



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

Fecha de recepción: 27 de febrero de 2023
Fecha de aceptación y versión final: 16 de julio de 2023

RInCE - Revista de Investigaciones del Departamento de Ciencias Económicas de La Universidad Nacional de la Matanza

Artículo de investigación:

Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes

Autora:

Agustina Ludmila Pratti¹

Resumen

El presente trabajo de investigación estudia el proceso de coordinación de políticas públicas de salud orientadas a la reducción de inequidades en el acceso a la salud. Este artículo busca describir cómo fue la coordinación intergubernamental de políticas públicas de salud en el marco del Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil en la región NOA (Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero, La Rioja y Tucumán) en los años 2009-2011. Según los resultados obtenidos, la coordinación interjurisdiccional como respuesta a la problemática social en la región NOA entre los años 2009-2011 fue asimétrica en la formación de espacios de deliberación. Sin embargo, como mecanismo de política pública ha sido suficiente para lograr la convergencia de acciones y la legitimación de objetivos estratégicos.

Palabras clave: Mortalidad Infantil, coordinación, derecho a la salud.

¹ Licenciada en Economía (UADE) y Licenciada en Gobierno y Relaciones Internacionales (UADE). Docente-Investigadora del Departamento de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de La Matanza. San Justo, provincia de Buenos Aires. Argentina. Correo de contacto: apratti@unlam.edu.ar



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

Abstract

This research work studies the coordination process of public health policies aimed at reducing inequities in access to health care. This article seeks to describe how the intergovernmental coordination of public health care policies was within the framework of the Plan for the Reduction of Maternal and Child Mortality in the NOA region (Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero, La Rioja and Tucumán) in the years 2009-2011. According to the obtained results, the inter-jurisdictional coordination as a response to social problems in the NOA region between 2009 and 2011 was asymmetrical in the formation of deliberative spaces. However, as a public policy mechanism it has been sufficient to achieve the convergence of actions and the legitimization of strategic objectives.

Key words: Infant Mortality, coordination, the right to health care.

Resumo

Este trabalho de pesquisa estuda o processo de coordenação das políticas de saúde pública destinadas a reduzir as desigualdades no acesso à saúde. Este artigo busca descrever a coordenação intergovernamental das políticas de saúde pública no marco do Plano de Redução da Mortalidade Materna na região NOA (Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero, La Rioja e Tucumán) nos anos 2009-2011. De acordo com os resultados obtidos, a coordenação interjurisdiccional como resposta aos problemas sociais da região NOA dentre 2009 e 2011 foi assimétrica na formação de espaços de deliberação. No entanto, enquanto mecanismo de política pública, tem sido suficiente para alcançar a convergência de ações e a legitimação de objetivos estratégicos.

Palavras chave: Mortalidade Infantil, coordenação, direito à saúde.



Introducción

Este trabajo pretende relacionar la teoría de la coordinación de políticas públicas con acciones gubernamentales tendientes a la reducción de la mortalidad infantil en Argentina. El Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil fue una respuesta a la problemática social y resultado del Consejo Federal de Salud (COFESA) del año 2008 en el que convergieron tanto esfuerzos de niveles de gobierno como programas sanitarios ya existentes siendo el más conocido de ellos el Plan Nacer diseñado por Nación con financiamiento de organismos multilaterales de crédito.

Como recorte espacial, se toman los años 2009- 2011 los cuales fueron los años de implementación. También se recurre a datos del 2008 porque estos valores sirvieron de línea de base y sirven al lector para contextualizar el objeto de estudio. El recorte espacial refiere a las provincias de la región NOA (Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán) dadas sus altas tasas de mortalidad infantil y la proximidad a datos, hecho que vuelve a las provincias del NEA (las cuales tuvieron las tasas más altas de mortalidad infantil hacia 2008) de difícil acceso a datos. Para este trabajo, solo se toma en cuenta el componente post- neonatal de la tasa de Mortalidad Infantil porque se considera que es aquel en que más repercuten factores socioambientales (DEIS, 2016).

Desde su relevancia cognitiva, resulta importante estudiar la coordinación como herramienta de éxito para la aplicación de políticas públicas dada la estructura política en que se organiza Argentina, en la que conviven tres niveles: nacional, provincial y municipal. Se entiende que la coordinación de políticas sociales es fundamental para el logro de objetivos (Licha y Molina, 2006; Repetto, 2005; Repetto, 2009a; Repetto, 2009b; Repetto, 2010a; Repetto y Fernández, 2012; Stein et al, 2006).

El presente trabajo cobra relevancia porque persigue una descripción acabada del fenómeno de coordinación y el rol que asume el Estado en sus niveles nacional y provincial en relación con el derecho a la salud. Esto requiere trabajar la política pública desde su implementación, particularmente, se aborda el análisis



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

en torno a las acciones de gobierno que fueron implementadas a raíz de las tasas de mortalidad infantil registradas en el NOA en el año 2008.

Desde la relevancia social, la mortalidad infantil había sido puesta en agenda a nivel mundial mediante los Objetivos del Milenio emanados de la cumbre de la ONU del 2000. Hacia 2008, el promedio país de la tasa de mortalidad infantil fue 12,5 ‰. Si bien este valor no era alto en relación con países del CONO SUR, persistían asimetrías al interior del país. Por ejemplo, mientras el valor para Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur fue 5,8‰, Catamarca registró 15,3‰ para el mismo año (DEIS, 2016).

Asimismo, de acuerdo a OPS (2017) los indicadores de mortalidad infantil reflejan la desarticulación y segmentación del sistema de salud. Estos indicadores son muy relevantes, tanto por su estrecha vinculación con derechos inalienables de las personas como así también por la posibilidad reducirlos mediante intervenciones eficaces. El Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil fue una respuesta a la problemática social y resultado del Consejo Federal de Salud (COFESA) del año 2008. El mismo plantea la coordinación desde su implementación. Por ello, los interrogantes entre la interacción necesaria entre niveles de gobierno y la convergencia de programas en el plan para la reducción de la mortalidad infantil y materna diseñado para los años 2009-2011, lleva a formular el siguiente interrogante:

¿Cómo fue la coordinación intergubernamental entre Nación y provincias en el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil en la región NOA en los años 2009-2011?

El objetivo general de este trabajo es describir la coordinación intergubernamental de políticas públicas de salud en el marco del Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil en la región NOA (Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero, La Rioja y Tucumán) en los años 2009-2011. Mientras tanto, los objetivos específicos son indagar las particularidades del Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna Infantil, caracterizar las formas de articulación



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

entre el gobierno nacional y provincial en la implementación del mencionado plan e identificar los mecanismos formales e informales de coordinación aplicados.

La hipótesis de investigación plantea que la coordinación interjurisdiccional como respuesta a la problemática social en la región NOA en el marco del Plan para la reducción de la Mortalidad Infantil y Materna en los años 2009-2011 fue asimétrica en la formación de espacios de participación y de deliberación. Sin embargo, como mecanismo de política pública ha sido suficiente para lograr la convergencia de acciones y la legitimación de objetivos estratégicos.

Para responder a la pregunta de investigación se emplea la metodología cualitativa de estudio de caso ya que se intenta abordar el fenómeno social en su especificidad y contexto. El lector del trabajo puede encontrar entrevistas a referentes de las provincias mencionadas, elaboradas en función de las dimensiones presentadas en el marco teórico. Por último, el presente trabajo se organiza de la siguiente manera. En la sección II se realiza una breve revisión de la literatura sobre experiencias de articulación intergubernamental en la implementación de políticas sociales y esfuerzos por garantizar la equidad en el acceso a la salud. En la sección III se desarrolla el marco teórico del derecho a la salud y la teoría que sustenta el problema de la coordinación para el caso de políticas públicas de corte social. En la sección IV se detallan tanto la metodología y datos utilizados como las delimitaciones. La sección V consta de dos apartados, en el primero se hace un análisis de las variables seleccionadas y en el segundo se presentan los resultados obtenidos. Por último, en la sección VI se exponen las conclusiones obtenidas y las futuras líneas de investigación.

Estado del Arte

Existe en la literatura amplio recorrido sobre trabajos científicos orientados al tema de salud, políticas públicas y coordinación de políticas. Mientras algunos de ellos están motivados por la equidad y el derecho a la salud, otros se enfocan en hacer reseñas históricas de planes y programas de salud ligados a la asistencia primaria de la salud. Por otra parte, una selección de autores se orienta a



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

encontrar relaciones entre municipios a la hora de llevar adelante la gestión de las políticas públicas sociales.

Por un lado, una línea de trabajos entre los que se encuentran Kliksberg (1999, 2008), Abramovich y Pautassi (2009), Cunill Grau (2010) y Vélez-Arango (2015), ponen énfasis en la inequidad en el acceso a los servicios de salud. En Vélez-Arango (2015) se propone la instrumentación de un sistema de salud como garantía del ejercicio del derecho a la salud. Kliksberg (1999 y 2008) a su vez considera el derecho a la salud en América Latina desde la desigualdad de oportunidades y la lucha por la reducción de la pobreza desde el enfoque de Amartya Sen. Desde el mismo enfoque, Tamayo y González (2017) analiza el acceso a los servicios de salud en relación con la pobreza multidimensional.

Por otro lado, entre los trabajos que estudian la cuestión ambiental como determinantes de la salud de la población (Mignaqui 2009, Carrizo y Berger, 2013 y Merlinsky, 2008) aportan al análisis el estudio de casos en Villa Domínico y el Foro Hídrico, en los cuales mediante el proceso de agrupación de demandas, los actores afectados por la contaminación ambiental pueden canalizar sus demandas y exigir el cuidado de su salud, en tanto Mignaqui (2009) plantea a su vez que la fragmentación institucional en los niveles de Estado tiende a anular las posibilidades de acción efectiva.

Trabajos que indagan la articulación intergubernamental con relación al tema de salud corresponden a Chiara (2000), Andrenacci (2001) y Goyburu (2016). Chiara (2000) de enfoque sociológico y territorial es incluso citado por Andrenacci (2001) en referencia al Fondo de Reparación Histórica del Conurbano Bonaerense. Ambos trabajos dejan en claro que el rol de llevar adelante una política pública es estatal, y a su vez estudian lógicas sectoriales y la interacción entre gestiones municipales.

En el plano de las intervenciones sanitarias enfocadas en la reducción de la mortalidad infantil, Speranza y Kurlat (2011) reconocen la eficiencia de la estrategia de regionalización del cuidado perinatal en la lucha por disminuir la mortalidad infantil y mortalidad materna. También en el marco de publicaciones



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

del Ministerio de Salud, Yedlin, Avellaneda, Diosque, Tirado, y De Sarasqueta (2010) evalúan estrategias para la reducción de la mortalidad infantil en la provincia Tucumán, la cual para el año 2003 era una de las más altas del país.

Por último, autores que trabajan la coordinación de políticas sociales son Auclino (2015), Parra (2018) y Martínez Nogueira (2010). Pignatta (2016), quien particularmente estudia la coordinación a nivel territorial concluye la importancia de pensar el territorio desde un enfoque de integralidad. Martínez Nogueira (2010) aborda casos de políticas sociales para la reducción de la pobreza en Argentina, Chile, Brasil y Costa Rica. Para el caso argentino estudia el Programa Materno Infantil (PROMIN) y concluye que la distribución de responsabilidades en las relaciones entre los niveles central, provincial y municipal son determinantes del éxito del programa. Los asuntos de los cuales se ha ocupado la literatura al respecto abarcan desde evidencias articulación intergubernamental en implementación de políticas sociales hasta formas de alcanzar la equidad en el derecho a la salud en Argentina. Sin embargo, no se encuentran investigaciones cuyo análisis se realice a la coordinación de políticas de salud asociadas a las brechas sanitarias que hay en el país.

Marco Teórico

Se identifica que toda definición de política pública se compone de al menos dos elementos: un problema común o colectivo y la acción gubernamental requerida para la resolución de ese problema identificado. Por un lado, autores como Titmuss (1981), Salazar Vargas (1995), Tamayo Sáez (1997), Velásquez, (1999), Larrue (2000), Kauffer (2002), Dye (2008), Velásquez (2009), y Aguilar (2009), enfatizan por igual en la definición del concepto política pública a partir de la existencia de un problema común o colectivo y la acción gubernamental requerida para la resolución de ese problema identificado.

Mientras el elemento gubernamental aparece como una acción o programa de gobierno, intervención de autoridades o actores del sistema político administrativo, el elemento común o colectivo está asociado a un problema



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

común, situación socialmente problemática o insatisfactoria. Dentro de este grupo de autores, la definición de Larrue (2000) recuperada posteriormente en Kauffer (2002) tiene la particularidad de mencionar la concatenación de actividades y decisiones a fin de resolver el problema colectivo. Por otro lado, existe otro grupo de definiciones que dan mayor énfasis a la actuación gubernamental por sobre la situación problemática que la origina. Es el caso de Guerrero (1989), Peters (2018), Birkland (2001), Roth Deubel (2002), Torres (2004) y Maldonado Guerrero (2007).

Para el presente trabajo se toma la siguiente definición de política pública: Una política pública es la articulación de voluntad política del sector público operativizada mediante acciones y actividades que tienen como fin la resolución de un problema común a un conjunto de la sociedad. El componente público está dado en una doble dimensión porque identifica un problema o problemática colectiva en la que convergen intereses públicos y privados y cuya resolución necesita de la intervención del aparato de gobierno.

Política social de derechos. Por el derecho a la salud

Se entiende que la política pública social de salud tiene enfoque de derechos atento a que su puesta en práctica asegura el respeto de derechos inalienables de los seres humanos. De acuerdo con Ase y Buriyovich, (2009), “una de las obligaciones que adquieren los Estados en materia de derechos sociales es la de garantizar contenidos básicos de los mismos” (p.31). Por último, a los fines de este trabajo es conveniente mencionar lo dicho en Abramovich y Pautassi (2009) “la discriminación en el acceso a derechos puede provenir, por ejemplo, de la disparidad entre regiones geográficas postergadas” (p. 33).

La tasa de mortalidad infantilⁱ relaciona las defunciones de menores de un año ocurridas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año. Su cálculo responde al cociente entre cantidad de muertes de menores de un año ocurridas en la población de un área geográfica dada durante un año dado y la cantidad de nacidos vivos registrados en la



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

población del área dada durante el mismo año, multiplicado por mil. Dentro de su componente post-neonatal tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socioeconómicas sobre la salud del niño (DEIS, 2016, OPS, 2017).

Coordinación como mecanismo

La coordinación es un proceso por el cual se genera sinergia entre las acciones y los recursos de los diversos actores en un campo concreto de la gestión pública, al mismo tiempo que se construye un sistema de reglas de juego que pueden ser formales o informales, mediante las cuales los actores involucrados encuentran incentivos para la cooperación por sobre sus intereses particulares que pueden estar en conflicto (Repetto, 2005, 2009a, 2009b, 2010a, 2010b). En este sentido, la coordinación es el medio para lograr la integralidad (Repetto y Fernández, 2012).

La coordinación puede ser necesaria en tres planos: horizontal (o intersectorial), vertical (o intergubernamental) y el plano del vínculo con actores no estatales. A los fines de este trabajo se indaga en los procesos de coordinación vertical o interjurisdiccional, la cual es propia de países federales. La coordinación es una tarea técnica y política que requiere de una estructura e instrumentos que le den sustento. Entre ellos se encuentran:

- Comités de gabinetes: están formados por la esfera burocrática de mayor jerarquía.
- Comités interdepartamentales: están enfocados en proyectos y promueven la coordinación horizontal.
- Mecanismos de consulta: para obtener retroalimentación y reutilización de información tal que se logre la eficacia de la política pública.
- Sistemas de planificación estratégica: para establecer prioridades y objetivos estratégicos que se traducen en la organización de los planes de trabajo de los grupos involucrados en la política social en cuestión.
- Criterios de coordinación
- Voluntad y cohesión política



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

- Definición de objetivos estratégicos: definición de objetivos estratégicos y prioritarios que comparten los niveles de gobierno y actores sociales a fin de dar coherencia y pertinencia a las políticas.
- Estructuras y mecanismos de coordinación con objetivos y funciones claramente definidos: las estructuras y mecanismos aseguran la articulación entre el proceso de diseño y ejecución de políticas.
- Participación de los actores clave: esto busca dar concertación y debe ser amplia e incluyente a fin de contar con pluralidad de opciones y lograr la socialización de intereses particulares de las partes intervinientes.
- Institucionalidad legítima: se concreta con la existencia de un espacio formal en el que se inscriban las acciones de coordinación.
- Capacidad de gestión: políticas y técnicas que aseguran legitimidad, participación, aprendizaje y articulación.
- Espacios de diálogo y deliberación: refiere al diálogo deliberativo y social necesario para legitimar las acciones de coordinación.
- Sinergia: es aquello que resulta de la acción conjunta de dos o más actores y su valor supera la suma de las partes.
- Cultura de cooperación e incentivos: este criterio es de largo plazo, no se consigue cultura con esas características sino con una marcada voluntad de trabajo conjunto.
- Sistemas de información, comunicación, monitoreo y evaluación: este criterio busca lograr equidad en el acceso a la información para la toma de decisiones y el trabajo conjunto.

Metodología de investigación

La variable de estudio es la Coordinación interjurisdiccional de políticas públicas es de tipo descriptiva. Para el muestreo se recabó información de las seis provincias del Noroeste Argentino. A saber, Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero, Tucumán y La Rioja. Su selección obedece a cuatro criterios. Por un lado, es la región que más pronto adhirió al Planⁱⁱ. Por otro lado, era la segunda región

RInCE – Vol. 14 N°27 julio (2023) – Artículo de investigación.

ISSN 1851-3239 - <http://rince.unlam.edu.ar>

DOI: <https://doi.org/10.54789/rince.27.4>



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

con tasas más altas de Mortalidad Infantil y Materna. En este sentido, NEA y NOA registraron hacia 2008 las tasas más desfavorables superando el promedio nacional. En tercer lugar, la proximidad al dato, ya que existe un rezago en la producción de datos e informes desde las direcciones de estadística de las provincias del Noreste (Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones). En cuarto lugar, la región NEA cuenta con mayor producción para discutir con mayor profusión el objeto de estudio. El método para arribar a información de primera fuente es la entrevista. La muestra para realizar las mismas fue de tipo no probabilística de tipo intencional con el fin de poder recuperar la experiencia de actores clave en el proceso y especialistas, utilizando como criterios la participación en la implementación del Plan en sus provincias, su capacidad de intervención y diálogo con las jurisdicciones provinciales y su conocimiento del tema. A partir de esto se dieron dos tipos de entrevistas, una abierta y seis entrevistas semiestructuradas, individuales, de media hora de duración.

La operacionalización de la variable coordinación se efectuó en función de cuatro dimensiones de análisis: Institucionalización, Planificación asociada a la definición de objetivos, Participación de actores y la existencia de espacios de concertación, y Conducción eficaz.

La tabla a continuación es un esquema de coherencia entre las categorías explicadas y su vínculo con los objetivos específicos del presente trabajo:



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
 Agustina Ludmila Pratti

Tabla 1: Diseño metodológico

Objetivos específicos	Dimensiones de la variable coordinación	Instrumento/ Atributo de la coordinación disponible de acuerdo con el marco teórico	Descripción	Estados que puede asumir
Identificar los mecanismos formales e informales de coordinación aplicados	Institucionalización	Comités de gabinetes	Diseño institucional que articula la coordinación vertical	-Sí -No
		Comités interdepartamentales	Proyectos y promueven la coordinación horizontal.	-Sí -No
		Institucionalidad legítima	Instancia designada formalmente que es la autoridad de coordinación en la política.	-Sí -No
		Mecanismo de consulta	Dispositivos que establecen instancias formales para obtener retroalimentación y reutilización de información tal que se logre la eficacia de la política pública	-Sí -No
	Planificación de la coordinación	Criterios de coordinación	Establecimiento de por normativa de formas articular las acciones	-Sí -No
		Definición de objetivos estratégicos	Objetivos estratégicos y prioritarios que comparten los niveles	-Sí -No

RInCE – Vol. 14 N°27 julio (2023) – Artículo de investigación.

ISSN 1851-3239 - <http://rince.unlam.edu.ar>

DOI: <https://doi.org/10.54789/rince.27.4>



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
 Agustina Ludmila Pratti

			de gobierno y actores sociales a fin de dar coherencia y pertinencia a las políticas	
		Estructuras y mecanismos de coordinación con objetivos y funciones claramente definidos	Estructuras y mecanismos aseguran la articulación entre el proceso de diseño y ejecución de políticas.	-Sí -No
Caracterizar las formas de articulación entre el gobierno nacional y provincial en la implementación del mencionado plan	Participación	Participación de los actores clave	Pluralidad de opciones y socialización de intereses particulares de las partes intervinientes.	-Alta -Media -Baja - Inexistente
		Periodicidad de Espacios de diálogo y deliberación	Diálogo deliberativo y social necesario para legitimar las acciones de coordinación.	- Frecuente - Esporádico - Inexistente
Indagar las particularidades del Plan Estratégico para la	Conducción eficaz	Sinergia	Interacción permite alcanzar mejores resultados que los que se pueden lograr sin cooperación	-Alta -Media -Baja



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
 Agustina Ludmila Pratti

Reducción de la Mortalidad Materna Infantil	Voluntad y cohesión política	En qué medida hay un liderazgo y una unidad de proyectos políticos	-Alta -Media -Baja
	Cultura de cooperación e incentivos	Voluntad de trabajo conjunto.	-Alta -Media -Baja
	Capacidad de gestión	Resolución técnica y política de situaciones que asegure legitimidad, participación, aprendizaje y articulación.	-Alta -Media -Baja

Fuente: Elaboración propia

La técnica de análisis de datos de la fuente documental para la descripción de cifras consiste en la sistematización y ordenamiento de la información de acuerdo con las categorías de análisis ya que se basa en la recolección de datos provenientes de fuentes secundarias. Para el caso de las entrevistas se recurre al análisis de las categorías emergentes, considerando la subjetividad en el discurso, la relatividad de la percepción del entrevistado y su memoria. Es oportuno destacar que la selección de participantes fue discrecional en función al acceso a la fuente, todos ellos informantes clave. En algunos casos los referentes contactados solo prestaron su consentimiento para participar bajo modalidad cuestionario cerrado, en general por problemas de agenda y falta de tiempo, hecho que limitó la selección de entrevistados.



Análisis. Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil

En el presente apartado se señalan los datos empíricos relevados. A continuación, se presentan los participantes de las entrevistas. Se señala el cargo o función desempeñado al momento de la implementación del plan. Tres actores responden el nivel central de gobierno y fueron funcionarios de primer nivel al momento del diseño e implementación del Plan. En tanto, cuatro participantes son referentes provinciales de la región en análisis.

- Silvia Salazar, jefa de pediatría del Hospital de referencia Enrique Vera Barros, Provincia de La Rioja
- María Romero, Dra. en la Coordinación del Niño, Referente de la Provincia de Jujuy
- Jorge Brizuela, Referente de Estadísticas Vitales, Provincia de Catamarca
- Marisa Álvarez, Referente Hospital Público Materno Infantil, Provincia de Salta
- Ana María Speranza, directora nacional de Maternidad e Infancia.
- Guillermo González Prieto, Subsecretario de Salud Comunitaria, Ministerio de Salud de la Nación
- Ricardo Bernstein, Referente de la Subsecretaría de Salud Comunitaria, Ministerio de Salud de la Nación

A partir de las entrevistas con Guillermo González Prieto y Ricardo Bernztein se ha podido corroborar que al menos desde Nación se ha llevado adelante una sola evaluación de medio término. En tanto, posteriores evaluaciones hubieran sido beneficiosas, pero no fueron puestas en agenda. Otro de los puntos que se pudo corroborar a partir de las entrevistas es que ni los planes operativos provinciales ni las actas compromiso de las provincias para con Nación fueron publicados. Mientras tanto, el modelo de Acta de acuerdo de la provincia de Chaco que figura en el cuerpo del Plan Operativoⁱⁱⁱ es solo una ilustración y no reviste los datos originales. Estas publicaciones no fueron hechas por decisiones políticas.



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

Asimismo, fue discrecional la comunicación a la comunidad y la cobertura que ha hecho la prensa local respecto a las jornadas de trabajo en terreno.

A partir de septiembre de 2009, comenzó la implementación del Plan. La iniciativa e invitación para trabajar las líneas de reducción de mortalidad era de Nación. Cronológicamente las incorporaciones del NOA fueron: Santiago del Estero en octubre de 2009, Jujuy en abril de 2010 y La Rioja en mayo de 2010. Catamarca adhirió en octubre de 2012 y Salta firmó el acuerdo en julio de 2014. Estas dos últimas provincias firmaron acuerdo pasado el horizonte de análisis de este trabajo. No obstante, como se verá a continuación hubo algún margen de coordinación vertical con Nación para llevar adelante acciones tendientes a reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.

Desde la DINAMI, la principal estrategia en la reducción de la mortalidad materno infantil fue la regionalización perinatal. Cada Dirección participante del Plan tenía sus líneas estratégicas. Uno de los principales actores con necesidad de articular fue el Plan Nacer. Antes del 2009 se financiaba el parto realizado en cualquier efector del subsistema público. A partir de 2009, se hicieron evaluaciones de las maternidades que cumplían con las CONE (Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales) y Plan el Nacer dejó de financiar los partos en maternidades que no las cumplían. Respecto a la articulación entre Nación, Plan Nacer y provincias, *“fue todo un trabajo de articulación conjunta, cada jurisdicción del país tiene un área materno infantil y tiene a su vez referentes del Plan Nacer/ Sumar, así que eso fue de inicio un valor agregado importantísimo porque de alguna manera mostraba que la política pública estaba consensuada. Desde ya que hubo apoyo político y de los secretarios porque fue muy duro que los gobernadores y los ministros de salud de las jurisdicciones autorizaran y finalmente permitieran cerrar determinadas instituciones que no cumplían con esos requisitos, logramos que los cumplieran o, en general, se cerraron”* ^{iv}. La relevancia y formalización mediante resolución de las CONE ya había tenido lugar en el marco del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica^v.



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

La segunda línea de trabajo del Plan era la regionalización perinatal. Este es un proceso muy extenso por el cual se establece un sistema de prestadores de salud de complejidad creciente, de manera que coordinadamente den respuesta a las necesidades de atención de la población. El objetivo de la regionalización es que toda mujer tenga derecho a un parto seguro y todo niño pueda ser atendido en el nivel de complejidad que por riesgo le corresponde. Para que esto sea posible, se modificaron dos resoluciones ministeriales 348/03 y 306/02, referidas al funcionamiento de los servicios de cuidados neonatales (Kurlat y Speranza, 2011). Todas las provincias (excepto Salta) avanzaron en la regionalización de áreas programáticas. En Catamarca este intento estuvo presente en los equipos técnicos antes que en los niveles políticos. La provincia pudo completar la regionalización del “interior” una vez firmada el Acta compromiso. *Jujuy no logró cumplir la regionalización en un 100% pero sí se logró la derivación oportuna de mujeres de riesgo a efectores de mayor complejidad que contaban con quirófano.*^{vi}

En Jujuy un alto porcentaje de muertes se debían a complicaciones del aborto. Otro tema que trabajó fuertemente la provincia fue el control prenatal. El tercer pilar fue la atención del parto y control permanente en la primera hora post parto a fin de evitar hemorragias (de acuerdo con Entrevistada Dra. María Romero). La Rioja fue una de las provincias que mejor ha articulado con Nación. El núcleo de referentes participantes en la implementación estaba liderado por mujeres, Soledad Bioero (jefa de Neonatología), Maricel Paredes (directora de Maternidad e Infancia), Cristela Bozas (Plan Nacer) y Silvia Zalazar (Referente del servicio de pediatría del Hospital Enrique Vera Barros^{vii} y participante en observatorio de mortalidad materno infantil). Entre las líneas de trabajo priorizadas por la provincia se encuentran la capacitación en servicio, la provincia recibió intercambio de Neuquén que fue la primera provincia del país en hacer regionalización perinatal, se hizo rotación de profesionales para perfeccionamiento, se mejoró la sobrevivencia de los prematuros, se pudo replicar la experiencia al interior de la provincia y hubo reducción del embarazo adolescente. Catamarca también participó de las capacitaciones en servicios. En 2010 se creó



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

la Maternidad provincial 25 de mayo y la Casa de la Madre y el Niño ubicada al lado del edificio de la maternidad. Esto fue estratégico para evitar traslados de embarazo de riesgo antes que ocurra el nacimiento en un efector de menor complejidad. En la provincia de Catamarca los primeros comités no contaron con la presencia de funcionarios y la creación de la maternidad provincias ha nucleado los incentivos para adherir a la política pública.

Entre los principales obstáculos para la implementación se destacan aquellos vinculados con motivos políticos y la resistencia al cambio por parte de los profesionales que integraban los servicios perinatales. Tucumán, fue una provincia donde en los inicios costó la integración con Nación, en la gestión de Pablo Yedlin se construyó la Maternidad del Este, y se pudo avanzar en mejoras en términos de CONE. Respecto a Salta se observó resistencia desde la gobernación, el ministro de Salud negaba la participación en el Plan. La sensibilización con estos grupos era permanente, el equipo de gestión de la DINAMI visitaba las provincias cada mes o cada dos meses a trabajar con profesionales de los efectores. En el transcurso del tiempo se ha entendido cuál es el trabajo en red y los niveles de complejidad de las maternidades. Asimismo, se contó con el apoyo de UNICEF y OPS, es decir, se contó con los avales internacionales para llevar adelante la política pública. Se sugirió también que ciertas debilidades se relacionaban con la capacidad de gestión de autoridades de establecimientos y de los niveles centrales, que dificultarían la instalación y el sostenimiento de las transformaciones, y la necesidad de trabajar fortaleciendo tales niveles de conducción. También se evidenció que la conformación de Unidades Ejecutoras Provinciales no siempre había implicado la articulación entre las distintas áreas intervinientes, llegando incluso a limitarse en algunos casos a una existencia meramente formal (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).



Resultados. El plan a la luz de la teoría de coordinación

Desde la dimensión institucionalización, el Plan contó con comités de expertos y técnicos, comités interdepartamentales e institucionalidad legítima en todas las provincias en estudio a excepción de Salta y Catamarca. Mientras tanto el mecanismo de consultas no fue verificado de manera formal porque no hubo formalización respecto a la periodicidad de reunión de los comités. Por otro lado, hubo una sola instancia de evaluación de medio término, evento que de haberse realizado anualmente pudo haber sido un instrumento de retroalimentación para las provincias. Respecto a la planificación de la coordinación en todos los casos indagados, la Nación llevó la propuesta de participación en el Plan a los gobernadores y no se registraron casos en los que las provincias elevaran a Nación su solicitud para participar en el Plan. En cuatro de las seis provincias del NOA el Plan fue aceptado en la primera etapa de implementación y en esos casos necesariamente, se tuvo que contar con el aval del gobernador a fin de dar legitimidad a la propuesta de trabajo. Se reconoce que el Acta de compromiso era requisito excluyente para trabajar en el plan.

Si bien los objetivos generales fueron propuestos por Nación, los objetivos prioritarios y estratégicos fueron definidos en conjunto por Nación y Provincia mediante la conformación de comités. Se resalta como un mecanismo de articulación entre el diseño y la ejecución de la política pública la activa participación de profesionales de las provincias porque nación intento vincularse con las provincias sin imponer plazos e incentivos si no que las metas propuestas guardaran total concordancias con las necesidades locales. Respecto a la dimensión Participación si bien la pluralidad de actores y socialización de intereses fue alta, el dialogo y los espacios de reunión de los comités fueron esporádicos. Además, la comunicación y divulgación hacia la comunidad fue discrecional y escasa.

Por último, en cuanto a la conducción eficaz los actores entrevistados dieron cuenta que la sinergia de los grupos de trabajo fue alta. La voluntad política fue alta porque se recurrió a acuerdos con los gobernadores. Sin embargo, aun



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

contando con esta legitimación hubo diferencias en el impulso y voluntad política que estos dieron al interior de la provincia. En cuanto a los equipos de trabajo, en líneas generales hubo alta cooperación, aunque se observaron resistencias al proceso de regionalización. Respecto a la capacidad de gestión fue alta considerando las capacitaciones en terreno que representaban un cambio respecto a programas anteriores porque las capacitaciones no eran en Buenos Aires sino que profesionales del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan, y el Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" viajaban a las provincias y formaban a sus colegas en el contexto provincial.

En respuesta al primer objetivo específico de este trabajo, se identifican mecanismos tanto formales como informales de coordinación. La primera formalidad estuvo en la firma de las actas de compromiso. Luego, la existencia de comités de gabinetes. Los mecanismos de consulta no funcionaron plenamente porque no se hizo seguimiento ni monitoreo con una frecuencia establecida. Otro de los mecanismos informales fue el nombramiento de quienes participaban en los comités de expertos quienes si bien tenían la legitimidad a través de los cargos que desempeñaban no contaron con una designación para integrar el comité de expertos.

Respecto a las formas de articulación entre el gobierno nacional y provincial, la misma se observó mediante la participación de actores clave y la periodicidad en la que se reunían los comités de expertos. En este sentido, se relevó que mientras la participación de actores clave fue alta en todos los casos a excepción de Catamarca y Salta, la periodicidad y frecuencia de reunión de comités fue esporádica en todas las provincias. Asimismo, la participación de la comunidad no científica y la divulgación de las líneas de trabajo fueron disímil y discrecional en todos los casos. Esto no sólo imposibilitó a la comunidad de apropiarse de la política pública, sino que además impidió hacer una debida rendición de cuenta de las líneas de trabajo seleccionadas.

En respuesta al tercer objetivo específico de este trabajo la conducción del plan género sinergia suficiente para que los participantes de los comités de



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

profesionales expertos y técnicos pudieran notar incentivos para involucrarse con la política pública. Un rasgo que quedó en evidencia mediante las entrevistas es que para que el Plan fuera implementado con eficacia, necesariamente requería contar con el respaldo del gobernador, quien funcionaba como un agente catalítico. En el caso de las provincias que han postergado la firma del acta compromiso, hubo avances en términos de reducción de mortalidad infantil pero el impulso de la política pública sólo existió una vez firmado la misma. En líneas generales, en las provincias bajo análisis se observó alta predisposición para el trabajo en conjunto en los comités de profesionales. Lo simbólico de esta propuesta y metodología de trabajo fue la posibilidad que dio a los profesionales locales para indagar las metas de trabajo propuestas por la propia jurisdicción y no impartidas desde Nación. No obstante, como fue relevado, la idea original de reducir la tasa de mortalidad infantil sí fue una iniciativa e invitación del nivel central de gobierno.

Respecto a la capacidad de gestión, en algunos casos esto se vio teñido y solapado por la voluntad política de los funcionarios de primer nivel provincial. Aun cuando se firmara el acta compromiso, está no era una garantía que la provincia iba a impulsar las líneas de trabajo. En sintonía con la capacidad de gestión algunas provincias sostienen que se vieron beneficiadas por las capacitaciones en servicios y que sería oportuno repetir este ejercicio para actualizar a profesionales que están en función actualmente. Una particularidad de este Plan es que, a modo de externalidad positiva, dotó de ejercicio de articulación y coordinación a los niveles técnicos provinciales. Asimismo, las metas propuestas tuvieron más apropiación por parte de la comunidad de médicos en tanto respondió a las necesidades emanadas de las provincias. Por último, la coordinación en el marco del plan operativo para la reducción de la mortalidad infantil fue vertical y la responsabilidad desde el plano provincial estuvo concentrada en la figura del gobernador.



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

Conclusiones

La existencia de coordinación de políticas públicas es un tema ampliamente debatido en el campo de las ciencias sociales. No obstante, la estimación de las formas de coordinación de políticas de salud en países federales es una tarea compleja e insuficientemente abordada para el caso argentino.

Mediante entrevistas abiertas, semi-estructuradas, este trabajo pretendió acercarse a la voz de los actores referentes del tema con el objetivo general de describir cómo fue la coordinación intergubernamental de políticas públicas de salud en el marco del Plan operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil en la región NOA (Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán) en los años 2009-2011.

Como definición técnica, se entiende que la coordinación es un proceso por el cual se genera sinergia entre las acciones y recursos de los diversos actores en un campo concreto de la gestión pública. Al mismo tiempo, en ese proceso se construye un sistema de reglas de juego que pueden ser formales o informales, mediante las cuales los actores involucrados encuentran incentivos para la cooperación por sobre sus intereses particulares que pueden estar en conflicto.

Se observó que el Plan permitió fijar acuerdos comunes entre Nación y las provincias, poniendo en común miradas sobre lo hecho y perspectivas sobre el futuro. El mismo resultó eficaz en términos de reducción de la tasa de mortalidad infantil. Por los resultados intermedios satisfactorios desde lo sanitario el Plan se amplió hasta el año 2015 e incluyó a todas las provincias del país. El sistema federal y la fragmentación del sistema de salud hicieron notar las dificultades para llevar adelante algunas metas como, por ejemplo, la regionalización perinatal.

Las tasas de mortalidad infantil como fenómeno social y la inequidad en los valores de acuerdo con la jurisdicción en análisis obligan a pensar estrategias para reducir flagelo social al que se enfrentan cientos de neonatos por no acceder a servicios de salud seguros y de calidad. Ante la pregunta de qué ha hecho el Estado para reducir las tasas de mortalidad infantil en el NOA, es fácilmente conocido que se ha llevado adelante una política pública social multidimensional



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

entre 2009 y 2011 aprovechando el cambio de gabinete y la proximidad del plazo para el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Cuando se indaga en cómo se hizo esa política pública, se alcanza la pregunta de investigación ¿Cómo fue la coordinación intergubernamental entre Nación y provincias en el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil en la región NOA en los años 2009-2011? Mediante un objetivo general consistente en la descripción de dicha coordinación, se plantearon tres objetivos específicos orientados a la caracterización, la indagación e identificación de atributos propios del Plan. En esencia, la coordinación interjurisdiccional fue la respuesta del gobierno central para la problemática social en la región NOA en el marco del Plan para la reducción de la Mortalidad Infantil y Materna en los años 2009-2011. La coordinación fue distinta de acuerdo con la provincia de referencia. Si bien el político y también puede hacer una simplificación que la misma estrategia es aplicable a toda jurisdicción, este Plan mediante la captación de metas y diagnósticos elaborados al interior de las provincias, da cuenta de la importante de respetar la agenda local, las capacidades locales y los intereses de la comunidad con la que se espera trabajar. Mientras tanto, la verdadera legitimación para sostener la convergencia de acciones radica en actas- compromiso firmadas por el gobernador de cada provincia. Dos casos resultan atípicos en la región atento a una combinación de tasas altas de mortalidad infantil y falta de acuerdo político para la firma del Plan, Catamarca y Salta.

Como futuras líneas de investigación es posible abordar el tema desde un análisis de redes a fin de incorporar el nivel de influencia de los actores intervinientes y establecer relaciones y dependencias entre ellos.



Referencias

Abramovich, V. y Pautassi, L. (2009). El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales, en Abramovich V. y Pautassi L. (compiladores). *La revisión judicial de las políticas sociales*; Buenos Aires: Editores del Puerto S.R.L.

Aguilar, L. (2009). Marco para el análisis de las políticas públicas. *Política pública y democracia en América Latina. Del análisis a la implementación*. México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa.

Andrenacci, L. (2001). La política social de los gobiernos locales en la región metropolitana de Buenos Aires. En VI Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública.

Ase, I., y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud, ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud colectiva*, 5, 27-47.

Birkland, T. A. (2001). An Introduction to the Policy Process. New York, NYC.: ME Sharpe.

Chiara, M. (2000). Los municipios del Conurbano Bonaerense y las políticas de salud. Una reconstrucción histórica. Chiara, M. et al., *La gestión del subsector público de salud en el nivel local*. Estudios de caso en el conurbano bonaerense. Informe de Investigación. UNGS.

Cunill Grau, N. (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública, en *Reforma y Democracia*, N° 46, Caracas, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.

Dye, T. (2008). Understanding Public Policy. 12th ed., New Jersey: Prentice Hall.

Goyburu, M. (2016). *¿Coordinación intergubernamental en la Argentina?: una propuesta teórica y metodológica para la comparación de los Consejos Federales en la República Argentina*.

Guerrero, O. (1989). Políticas públicas: ¿una resurrección de la ciencia de la policía? *Teoría y Praxis Administrativa*, 2(11).

Kauffer, E. (2002). Las políticas públicas: algunos apuntes generales. *Revista Ecofronteras*, 16, 2-5.

RInCE – Vol. 14 N°27 julio (2023) – Artículo de investigación.

ISSN 1851-3239 - <http://rince.unlam.edu.ar>

DOI: <https://doi.org/10.54789/rince.27.4>



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

Kliksberg, B. (1999). La inequidad en el campo de la salud pública en América Latina: una cuestión crucial. *Revista de ciencias sociales*, 5(3), 113-136.

Kliksberg, B. (2008). *América Latina. El caso de la salud pública. Sen A, Kliksberg B. Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta, 121-186.

Larrue, C. (2000). *Analyser les politiques publiques d'environnement*, Paris: L'Harmattan.

Licha I. y Molina C. G. (2006). *Coordinación de la política social: criterios para avanzar*. INDES documento de trabajo I-58; Washington D.C., Banco Interamericano de Desarrollo.

Maldonado Guerrero, L. F. (2007). Los derechos humanos como política pública. Colombia una salida democrática en un país violento. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Martínez Nogueira, R. (2010). La coherencia y la coordinación de las Políticas Públicas. Aspectos conceptuales y experiencias. *Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y gestión pública en América Latina*, 13-46.

Mignaqui, I. (2009). Gestión ambiental y desarrollo económico-territorial en la cuenca del río Matanza-Riachuelo. Actas del XII Encuentro de Geógrafos de América Latina, Montevideo.

Ministerio de Salud de la Nación (2012). Análisis de la Mortalidad Materno Infantil, República Argentina, 2003-2012. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Serie 5 N.º 59, "Estadísticas Vitales. Información Básica 2015". Buenos Aires, Argentina (2016).

Organización Panamericana de la Salud-OPS. (2017). *La salud pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*.



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

Parra, L. P. (2018). Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: una revisión de la literatura. *Revista CIFE: Lecturas de Economía Social*, 20(33), 79-94.

Peters, B. G. (2018). *American public policy: Promise and performance*. Cq Press.

Pignatta, M. A. (2016). Coordinación de políticas sociales y territorio en el contexto latinoamericano. *Ciência & Trópico*, 40(2).

Repetto, F. (2005). La dimensión política de la coordinación de programas y políticas sociales: una aproximación teórica y algunas referencias prácticas en América Latina, en Repetto, F. (editor) *La gerencia social ante los nuevos retos del desarrollo social en América Latina*, Ciudad de Guatemala, INDES-Guatemala.

Repetto, F. (2009a). Retos para la coordinación de la política social: los casos de la descentralización y la intersectorialidad, en Chiara M. y Di Virgilio M. (compiladores). *Gestión de la Política Social. Conceptos y Herramientas*. Buenos Aires, Ed. UNGS/Prometeo.

Repetto, F. (2009b). El marco institucional de las políticas sociales: posibilidades y restricciones para la gestión social, en Chiara M. y Di Virgilio M. (compiladoras): *Gestión de la Política Social. Conceptos y Herramientas*. Buenos Aires, Ed. UNGS/Prometeo.

Repetto, F. (2010a). Coordinación de Políticas Sociales: Abordaje Conceptual y Revisión de Experiencias Latinoamericanas, en C. Acuña (comp.): *Los Desafíos de la coordinación y la Integralidad de las Políticas y Gestión en América Latina*, Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de ministros de la Nación, Buenos Aires.

Repetto, F. (2010b) Protección social en América Latina: La búsqueda de una integralidad con enfoque de derechos, en *Reforma y democracia*, N° 47; Caracas, CLAD.

Repetto, F. y Fernández, J.P. (2012). *Coordinación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: CIPPEC y UNICEF.

Roth Deubel, André-Noël, (2002). *Políticas Públicas. Formulación, Implementación y Evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora.



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

Salazar Vargas, C. (1995). Las políticas públicas: nueva perspectiva de análisis. *Ciencia política*, 33, 59-80.

Speranza, A. M., y Kurlat, I. (2011). Regionalización del cuidado perinatal: una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. *Rev. Argentina salud pública*, 2(7), 40-42.

Stein, Ernesto et al. (coords.) (2006). *La política de las políticas públicas. Progreso Económico y Social, Informe 2006*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo/ David Rockefeller Center for Latin American Studies y Harvard University.

Tamayo Sáez, M. (1997). El Análisis de las Políticas Públicas en “La Nueva Administración Pública” Rafael Bañón y Ernesto Carrillo (comps). Edic. Alianza Universidad Textos.

Titmuss, R. (1981). ¿Qué es la Política Social? en *Política Social*, Ed. a cargo de José García-Durán, Barcelona.

Torres, P. M. (2004). La política de las políticas públicas: propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad (Vol. 93). United Nations Publications.

Velásquez, A. V. (1999). *Notas sobre el Estado y las políticas públicas*. Almudena Editores.

Velásquez Gavilanes, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto “política pública” *Desafíos*, vol. 20, enero-junio, 2009, políticas públicas. 149-187 Universidad del Rosario Bogotá, Colombia. *Desafíos*, 20, 149-187.

Yedlin, P., Avellaneda, F., Diosque, M., Tirado, S., & De Sarasqueta, P. (2010). Evaluación de impacto de dos estrategias combinadas para reducir la mortalidad infantil en Tucumán, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(2), 6-12.



Coordinación en políticas públicas sociales: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes
Agustina Ludmila Pratti

Notas

ⁱ Estadísticas vitales. Información básica. Publicado en <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/01/Serie5Nro61.pdf>

ⁱⁱ De ahora en adelante se usará la expresión “Plan” para hacer referencia al Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materna, Infantil, de la Mujer y de los adolescentes. Solo en el Anexo se volverá a usar la expresión completa según corresponda a fin de reflejar fielmente lo enunciado por los entrevistados y la pregunta realizada.

ⁱⁱⁱ El Plan Operativo fue publicado por Resolución 1087/2010, texto disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1087-2010-168921/texto>

^{iv} Entrevista a la Dra. Ana María Speranza.

^v Para mayor detalle ver Resolución 348/2003 disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do%3Bjsessionid=32467B99FF981622AD1C2CF59C18978C?id=85616>

^{vi} Entrevista a la Dra. María Romero.

^{vii} En 2013 el policlínico Enrique Vera Barros se constituyó como Hospital de la Madre y el Niño. Silvia Zalazar fue la primera directora de la maternidad provincial.