación del Plan de Producción y Aplicación de Fondos de los Establecimientos Tratantes de Cardiopatías Congénitas”, 2012 (c).
- _____, “Presentación técnica detallada de las herramientas de micro gerenciamiento del Plan Nacer/Plan SUMAR”, 2012 (d).
- _____, “Primer Documento de Planificación Estratégica 2012-2015”, Área de Planificación Estratégica, Sub-área de Investigación Aplicada, 2012 (e).
- Potenza del Masetto, María Fernanda, “La implementación del Plan Nacer en ámbitos sub-nacionales”, Buenos Aires, CIPPEC, 2012.

- Repetto, F. y F. Potenza del Masetto, “Protección Social en Argentina”, Documento CEPAL, Serie Políticas Sociales, No. 174, 2011.
- Ríos Hess, Salvador, “Diagnóstico de los sistemas de monitoreo y evaluación en Chile”, *Documento Estudios de Casos del CLAD*, No. 3, noviembre 2007.
- Robinson, J.C. y L. P. Casalino, “Vertical integration and organizational networks in health care”, *Health Affairs*, vol. 15, No. 1, 1996.
- Sabel, Charles, “Rethinking the Street-Level Bureaucrat: Tacit and Deliberate Ways Organizations Can Learn,” de próxima publicación en *Economy in Society: Essays in Honor of Michael Piore*, Boston, MIT Press.
- Sabel, Charles y Sanjay G. Reddy, “Learning to Learn: Undoing the Gordian Knot of Development Today”, Columbia Law and Economics, Working Paper No. 308, 2003.
- Sabel, Charles, “Learning by Monitoring: The Institutions of Economic Development”, Working Paper #102, MIT, agosto 1993.
- Saldomando, Ángel, Evaluación Institucional y Gobernanza en Chile: Apariencias y Realidades, Santiago, IRG, 2009.
- Silva, Humberto, “De la Planificación a la Acción. De la Estrategia de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacer”, presentación PWP, mayo de 2012.
- _____, “Tablero de Control del Plan Nacer”, presentación PWP, mayo de 2012.
- Tolentino Silva, Marcus, “Sistema único de salud: La Experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud”, *Revista Peruana de Medicina y Salud Publica*, vol. 26, No. 2, 2009.
- Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Ciencias Económicas, “Evaluación de la incorporación al Plan Nacer al Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas”, La Plata, Octubre 2012.
- Weyrauch, Vanesa, Julia D’Agostino, Clara Richards y Francisca Browne, *Tierra fértil. La gestión del conocimiento sobre incidencia en políticas públicas se asoma en América Latina*, Buenos Aires, CIPPEC, 2010.
- Weyrauch, Vanesa y Gala Diaz Langou, “Sound Expectations: From impact evaluations to policy change”, CIPPEC, 2011.
- Zaltsman, Ariel, “Desarrollo de la capacidad de evaluación, Experiencias con la institucionalización de sistemas de monitoreo y evaluación en cinco países latinoamericanos: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica y Uruguay, *DCE Serie de documentos de trabajo*, 16, Mayo 2006.

APÉNDICE I

Entrevistas a funcionarios relacionados con el Plan Nacer en la fase de monitoreo y evaluación del programa

Con el objetivo de indagar cuestiones centrales y relevantes respecto de los procesos de monitoreo y evaluación del Plan Nacer, como también los nudos problemáticos que se desprenden de estos procesos, a continuación se detallan algunas cuestiones metodológicas a tener en cuenta para la recolección de la información necesaria para el análisis.

En ese sentido, se propone llevar a cabo un conjunto de entrevistas en profundidad a una cantidad limitada de actores clave (se estima que entre 10 y 12 entrevistas serán suficientes) que se encuentren relacionados con la fase de diseño, monitoreo y evaluación del programa (se priorizará que los mismos pertenezcan o hayan pertenecido a áreas relacionadas específicamente con estos temas). Se espera que las entrevistas permitan obtener información clave para los análisis que se realizarán en la siguiente etapa del estudio.

Las entrevistas apuntan a la identificación de los núcleos centrales sobre los cuales se pretende indagar. No se busca como objetivo prioritario la narración y explicación de los entrevistados sobre “las causas” de este fenómeno, sino que interesa examinar en sus discursos las diferentes dimensiones que permitan, en el momento del análisis, comprender los mecanismos generales de M&E y sus consecuencias sobre la dinámica de funcionamiento del Programa. De este modo se busca que las entrevistas brinden la materia prima para reconstruir estas cuestiones.

Los ejes centrales de las entrevistas son tres:

- ¿Qué se monitorea y evalúa?
- ¿Qué aprendizajes se recogen de estos procesos de M&E?
- ¿Qué sistema de M&E tiene el Programa?

V.2 Pautas para entrevistas a funcionarios relacionados con el Plan Nacer en la fase de M&E del programa

Datos institucionales

- Nombre
- Cargo que ocupa u ocupaba
- Desde cuando ocupa el cargo (o cuánto tiempo estuvo en ese cargo, en qué período, etc.)
- Caracterización del cargo.
- Caracterización de la trayectoria profesional.
- Caracterización del área en la que se desempeña o desempeñaba.
- Relación de sus tareas (o las del área) en relación con la evaluación con el Plan Nacer.

Actuación relacionada con el M&E del Plan Nacer

- Tipo de actividades / ejercicios/ seguimientos que se realizan o realizaban con su participación como mecanismos de evaluación del desempeño o monitoreo del plan.
- Sistemática de estas tareas (frecuencia, alcance, periódicas o puntuales, etc.).
- Institucionalidad del proceso de M&E. Está pautado por alguna norma (Decreto, Resolución, Convenio, etc.). Existen roles establecidos?
- ¿Existen documentos resultantes del proceso que muestren sus resultados? ¿Se elaboran indicadores de evaluación? Especifique
- ¿Corresponden al plan en su conjunto o a problemáticas específicas?
- ¿Las evaluaciones son específicas del sector o comprenden a otras áreas de intervención que se vincula con el programa (otras áreas de salud, desarrollo social, seguridad social, educación, etc.)?
- ¿Abarcan todo el territorio nacional o un recorte regional? Especifique localidades, provincias, regiones, etc.
- ¿Qué dimensiones son “evaluadas”? ¿Se evalúa a los beneficiarios? ¿A las instituciones? ¿al financiamiento? ¿una evaluación global?
- Los beneficiarios participan en la evaluación? Con qué mecanismos se los considera.
- Tratamiento posterior que se le da a esos “monitoreos” o “evaluaciones”. Son utilizados por el programa? Por otras áreas del Min. de Salud? Otros Ministerios o instituciones dependientes del gobierno nacional? Otras instituciones subnacionales, etc.?
- Difusión y publicación de la información recolectada. Impacto de estas evaluaciones en el desarrollo del Plan.
- Alguna experiencia concreta de “evaluación” para destacar.

Perfiles de actores a entrevistar

- Actores clave en el diseño original del programa (por parte del gobierno nacional, por parte del Banco Mundial, academia, etc.). 2 entrevistas?
- Actor clave en la evolución, ejecución y modificaciones al programa. 1 entrevista?
- Referente relacionado con el proceso de evaluación del programa. 1 entrevista?
- Responsable de organización médica del programa. Funcionamiento del esquema de derivaciones. 1 entrevista?
- Referente del programa a nivel provincial, articulación con seguros provinciales. 3 entrevistas?
- Referente de efector con alto nivel de inserción del programa. 2 entrevistas?
- Referente de efector con bajo nivel de inserción del programa. 2 entrevistas?
- Profesional médico en establecimiento efector comprometido como “proveedor de la información” que alimenta el sistema. 2 entrevistas?

Total aproximadamente 12 entrevistas programadas.

PRIMER INFORME DE ENTREVISTAS REALIZADAS

Informe a autoridades y funcionarios del Programa

- 1) Humberto Silva (Responsable del área de “Planificación estratégica”)
- 2) Martín Sabignoso (Coordinador del Plan Nacer)
- 3) Ana Sala (Coordinadora del área médica)
- 4) Ricardo Izquierdo (Responsable del área de “Supervisión de la Gestión”)
- 5) Mónica Ledesma (Buenos Aires) (Coordinadora del Programa a nivel provincial)
- 6) Flavia Raineri (Buenos Aires) (Coordinadora contable del Programa a nivel provincial)
- 7) Pablo Chomnales (Jujuy) (Coordinador del Programa a nivel provincial)

Datos generales

1. El Plan Nacer es un programa innovador que tiene un abordaje pensado y documentado a partir del MONITOREO. En este sentido el monitoreo no está pensado para almacenar números y datos, sino para aprender y para generar aprendizajes, documentarlos y divulgarlos.
2. El monitoreo es intrínseco al formato del programa mismo. La evaluación se puede hacer a partir de las tareas del monitoreo.
3. Hubo un fuerte avance en la institucionalización de las practicas de M&E..
4. Existen 46 documentos técnicos en donde se contiene gran parte de los datos que surgen del M&E del Programa. Hay una fuerte difusión, tanto de la información recolectada como de los informes. Se difunde a 1) la gestión 2) las provincias y equipos técnicos 3) academia.
5. El Plan Nacer se vincula con casi todos los programas del Ministerio de Salud.

Historia

- En los primeros años de implementación del Plan, estaba el ÁREA TÉCNICA en donde se producían documentos técnicos que explicaban los mecanismos de transferencia de nación a las provincias.
- Una de las primeras cosas que se hizo en términos de *monitoreo* fue consolidar toda la información externa de salud disponible y se construyó la BISA³⁶ (“Base de indicadores de Salud”). En esta base se consolidó y compatibilizó con las estadísticas disponibles, lo que permitió generar indicadores metodológicamente comparables. A partir de esto se avanzó en dos tipos de monitoreo: el de contexto (dónde se insertaba el Programa –BISA-) y el monitoreo propio del Programa. Este último consistía en la generación de indicadores propios sobre

³⁶ La BISA se actualiza de manera constante. Actualmente, también hay un ejecutable “DEBINFO” al que pueden acceder todas las provincias y hacer consultas.

cuestiones financieras, ya que el primer usuario de la información fue el Banco Mundial, al que le preocupaban las transferencias, la ejecución financiera, etc. Progresivamente, se fueron incorporando indicadores sanitarios.

- Se elaboraban los “Informes de Gestión” (bimestrales), en donde se condensaba todo aquello que se mide: tabulados financieros y sanitarios. Con el tiempo, los informes pasaron a ser primero sanitarios y después financieros (aparecen primero los resultados sanitarios –por ejemplo, tasa de utilización de las prestaciones- y luego los financieros). Este “Informe de Gestión” da cuenta de la relación del Programa con el Contexto.
- Supervisión del Plan Nacer: al principio esta área contaba con la supervisión técnica y administrativa. Desde este espacio se fueron definiendo los mecanismos y áreas de control del programa. Luego, toda la estructura de control sanitario del programa hizo que se volviera necesario desdoblar esta actividad. El desdoble fue: "Auditoría y Supervisión médica" y “Supervisión de la gestión” (control de gestión y supervisión de gestión de las provincias). Es decir, a medida que el mismo programa se fue complejizando y creciendo, se le incorporaban trazadoras y se elevaban las metas. De este modo, se necesitaba un ámbito institucional que controlara esto. Cada cosa que se iba agregando, necesitaba una contraparte de “control”.
- Desde el Área Médica se trabajó íntegramente el paquete prestacional con todos los programas (los del Ministerio y los provinciales). El paquete no tiene fisuras ya que se priorizó lo que realmente presentaba importancia sanitaria. Por eso, el área necesitó tener esta relación y sinergia con todos los programas.

Monitoreo

- El sistema de monitoreo es intrínseco al modelo de financiamiento del programa. Al tener una modalidad de financiamiento por resultados o por desempeño, la propia definición de aquellos resultados implica la constitución de un mecanismo de monitoreo. Es decir, para que el programa pueda entrar en funcionamiento se necesita primero definir resultados, definir los indicadores que van a medir esos resultados y después para que sucedan las transferencias tienen que poder reportarse y mostrarse esos desempeños perseguidos. Con lo cual, a diferencia de otros programas en los que hay una intervención muy específica y después se avanza en la definición de un esquema de monitoreo, en este programa el esquema de monitoreo estuvo definido desde el inicio, con las trazadoras o con los niveles de transferencia por inscripción.
- En el Programa SUMAR hay un nuevo organigrama, en donde hay un área de Planificación estratégica³⁷ (Humberto Silva es el responsable). De este área dependen cuatro sub-áreas, que tienen roles específicos y un equipo a su mando: 1) sub-área de Monitoreo; 2) sub-área de Evaluación estratégica; 3) sub-área de Investigación aplicada (en donde se hacen todos los estudios) y 4) sub-área de Asistencia técnica a la implementación de seguros provinciales (consiste en el acompañamiento que se hace a la implementación de seguros, que requiere de

³⁷ Todo este esquema viene funcionando desde hace años y en este momento se está formalizando.

ciertas destrezas que las provincias tienen que incorporar, sobre todo desde lo económico-financiero: utilización de recursos escasos, planificación de esos recursos, precios, etc.). Las cuatro sub-áreas a veces funcionan como un solo equipo.

- Hay tres tipos de monitoreo
 - 1) Del contexto
 - 2) De la interacción Programa – Contexto
 - 3) De la organización del Programa en sí misma
- Hay poco avance respecto de la medición de la tercera dimensión. Es complejo medirse como organización: medir el desempeño como equipo o como grupo de recursos humanos. Se están por planificar “metas” como equipo para avanzar en esto.
- Hubo mucho avance en la planificación estratégica de las metas globales, pero ahora se va a avanzar en la planificación de metas operativas, en donde se van a incluir indicadores de desempeño de la organización.
- El Plan se maneja con una visión integral del monitoreo: se implementa una política pública porque hay un contexto que necesita una intervención. Se diseña una organización que lo intervenga para promover el cambio. De este modo, se puede ir monitoreando el cambio en la interacción entre la organización y el contexto y se observa cómo cambia el contexto y también la organización.
- Las trazadoras son parte del diseño y existen desde un principio. El programa fue diseñado como un programa de pago por desempeño, donde la relación nación-provincias tiene transferencias condicionadas a ciertos desempeños. El 60% del pago es por nominación o inscripción y el 40% restante por el desempeño de los indicadores que se llaman trazadoras. Hay 10 trazadoras que existen desde el inicio del Plan Nacer. En el SUMAR hay 14 trazadoras nuevas. Por lo tanto el monitoreo es intrínseco al Plan, es parte del programa mismo. Las trazadoras son un monitoreo en sí mismo.
- A pesar de ser el monitoreo algo intrínseco al plan, el mismo no se circunscribe solamente a las trazadoras (que es lo que suelen hacer los programas de pago por desempeño).
- Generalmente, en sus comienzos, los programas de pago por desempeño tienen un período de gracia para medir desempeño: en este caso, se le transfiere a la provincia el valor per cápita del inscripto independientemente del valor de la trazadora (del desempeño) por un período de gracia de 8 meses, es decir, no hay ajuste por desempeño de trazadoras. A partir del octavo mes empiezan a regir las trazadoras.
- En la actualidad, se elaborará una “Planilla síntesis” (un extracto) que tiene un formato digital (Word). Estas planillas incluyen indicadores sobre varias dimensiones y presentan el dato más actual que se encuentre disponible. Son

utilizados, sobretodo, para los viajes a las provincias³⁸ (cabe destacar que también existe demanda a nivel municipal).

- Se elabora el “Boletín estadístico provincial”, con los principales indicadores económicos, sanitarios, socio-demográficos, de desempeño. También se puede ver la serie evolutiva de todos los indicadores.
- La principal fuente de información que maneja el programa es la SIRGEN (Sistema de información de reporte de gestión). Es el padrón de inscripción, de efectores, de trazadoras. Está sistematizado.

Otras formas de monitorear

- El área de “Supervisión de la gestión”, a cargo de Ricardo Izquierdo, complementa a las acciones que llevan adelante las auditorías financieras. Esta área tiene actividades de línea que pueden pensarse como actividades de *monitoreo*: auditar ciertos procesos: Control del co-financiamiento; Planes de salvataje de Provincias con problemas; Elaboración de Instrumentos para la gestión que son utilizados por otras áreas (el tablero de control³⁹); Sistema de controles financieros a través de Home banking (no hay antecedentes en la administración pública de esto). Los formatos de las auditorías de esta área buscan diferenciarse del formato rígido de aquellas que realiza el Banco Mundial.
- La auditoría de la gestión se realiza por medio de los tableros que son la fuente de información acerca de las cosas que marchan bien y las que no. La decisión de visitar una provincia (más allá de un régimen de visita mínimo anual establecido) sale de esta área a partir de la información que maneja. El programa de visitas tiene la flexibilidad que da la evolución de la gestión que cada provincia muestra a través de los indicadores.
- Además, se monitorea y supervisa la evolución de gestión de todas las provincias. Desde este área se emitieron los dictámenes –aprobando o no- el ingreso de las provincias a la nueva FASE SUMAR. El ingreso depende de 15 condicionalidades (5 son de tipo legal y tienen que ver con el cumplimiento de aspectos del programa como el nombramiento de responsables de programas, el convenio marco, el convenio con el registro civil, etc. También hay 10 condicionalidades de tipo operativo, como son las trazadoras, los efectores contratados, los efectores facturantes, los días de pago, la descentralización de

³⁸ Como parte de las diferentes tareas de gestión, se prevén viajes a las provincias. En estos casos, se necesita contar con cierta información: Contexto económico (estadísticas disponibles del PBG de la provincia, de la región en que se encuentra, el PBG de la FASE I, el PBG del total país: se puede ver el indicador “en relación”; Gasto en salud, entre otros –posicionar económicamente a la provincia). Estadísticas sanitarias: mortalidad infantil, mortalidad materna, nacidos vivos, peso al nacer, mortalidad post-neonatal. Estadísticas socio-demográficas: NBI, población. Además, se incluyen indicadores de desempeño del programa: hay dos subconjuntos de indicadores: los indicadores que monitorean la relación entre nación y provincia y los indicadores que monitorean la relación de la provincia con sus establecimientos.

³⁹ El tablero de control es un instrumento que permite realizar un seguimiento de todos los indicadores centrales del programa y verlos en sus diferentes niveles. De hecho, pueden ser prolongados a nivel establecimiento.

los procesos, lo gastado-transferido, el cumplimiento de entrega de la documentación e información requerida por el programa –SIRGEN-, el tablero de control o las rendiciones de cuentas, etc. Cada una de estas trazadoras está parametrizada, es decir, se definieron los umbrales mínimos esperables). Estas 15 condicionalidades fueron diseñadas en conjunto desde diferentes áreas⁴⁰.

- El área de Supervisión de la gestión también audita, en las instituciones, cómo se planifican los desvíos respecto de lo planificado y lo ejecutado; se auditan los fondos ejecutados, en qué tipo de bienes, etc.
- Otra de las actividades que realiza el área de Supervisión de la gestión son los “Planes de objetivos operativos”, cuya función es recomponer la situación de la gestión⁴¹.
- De manera continua, se realiza un seguimiento de todos los indicadores específicos del área y también de algunos relacionados, como los demográficos o legales. Básicamente, se monitorean indicadores que tienen que ver con el equilibrio financiero y económico de la gestión: antigüedad de la facturación presentada, días de pago, efectores facturantes, cuántos de esos efectores facturantes fueron CAPS, cuántos hospitales. También se miden transferencias realizadas de Nación a las provincias, cuánto de esas transferencias que recibió la provincia se transfirió a los efectores y cuánto de eso que recibieron los efectores se aplicó efectivamente. De todo esto se desprende que todo el circuito está monitoreado⁴².
- El área realiza informes a los que se accede a través de una nube (con clave). Hay una biblioteca virtual en donde hay un banco de datos con todo lo que se produce en el área. Esta área tiene diferentes usuarios: las provincias, el Banco Mundial, el coordinador del plan, etc.
- El Área médica tiene cuatro sub-áreas: de cobertura prestacional, de resultados, de supervisión, monitoreo y auditoría y de programas especiales (programas de alta complejidad como las cardiopatías congénitas, etc.). La complejidad que fue adquiriendo el programa devino en la necesidad de monitorear cada una de estas sub-áreas. Todos los temas pasan a ser monitoreados.
- El Área médica realiza un monitoreo constante. Uno de los puntos centrales del programa es la nominalización de la población: esto permite un monitoreo específico del programa. No solo están nominalizadas las personas, sino que pueden ser seguidas en toda su historia de salud (y si se detecta incorrecto, se puede rastrear esa trayectoria). Esto permite evaluar la cobertura de salud que se le da a la persona y la cobertura en su historia de enfermedad. Se puede conocer

⁴⁰ Cabe aclarar que estas condicionalidades respetan el ingreso de las provincias al programa: hay algunas que ingresaron dos años antes que otras, por lo que tienen “ventajas”; de este modo, las exigencias de las condicionalidades se ajustan a esto.

⁴¹ Concretamente, consiste en un viaje a la provincia y que permita detectar los problemas que existen. Una vez en terreno, se definen acciones, tiempos y responsables. Luego se monitorea ese programa de cambio y de mejora. Es un esfuerzo adicional para la provincia, ya que la misma continúa con las cuestiones normales. Es un monitoreo especial. Además de controlar lo cotidiano, se agrega este programa.

⁴² Debe resaltarse que hay algunos indicadores que son monitoreados en el EFECTOR mismo.

y luego tomar acciones. El monitoreo es central y muy focalizado, por eso tiene más efectividad.

Evaluación

- Al trabajar con financiamiento internacional, el propio contrato de préstamo establece objetivos de desarrollo del proyecto. Están acordados con el organismo de financiamiento y abordan no solo aspectos sanitarios sino aspectos de funcionamiento financiero, aspectos de nivel de alcance de la implementación, avance en la coordinación de esfuerzos con las provincias, el cumplimiento de los compromisos de gestión, los niveles de utilización de los recursos, niveles de utilización o ejecución de recursos, etc. De este modo, se evalúa el nivel de intervención del programa.
- En el último año se fue conformando y consolidado un esquema en donde hay distintos niveles de evaluación. Por un lado el país (se toman algunos de los indicadores que exige el Banco Mundial⁴³ y se elaboran a nivel país). Por otro lado, hay una mirada a nivel provincial y a nivel establecimiento que cada vez se profundiza más. En general, estas evaluaciones locales, se llevan a cabo desde el nivel nacional, a pesar de ser la provincia quien debería explotar el nivel micro.
- Existen evaluaciones puntuales sobre temáticas específicas. La evaluación ha crecido mucho. Hay una agenda de evaluación que comprende 28 estudios que se diferencian en tres secciones: estudios para evaluar la efectividad del programa, estudios para contribuir tanto para el programa como para el ministerio en la definición de prioridades y los estudios que están referidos para la mejor implementación del programa (estudios de costeo).
- Constantemente se busca integralidad en las evaluaciones, es decir, que todas las áreas participen, particularmente la médica.
- Hay múltiples estudios que solamente se focalizan en una región o una provincia. En estos meses, se está desarrollando un estudio de evaluación de capacidades administrativas: microgestión a nivel de establecimientos o incentivos al personal. Ese estudio se hace en nueve provincias.
- Hay en curso una evaluación de la satisfacción de usuarios que se está haciendo en todo el país. En un primer momento se había hecho solo en la FASE I.
- Hay evaluaciones desde todas las perspectivas: las de los establecimientos, las de los beneficiarios, de los equipos, se distingue la mirada de las autoridades de los establecimientos respecto del resto del equipo. Se toma la percepción y la opinión de los destinatarios: se distingue a los usuarios con una alta utilización de los servicios de aquellos que tienen una baja utilización. Esto constituye un estudio inédito. Algunos de estos estudios tienen financiamiento internacional y otros muchos con fondos exclusivamente nacionales.

⁴³ El motivo de selección de estos indicadores es que permiten conformar una buena matriz para indagar el desempeño del programa.

- A partir de todo esto, puede verse que el programa permite generar aprendizajes hacia adentro y hacia afuera.
- Desde sus inicios, el programa preveía un componente de evaluación que estaba claramente asociado a la evaluación de impacto (el Banco Mundial también asociaba a la evaluación con la evaluación de impacto). Este tipo de evaluación funcionó como un proceso de evaluación del programa mismo, como una revisión acerca de qué era el programa, de su marco lógico y a partir de ese marco lógico y de re-precisarlo, ver cómo desarrollar esa evaluación.
- El programa evolucionó más allá de la evaluación de impacto, por lo cual fue necesario incorporar otras metodologías de evaluación complementaria y administrativa.
- Hay una evaluación externa (la del Banco Mundial) que es permanente. Hay una evaluación “concurrente”, plasmada en una agenda de estudios, de la que participan instituciones académicas y expertos nacionales o internacionales.
- Hubo una evaluación de medio término (en la FASE II, de la que participaron expertos nacionales e internacionales).
- Hubo evaluaciones de impacto de las provincias de Corrientes y Misiones que se hicieron en bases administrativas con expertos internacionales (Brasil, Chile, EE.UU).
- El Plan Nacer concibe una evaluación integral: evaluar más allá del pago por desempeño inicial y retomar otros aprendizajes que fueron necesarios (en lo institucional y en la lógica organizacional del sector de salud). En este sentido, también se piensa la evaluación a partir de la interacción con otros programas (como la AUH) y con otras áreas (como Seguridad social, Educación, etc).
- Gran parte de lo que se evalúa es propuesto por el área de Planificación estratégica. Y, dentro de esta área, hay fuertes relaciones entre las sub-áreas de monitoreo, de evaluación e investigación aplicada.
- Informe de “Evaluación final del Plan Nacer”: contiene análisis descriptivos a partir de la información disponible. De este informe surgen muchísimos aprendizajes. Queda plasmada la relación entre "Nación y Provincias" y "Provincias - establecimientos".
- El programa es un modelo para otros países: su formato permite aprender y documentar las cosas que se hicieron bien y las que no.
- La evaluación de medio término motorizó todo lo que vino después. Se generó una agenda de trabajo y de interacción que surgió de la evaluación.
- Un punto central de la evaluación es el programa es traducir los resultados en documentos para otros, no solo para el Plan Nacer. Se busca generar la capacidad de interpretar y llegar a conclusiones que puedan ser transmisibles.

- Hay una creciente utilización de los resultados de los estudios. Y se busca que crezca esa utilización por parte de otros ministerios, facultades, etc. Generar conocimiento que esté disponible para los tomadores de decisiones de política pública.

Resultados de las evaluaciones

- Previo a que exista el paquete perinatal, se hicieron una serie de estudios y evaluaciones a nivel nacional en relación a esta problemática. En función de eso, hubo una selección y priorización de prestaciones. Es decir, el paquete no fue definido al azar, sino que fue el resultado de todo un estudio médico y de las capacidades instaladas en las provincias (qué capacidades había para responder a estas nuevas prestaciones). Se evaluaron capacidades en los efectores y en recursos humanos. Se consensuaron los protocolos / normas ligadas a cada una de las patologías. Se le comunicó a las provincias. Se le exigía como requisito que tuvieran normas actualizadas y de no tenerlas se les daba el protocolo revisado.
- El Área médica trabajó con la regionalización. El programa no permite que las prestaciones se den en cualquier lado. Se categorizaron a todas las maternidades⁴⁴ (se definió cuáles son las maternidades con la complejidad necesaria para atender ciertas prestaciones). Fue un ordenamiento nacional que se inició por medio de una auto-evaluación. De este modo, se definió a qué maternidades acepta el programa y qué paquete se puede atender donde.
- Cada paquete nuevo tarda aproximadamente de un año y medio a dos en ser implementado. Esto es porque son resultado de estudios y evaluaciones.
- En la actualidad se está trabajando con la evaluación de los laboratorios. Se trabaja en conjunto con el CEMIC para que sean quienes van a los laboratorios. Funciona como un control interno y externo. Se evalúan si los resultados están bien o no. Se mide el desvío respecto del valor esperado.

Relación con las Provincias

- Desde la perspectiva propuesta por el Plan Nacer, la Nación tiene que financiar la mayor parte para poder sostener su rol de rector.
- Con el cambio de organigrama que implica el SUMAR se prevé que las provincias incorporen áreas equivalentes y empiecen a generar capacidades en torno del M&E (va a haber “monitoreo” y “evaluación” al interior de las provincias). Hasta este punto, las provincias han tenido un rol de “seguidor” y de “proveedor” de información. No han generado, más que aisladamente, estrategias de monitoreo específicas.

⁴⁴ En un principio fue una auto-evaluación para obtener una primera visión de cómo estaban funcionando las maternidades. Se le envió una planilla a las provincias. A partir de eso, se hizo una categorización que ahora se está evaluando visualmente. Se pueden re-categorizar o no.

- En las provincias se ha desarrollado una fuerte relación con los establecimientos que permite mostrar desempeños, sin embargo esto es muy asistemático (no se encuentra formalizado).
- Se registran ciertos inconvenientes para obtener datos de las provincias, como por ejemplo informes específicos (Reportes de usos de fondos o Reportes prestacionales que tiene un mayor nivel de detalle) .
- Desde el Área Médica se generaron diversas tareas para afianzar la relación con las provincias y con el resto de los programas existentes a nivel provincial.
- El un principio, la supervisión del área médica consistía en ser tutor de las provincias, en ir a “llevar el conocimiento” de lo que pretendía el programa. Ahora ya hay un aprendizaje de este monitoreo en las provincias.
- Delegar y focalizar las cuestiones también es un aprendizaje. Por eso es necesario que el efector conozca lo se evalúa y lo que se monitorea: que sepa cuáles son los comportamientos esperados, que se fijen compromisos entre el efector y la provincia y que esos compromisos sean evaluados.

Experiencias de provincias

Buenos Aires

- En la provincia de Buenos Aires, debido a su tamaño y complejidad, funcionan dos coordinaciones.
- La Coordinación operativa monitorea a diario las tareas que corresponden a cada una de las áreas del plan. La Coordinación ejecutiva se dedica a cuestiones más políticas.
- En un principio, las tareas de monitoreo, se centraron en mejorar e institucionalizar todo el circuito administrativo del Plan para reducir tiempos y tratar de cumplir con las exigencias del Tribunal de Cuentas de la provincia y la Contaduría General de la provincia (que tienen sus propios circuitos administrativos). Se debieron realizar muchas tareas para armonizar las normativas del plan (formas, tiempos, circuitos) con los de la provincia.
- Desde el año 2012, se empezó a trabajar con el objetivo de monitorear a diferentes Municipios y hospitales. Se busca desarrollar una serie de indicadores que permitan efectuar el seguimiento del desempeño sanitario y de cuestiones básicas operativas que hacen al desarrollo del Plan. Estos indicadores fueron pensados para que sirvan para la toma de decisiones (de Directores de hospitales o Secretarios de salud en los municipios).
- Monitoreo: se realizan informes mensuales o bimestrales que se disparan hacia múltiples direcciones. Todos los informes se devuelven a los municipios. Una vez por mes o cada dos meses, se hace un informe evaluativo de la situación del municipio y se manda al Secretario de salud del municipio y al referente del plan

nacer. También se envían a las Regiones sanitarias. Estos informes son un insumo de monitoreo permanente que los municipios pueden darse a si mismos. Dentro del informe hay una comparación con la región sanitaria a la que el municipio pertenece. Se ve también el grado de cruzamiento de un municipio a otro a partir de la facturación. Entonces, se provee de diferentes insumos que se devuelven a todos los municipios y regiones sanitarias. También se hace un informe más pequeño a los hospitales provinciales con los que hay permanente relación y comunicación. Por último, se hace un resumen de los informes para las autoridades (ministro, viceministro) que tiene la evolución de los indicadores del plan. Se hace un monitoreo de los grandes indicadores del plan para que la autoridad política pueda saber cuanta plata se transfirió, como van los efectores, etc. formato adecuado al destinatario.

- Además del monitoreo propio del Plan Nacer hay un monitoreo de la propia provincia porque está incluido en sus circuitos administrativos y contables. A nivel provincial se puede ver con mucho más detenimiento donde se usó el dinero.
- Constantemente se elaboran informes de evolución del plan que son solicitados por las autoridades. Se muestra cómo evolucionaron los principales indicadores. A partir de estos informes, se recibieron sugerencias o pedidos por parte de las autoridades.
- Se realizan evaluaciones de los efectores (horas de capacitación o cursos o de asistentes). Estas evaluaciones están establecidas por la Unidad Ejecutora Central.
- Hay una estructura externa (auditorías externas de Nación) y también una estructura de auditorías internas propias de la provincia. Hay circuitos administrativos contables que sirven como modo de auditoría y hay una vinculación muy importante con el área de gestión administrativa de la provincia que permitió destrabar la implementación del plan. Se logró incluir los circuitos del Plan Nacer dentro de los circuitos que ya tiene el área de gestión administrativa. Hay un Sistema que permite organizar los gastos dentro de los hospitales (tienen todo lo que se recibe como recursos y se puede consultar los gastos, compras permitidas, etc.). El Programa se sumó al este sistema y se puede monitorear en qué se usa el financiamiento del plan.
- Hay auditorías médicas: los auditores médicos van a terreno y revisan las historias clínicas y revisan los circuitos dentro del hospital o los CAPS (carga de información e historias clínicas). Han habidos avances pero no tanto como en los circuitos administrativos.
- A nivel provincial, se está trabajando en red con todos los programas para la construcción de una sola matriz de indicadores con un gran tablero de control para todos los programas (esto se trabaja en conjunto con el BID).
- Nación acompaña permanentemente en la cuestión de elaboración de las trazadoras.

- Nación ha financiado varios programas de evaluación y la provincia ha participado.
- Hay una utilización de los datos del Programa para promover la búsqueda activa: se arman padrones de riesgo (por ejemplo chicos que hayan nacido con bajo peso al nacer o embarazadas con ciertas características). Esa población de riesgo se envía a cada municipio (nombre, apellido, etc.) y puede buscarse activamente y hacerse un seguimiento. Forma de uso del monitoreo.

Jujuy

- Desde el año 2009 se desarrollan “Auditorías de Terreno”. Las mismas no tienen nada que ver con las auditorías habituales con las que trabajan los médicos. En este caso, se trabaja con la idea de una auditoría integral tutorial. Hay un equipo de auditores médicos y contables que visitan todos los efectores de la provincia. En los efectores, el trabajo de auditoría es buscar la calidad en las prestaciones a través de los registros. Esta es una dimensión puramente médica (se auditan historias clínicas, prestaciones facturadas y pagadas). La calidad del registro de la prestación es central, ya que se entiende que si un registro tiene todas las características y cumple con todos los datos exigidos para ser considerado de calidad, quiere decir que la prestación ha sido brindada con calidad y control. En el caso de que no tuviera lo necesario, se trabaja con los responsables del efector para buscar optimizar ese registro.
- También se monitorea la calidad de la facturación: actualmente se está haciendo un trabajo sobre las prestaciones ingresadas y no facturadas. Se trata de mostrarle al efector que la facturación es una forma de reportar al sistema de salud.
- Se trabaja sobre la potencialidad que los efectores tienen sobre las prestaciones y facturaciones y actualmente se está avanzando en un trabajo sobre los fondos que el programa les genera, para enseñarles a utilizarlos.
- Nación orienta al desarrollo de este tipo de auditorías, sin embargo la provincia lo tiene previamente.
- En las auditorías, también se trabaja con la devolución de la información a los efectores, explicando el significado de la información. Se hacen recomendaciones a partir de estos datos. Los informes también son enviados a Nación y a diferentes áreas de los municipios y del ministerio de salud provincial.
- Las Auditorías de terreno son independientes de las trazadoras y de las auditorías que realiza el Banco Mundial.
- Nación solicitó a la provincia un compromiso de visita a los efectores. De esto surgen las Auditorías de terreno.

Puntos débiles

- No hay una relación aceiteada con los beneficiarios, debido a las características propias del programa (el programa llega directamente al equipo de Salud). Sin embargo, se está avanzando en este punto: hay un estudio de Satisfacción del usuario.
- El M&E de los efectores y usuarios es un punto que debe ser más desarrollado.
- Se señala que hay pocas actividades conjuntas entre las diferentes áreas del Plan Nacer, salvo en lo que respecta a los viajes a las provincias.
- Hay cierta fragmentación del monitoreo, es decir asociado a ciertas áreas en particular. Ahora se está avanzando en la integralidad del monitoreo: el área sanitaria, de gestión, la financiera, etc.
- En las provincias es necesario cumplir con lo que está establecido por los organismos provinciales, en ciertos casos, eso puede resultar engorroso con los circuitos propuestos por el Plan Nacer.
- Hay poco vínculo *entre* provincias pero mucho entre cada provincia y Nación.

SEGUNDO INFORME DE ENTREVISTAS

Informe de Entrevistas a efectores y referente municipal

- 1) Dra. Claudia Carballo, jefa del CAPS “Campero LGSM”. Médica generalista. Es la coordinadora (en reemplazo) del CAPS. Es una zona que combina espacios rurales y urbanos. Se dedica, sobretodo, a tareas de gestión y asistenciales.
- 2) Enfermera Fabiola Ramos del CAPS Cuyaya.
- 3) Dr. Oscar Otero - Médico. Referente del municipio de Lanús del PN - SUMAR. Trabaja desde que comenzó a implementarse el PN (al principio como director de un área programática)
- 4) Adriana Escobar. Responsable de efector “Hospital Eguiguren”, 30 de Agosto. Trenque Lauquen.

Es destacable cierta particularidad que presentan estas entrevistas en relación con las efectuadas en la tanda anterior. En este caso, se expresa la perspectiva propia del espacio en donde se produce la información y en donde el esquema de M&E no está presente.

Dificultades respecto de la implementación del PN

- Los diferentes entrevistados refieren insistentemente en que las prestaciones que ofrece el PN se hicieron siempre, es decir que existían previamente. En un principio se encontraban sorpresas y descreimientos por parte de, por ejemplo, los agentes sanitarios o los enfermeros al ver que de la misma prestación que se hacía previamente, ahora se presentaba un incentivo económico.
- Fue necesaria la concientización de los equipos de salud.
- Existieron dificultades ya que existía cierta resistencia al cambio de organización. Es decir, había prestaciones que se brindaban previamente pero que con el PN cambiaban de forma, debido a la necesidad de registración que tiene el Programa. Asimismo, existía resistencia por parte de los trabajadores de la salud ya que el Programa exigía más trabajo para ellos (la registración).
- Los primeros años del PN no fueron fáciles, hubo que negociar con los profesionales de la salud las formas que requería el programa. Una responsable de un CAPS de mayor desempeño lo manifiesta de este modo: *“A los médicos no les gusta escribir, les cuesta escribir y sobretodo, escribir claro. Costó bastante, con machaques”*.
- Al principio, las cuestiones relacionadas con la carga de información y la registración eran percibidas como una “carga más de trabajo”. Sumado a esto, hay que señalar que el personal de algunos CAPS es bastante mayor y no estaban habituados a ese tipo de trabajo. La informatización de los registros sumó un conflicto más respecto de estas cuestiones.
- Se insiste en que son MUCHOS los registros que deben ser completados y que esto entorpece la tarea profesional.
- Se destacan ciertos problemas con algunos circuitos contables propios de los municipios que chocan con los requerimientos del PN (sobretudo, debido a la exigencia de los “tiempos”). Los circuitos burocráticos dificultan los tiempos y, por ejemplo, hay casos en que aparecen índices bajos de utilización y en realidad tiene que ver con problemas de índole burocrático.

Cambios producidos

- Se resalta la centralidad del PN no solo a nivel sanitario sino a nivel de política social: El PN es visto como una política tendiente a la equidad social, a partir de la existencia de un concepto integral de la salud.
- Se considera que el PN fue algo nuevo, una herramienta de gestión que el país jamás había tenido. El PN permite, al mismo tiempo, optimizar los indicadores sanitarios (que es el objetivo fundamental) y también tener medios económicos como para poder mejorar no solo la infraestructura sino la calidad de vida del personal que trabaja en el área de salud.

- Los profesionales de los CAPS reconocen al PN como uno de los hitos de la salud pública (el otro referido es el Programa Remediar).
- El PN ayudó a realizar un seguimiento de los pacientes mes a mes y a fortalecer ciertos servicios que YA existían. Lo que faltaba era sistematizarlos.
- A pesar de las resistencias iniciales y de los costos en términos de trabajo, se reconoce que se ha logrado incorporar esta nueva dinámica y que el personal está muy conforme ya que se visualizan los logros.
- Los CAPS trabajan con sectores muy vulnerables dentro de la salud pública, en donde no hay recursos. Los profesionales de la salud, al ver que finalmente su trabajo y esfuerzo genera frutos, encuentran un incentivo para continuar y aceptar los requerimientos del PN. Hoy en día, se ha logrado incorporar como los requerimientos del PN como rutina.
- Por otro lado, se está avanzando mucho en la informatización de los puestos de salud y, al mismo tiempo, también se está poniendo Internet. El PN es central en la gestión y desarrollo de estos avances.
- El PN (y ahora el SUMAR) suma incentivos. Estos incentivos no son específicamente médicos, sino que también son económicos.
- Se destaca la importancia de trabajar con “turnos programados”.
- En algunos CAPS hay muy poco personal y el trabajo recaía sobre los profesionales de la salud. Fue necesario incorporar personas que se ocuparan de cuestiones administrativas. Esto se logró recientemente.
- Desde hace un tiempo, se implementó la facturación on line que agilizó bastante.
- Si bien se destaca la sobrecarga de trabajo, se reconoce la necesidad de estar al día con los registros de facturación y las Historias clínicas. Se remarca que siempre se trabajó con el mismo compromiso. La principal diferencia radica en que con el PN se avanzó en una sistematización y registro de todo ese trabajo. En palabras de una responsable de un CAPS de mayor desempeño, se entiende así: *“...con el PN se ve y se lee en un poco más de detalle cada cosa, ya que hay que analizarla..”* (...) *“...la diferencia es que con el PN hay que plasmarlo todo en un papel o ahora on line”*.
- Previo a la implementación del PN había falencias respecto de la organización del trabajo, en parte debido a la falta de personal médico. Se insiste en que a pesar de esas falencias, los médicos se ocupaban del mismo modo que lo hacen ahora: seguimientos, captación, etc. Una trabajadora de un CAPS nos dice: *“... se lo buscaba en el domicilio. Más allá del Plan, esta actividad se realizaba con anterioridad. Tratar de que el paciente venga y concurra. Se les hablaba en la primera entrevista..”*

Auditorías

- Las auditorías ayudaron a generar compromiso por parte de los profesionales de la salud.
- Los profesionales (médicos, psicólogos, nutricionistas) realizan diferentes tipos de registro: la facturación, la historia clínica, etc. Estos registros son monitoreados por la Provincia y por la Nación, a través de auditorías.

Capacitación

- Con la llegada del PN siempre se realizaron tareas de capacitación.
- En un principio, se capacitó fuertemente en cómo debían llenarse las historias clínicas, en la utilización de los nomencladores, en los códigos, los precios, etc. Constantemente hay capacitaciones.
- La capacitación la imparte la provincia. No hay relación con Nación, sino con provincia.
- A pesar de que las capacitaciones son de suma importancia, se destaca en diferentes oportunidades que el llenado de una historia clínica o de la facturación se aprende en la práctica.
- También hay capacitación en informática.
- Debe destacarse que en algunos casos se refirió a la necesidad de realizar más capacitaciones, sobre todo en aquellas zonas más lejanas de las capitales de provincia.

Efectores

- Los efectores son el espacio por excelencia de generación de todos los insumos (información) necesarios para la realización del seguimiento y la evaluación. La gran mayoría de la información se encuentra en archivo digital.
- Toda esta información es necesaria para el cumplimiento de las metas y para la realización de las trazadoras.
- A nivel del efector no se realiza monitoreo del PN, sino que hay monitoreos generales. Se realizan seguimientos de las prestaciones que están bajo el PN. En este sentido, se trabaja con estadísticas que provienen de las historias clínicas o de las facturaciones realizadas. Esa información es relevada a las provincias. Se destaca que esto es de suma importancia ya que permite, también, mejorar las

condiciones materiales de las unidades sanitarias: desde obtener computadoras nuevas, aires acondicionados o equipamientos médicos.

- Caso a destacar 1: En un CAPS de Jujuy se llevan a delante dos “rondas sanitarias” en el año (cada una dura seis meses). En cada una de estas rondas se recolecta información sanitaria y social del área. El área se encuentra dividida en cinco sectores, cada uno compuesto, a su vez, por barrios. Hay responsables por sector y se está tratando de cubrir todos los sectores. Al final de cada ronda se hace un conteo de toda la información relevada y se la analiza. La recolección es por timbreo y se efectúa casa por casa: cantidad de personas, cantidad de familias, presencia o ausencia de obra social, factores de riesgo, jefatura de hogar, trabajo, tipo de trabajo, edades, etc. Entre otras cosas, se obtiene el porcentaje de cobertura sanitaria, de embarazadas, tipos de parto, etc. Esta información se recolecta respecto de toda la población, no solo de los beneficiarios del PN. La misma se pasa a nivel provincial (a los Ministerios y a las áreas programáticas) y también al PN. Se envía con documentos respaldatorios.
- Caso a destacar 2: En un municipio de la Provincia de Bs.As. se diseñó una encuesta familiar que será distribuida en las escuelas. Se le entregará a los padres a través de las maestras ya que se pega en el cuaderno de comunicaciones. Va a haber un equipo que va a trabajar yendo a las escuelas y trabajando con el tema de toda la documentación requerida.
- No hay evaluación del Programa a nivel de efector. Las tareas de evaluación que se realizan en los CAPS son netamente de auditoría.
- Se considera que las evaluaciones a nivel municipal son centrales para ver cuáles son las fallas. Se logró que todos tengan conectividad y computadoras y eso ayudó muchísimo. Programa con caps por caps de todas las áreas programáticas: las 10 áreas, mes por mes, prestación por prestación. Esto me sirve para ver cómo pueden mejorar. Hay sub-registro o falta de registros. Me sirve para ver cómo pueden mejorar. Si necesitan personal, si no saben. Hay datos que son obvios: promedio 4 embarazadas atendidas por mes. Es obvio que hay sub-registro.
- Desde el inicio, existen metas: al principio estaban relacionadas con la inscripción, pero ahora, con el registro. Se capacitó a todos en cuestiones de registro.

Relación con los beneficiarios

- El CAPS es el espacio en donde se configura la relación más intensa con los beneficiarios, más que en los hospitales.
- En algunos casos, en el marco de los CAPS, se desarrollan (o desarrollaron) tareas de captación.

- Así como los equipos de salud descreían en un principio del PN, ocurría lo mismo con la comunidad. Con el tiempo, se destaca el apoyo que se fue obteniendo y la confianza depositada por la ciudadanía.

Relación con los otros municipios

- Fusión de experiencias de diferentes municipios y programas.
- Existen relaciones con otros municipios que sirven para optimizar las tareas administrativas y de captación.
- Se propone la construcción de una red que vincule a los hospitales, los municipios y personas. Con esta red se busca potenciar las prestaciones.