

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

TESIS DE MAESTRÍA

Análisis de la política pública en Salud. Implementación del Programa de Salud Comunitaria a través de tecnologías IT (2020 – 2022).

AUTOR: CARLOS GABRIEL PETRELLI

DIRECTORA: [DRA. GIMENA LORENZI]

[FEBRERO 2023]

A Julieta, mi luz y mi guía.

Agradecimientos

Este trabajo no hubiese sido posible sin la confianza, dedicación, y seguimiento sin días ni horarios de mi directora de Tesis Dra. Gimena Lorenzi. Fue un placer encontrar en ella toda la contención académica, además de tranquilidad y seguridad para afrontar y finalizar de la mejor manera.

Agradezco a la Universidad de Buenos Aires, la Facultad de Ciencias Económicas y a todos los miembros de su Secretaría y el cuerpo Académico de la Maestría en Administración Pública. Su excelencia dejó legado no solo en mi persona, sino también en mi carrera profesional y en mi desempeño como funcionario.

No puedo dejar de mencionar al Ministerio de Salud de la Nación, mi casa laboral, y mi lugar de trabajo público. Por él y en él, desarrollé herramientas y experiencia para afrontar este desafío. Gracias al personal político y colegas que confiaron en mí para llevar adelante esta tesis.

A mi familia que me infundió, desde sus posibilidades, la oportunidad y responsabilidad de la Educación para ampliar mi mundo, incluso alejándome geográficamente de ellos.

Por último, a mi compañera la Dra. Georgina Emmanuelli, quien se involucró desinteresadamente atravesando y colaborando en totalidad a este proceso. Siempre con paciencia y templanza, aportando empuje, sus conocimientos y su amor. Lograste hacerme florecer, también e incluso, en este ámbito.

Índice

<i>Agradecimientos</i>	3
<i>Índice</i>	4
<i>Resumen</i>	6
<i>Índice de abreviaturas</i>	7
<i>Introducción</i>	8
<i>Capítulo 1 – Integrando la Salud en la era digital</i>	12
Tecnología de la información y gobernanza abierta	12
Impacto de la implementación de TD en la gestión de datos.	18
Concepto de Atención Primaria de la Salud	22
Atención Primaria en Latinoamérica	24
Reseña de la trayectoria de los programas en Salud Comunitaria.	27
<i>Capítulo 2 - Programa de Salud Comunitaria, intervenciones de gestión y enfoque metodológico.</i>	34
Lineamiento del Programa de Salud Comunitaria	34
Estructura del Programa.....	35
Acciones de gestión administrativa.....	38
Mecanismos de implementación e incorporación de tecnologías de la comunicación	38
Plan de acción sobre riesgos identificados.....	40
Etapas de la implementación.....	42
Estrategia y diseño de investigación, perspectiva metodológica, recolección de datos y análisis situacional.	43
Perspectiva metodológica	44
Recolección de datos.....	46
Análisis situacional	47
<i>Capítulo 3- Análisis de la implementación de las IT en el Programa de Salud Comunitaria</i>	50
Georreferencia y gestión de inicio de expediente digital	50
Regiones Sanitarias	50
Avance de las gestiones	58
Ingreso, control y armado de expediente digital	59
Seguimiento de expedientes para las transferencias	60
Consolidación de implementación del Programa	63
Resultados de la implementación	68
<i>Conclusiones</i>	80
<i>Referencias bibliográficas</i>	90
<i>Anexo I: Nota con asignación de monto, convenio y solicitud de documentación para expediente</i>	93

<i>Anexo II Nota de reclamo de documentación para iniciar expediente.....</i>	94
<i>Anexo III: Nota con observaciones para inicio de expediente.....</i>	95
<i>Anexo IV: Nota adjuntando convenio firmado.....</i>	96
<i>Anexo V: Nota informando inicio de trámite y transferencias a realizar en 2022.....</i>	97
<i>Anexo VI: Nota adjuntando resolución firmada.....</i>	98
<i>Anexo VII: Nota informando transferencia del Programa.....</i>	99
<i>Anexo VIII: Nota de reclamo de rendiciones 2022.....</i>	100
<i>Anexo IX: Cuadro de seguimiento de anexos mediante notificaciones digitales.....</i>	101
<i>Anexo X: Tablero de control de seguimiento de expediente 2022.....</i>	109
<i>Anexo X: Distribución de becarios del PNSC por perfil - Diciembre 2022.....</i>	113
<i>Anexo XI: Transferencias efectivizadas a diciembre 2022.....</i>	114

Resumen

Esta investigación aborda la implementación de un Programa de transferencia de fondos económicos y capacitación teórico-práctica multidisciplinaria, que se gestiona para fortalecer equipos de Salud del Primer Nivel de Atención (APS). Se adscribe a partir del uso de tecnología de gestión y la virtualización de procesos administrativos contables que, a partir de la pandemia del año 2020, se instauraron de manera virtual, semipresencial y a través de medios digitales alimentados por inteligencia artificial y desarrollos de sistemas de seguimiento estandarizados.

El objetivo es analizar la política pública de Salud en relación con el uso de estas inteligencias de la información y tecnología (IT). Se entiende por IT a los procesos digitales que intervienen a partir de ordenadores y equipos de telecomunicación. A lo largo de este trabajo se describe su escalable aplicación en la gestión de mecanismos y procesos administrativo-contables para incorporar y presentar documentación, así como para almacenar, recuperar, transmitir y manipular datos sobre la implementación del Programa Nacional de Salud Comunitaria a nivel local (Provincia de Buenos Aires) en el período 2020-2022. Para lograrlo se desarrolla un proceso documental y administrativo sin antecedentes.

El mismo cuenta con la gestión y articulación de documentación a través de la utilización de la plataforma a distancia, entregas de anexos, enmiendas y firmas de convenios digitalizadas. De tal modo se administra la prosecución de los expedientes y se persigue mejorar la dinámica en la comunicación formal y no formal de los equipos (video llamada, telesalud y otras formas no presenciales).

Este Programa cuenta con un potencial valor de importancia dado que, alimenta el Sistema Integrado de Salud Argentino (SISA), colabora para mejorar redes sanitarias, atención ciudadana y además es pionero en instancias de pandemia al utilizar su gestión integral y el seguimiento de sus acciones a través de tecnologías de la comunicación, tanto en su instauración como en la rendición de términos de ejecución, ejes de trabajo y contables.

Índice de abreviaturas

- APS. Atención Primaria de la Salud
- BBDD. Bases de datos
- BCRA. Banco Central de la República Argentina
- CSU/CUS. Cobertura Sanitaria Universal/Cobertura Universal de Salud
- DNAPYSC. Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria
- DNU. Decreto de Necesidad y Urgencia
- GDE. Gestión Documental de Expedientes/Electrónica
- GEDO. Generador Electrónico de Documentos Oficiales
- IFGRA. Informe Gráfico Digital
- INAP. Instituto Nacional de la Administración Pública
- INDEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
- IT. *Information Technology* (Inteligencias de la información y tecnología)
- OMS. Organización Mundial de la Salud
- OPS. Organización Panamericana de la Salud
- PEN. Poder Ejecutivo Nacional
- PNA. Primer Nivel de Atención
- PV. Providencia
- REFEPS. Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud
- REFES. Registro Federal de Establecimientos de Salud
- RRHH. Recursos Humanos
- SES. Sistema Estadístico de Salud
- SISA. Sistema Integrado de Salud Argentino
- SNS. Servicios Nacionales de Salud
- SSISYAP. Unidad de Gestión de Personal Integral de Seguridad Pública
- TAD. Trámites a Distancia
- UNICEF. *United Nations International Children's Emergency Fund* (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

Introducción

Los sistemas de gestión documental son una parte imprescindible para la gobernanza moderna. A partir de la pandemia del año 2020 todos los sectores y actores jurisdiccionales que elaboran, coordinan y llevan a cabo las mismas se encontraron con una situación extraordinaria que no tuvo antecedentes. Es impensable para cualquier Sistema y Servicio de Salud, en medio de una crisis sanitaria, mantener pausado su funcionamiento, al contrario, se resignifica su rol como “ejecutor” de las políticas públicas de Salud sobre y para la población.

El devenir de este trabajo se basa en el análisis del impacto de la implementación de estas gestiones enfocadas sobre el “Programa de Salud Comunitaria” a través de las inteligencias de la información y tecnologías de la comunicación. Análisis que, se conforma ante una situación donde se desconfiguran procedimientos administrativos naturales, previos a la pandemia tales como: reuniones de coordinación, firma de convenios, juntas o encuentros presenciales por toma de decisiones y un sinnúmero de procedimientos que usualmente son planificados de forma física y activamente entre los actores participantes.

Durante el desarrollo de los procedimientos, la planificación y la ejecución administrativa de manera virtual se gestaron novedosas herramientas para mantener, no solo funcional, sino también efectiva la gestión e implementación de estos programas en los efectores de Salud.

A partir de la pandemia, la implementación de tecnologías para la comunicación a través de sistemas de gestión documental electrónico, modificaron el manejo de documentos para la Administración Pública tanto en el modo de aplicar procesos administrativos de gestión, como en la planificación y ejecución de los ejes de acción de los programas de transferencia de bienes y servicios. Durante el período 2020 se acelera la digitalización documental que obliga a las distintas administraciones a llevar a cabo un plan de virtualización de sus acciones de gobierno aplicadas al uso de inteligencia artificial como herramienta necesaria. La modernización de estos procesos delimita el área de investigación de este trabajo de tesis que procede a describir la implementación de acciones no presenciales e identificar procesos que se llevan a cabo para modificar y optimizar los mismos a través de gestiones de gobierno abierto y en modo semi-presencial o híbrido.

En base a dicha descripción se enuncian algunos de los inconvenientes más trascendentes y las posibles líneas de acción para generar mejoras que, se efectúan sobre ellos, con el fin de desarrollar objetivos destinados a la planificación y seguimiento de las acciones de implementación. Su eje, descripción y ejecución se delimita al total de los Municipios de la Provincia de Buenos Aires y, por medio de éste, se define si se logró, o no, desarrollar y adherir al sistema integrado digital. En función a ello las preguntas que intenta resolver la investigación son: ¿Cuáles son las dimensiones que se modificaron en la implementación de tecnologías digitales?, ¿Cuál es el impacto del uso de tecnologías de la comunicación en la implementación de IT en un programa de Salud Pública? y ¿Cuáles son las políticas públicas de Salud implementadas en relación con el uso de tecnologías digitales en un programa Nacional de Salud Comunitaria a nivel local en el período 2020-2022?

El desarrollo de sistemas de información, estadísticas y gestiones para la toma de decisiones de la alta Administración Pública se fue modificando a partir de la modernización del Estado, sobre todo durante la última década. La implementación del sistema de Gestión Documental de Expedientes (GDE)¹, los Trámites a Distancia (TAD)² y la gestión de seguimientos de acciones del ciudadano/usuario por intermedio de inteligencias artificiales, numeración de sus solicitudes y articulación de servicios orientados a la Salud modificaron la planificación de políticas públicas en su totalidad y sobre todo en los tres niveles principales de la Administración Pública Nacional, Provincial y Municipal.

A partir de antecedentes en la digitalización de usuarios y beneficiarios de servicios y prestaciones y, con el trabajo de equipos multisectoriales orientado a su gestión virtual, se fue conformando la modernización de dichas acciones y promocionando su planificación, implementación y promoción en sus usos. Actualmente, según la plataforma oficial de trámites a distancia, estos sistemas tienen más de 53 millones de documentos e interacciones realizadas de manera participativa y organizadas mediante inteligencia artificial colaborativa y crece diariamente a medida que se unifican las gestiones jurisdiccionales para su implementación.

¹ Es un sistema integrado de caratulación, numeración, seguimiento y registración de movimientos de todas las actuaciones y expedientes del Sector Público Nacional.

² TAD es una plataforma donde cualquier ciudadano puede realizar su trámite ante organismos públicos nacionales desde su casa, oficina y/o dispositivo móvil.

Los programas de Salud del Primer Nivel de Atención (PNA), históricamente, se gestionaron de manera territorial y presencial dada su incidencia directa sobre la dinámica de atención efectiva sobre ciudadanos consultantes, pacientes y usuarios de los mismos. A partir de la pandemia por COVID-19 que modificó la dinámica presencial por el contexto del aislamiento social preventivo y obligatorio³, se realizaron diversas implementaciones indispensables para continuar con la gestión de programas y recursos.

Los equipos de coordinación de distintos programas de acciones comunitarias, atención primaria y gestión territorial trabajaron no sólo en modificar el paradigma de atención presencial, sino en articular nuevas líneas de acción. Éstas, en su conjunto, permiten continuar con el seguimiento de pacientes, usuarios, gestores y prestaciones de servicios de Salud en la mayoría de los niveles, sobre todo en los asistenciales. Planificarlas, ejecutarlas y divulgarlas posteriormente para los múltiples niveles de administración implicó una tarea y desafíos sin precedentes, tanto para los equipos de coordinación central, gestión, como sobre la capacitación para equipos de Salud que debían modificar su atención presencial a consultas y seguimientos virtuales y/o digitales en diversas instancias.

El análisis del impacto de estas acciones forzadas ante la situación sanitaria extraordinaria y su justificación, conforman el marco para el análisis de este trabajo, el cual puede brindar a la Administración Pública antecedentes de gestión, formulación e implementación en el uso de gestiones digitales como herramientas para dinamizar, la inter-articulación entre referentes de manera remota y mediante el desarrollo y evolución de los diversos procesos digitales intervinientes. Lo mencionado imprime instancias de actualización y dinámicas novedosas para acompañar los cambios de modernización del sector público, supeditada a los avances tecnológicos y las tecnologías de la comunicación aplicadas al servicio y transversales a todos los ejes administrativos.

El objetivo general de esta tesis es: analizar la política pública de Salud en relación con el uso de tecnologías digitales en la implementación de un Programa Nacional de Salud Comunitaria a nivel local en el período 2020-2022.

Por su parte, los objetivos específicos se detallan a continuación:

³ Es ASPO (asilamiento social preventivo obligatorio) fue sancionado por el decreto 297/2020 - DECNU-2020-297-APN-PTE el 11 de marzo del 2020.

Caracterizar acciones de gestión y coordinación de lineamientos para implementar las tecnologías digitales.

Describir procesos y aplicaciones de las tecnologías comunicacionales en relación con los objetivos de planificación y su impacto sobre las jurisdicciones adscritas al Convenio.

Identificar los inconvenientes operacionales referidos a la implementación de trámites digitales y el tiempo de gestión de circuito de los expedientes electrónicos (GDE) partir de las respuestas y las distintas dinámicas jurisdiccionales y técnicas.

Determinar unidades de análisis de gestión y conformación de una matriz de riesgo y su posterior seguimiento.

Se parte del supuesto que la implementación de tecnologías digitales permite continuar la articulación de programas durante la pandemia de manera eficiente. Asimismo, el uso de las tecnologías comunicacionales y las inteligencias artificiales enfocadas en las tecnologías de la información (IT) tanto sobre la coordinación de procesos administrativos como en su gestión y seguimiento, mejora su aplicación en las jurisdicciones. Del mismo modo la aplicación de gestión documental digital insta un cambio de lógicas en la administración y direccionamiento de programas de gobierno.

Se estructura este trabajo a lo largo de tres capítulos. En el primero se desarrolla la integración de la Salud en la era digital mediante el impacto de la implementación de tecnologías digitales, el concepto de Atención Primaria de la Salud y el marco histórico de la misma. En el segundo se describe detalladamente el Programa de Salud Comunitaria implementado en el período 2022, así como su estructura, desarrollo y articulación para el diseño de investigación que se utiliza en esta tesis. En el último capítulo se realiza el análisis de la implementación de las IT en el Programa mencionado previamente. Se finaliza con la conclusión que aborda los objetivos planteados.

Capítulo 1 – Integrando la Salud en la era digital

En este capítulo se aborda inicialmente el concepto de tecnologías de la información, para luego detallar y relacionar su implementación en materia gubernamental. Se establece el contexto en el que se esgrime el significado de gobernanza abierta y el impacto que tiene la relación de ambas definiciones en la era actual. Posteriormente se realiza una aproximación al concepto de Atención Primaria de la Salud y su estado en Latino América para, por último, realizar una reseña histórica de los programas de Salud Comunitaria, su evolución y la relación entre estos con la APS.

Tecnología de la información y gobernanza abierta

La Salud Pública, en los últimos años, ha utilizado diversas herramientas digitales para mejorar las dinámicas de prestación y gestión de los servicios. Éstas integran tecnologías que se ajustan a múltiples ámbitos y estructuras abarcando todos los niveles de atención. La utilización general a partir de la pandemia de las IT ha marcado un hito en la proliferación de éstas y, claramente, la necesidad de sus utilidades.

El significado proviene del acrónimo inglés IT - *Information Technology* (Argentina.gob.ar: Laboratorio de IT), es una disciplina que se centra en los campos de los ordenadores y las telecomunicaciones, y se aplica en tareas como bases de datos (BBDD) creación de *hardware*, *software* y soluciones digitales para simplificar procesos y a través de éstos aumentar beneficios a empresas, organizaciones u organismos desarrollando procesos IT (Maida, 2015) . Claramente son alimentadas por distintas herramientas que se utilizan en lo cotidiano y que se mencionarán en el presente trabajo. La Tecnología de la Información o IT se centra principalmente en campos informáticos, que hoy en día es el ente que todo lo abarca. Su principal objetivo es minimizar el tiempo que los ingenieros informáticos, tecnócratas, administradores y gestores de información digital emplean en tareas de cálculo, diseño de políticas de gestión o estadísticas (como balances o interacciones relacionales de operaciones matemáticas), con el fin de que puedan dedicar más tiempo a otros procesos.

El desarrollo de aplicaciones específicas para crear procesos automáticos y otros programas que aporta la Tecnología de la Información hace que aparezcan muchas asociaciones y grupos que representan a este ente en todo el mundo. Algunos de los campos en los que se aplican las Tecnologías de la Información a las ingenierías son

Cálculo, Computación, *Software*, Diseño industrial, Electrónica, Transmisión de datos, Consultoría de la tecnología informática, *Outsourcing* (Mora y Schupnik, 2009) de proceso del negocio, *Hardware*, y un sinnúmero de campos en los que puede parecer inverosímil pero, en los que las Tecnologías de la Información, simplifican el día a día de muchas operaciones que se realizan habitualmente relacionadas al flujo de la información. Millones de datos que se usan e intercambian, copian o transforman en operaciones. Las IT iniciaron su utilización de manera tímida a medida que se compatibilizaban sus diversas herramientas de alimento, de flujo de información y claramente con la participación ciudadana sobre ella.

A inicios del año 2015, con la implementación de una mirada moderna y acciones de planificación hacia un gobierno abierto, se implementaron distintas acciones de gestión que escalaron durante los años venideros. El concepto de gobierno abierto (Ozlak, 2020) tiene diversas definiciones y este aún no reconoce un hito fundante. Aunque sus orígenes se remontan a fines de los años 90, donde la tecnología y la apertura al debate del mismo se profundizaron y extendieron a partir de los retos que implica el siglo XXI para los Estados. La creciente desconfianza ciudadana en las instituciones, la demanda por la calidad de la democracia, los debates teóricos sobre el agotamiento de modelos tradicionales de gestión pública, las transformaciones de hábitos por la masificación de internet y las tecnologías de la información plantearon nuevos escenarios donde los Estados y administraciones trabajan para desarrollar diversos procesos de respuestas.

En ese marco histórico, la popularidad y extensión del concepto de gobierno abierto puede situarse en dos momentos. El primero, a partir del 2009, cuando el expresidente de Estados Unidos Barack Obama emitió el Memorándum de Transparencia y Gobierno Abierto para promover un sistema de gobierno más transparente, colaborativo y participativo. El segundo momento en el año 2011, cuando un conjunto de ocho países (Brasil, Indonesia, México, Noruega, Filipinas, Sudáfrica, Reino Unido y Estados Unidos) impulsó la creación de la Alianza para el Gobierno Abierto (OGP, por sus siglas en inglés), con el objetivo de asegurar compromisos concretos de los gobiernos para promover la transparencia y la participación ciudadana, luchar contra la corrupción, mejorar los servicios públicos y fortalecer la democracia. Actualmente OGP reúne a más de 75 países, 76 gobiernos sub-nacionales y 3.000 miembros de organizaciones de la sociedad civil.

Argentina forma parte de la Alianza desde el año 2012 (Alianza para gobierno abierto, s.f.) dirigido por el Instituto Nacional de la Administración Pública. Se desarrollan capacitaciones presenciales y virtuales donde participan más de 30 mil empleados públicos interesados en un gobierno abierto, datos públicos, gestión ágil, diseño centrado en el usuario, entre otros temas (Instituto Nacional de la Administración Pública, s.f.). El Estado ha avanzado en nuevas políticas de transparencia y participación ciudadana, a la vez que el involucramiento de la sociedad civil ha ido aumentando paulatinamente e integrando cada vez a más actores y organizaciones a partir de las tecnologías de comunicación. A partir de la pandemia por COVID-19 estas gestiones institucionales se han visto reforzadas y multiplicadas exponencialmente, no solo por la múltiple demanda, sino para brindar soluciones en diversos sectores, adquisiciones, gestión de expedientes, seguimiento de lineamientos de acción, suscripción a programas y abordajes territoriales.

Las tecnologías de la comunicación, las IT a través de los procesos documentales digitales y la gobernanza inteligente, producen un novedoso proceso de trabajo donde la presencialidad y la gestión de sus administraciones generan espacios de soluciones, implementación codificada y acciones de campo. El beneficio o éxito de cualquier proceso de gobierno abierto radica en la efectividad de espacios compartidos entre instituciones públicas, la sociedad civil, y en su devenir, la consecuente injerencia de las autoridades en promover compromisos verdaderamente sustantivos y transformadores. La posibilidad de convertir estos programas en políticas de Estado a largo plazo se encuentra íntimamente ligada a que los espacios de diálogo sean plurales y democráticos, a modo que la sociedad civil encuentre instancias reales para impulsar sus demandas y obtener calidad en la respuesta.

Sus antecedentes lógicos y bajo un laborioso devenir jurídico avanza desde la reforma constitucional del año 1994 (Constitución Nacional, 1994), la cual marcó un hito en una coyuntura de debate sobre las instituciones y la forma de democracia. Los temas discutidos e incluidos en sus reformas están enraizados en el sistema de representación política, apelan indirectamente a los principios de un gobierno abierto e impactaron en las décadas siguientes. De este modo, a partir de la reforma constitucional se crearon marcos normativos que sientan precedentes para el devenir de la agenda de gobierno abierto en Argentina dado que, reafirman los valores de la transparencia, la participación ciudadana y la rendición de cuentas.

Por ejemplo, la Ley 24.747 de Iniciativa Legislativa Popular, sancionada en el año 1996, permite que la ciudadanía pueda presentar proyectos de ley ante la Cámara de Diputados de la Nación. La Ley 25.188 de Ética en el Ejercicio de la Función Pública, sancionada en el año 1999, establece un conjunto de deberes y pautas de comportamiento a todas las personas que se desempeñen en la función pública en todos sus niveles y jerarquías. La Ley 25.432 de Consulta Popular, sancionada en el año 2001, establece que la Cámara de Diputados puede someter a consulta popular vinculante todo proyecto de ley con excepción de aquellos cuyo procedimiento de sanción se encuentre especialmente reglado por la Constitución Nacional. La Ley 25.831 de Régimen de Libre Acceso a la Información Pública Ambiental, sancionada en el año 2003, establece los presupuestos mínimos de protección ambiental para garantizar el derecho de acceso a la información ambiental que se encuentre en poder del Estado, tanto en el ámbito nacional como provincial y municipal.

El Decreto 1172 del año 2003 garantiza el acceso a la información pública en el marco del Poder Ejecutivo Nacional (PEN). También aprueba mecanismos que incluyen la elaboración participativa de normas, reglamentos generales para que la ciudadanía pueda participar en audiencias públicas, obligatoriedad por parte de los funcionarios del PEN de publicar la agenda de reuniones que mantienen con representantes de otras instituciones públicas y privadas (publicidad de la gestión de intereses), entre otros.

La Ley 25.917, sancionada en el año 2004, reglamenta el Régimen Federal de Responsabilidad Fiscal, y es la legislación argentina más relevante en materia de transparencia presupuestaria. La normativa busca también lograr un presupuesto equilibrado tanto a nivel nacional como provincial. El Decreto 117 del año 2016 estableció un Plan de Apertura de Datos para los organismos de la Administración Pública Nacional a cumplirse durante ese año e implicó publicación de información en formatos abiertos y reutilizables y facilitó el desarrollo del portal datos.gob.ar.

La Ley 27.275 de Derecho de Acceso a la Información Pública, sancionada en el año 2016, garantiza el ejercicio del derecho de acceso a la información pública a nivel nacional, impulsa la apertura de datos (información accesible, en formatos abiertos, reutilizable y redistribuible por terceros) y fortalece la transparencia activa. La Ley, vigente desde septiembre de 2017, establece que cualquier persona puede solicitar información producida, controlada o conservada por organismos de los poderes Ejecutivo, Legislativo o Judicial, el Ministerio Público Fiscal, el Ministerio Público de la

Defensa, el Consejo de la Magistratura de la Nación, empresas, concesionarios, partidos políticos, universidades y sindicatos que reciban aportes de fondos públicos.

En suma, durante las últimas décadas se forjó un marco normativo que promueve diversos mecanismos de transparencia, participación ciudadana y rendición de cuentas, los cuales en algunos casos anteceden a la popularización del concepto de gobernanza abierta y promueven la sistematización de procesos, la trazabilidad de acciones administrativas y, sin duda, han servido de punto de apoyo para el desarrollo de este enfoque en las administraciones públicas de Argentina y la región. Los datos abiertos tienen como objetivo facilitar a ciudadanos, organizaciones, medios de comunicación, sector privado y/o mixto no sólo, el descubrimiento, la reutilización y la generación de valor a partir de los datos que produce el Estado Nacional, sino también brindar transparencia.

Conforme al Decreto 117/2016, y más adelante por la Ley de Acceso a la Información Pública, se establecieron las bases para que los datos públicos en poder de los organismos de la Administración Pública Nacional estén disponibles en medios, formatos y bajo licencias que faciliten su consulta, acceso y reutilización por parte de toda la población. Asimismo, cabe destacar la incorporación de dos servicios de datos (servicios Web o APIs) basados enteramente en códigos y datos abiertos, que suponen un salto cualitativo en la disponibilidad, calidad y reusabilidad de los datos de gobierno mediante tecnología e inteligencia artificial.

El primero, llamado API Series de Tiempo (Sánchez, 2014), permite consultar indicadores con evolución cronológica publicados en formatos abiertos por organismos de la Administración Pública Nacional, facilitando el acceso programático a miles series estadísticas compiladas desde su fuente original (INDEC, BCRA, entre otros). El segundo, llamado API GeoRef, permite normalizar unidades territoriales como provincias, departamentos, municipios y otras entidades como localidades, asentamientos, calles y georreferenciar direcciones dentro del territorio argentino, servicios altamente demandados por parte del sector público y el privado.

La vinculación con los organismos y gobiernos subnacionales se genera a través de la transmisión de capacidades donde el equipo nacional de datos desarrolla guías y talleres para que, luego cada área, continúe trabajando en forma autónoma, siguiendo los lineamientos y buenas prácticas sugeridas por la Dirección Nacional de Datos e Información Pública. Con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, se elaboró la “Guía de Apertura de Datos en Gobiernos Locales” (Jefatura de Gabinete de la Nación,

2022), especialmente adaptada para guiar los esfuerzos de implementación en las distintas jurisdicciones complementado por la iniciativa País Digital (Presidencia de la Nación Argentina, 2022).

Este portal brinda asistencia a las Jurisdicciones en la implementación de políticas y productos digitales, sumado a la constante atención en educación permanente en servicios desde el Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP) el cual implementa, cotidianamente, la inserción de nuevos módulos y sistemas del manejo de información, expedientes, comunicaciones y registros desde portales secundarios que alimentan su inteligencia artificial (datos.gob.ar, s.f.). Es pertinente aclarar que, en muchas oportunidades, el concepto de gobierno abierto fue asimilado al de gobierno electrónico. Hoy está claro que son diferentes.

El gobierno electrónico o digital hace referencia a los procesos de digitalización (trámites en línea, expedientes electrónicos, entre otros) e incorporación de las tecnologías digitales IT y herramientas que las alimentan para brindar bienes y servicios por múltiples canales (“administración electrónica”). En cambio, el gobierno abierto incluye una reflexión sobre el rol que juegan los diferentes actores e instituciones (gobiernos, ciudadanía, academia, sector privado, organizaciones de la sociedad civil, sindicatos, entre otros) en los procesos de diseño e implementación de las políticas públicas. Sin dudas, ambos conceptos coexisten y se retroalimentan, pero es indispensable entender sus diferencias. Actualmente podemos describir las siguientes plataformas de gobernanza abierta tales como la Plataforma de Consulta Pública, Institucionalización de la Mesa Nacional de Gobierno Abierto, Tablero ciudadano de los proyectos prioritarios de la Secretaría de Gobierno de Modernización, Declaraciones Juradas en formatos abiertos, Acceso a la información en el Poder Ejecutivo, Iniciativa Popular, Gestión de Intereses, Mapa de Organizaciones de la Sociedad Civil y Transparencia en compras y contrataciones.

Muchos de estos módulos son la base estructural para la continuidad de desarrollos de sistemas de comunicación e implementación de actividades a distancia con roles de gestión y soluciones aceptables, tanto para los administradores como para la sociedad y usuarios. En este trabajo se aborda la articulación de algunas de ellas y, sobre todo, la implementación, inicio y prosecución de firma de convenios del Programa de Equipos de Salud Comunitaria de manera digital, semipresencial y enteramente abocada a los objetivos de dinamizar procesos y subsistemas de gestión que se encuentran arraigados a anticuados estilos de gobierno burocratizado.

Impacto de la implementación de TD en la gestión de datos.

Usualmente, la gestión para el abordaje de programas de Salud Pública se realiza y gestiona de forma conjunta con todas las partes y estructuras. Previo a la pandemia se articulaban reuniones presenciales previas, con agendas de trabajo ampliadas, a modo de conciliar con las partes las necesidades y las respuestas para cada término de referencia de los convenios en vía de desarrollo. Posteriormente, se efectiviza con los equipos la formalización documental los requisitos necesarios para la prosecución de los mismos.

En el año 2020, en el contexto de la pandemia por COVID-19, la Administración Pública se enfrentó al desafío de continuar con la gestión de información a distancia. Esta situación no fue un hecho sólo de toma de decisiones, sino un cambio cultural y absolutamente obligado dado que, por las instancias sanitarias tenían la imposibilidad de realizar abordajes en territorio, reuniones de funcionarios, viajes a las jurisdicciones y la incapacidad de reuniones personalizadas con los referentes y autoridades que conforman la estructura administrativa de gestión documental con equipos que desarrollan las tareas y, por supuesto, los diversos actores intervinientes en estos procesos. Con los antecedentes mencionados sobre la implementación del gobierno digital en 2015, se desarrollan nuevas herramientas para continuar y fortalecer la gestión de datos de forma remota. En esta instancia y, en un marco casi total de gobernanza electrónica, se detectan diversas dificultades e inconsistencias en la digitalización de documentos, dadas por la heterogeneidad del uso de tecnología en los efectores de Salud, el propio uso, disponibilidad y acceso a internet, además del entorno tecnológico y la capacitación del recurso humano en la gestión de los mismos.

En base a este diagnóstico se procede a elaborar una plataforma con la capacidad de igualar los criterios de gestión de datos. El objetivo principal fue facilitar el manejo virtual de información, no sólo para ampliar su alcance territorial, sino que, además, se pretende establecer un precedente para futuras gestiones e instalar de manera paulatina pero definitiva una nueva IT. En consecuencia, se procede a optimizar la implementación de un sistema integral de caracterización, numeración, seguimiento y registración de movimientos de todas las actuaciones y expedientes del Sector Público Nacional a partir del Sistema de Gestión Electrónica de Expedientes (G.D.E).

A modo descriptivo, esta matriz se puede desglosar en 13 módulos principales.

Escritorio Único (EU): interfaz de navegación que integra el sistema. Conformar un panel de control que contiene los módulos principales, sus respectivos submódulos y todos los procesos administrativos. A través de este escritorio se puede mantener acceso controlado y supervisado a las distintas acciones de trabajo que requieren los procesos documentales de la Administración Pública.

Comunicaciones Oficiales (CCOO): constituido por la generación, el registro y la circulación de documentos oficiales comunicables. Estos documentos son la herramienta principal para emitir comunicados a través de notas, las cuales informan a modo de documento oficial. Los documentos electrónicos firmados digitalmente tienen la misma validez jurídica que aquellos firmados de forma hológrafa, cuentan con autenticidad e integridad. A través de ellas se puede identificar al autor fácilmente y verificar si ese documento fue alterado. Respecto a la Seguridad y transparencia, la misma garantiza la criptografía asimétrica, dado que cada usuario cuenta con el respaldo de interacciones seguras y confiables para el almacenamiento de datos biométricos. Para firmar digitalmente una persona necesita dos claves asociadas entre sí que se generan utilizando funciones criptográficas seguras. Una de esas claves es privada y protegida por una contraseña que sólo es conocida por esa persona impidiendo que otros imiten su firma. La segunda clave, en cambio, es pública y sirve para que el destinatario pueda verificar la firma hecha por el autor. La clave pública está contenida en un certificado digital junto con la información personal del firmante. Este certificado digital es un documento electrónico emitido por un certificador y sirve para asegurar que una clave pública pertenece a una determinada persona. Así el certificador actúa como una tercera parte confiable entre el emisor y el destinatario.

Generador electrónico de documentos oficiales (GEDO): medio de creación registro y archivo de documentos. Permite plasmar informes gráficos, embeber archivos de trabajo conjunto, adjuntar documentación digital y generar registro de firma de los agentes responsables correspondientes. Cabe destacar su relevancia en este análisis dado que, a través de él se formaliza la digitalización, despapelización, oficialización y seguimiento de todos los expedientes. Todos los documentos que se crean y se firman digitalmente en este módulo tienen la misma validez jurídica y probatoria que aquellos documentos firmados en formato papel. A la vez, alimentan la inteligencia artificial que define los estados consecutivos al seguimiento de cada acción administrativa.

Expediente Electrónico (EE): carátula y vinculación de documentos para su posterior adquisición, pase y seguimiento. Como indica el Anexo I - Reglamento para el uso de GDE y de TAD, de la RESOLUCIÓN 2019-43- APN-SECMA#JGM, en el Artículo 2, apartado c) lo define como el conjunto ordenado de documentos electrónicos del sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE), relacionados con la resolución o gestión de un trámite. Todos los documentos que formen parte de un expediente electrónico deberán ser generados previamente en forma electrónica, o bien, si existieran en papel u otro formato, deberán ser digitalizados de acuerdo con lo establecido en el Decreto N° 1131/2016 y sus normas complementarias. El Artículo 6 del mismo Anexo define que EXPEDIENTE ELECTRÓNICO (EE) es el módulo que se utiliza para las mencionadas acciones y las consultas abiertas de expedientes electrónicos.

Registros Legajo Multipropósito (RLM): medio único de registro de las entidades y jurisdicciones enumeradas en el artículo N° 8 de la Ley N° 24.156. Permite administrar los documentos respaldatorios de los diversos registros públicos en forma electrónica, con el objeto de identificar personas físicas, jurídicas o cosas y habilitarlas a realizar actividades. Se obtiene habilitación para realizar actividades o inscripciones con registro público. Administra los registros con su documentación respaldatoria en forma electrónica. Identifica personas físicas, jurídicas o cosas. La inscripción en los registros produce los siguientes efectos jurídicos: Habilitación a realizar actividades, por ejemplo, el registro de productos alimenticios; inscripción de la propiedad de las cosas, por ejemplo, el registro de una obra musical; confiere una condición a aquello que se registra, por ejemplo, el registro de monumentos, lugares y bienes históricos; control de la ética pública, por ejemplo, el registro de obsequios a funcionarios. También permite realizar trámites de inscripción, actualización y renovación de registros a través de TAD (Trámites a Distancia) desde lugares descentralizados ya sea hogares, oficinas o dispositivos móviles, ante los organismos públicos nacionales habilitantes. Es importante tener en cuenta que existen registros cuyo trámite es pago y, estos se pueden abonar en la misma plataforma, mediante tarjeta de crédito, código VEP, el portal Pago mis cuentas, RapiPago, entre otros.

Legajo Único Electrónico (LUE): será el único medio de creación, registro, guarda y archivo de la totalidad de la documentación y datos correspondientes a los agentes que presten servicios en virtud de cualquier modalidad en el ámbito establecido en el Artículo 8 de la ley N° 24.156 (ADMINISTRACION FINANCIERA Y DE LOS SISTEMAS DE

CONTROL DEL SECTOR PUBLICO NACIONAL, s.f.). Se especifica que todos los organismos que estén comprendidos en el Decreto N°561 del 6 de abril de 2016 deberán utilizar LUE. Este permite crear, registrar, guardar y archivar la totalidad de datos de personas físicas prestadoras de servicios según lo establecido en el ámbito del sector público.

Porta Firma (PF): el objetivo del mismo es agrupar las tareas de firma, y permitir la firma en lote de documentos. Es por ello que es utilizado mayormente por funcionarios/as que tienen un alto caudal de documentos a firmar y permite la firma de varios documentos electrónicos al mismo tiempo y filtrarlos por lotes. El módulo PF sólo permite operar sobre las tareas de firma, y habilita únicamente las opciones de firmar o rechazar la firma. El resto de las tareas relacionadas a documentos (revisar y/o confeccionar) deben ser ejecutadas desde los módulos GEDO y/o CCOO, según corresponda. Cabe aclarar que el uso de este módulo no afecta la función de Usuario Revisor de Firma Conjunta, en los usuarios firmantes que hayan configurado tal campo en sus datos personales.

Locación de Obras y Servicios (LOYS): medio único de tramitación, contratación modificación, ejecución y extinción de servicios personales sin relación de empleo con la APN que se presten mediante vinculaciones contractuales o convencionales.

Trámites a Distancia (TAD) (Argentina, 2022): permite la interacción del ciudadano con la administración a través de una plataforma donde cualquier persona puede realizar su trámite ante organismos públicos nacionales desde su casa, oficina y/o dispositivo móvil.

En el marco del Decreto 561/2016 y con el objetivo de desarrollar una gestión de gobierno que brinde servicios de calidad de forma simple, eficiente y moderna se lleva a cabo la digitalización de todos los trámites y comunicaciones de la Administración Pública Nacional (APN). Para su implementación se ha desarrollado el sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE) y la Plataforma Trámites a Distancia (TAD). Estas plataformas informáticas respetan todos los criterios establecidos por Ley y permiten la gestión de todos los trámites de gobierno. El módulo Trámites a Distancia (TAD), instrumentado por el Decreto 1063/2016, es una sede virtual o ventanilla única electrónica que permite a la ciudadanía realizar trámites ante la Administración Pública Nacional durante las 24 hs. desde cualquier dispositivo con internet (computadora, tablet, celular), sin tener que acudir a una oficina pública. Este módulo permite que la ciudadanía realice sus presentaciones e inicie expedientes en forma electrónica, por cuenta propia o a través de una persona apoderada. Entre sus funciones se encuentran subsanar documentos, tomar

vista de un expediente, notificar en forma fehaciente y realizar pagos. Además, en todo momento, la persona puede consultar de manera remota todos los trámites, la fecha de inicio, el código del expediente, el estado actual, el último destino, el nombre del trámite y el motivo.

Registro Integral de Destinatarios (RID): medio único de registro, tramitación y pago de todas las prestaciones, beneficios, subsidios, exenciones y toda otra transferencia monetaria y/o no monetaria y asistencia que las entidades y jurisdicciones definidas en el Artículo N° 3 del Registro Integral de Destinatarios que se otorguen a las personas jurídicas (públicas o privadas) independientemente de su fuente de financiamiento.

Gestor de Asistencias y Transferencias (GAT): se diferencia del RID en que su alcance se limita a las entidades y jurisdicciones contempladas en el Artículo 8 de la Ley N° 24.156.

Registro Propiedad Inmueble (RPI): único medio electrónico de tramitación y registración de documentación en el REGISTRO de la PROPIEDAD INMUEBLE de la CAPITAL FEDERAL del MINISTERIO DE JUSTICIA y DERECHOS HUMANOS.

Registro Civil Electrónico (RCE): medio único de inscripción de actos y hechos que originen, alteren o modifiquen el estado civil y capacidad de las personas.

Los módulos descriptos se articulan a través de una administración central emisora de usuarios y permisos a funcionarios y/o agentes gubernamentales, personas usuarias finales, gestores de asistencia y transferencia a gestores de administración jurisdiccional. Estos módulos interactúan con el sistema y entre sí a partir de la misma plataforma. De esta manera se logra compatibilizar las diferentes IT de diversas jurisdicciones y avanzar hacia la unificación de las mismas en un único sistema integral nacional. Es un trabajo que, seguramente, merece una investigación aparte dado que, aún se continua de manera escalable articulando su uso en las distintas administraciones.

Concepto de Atención Primaria de la Salud

La historia y el desarrollo de la Atención Primaria de Salud y de la Política de Salud tienen raíces en la “medicina social” que se gesta con el movimiento liderado por Rudolf Virchow y Jules Guerin entre otros en el año 1848, al que le anteceden experiencias del siglo XVIII, con Louis René Villermé, Johann Peter Frank y otros, que son reflejo del pensamiento en la construcción de la Salud como derecho (Ippolito, 2012). En dicho año apareció publicada en la “*Gazette Médicale*” de París las razones de su conformación y

avances desde los tiempos de pobreza y acciones aspiraciones sociales que, elevaron los estándares de salubridad y se reivindicaron con gestiones y acciones de Estado instauradas por el Dr. Jules R. Guérin (1801-1866). A través de éstas se manifestaba que, la atención primordial de la Salud debía ser sobre las acciones primarias y las caracterizaba en una íntima relación de la medicina con la sociedad (PAO, 2017). A partir de su creación la expresión Atención Primaria se utilizó muy poco, pero se realizaron importantes trabajos y estudios que entrelazaron las enfermedades con las situaciones insalubres básicas y desigualdades sociales.

En el siglo XX la medicina social resurge con referentes y experiencias concretas para la APS. Henry Sigerist lo hacía en el año 1939 luchando por la organización del Sistema de Salud en EUA y su influencia en África. El surgimiento de los Servicios Nacionales de Salud (SNS) en la posguerra como parte del Estado Bienestar, es tema fundamental en la Historia de la Medicina Social y en la garantía del acceso real a los servicios de Salud, en donde se destacan el SNS Británico al que Sigerist visionaria como cambio paradigmático en la organización de la Seguridad Social. Cinco años antes de su aparición el SNS chileno, el primero en toda América (1952), muestra antecedentes legislativos en la década del 30, mucho antes de la postguerra, experiencia en donde no se lo menciona, ni tampoco a sus constructores, donde es protagonista Salvador Allende.

Conforme avanzan los años se enriquece la historia con los debidos cuestionamientos sobre avances médicos y su impacto en mejorar las condiciones de vida. Al mismo tiempo se produce un importante crecimiento de la industria de la cobertura de medicamentos a través de las farmacéuticas mejorando considerablemente disponibilidad y un acceso cada vez más constante para la población. Bajo este contexto se tratan cuestionamientos múltiples y se fortalece el concepto de abordaje primario. Foucault los aborda en su libro “Némesis Médica”, y en diversas biografías se incluyen autores que contribuyen y fomentan el debate político de la época sobre el acceso a la Salud.

Esta dinámica se replica en América Latina representadas por Ernesto Guevara, en la medicina, Paulo Freire en la Pedagogía o Camilo Torres Restrepo, Hélder Cámara, Pedro Casaldáliga, Leonardo Boff, Enrique Dussel en la Teología y filosofía de la Liberación (Mercado, “Qualitative research in Latin America: Critical perspectives on health”, 2002), y otros que han influenciado la utilización las metodologías cualitativas en la investigación en Salud. La investigación cualitativa en Salud está fuertemente influenciada, tal como afirma Mercado, por tres movimientos, la medicina social, los

movimientos de base y los estudios socioculturales que construyen la investigación transdisciplinar en Salud.

Atención Primaria en Latinoamérica

Las experiencias de APS en América Latina son numerosas y, pese a su importancia, son poco conocidas. Se reconocen especialmente, las que son fruto de cooperación internacional gubernamental y no gubernamental. Las distintas experiencias van desde Centroamérica hasta el fin del continente, realizándose durante décadas antes de Alma Ata, como por ejemplo, en la década del 50, el “Hospital sin Paredes” (Hospital Carlos Luis Valverde de San Ramón) en Costa Rica (Ortiz Guier, 1995); en México, las de Morones Prieto que inspiraron las promotoras rurales de Salud en Colombia (como agentes comunitarios de Salud), en la Universidad de Antioquia hasta ser un programa oficial a nivel nacional (donde se descubre la influencia sobre Abad de Milton Roemer, destacado salubrista discípulo de Sigerist y profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California), las lideradas en la Universidad del Valle por Santiago Rengifo Salcedo (discípulo de Sigerist). Cuba, pese a sus limitaciones, desarrollo un Sistema de Salud Público Universal y este fué ampliamente reconocido tanto por sus logros sanitarios como por el desarrollo de la APS. Sin embargo, en la historia de ésta, el papel del médico argentino Ernesto Guevara es prácticamente excluido al igual que muchos cubanos, hecho explicable por el contexto de guerra fría que afectó la libertad académica en varios países Latinoamericanos ocultando gestores y experiencias valiosas como la cubana. La cual instauró más de 400 policlínicos y 15.000 consultorios ofreciendo policonsultas sobre el primer nivel.

La libertad universitaria se recuperó en Brasil después de la dictadura, pero en los otros países, con los años, la privatización de la educación superior la hizo presa de los mercados neoliberales, debilitando y acallando las voces críticas del pensamiento y la investigación. La Universidad Pública Brasileña es hoy líder en la región, se destaca en APS y por desarrollos en medicina social, trascendiendo con nombres como Sergio Arouca (Chaves, 1998) y logrando un campo de investigación reconocido como Salud Colectiva. Con participación de académicos argentinos y chilenos con quienes se desarrollan posgrados de cooperación académica como, por ejemplo, la Escuela de Salud Pública de Chile o la Universidad de Lanús, lugar de edición de la Colección de Libros Salud Colectiva y la Revista Salud Colectiva donde participan Mario Testa y Hugo Spinelli.

En Sudamérica es destacada la experiencia chilena con el movimiento pionero de medicina social latinoamericana. Allende, Ministro de Salud en 1939 a los 29 años, escribió “La realidad médico social chilena” (Gossens, 1939). Molina, alumno de Sigerist en la Universidad de John Hopkins, es ejemplo de firmeza y compromiso, traductor y editor de textos que reúnen de manera selecta, trabajos muy representativos del pensamiento de Sigerist. Traducción realizada con sus compañeros de prisión en la “cárcel de los doctores” durante el golpe militar, antología que fue publicada durante su exilio en Colombia en el año 1974. Este texto es reeditado en Colombia en el año 2007, en conmemoración de los 50 años de la muerte de Sigerist y de los 20 años de la muerte de Abad. La primera edición chilena es del año 2008 como parte del Homenaje que realizó la que hoy es la Escuela de Salud Pública “Salvador Allende” al doctor Gustavo Molina, incluyendo la presentación de su hijo, también médico dedicado a la Salud Ocupacional, área que también promovió Molina padre (Molina Bustos, 2011).

En los 60 y 70 se destacan las experiencias de Carlos Alberto Alvarado y Elsa Moreno, en zonas rurales de Argentina derivadas del liderazgo de Ramón Carrillo, calificado por Mario Testa, como el sanitarista más importante de Argentina. Fue Ministro de Salud, falleció durante su exilio en Brasil en el año 1956. Así se forjaron las primeras experiencias de atención primaria, que consistieron en organizar redes de atención entre Centros de Salud y Hospitales, articuladas con agentes comunitarios de Salud para dar respuesta a la atención en grandes zonas geográficas, con población dispersa, con escasos profesionales y alejadas de las grandes ciudades que históricamente los concentran. La Dra. Moreno fue “heroína de América”, galardón de la Organización Panamericana de la Salud por su trabajo en programas de Salud materno infantiles y en programas de formación en Salud pública en todo el país.

El concepto de Atención Primaria de la Salud (APS) ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones desde 1978, lo que ha generado confusión sobre su significado y en la práctica. Con miras a coordinar las labores futuras en materia de APS a nivel mundial, nacional y local, y a modo de orientación en su puesta en práctica, la Organización Mundial de la Salud ha elaborado una definición clara y sencilla:

La APS es un enfoque de la Salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de Salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va

desde la promoción de la Salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas (OMS y UNICEF)

La APS es el enfoque más inclusivo, equitativo, con mejor dinámica de costo eficacia y sectorialmente efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social (Organización Panamericana de la Salud, 2023). Cada vez son más las pruebas en el mundo del amplio efecto que tiene invertir en la APS, particularmente en tiempos de crisis como los de la actual pandemia de COVID-19.

A nivel mundial, las inversiones en APS mejoran la equidad y el acceso en relación con los servicios de Salud, el desempeño de la atención médica, la rendición de cuentas de los sistemas sanitarios y los resultados de Salud. Aunque algunos de esos factores están directamente relacionados con el sistema de Salud y el acceso a sus servicios, cada vez hay más pruebas que demuestran que una amplia gama de factores, más allá de los servicios de Salud, tienen un papel fundamental en la configuración de la misma y el bienestar. Por ejemplo, la protección social, los sistemas alimentarios, la educación y los factores ambientales.

La APS también es fundamental para que los sistemas de sanitarios sean más resistentes en situaciones de crisis, más dinámicos en la detección de los primeros signos de epidemias y estén más preparados para actuar de forma temprana en respuesta a los aumentos en la demanda de servicios. Aunque todavía faltan datos, existe un amplio consenso de que la APS es la “puerta principal” del sistema de Salud y la base para el fortalecimiento de las funciones esenciales de Salud Pública, principalmente ante crisis como la de la pandemia por COVID-19. La APS comprende tres componentes interrelacionados y sinérgicos. Servicios de Salud coordinados y completos, en los que se incluyen, como piezas centrales, la atención primaria y funciones y bienes de Salud pública, acciones y políticas multisectoriales en el ámbito de los determinantes de la Salud más extendidos y de carácter general, y el establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento, para aumentar la participación social y mejorar la autoasistencia y la autosuficiencia en la Salud.

Las raíces de la APS se encuentran en el compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación. Se basa en el reconocimiento de que el goce del grado máximo de Salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Para que la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) sea verdaderamente universal, los sistemas de Salud deben pasar de su actual diseño basado en las enfermedades y las instituciones a uno basado en las personas y realizado con su ayuda. La APS requiere que los gobiernos de todos los niveles subrayen la importancia de tomar medidas más allá del sector de la Salud, con miras a que se aplique una metodología pangubernamental de la misma en la que se incluya a esta en todas las políticas, se preste una especial atención a la equidad y se realicen intervenciones que abarquen todo el curso de la vida.

En la APS se tienen en cuenta los determinantes más amplios de la Salud y la atención se centra en los aspectos generales e interrelacionados de la salud física, la salud mental, la salud social y el bienestar. Con ella se ofrece una atención integral para las necesidades de salud a lo largo del curso de la vida y no sólo para una serie concreta de enfermedades. La atención primaria garantiza a las personas una atención integral de calidad desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos lo más cerca posible de sus lugares habituales (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Reseña de la trayectoria de los programas en Salud Comunitaria.

Desde hace 17 años el Ministerio de Salud de la Nación fortalece los recursos humanos de Salud en el Primer Nivel de Atención (PNA) mediante becas de apoyo económico y de formación en la estrategia de APS, a partir de la creación de un Programa Nacional de articulación con las jurisdicciones de todo el país. Este nuevo engranaje entre PNA y APS se mantuvo a lo largo de los años, adquiriendo mayor alcance territorial y presupuestario. Fue incorporando modificaciones sustanciales en materia de cobertura educativa. Se lograron convenios con diferentes Universidades públicas y privadas; Asociaciones y Organizaciones educativas. Si bien, por motivos políticos el nombre del Programa fue variable, su eje conceptual fue sostenido y optimizado en el tiempo. Es por esto que, a lo largo de los años, la información disponible al respecto de dicho Programa puede ser confusa. A modo esquemático y cronológico en la siguiente línea de tiempo se ordena y describe brevemente la evolución y los cambios mencionados.



Cuadro 1: Línea de tiempo del Programa Equipos Comunitarios. Argentina. 2021

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación - Elaboración Propia

La primera cohorte estuvo integrada únicamente por médicos/as. Luego, entre la segunda y quinta cohorte se incorporaron psicólogos/as, trabajadores sociales, enfermeros/as, obstétricos/as, nutricionistas y odontólogos/as. En la sexta cohorte se sumaron los/as agentes sanitarios y/o promotores de Salud. Esta cohorte tiene la particularidad de no estar constituida sólo por profesionales universitarios, sino agentes formados a través de cursos dictados por el Ministerio de Salud de la Nación con una duración aproximada de 1 a 2 años. Su importancia en el contexto de la aplicación del Programa radica en que son el nexo entre la comunidad y las otras cohortes y/o las instituciones sanitarias. De este modo informan, orientan, promocionan y realizan acciones que facilitan e intentan garantizar el mayor acceso de la población a la Atención Primaria de la Salud

En el transcurso de los sucesivos años se comenzaron a sumar otros perfiles (de acuerdo a las codificaciones de equipos nucleares y matriciales de Salud) a los efectores del PNA. En el gráfico 1 se observa la cantidad de becarios/as acumulados en diciembre de cada año.

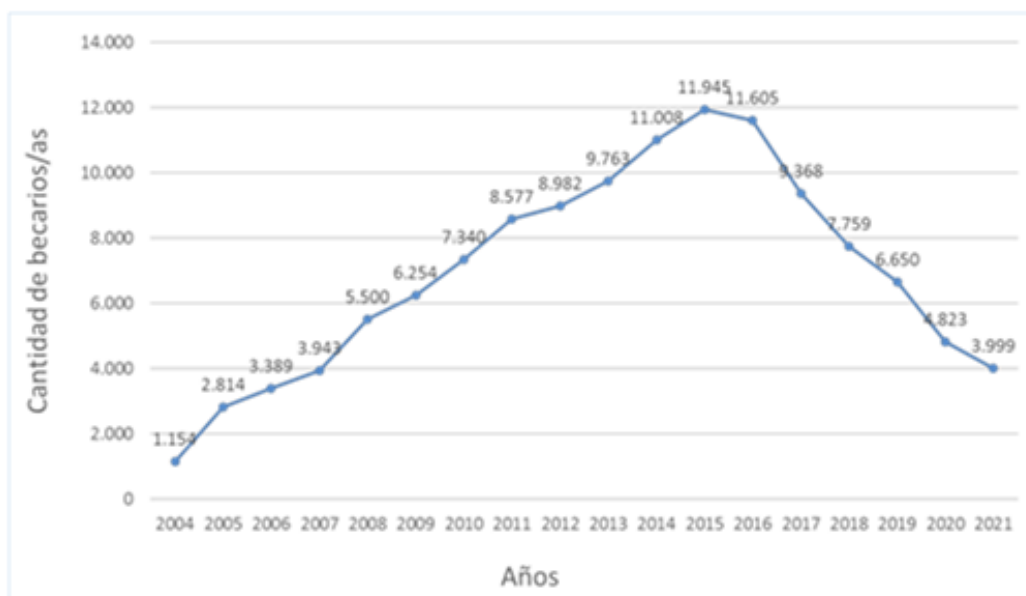


Gráfico 1 Fuente: Ministerio de Salud de la Nación - Elaboración Propia.

En la decisión de la distribución del financiamiento a las jurisdicciones no se utilizaron indicadores socio-sanitarios, excepto en el primer año del Programa Médicos comunitarios en el 2004 y para el Programa Salud Familiar y Comunitaria en el año 2019. Es por esto que, los criterios para otorgar los cupos fueron diversos (de acuerdo a indicadores económicos, de Salud, necesidades básicas, disponibilidad de perfiles profesionales, solicitudes políticas, entre otros) y no siempre adecuado a los requerimientos de las jurisdicciones.

Entre los años 2016 y 2019 el Programa se desarrolló con limitada planificación práctica y económica, con escaso seguimiento en los procesos de trabajo. No se logró en todos los casos una ejecución orientada a la participación comunitaria. La organización no se aplicó en base a la gestión de un área de responsabilidad (definición que comprende un número aproximado de 700 familias), ni a la adscripción poblacional (lo que implica el registro de los habitantes de un área geográfica y la asignación de su atención sanitaria a un efector de Salud geográficamente cercano). Además, en el año 2016 se discontinuó la capacitación en conjunto con las diferentes Universidades, limitando la actualización y formación a una cantidad menor de cursos, dictados sólo por la Dirección Nacional u otras áreas del Ministerio de Salud. Esta disminución cuali-cuantitativa tuvo como resultado la imposibilidad de incluir a la totalidad de los/as becarios/as financiados.

A pesar de las dificultades, se puede advertir el impacto de la implementación en la práctica del Programa en un número significativo de trabajadores sanitarios. El punto cardinal que logró dicha implementación pone particular atención no sólo en la ejecución

técnica de su labor, sino que logra incorporar como parte sanitaria esencial el vínculo con la población a cargo. La relación entre ellos se aborda desde un paradigma con mayor compromiso comunitario y desde una perspectiva social más amplia, logrando un cambio sustancial en la calidad de la atención, con la intención de optimizar progresivamente y sostenerlo en el tiempo.

En el año 2019 se decretó a través de la Cobertura Universal de Salud (CUS), una nueva estrategia en la organización y aplicación de la APS. Allí se incorporó la nominalización de la población a través de su Documento Nacional de Identidad (D.N.I). Así, a partir de su domicilio declarado se asignó la demanda sanitaria a efectores de Salud cercanos al mismo. De este modo se configuró un mapa de cobertura de atención integral. En base a esta nueva organización territorial se logró evaluar las necesidades de cada área y redistribuir de manera efectiva los recursos. Se evaluaron y configuraron nuevas asignaciones presupuestarias de acuerdo a las necesidades geográficas y se asignaron nuevos perfiles para optimizar la atención integral de la población a cargo de manera organizada. La CUS representó el inicio de una estructura en la que se distribuyen de forma transparente, equitativa y bajo georeferencia los recursos. Paralelamente se continuó con la Educación Permanente en Servicios brindada por el Instituto Nacional de Capacitación, la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (la actual Dirección Nacional de Talento Humano), organismos internacionales (OPS, Banco Interamericano de Desarrollo y ONU) y diversos Programas, entes y servicios descentralizados.

En los años transcurridos se capacitaron alrededor de 20.000 personas, dejando así “capacidad instalada” en los equipos de Salud y equipos de gestión de APS de todo el país. Asimismo, se logró la incorporación de los/as becarios/as como recurso humano permanente en los sistemas de Salud jurisdiccionales, fortaleciendo la implementación de la Estrategia de APS a nivel Nacional. En el año 2020 con la experiencia acumulada descrita, las herramientas adquiridas y aprendidas a lo largo del desarrollo de los diferentes programas, se buscaba, con mayor motivación, integrar los equipos de Salud del PNA, constituidos por agentes de diversas disciplinas. Se fija como eje principal reforzar el abordaje interdisciplinario que otros Programas de la misma índole desarrollan desde hace casi dos décadas. De este modo se fortalece el recurso humano y su capital sobre el PNA con el propósito de consolidar los sistemas de Salud locales, por ello, sus beneficiarios y participantes se convierten en protagonistas del proceso de cambio del

modelo de atención. El objetivo principal de éste es reconocer y atender las necesidades sanitarias de la población e implementar prácticas de prevención y promoción de la Salud. Sus equipos y gestiones encabezan el proceso de fortalecimiento de la estrategia de APS. Se arraiga la participación de la población para el logro de una ciudadanía activa, impulsando y fortaleciendo el trabajo intersectorial y la construcción de redes comunitarias para dar mayor respuesta a los problemas de Salud del PNA y descomprimir la demanda sobre el Segundo y Tercer Nivel, en conjunto a las acciones de gobierno que dependen del organismo rector, en este caso el Ministerio de Salud de la Nación.

Los objetivos fijados al inicio del año se vieron interrumpidos por el surgimiento de la pandemia por COVID-19. En febrero, el Ministerio de Salud de la Nación advierte que el alcance de la pandemia en Argentina es inminente. Es así que se comienza a priorizar el desarrollo de nuevos programas de capacitación y articulación de recursos en el PNA para evitar el colapso del Segundo y Tercer Nivel de Atención. El desafío que se presenta es la elaboración de un plan de acción múltiple. Se generan dos tópicos principales sobre los que trabajar. Por un lado, la imprescindible elaboración de una estrategia sanitaria apuntada al manejo de la pandemia sin dejar de garantizar las prestaciones cotidianas del PNA y, por otro lado, continuar con el funcionamiento de la Administración Pública Nacional.

En este contexto se da inicio a los primeros webinars y reuniones virtuales con los decisores políticos, sentando un precedente relevante en lo que respecta a la utilización de tecnologías digitales, convirtiéndose en pioneros en comunicación a distancia. En marzo, con el Decreto de aislamiento social, preventivo y obligatorio (DNU 297/2020) el recurso digital se vuelve imprescindible para avanzar en materia sanitaria y administrativa. Se conforma la Sala de Situación como estrategia colaborativa, aportando las tecnologías informáticas necesarias, incorporando no solo sistemas de información de calidad y con capacidades de procesar información en cantidades sustanciales, sino también alimentar a través de las IT estadísticas y respuestas para la toma de decisiones. Constituyendo un modelo de trabajo en red multisectorial que, promueve la disponibilidad inmediata de datos, el análisis sistemático de información y un dispositivo fundamental de vigilancia epidemiológica para organizar la respuesta integral, planificar intervenciones y ser soporte de investigación. Se entiende por red multisectorial a Presidencia de la Nación, Jefatura de Gabinetes, Ministerio de Salud de la Nación, instituciones científicas y organismos Nacionales e Internacionales.

De este modo, se da inicio a la planificación con los diferentes efectores para establecer los lineamientos para racionalizar insumos, capacitar al personal del PNA y transmitir la información de manera sistemáticamente actualizada desde las comunidades científicas Nacionales e Internacionales. A la vez que se intenta sostener la demanda sanitaria del PNA que no está relacionada con la pandemia. La Administración Pública continúa su funcionamiento como un eje central y paralelo a la Salud, de forma articulada e interrelacionada. Se implementa con mayor desarrollo el uso de tecnologías IT, como herramienta fundamental para continuar con los convenios vigentes, las partidas presupuestarias asignadas, acciones sanitarias preventivas, la distribución equitativa de recursos e insumos (DNU 260/2020 de Emergencia Sanitaria declarada) y capacitación de los agentes.

Las IT son el instrumento esencial para llevar a cabo las acciones administrativas y sanitarias de manera simultánea, escalable respecto a recabar datos y sistematizar los mismos y en un ordenamiento sistemático en paralelo. Permitted el acceso de todos los efectores de la Administración Pública y sanitaria, en el contexto de una pandemia, a la información necesaria, los documentos, procedimientos y gestiones administrativas, contables y territoriales. Así logró sostener la estructura de gestión de todos los niveles sin dejar de priorizar la Emergencia Sanitaria, asegurando la comunicación y el cumplimiento de políticas públicas de todos los sectores del Estado. En el año 2021, con el antecedente exitoso de la utilización de IT durante la pandemia, la Secretaría de Equidad decide dar por finalizado el Programa de Equipos Comunitarios y promover un nuevo Convenio que se adscriben mayoritariamente mediante el uso de tecnologías digitales, el Programa de Salud Comunitaria (Argentina.gob.ar, 2023), al cual se aboca este trabajo.

A lo largo de este capítulo se demuestra la estrecha relación entre Atención Primaria de la Salud y la evolución de los Programas de Salud Comunitaria en el tiempo. También se brindan las definiciones de IT y gobernanza abierta. Lo cual sienta las bases para explicar cómo a lo largo de los años, la evolución de ambos y la utilización conjunta enriquece la Administración Pública a un nivel tan relevante que, en el contexto de una pandemia, con la imposibilidad de la presencialidad, la utilización de tecnologías de la información logra continuar con la gestión pública e incorpora el trabajo virtual de manera obligatoria. Así logra, no sólo llevar a cabo acciones administrativas, contables y financieras, sino que

también robustece la plataforma inicial para el fortalecimiento de la aplicación digital en diversas acciones de gobierno.

Capítulo 2 - Programa de Salud Comunitaria, intervenciones de gestión y enfoque metodológico.

Se aborda en esta sección la estructura específica del Programa de Salud Comunitaria al que este trabajo se aboca. Se definen sus líneas de trabajo y las acciones administrativas que se llevan a cabo para articular, a través de IT, la organización complementaria en relación a la firma y gestión integral de documentos entre la Coordinación del Programa y las diferentes jurisdicciones. Se brindan los detalles de los diferentes mecanismos de implementación e incorporación de las tecnologías digitales en el Programa, los desafíos que esto implica y las acciones que se desarrollan para estratificar y resolver los problemas que se presentan. Se mencionan y describen diferentes etapas de aplicación del Programa.

Por otro lado, se aborda la perspectiva metodológica, se explican las técnicas de recolección de datos cualitativos y cuantitativos. Se los menciona y se realiza una aproximación del análisis situacional del Programa en relación a la utilización exclusiva de medios digitales para su ejecución y seguimiento.

Lineamiento del Programa de Salud Comunitaria

La propuesta del Programa de Salud Comunitaria es continuar con la implementación de la Estrategia de APS, haciendo hincapié en la revalorización de los equipos de Salud del PNA y sus diversas potencialidades humanas junto con la utilización de tecnologías digitales en lo que compete al área administrativa. El rasgo fundamental de la APS es su compromiso con la salud de las personas antes que se encuentren enfermas, lo que se suma a otras responsabilidades de la medicina tradicional más dedicada a los aspectos curativos, la prevención, promoción y educación permanente sobre la población.

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad, de atención de las personas y el conjunto social. Esta no sólo provee servicios de Salud, sino que afronta las causas últimas (sociales, económicas y políticas) de la ausencia sanitaria. En su visión integra la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la Salud y la rehabilitación. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hacia todas las personas permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia con sus saberes, cultura y la medicina científica. Por otra parte, esta estrategia

debe promover y velar definitivamente y de manera ineludible por una distribución más justa de los recursos.

El propósito de la Atención Primaria de la Salud consiste en mejorar el estado sanitario de la población, involucrándose a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la Salud, por medio de la visita periódica domiciliaria del agente sanitario con apoyo continuo y sistemático de la consulta médica, psicológica y odontológica programada, asegurando todas las prestaciones incluidas en los Programas de Salud, coordinando intra y extra sectorialmente en pos del bienestar de la comunidad.

La Atención Primaria de la Salud sólo es posible si se asienta sobre los principios de respeto a los derechos humanos, la equidad y la justicia social. Es de principal interés para este Programa poder transmitir la importancia de la capacitación activa en servicio de Salud e implementar de manera sistemática la gestión y monitoreo de su desarrollo de manera remota. Brindar herramientas de actualización continua, teórica y práctica, aportando instrumentos de trabajo que fortalezcan la calidad del servicio a la comunidad. Sector que, a partir del desarrollo del Programa, en el tiempo adquirió un rol activo y dinámico. El Programa apunta a trascender las definiciones en materia de Salud. Proyecta la posibilidad de abordar la temática sanitaria con la intervención de todos los involucrados en el proceso de APS, desde el Estado hasta el individuo, procurando la creación de una relación recíproca, horizontal y sinérgica. De esta forma todos los involucrados en el proceso de optimización sanitaria se desempeñan activamente, con intención de lograr un engranaje bien articulado, donde cada efector es receptor y viceversa.

Estructura del Programa.

El Programa tiene una estructura de ejecución en la cual participan, el Ministerio de Salud de la Nación, los Ministerios de Salud Jurisdiccionales, las Universidades Públicas Nacionales, los equipos de Salud y los Profesionales becados. La adhesión, implementación y ejecución del Programa se formaliza mediante Resolución Ejecutiva y convenios específicos entre el Ministerio de Salud de la Nación y las Jurisdicciones firmantes.

Dependiente de la Secretaría de Equidad de la Nación, creada mediante el Decreto N° 50/2019, la cual, entre sus objetivos, debe entender en el proceso de regulación del

sistema de Salud, facilitando la articulación y armonización interjurisdiccional entre los niveles de gobierno y entre los subsistemas de Salud público, privado, de obras sociales y otros financiadores. Como así también coordinar el diseño de políticas estratégicas de carácter federal y territorial para el aumento de la equidad y definir el modelo de financiamiento y gestión de la Salud, contribuyendo a la articulación e integración de subsistemas, programas sanitarios y redes de atención fijándose, entre otros. Los objetivos de entender en el diseño de políticas para favorecer y ampliar el acceso a Salud y definir el modelo de atención, contribuyendo a la articulación e integración de programas sanitarios, asistir al/ a la Ministro/a en todo lo inherente a la Salud de la población y a la promoción de conductas saludables de la comunidad.

Asimismo, financia algunos de los Programas Nacionales dependientes, tales como el Programa Nacional de Salud Comunitaria al cual se refiere esta investigación y, consolida su aplicación a partir de la nueva dinámica de interacción a través de instrumentos múltiples de aplicación, adscripción y seguimiento de sus convenios, providencias y tratados. El mismo se desprende sobre la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria, la cual tiene a su cargo la planificación, organización, dirección y monitoreo de las acciones del Programa de Salud Comunitaria y la gestión de las capacitaciones desde el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. Es responsable de proponer el proceso de diseño organizacional y velar por el cumplimiento de los convenios suscriptos entre los distintos integrantes, garantizando una gestión transparente y eficiente.

Desde los Ministerios de Salud Jurisdiccionales se definen los criterios para la ejecución del presupuesto asignado de acuerdo a la estrategia sanitaria de fortalecimiento del PNA de su jurisdicción. Presentan las nóminas para la asignación de becas y se desarrollan acciones a fin de garantizar la elaboración e implementación de los compromisos de trabajo y establecer herramientas de gestión para el seguimiento y monitoreo de los indicadores y sus objetivos.

La conformación de los equipos del PNA requiere considerar las variables de la realidad local y las particularidades de cada lugar, ajustándose a las características concretas del sistema y comunidad a la que atiende. Es por esto que no existen modelos universales que describen una única composición, sino que se prioriza la organización y funcionamiento adecuado a las necesidades del individuo, familia y comunidad (OPS/OMS, 2008).

Los equipos formados se encargan de participar del proceso de exploración de los territorios y el mapeo del área de actuación de los mismos. Identifican grupos, familias e individuos expuestos a riesgos, manteniendo la actualización continua y priorizando las situaciones que deben ser acompañadas en la planificación local. Realizan los procesos de adhesión y cuidado de la Salud de la población a cargo en el ámbito del centro de salud, en el domicilio y en los demás espacios comunitarios (escuelas, asociaciones, entre otros) de acuerdo a sus demandas.

Sus objetivos se basan en impulsar acciones de atención integral según las necesidades de Salud de la población a cargo, así como las previstas en las prioridades y protocolos de la gestión local. Realizan búsquedas activas y notificaciones de enfermedades de aviso obligatorio, así como patologías prevalentes y de importancia local. Participan en actividades de gestión, planificación y evaluación de acciones con los datos disponibles e identifican colaboradores y recursos en la comunidad que puedan potenciar las intervenciones intersectoriales con el equipo. De esta forma, garantizan la integridad de la atención mediante acciones de promoción de la Salud, prevención de enfermedades, atención de la demanda espontánea, planificación y vigilancia.

La conformación sostenida de los Equipos de Salud bajo el Programa asegura una escucha activa y ampliada de las necesidades de los usuarios en todas las acciones, tanto sanitarias como de otra índole. Proporcionan asistencia humanizada, facilitan el establecimiento de un vínculo continuo y aseguran la coordinación con los otros niveles de atención cuando ésta sea requerida. Estos vínculos e interacciones, deben garantizar la calidad del registro de las actividades en los sistemas Nacionales de información, contribuir con la educación permanente en servicios y las acciones definidas de acuerdo con las prioridades locales.

Los Equipos tienen la obligación de llevar a cabo reuniones periódicas para la planificación de actividades en el territorio y coordinar la supervisión de la situación de las familias y los individuos, prestando especial atención a las personas con enfermedades y condiciones que requieren mayor seguimiento. A partir de estas gestiones se generan tareas que permiten la ejecución del Compromiso Anual de Trabajo de la jurisdicción, además de brindar el apoyo y seguimiento en relación a las actividades de actualización territorial.

Acciones de gestión administrativa

Una de las acciones es asignar a los/as becarios/as únicamente a Establecimientos de Salud del PNA y registrarlos/as en REFES (Registro Federal de Establecimientos de Salud) y REFEPS (Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud) según corresponda, completando el total de solapas y campos obligatorios de la plataforma, presentando anualmente con carácter de declaración jurada el extracto correspondiente de dicho sistema con la nómina y datos de los becarios/as incorporados al Programa. Notificar mensualmente al Ministerio, por medio fehaciente y conforme al modelo de Certificación de Actividades toda información relativa al desarrollo de las actividades, altas, bajas y cualquier otra situación que concierne específicamente a los/as becarios/as o al Programa en general. Cualquier modificación en la nómina deberá contar con la previa conformidad del Ministerio de Salud de la Nación.

Debe articular con los municipios/comunas de la provincia la implementación del Programa, así como con Universidades y/o institutos de enseñanza superior para el desarrollo de las capacitaciones institucionales. Utilizar los fondos recibidos exclusivamente para efectivizar el pago mensual correspondiente a las becas de los recursos humanos, a través de una cuenta específica para el Programa. Presentar la debida rendición de cuentas, en el plazo máximo de noventa (90) días, a contar desde la última transferencia de fondos efectivizada por éste, de acuerdo a lo establecido en “Rendición de Cuentas”.

Asimismo, debe ejecutar acciones tendientes a la evaluación de las actividades de los equipos de Salud a partir de la elaboración de herramientas de gestión que permitan el monitoreo y seguimiento de los indicadores propuestos y sus objetivos. Remitir al Ministerio, cuando éste lo considere necesario, informes parciales de los Compromisos Anuales de la Jurisdicción, y cualquier otro tipo de información que éste requiera para el correcto seguimiento del Programa. Facilitar las tareas de relevamiento y monitoreo del desarrollo del Programa que realizará el Ministerio.

Mecanismos de implementación e incorporación de tecnologías de la comunicación

Las acciones de gestión que se implementan a través del Programa Nacional de Salud Comunitaria, son la incorporación de incentivos financieros para estructuras intermedias (Directores de Centros de atención Primaria, Jefes de Región, Coordinadores de agentes Sanitarios). En conjunto con compromisos anuales de trabajos, objetivos, metas e

indicadores. Del mismo modo, se otorgan becas económicas a equipos de profesionales y no profesionales y gestores de centros de Salud del PNA. Los mismos acceden a este beneficio por intermedio de convenios con su correspondiente Jurisdicción, representada de acuerdo al caso por, el/la Ministro/a (Provincial), el/la Secretario/a de Salud (Municipal) o el Ministerio de Salud de la Nación (representado por el/la Sr/a. Ministro/a). Coordinar la firma de los diferentes convenios sin la antigua dinámica presencial es el inicio de los cambios hacia una gobernanza inteligente al incorporar las tecnologías digitales. Implica mejoras y sistematizaciones necesarias sobre la coordinación de los lineamientos del Convenio. El seguimiento de estas instancias compete a la gestión integral del mismo a través del Sistema de Documentación Electrónica (GDE) y el monitoreo de los pasos administrativos, firmas y acciones que permiten finalizar el circuito de manera transparente y en un tiempo predeterminado.

Los procesos con que se aplican las tecnologías comunicacionales en la actual gestión del Programa de Salud Comunitaria operan en el marco de la plataforma de trámites a distancia, la planificación de tele consultas y el correo electrónico como medios más colectivos para comunicar directamente sobre usuarios y gestores. Para organizar el amplio caudal de demanda respecto a los distintos niveles de mensajes se sistematiza un panel de control, el cual ha sido creado para dar seguimiento a estas acciones. En dicho panel se esquematizan fechas de programación, seguimiento y monitoreo, razón por la cual cada miembro de los equipos intervinientes se encuentra informado en tiempo real, y de manera digital, de las instancias y objetivos cubiertos o que aún se necesitan modificar y/o finalizar.

Los inconvenientes operacionales para la implementación del expediente y su documentación demandan acciones importantes desde cada actor participante. La identificación de ellos, su cantidad y su magnitud son de alta relevancia, ya que de no ser detectados y resueltos oportunamente pueden generar alteraciones temporales en la gestión de la documentación y/o del expediente. Entre los más comunes podemos mencionar, incompatibilidad de formatos, escaneos erróneos, faltante de firmas, fechas mal escritas, documentos sin lectura, entre otros. Es por estos inconvenientes que se realiza un sistema de doble revisión de entrega de documentación y esquemas de compatibilidad de la misma. La cual consta de envíos previos a la coordinación jurisdiccional de la documentación pertinente, luego se corrige y se devuelve por el mismo medio digital de envío. Esta acción de corrección y revisión se realiza según una

pauta de tiempo y un cronograma para dar seguimiento a través del sistema de monitoreo y alarmas que el mismo sistema digital es programado por las coordinaciones. Una vez enmendado cualquier error o interferencia de gestión la documentación puede ser tramitada de manera correcta, respetando y mejorando la fecha límite de entrega digital.

Este proceso dio lugar a la creación de un plan de acción para identificar los inconvenientes operacionales que surgen para la implementación del expediente y su documentación, denominado matriz de riesgo. De este modo a cada riesgo objetivo que surge se lo agrupa (bajo, medio o alto) de acuerdo a su injerencia en el avance del expediente, a la vez que se desarrollan diferentes herramientas de gestión para determinar su origen y solución. La identificación de ellos, su cantidad y su magnitud requiere un análisis inicial por parte de la Coordinación General del Programa. Posteriormente, se da lugar a la intervención del área pertinente.

Plan de acción sobre riesgos identificados

Para poder realizar una labor sobre ello hay una serie de parámetros que evalúa y valora el nivel de prioridad. Es así que se tienen riesgo alto, medio y bajo.

Riesgo bajo: indica poco impacto de gestión y leve demanda sobre los procesos administrativos internos, externos y combinados. Este indicador se resuelve mediante acciones simples y transversales por parte de los equipos que monitorean las responsabilidades.

Riesgo medio: indica una necesidad de supervisión mayor. Estas gestiones pueden llegar a devenir en un problema mayor si no son identificados o corregidos en instancias previas al desarrollo normal del campo de acción técnica administrativa previa a la firma de autoridades.

Riesgo alto: es el riesgo de alarma que implica la acción inmediata de los equipos para evitar conflictos inminentes en cualquiera de las dinámicas del protocolo de seguimiento establecido.

Una vez determinado el tipo de riesgo se realizan una serie de acciones específicas según la valoración obtenida. Es por ello que:

Cuando el riesgo es bajo: supervisión y seguimiento de circuitos con temporalidad. Se sistematizaron los tableros con un control semanal, quincenal, mensual y de entrega final. Se perfeccionó la automatización de informes de avances de firmas, la carátula del

expediente, la orden de pago, el pago efectivizado y la rendición de fondos. Una vez finalizados todos los pasos, el expediente es remitido a la guarda temporal (archivo administrativo-contable del expediente). En esta instancia se continúan detectando situaciones que enlentecen o suspenden las prácticas adecuadas para la gestión de procesos.

Cuando el riesgo es medio: sistemas de control interno basados en evaluación. Se aplicó al encontrarse sesgos mencionados en los procesos de riesgos y en la posible resolución de tiempos y gestiones administrativas. Se articula mediante un tablero de control compartido alimentado diariamente al sistema informático por las áreas participantes. La documentación faltante es solicitada a las jurisdicciones por los equipos, quienes se comprometen a prácticas cotidianas de seguimiento a través de las actividades de control de la información y una comunicación organizacional certera.

Si en cambio el riesgo es alto: acciones preventivas de control son simples. La referencia a esta acción es inicial para la disminución de riesgos previo al caratulado/inicio/toma de decisiones sobre la gestión de trabajo de expedientes, notas y/o respuestas administrativas. En esta instancia, se intenta disminuir riesgos, mitigando errores materiales, información errónea y desactualización de datos.

Si bien se continúan produciendo errores en instancias posteriores, se logra minimizarlos antes del inicio del protocolo y seguimiento por medio de circuitos claros. Basados en la experiencia empírica y de programación, la Coordinación de equipos desarrolló, en conjunto con las otras áreas de dependencia, un circuito del proceso de desarrollo de expedientes detallado en las herramientas de procedimiento. Se elaboró un manual de protocolo que alimenta el organigrama que se proyecta en el mapa del Estado. La identificación de los inconvenientes operacionales que surgen para la implementación del expediente y su documentación a través de la matriz de riesgo, obligó a la creación de un segundo plan de acción para la resolución de las dificultades que esta indica. En base a lo mencionado desde la Dirección Nacional de Atención Primaria y de Salud Comunitaria, se gestiona lo que se denomina unidades de análisis para el seguimiento. Las cuales constan de:

A -Panel de Reuniones y planificaciones con autoridades de distintos niveles, y seguimiento de minutas a través de gestión documental con el informe de las mismas.

B - Panel para solicitudes de documentación y envío de formatos.

C - Calendario con etapas de corrección y administración de acciones para articular la aplicación y sus posibles inconvenientes.

D - Calendario de monitoreo de gestión administrativa contable.

E - Seguimiento de aplicación con autoridades y equipos.

Las unidades de análisis generalmente se alimentan con información aportada por todos los actores, a través de una plataforma de control compartido, utilizando una herramienta digital (*Drive*) donde pueden realizar multitareas desde diversos lugares. Tanto la matriz de riesgo, como las unidades de análisis, son herramientas que permiten trabajar sobre los inconvenientes operacionales de manera paralela. El acceso a la información desde la plataforma informática permite la intervención de todos los actores para optimizar la gestión sobre los expedientes y los datos allí remitidos.

Etapas de la implementación

El trabajo se divide en tres etapas. La primera etapa es preparatoria. Se definen reuniones con las autoridades de cada Jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires, las mismas se implementaron todas a través de plataformas de video digital (*zoom*, *google meets*, aulas virtuales, Plataforma de Salud digital, etc.) en las cuales se presentaron los lineamientos y requerimientos del Programa de Salud Comunitaria.

La segunda etapa consiste en presentar la documentación respaldatoria solicitada para adscribir al Convenio. Esta documentación se gestiona de maneras diversas, tanto por correos, drives compartidos e instancias de reuniones digitales hasta que se encuentran completas para la firma de los Intendentes de cada jurisdicción. Además, en esta etapa se seleccionan los perfiles de los becarios que formarán parte de los anexos de financiamiento para el Primer Nivel de Atención.

La tercera etapa describe el envío formal de la documentación solicitada a los municipios por la Coordinación Nacional de Salud Comunitaria. Posterior a su recepción por correo electrónico se inician las acciones de caratulación del expediente electrónico, la cual consta de la generación de un código administrativo (equiparable a una firma oficial), otorgándole a dicho expediente un número único de carácter oficial. Su codificación queda enmarcada bajo la Ley de Administración Pública (<https://www.boletinoficial.gob.ar>, 1972).

Posteriormente, a través del TAD se realiza el seguimiento de todas las instancias de los procesos administrativos que regulan el Convenio, para ser efectivo tras la firma del Ministro. Una vez realizada, se da por finalizada la implementación digital, virtual y transparente a través de la guarda temporal del mismo en el sistema de gestión documental, empezando el circuito de rendiciones periódicas de los convenios.

El cuadro del total de la información (el cual se adjunta en anexo X de Tesis) y datos obtenidos se representa con los porcentajes de convenios finalizados y adscriptos, los que no adscribieron por diversas razones, en los cuales se puede intervenir respecto del uso de tecnologías digitales y, finalmente, los que no pudieron sostener el trabajo conjunto y por diferentes razones sus autoridades definieron no suscribir al Programa. Para esto se presenta un cuadro múltiple que brinda la información necesaria con todos los anexos respaldatorios digitales hasta noviembre de 2022. Dicho cuadro presenta datos concretos y nominalizados de los municipios respecto a los diferentes motivos y/o causas que aún no permiten su adscripción por, demoras en rendiciones contables de Programas otorgados por el Ministerio de Salud de la Nación sobre la Jurisdicción, siendo causante de la imposibilidad (mientras esta situación se sostenga es inviable administrativamente firmar nuevos convenios sin rendiciones presentadas) o decisiones en el marco de la autarquía presupuestaria del Municipio en no incorporar recursos asignados al Primer Nivel de Atención por prioridades sanitarias de la jurisdicción. En otros casos, se debe a que los municipios presentan lineamientos y ejes distintos a los planteados por Nación y no quieren implementar la estrategia sanitaria con la rectoría de los Ejes Nacionales Obligatorios que el Convenio solicita.

Estrategia y diseño de investigación, perspectiva metodológica, recolección de datos y análisis situacional.

El diseño de investigación es detallado y explicado en este apartado. Se trata de un estudio mixto que involucra datos cualitativos y cuantitativos organizados de modo tal que se logra analizar la complejidad de los cambios producidos en la implementación de programas de Salud y la utilización de IT en su articulación.

La estrategia metodológica para el estudio de esta tesis implica un trabajo en el cual los datos son recolectados de manera articulada ante las necesidades y sus causales. La obtención de los mismos es el registro en sí mismo de las acciones comentadas con el fin de implementar y analizar las políticas públicas sobre un Programa de Salud, generando un flujo de datos que se ordena, se clasifica y, posteriormente, se evalúa a medida que las

distintas etapas del cronograma de implementación van sucediendo. El desarrollo de los instrumentos, las herramientas y los tableros de control, si bien no tienen un antecedente metodológico conocido, son suficientes para llevar a cabo todos los procesos que permiten abordar los objetivos de la investigación, responder planteos y, por último, elaborar una conclusión.

Perspectiva metodológica

Con respecto al diseño de investigación, es un estudio mixto que involucra datos cualitativos y cuantitativos, es decir que se organizan datos y acciones para analizar la complejidad de los cambios producidos en la gestión de programas de Salud, así como la implementación de IT y sus herramientas como eje fundamental de trabajo. Los datos cualitativos extraídos son de carácter heterogéneo y no estructurados. Proviene de diferentes fuentes y permiten aportar información para su posterior análisis en lo que respecta al conocimiento del universo de trabajo. Esta tesis se apoya en acciones volcadas en tablas y procesos de gestión que permiten no sólo trazar el seguimiento de datos, sino también obtener porcentajes cuantitativos dado que sus líneas de acción, explican, conforman respuestas y brindan porcentajes en el marco del análisis posterior de la implementación de Programa comentada. Se incluyen, las mejoras en el PNA a través de capacitaciones y ejes de acción exclusivamente por plataformas digitales y su impacto, las gestiones administrativas de los recursos humanos (planteles) y la facilitación en la llegada de las bonificaciones monetarias por acciones electrónicas, el seguimiento de los planteles asignados por medio de la certificación de servicios digitales, la recolección de información cultural de cada población para su uso en la optimización en el PNA y la escalabilidad de la no presencialidad, no sólo en la realización de reuniones entre los referentes, sino también en el acceso de información de modo digital y compartido.

Los datos cuantitativos involucrados son mencionados a lo largo de la tesis y plasmados en formato de tablas y cuadros adjuntos en Anexos. Se incluyen, el aumento presupuestario para la asignación de becas, la permanencia del número de efectores en el PNA, el aumento de recursos humanos en los municipios firmantes, el aumento en el cupo de profesionales sobre Centros de Salud Rurales, el incremento de la adscripción jurisdiccional a Programas Nacionales y el establecimiento de información estadística compartida por parte de los municipios. Esta información es importante en lo que respecta al análisis de la implementación de políticas públicas, dado que a través de los informes enviados por cada jurisdicción bajo convenio se logra obtener información concreta

respecto a sus sistemas de Salud y atención primaria, sin intermediarios de coyuntura política ni sesgos administrativos. En la misma se aportan datos de efectores bajo programa, la integración de estos a todo el sistema de Salud, así como informes particulares e individuales de cada centro, lo que permite ampliar las temáticas de abordaje para el análisis cualitativo de la implementación de los programas sobre el territorio.

Posteriormente se toman en base a la pregunta de investigación los determinantes y consecuencias de los mismos. Se incluyen en un pequeño apartado un diseño descriptivo, donde se describen las gestiones y la implementación de las tecnologías de la información IT aplicadas a la gestión digital del Programa de Salud Comunitaria, relevando sus etapas de acciones administrativas y procesos longitudinales a lo largo de un período comprendido entre fin del 2021 y hasta el cierre presupuestario de 2022 sobre el total de Municipios de la Provincia de Buenos Aires. Estas se describen en el trabajo de cronograma conjunto y las interacciones a través de las comunicaciones por medios digitales, las reuniones virtuales y todos los procesos llevados a cabo para cumplimentar la adscripción del Programa de Salud Comunitaria en la jurisdicción.

Los datos y acciones informados se muestran en un consolidado de acciones administrativas y un cuadro de convenios que se gestionaron bajo el marco de las acciones digitales enteramente a través de los sistemas de documentación virtual. Considerar diferentes momentos de estas acciones, también brinda dinámicas de nociones en base al supuesto de base de esta investigación y permite establecer conclusiones referidas sobre los objetivos específicos del trabajo.

Las unidades de análisis son, además del total de la documentación necesaria para la viabilidad de convenios, los informes y las acciones de gestión y coordinación de lineamientos en la aplicación de las tecnologías sobre la administración general del Programa. Su evolución a lo largo de las etapas de implementación, gestión y seguimiento describe las situaciones de intervenciones integrales. Este consolidado cuenta con la información concreta de municipios que solicitaron becas, municipios que van a firmar convenios, municipios que están en proceso de firma, municipios que se encuentran con convenios firmados, municipios con documentación faltante o con rendición de cuentas pendientes de otras prestaciones, municipios que no adscriben al convenio por decisión del ejecutivo y municipios sin respuesta.

Recolección de datos

Por todo lo expuesto, la técnica de recolección de datos cuantitativos es el relevamiento documental. Consiste en la elaboración de un panel de control de la documentación necesaria para adscribir a los convenios vigentes. La misma se conforma como una tabla dinámica compartida entre los usuarios jurisdiccionales y los reportes de seguimiento emitidos por los sistemas digitales. Allí se desdoblaron no sólo el Convenio de cada municipio en sí mismo, sino también la estructura sanitaria de la jurisdicción, la plantilla de becarios (con los perfiles profesionales y no profesionales), la certificación de cumplimiento de requisitos de los planteles del anexo, la certificación de las actividades que desarrollarán en el territorio, la rendición de cuentas y el monto de las becas.

Este seguimiento de la documentación se implementa a medida que las jurisdicciones, posterior a las reuniones, articulan las convocatorias con sus respectivas notas de solicitud, estas son enviadas y luego íntegramente chequeadas por las partes participantes. Confirmado el envío positivo de manera correcta, firmada y escaneada en los formatos compatibles con la creación del expediente electrónico, se alimenta dicha tabla dinámica con los datos obtenidos. Estos refieren al total de los convocados y se distribuyen los datos realizando un análisis exhaustivo y constante de las mismas. La información obtenida se vuelca además en cuadros de múltiples entradas donde se actualiza la información sobre la situación de los estados del expediente y el seguimiento de cada acción administrativa por medio del sistema de expediente electrónico y las IT intervinientes.

Como se menciona en párrafos anteriores, el Programa de Salud Comunitaria es un programa de cobertura Nacional, pero el universo de esta tesis es sobre los 135 Municipios de la Provincia de Buenos Aires. La nominalización más importante en la recolección de datos se brinda a partir del Anexo III del Convenio, donde se detallan las nominalizaciones de datos filiales de cada individuo, el efector donde desempeñará sus tareas, su perfil de estudio y su rol dentro del Equipo de Salud. También incorpora el detalle del capital humano seleccionado para otorgar las becas (se genera un apartado de presupuesto), la gestión de sus montos y rendiciones de los mismos, así como también el seguimiento de los procesos técnicos que deriven de esta implementación dentro del circuito de expediente.

Estos datos permiten analizar los objetivos generales, ya que muestra cuantitativamente el impacto de la implementación del Programa en materia de políticas públicas de Salud.

A su vez, brinda información para relacionarla en el marco de los objetivos específicos, como el margen de ruralidad con que se distribuyen los cargos, el presupuesto asignado a cada municipio y el índice de mejora sobre los indicadores anteriores a la implementación del Programa. Los datos para fortalecer el análisis y sustentar respuestas sobre las afirmaciones del trabajo, se basan en la finalización y adscripción de convenios con el inicio, finalización e implementación del mismo posterior a la resolución firmada por la Sra. Ministra de Salud de la Nación.

Análisis situacional

En función de los relevos anteriores se procede al análisis situacional respecto al avance de la implementación de IT sobre el Programa Nacional de Salud Comunitaria y su relación con el fortalecimiento sobre las políticas de Salud pública al centrarse en el PNA. Estos permiten examinar la utilización de la digitalización en la gestión pública y su aplicación escalable en la administración documental. Además, brinda cifras concretas con respecto al alcance del Programa a nivel jurisdiccional y permite la identificación de dificultades técnicas y operacionales que dan lugar a respuestas concretas por parte de la Coordinación. Su elaboración, planificación y ejecución generan una dinámica continua de comunicación remota, con la posibilidad de sostenerse en el tiempo e independientemente de la administración política, destacando el uso de IT para la finalización de la implementación de la gestión global de estos procesos. Estos informes se realizan semanalmente más un consolidado semestral. Se describen brevemente sus fortalezas, debilidades y acciones sin respuesta para finalmente obtener el marco para la conclusión.

Por último, con la información obtenida, se llega al análisis de la implementación en el contexto de la gestión de Programas Nacionales y su alcance a nivel jurisdiccional con la utilización de las IT como herramienta fundamental. Se logra una dinámica de estudio mixto tanto de los datos cualitativos y cuantitativos obtenidos, brindando desarrollo sobre los objetivos del trabajo a noviembre de 2022.

Resulta relevante dar informe en el marco de esta implementación la dinámica de asignación presupuestaria tanto a las jurisdicciones conveniadas como a todos los Municipios. Se mencionó durante el trabajo que la tabla de cupos de beca y la asignación de estos contaban con antecedentes basados en indicadores socio demográficos tales como: habitantes por kilómetro cuadrado, población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), mortalidad infantil (nacidos vivos, defunción menor al año de vida,

tasa de mortalidad infantil, defunciones maternas y tasa de mortalidad materna), los Centros de Atención Primaria del Primer Nivel, Hospitales de cabecera, vacunatorios, salitas y anexos de Salud. Por otro lado, la tabla dinámica tenía porcentajes poblacionales por jurisdicción que, permitían utilizar otra variable tal como el conglomerado social y sus porcentuales de necesidades humanas⁴.

Dada la complejidad de estas estadísticas, es necesario aclarar que merecen estudios en profundidad para lograr brindar datos fehacientes de estadística combinada que permiten emitir coeficientes interrelacionados. La producción y observación regular de los indicadores de salud pueden además, suministrar retroalimentación con el objeto de mejorar la toma de decisiones en diferentes sistemas y sectores. En el caso particular de estas asignaciones se priorizaron los habitantes por Km² y cobertura de los mencionados indicadores sobre ellos, pero no de manera rígida y estricta.

Cabe destacar el apartado de Área Urbana Rural dado que, en las mismas, se asignaron cupos para profesionales y becarios rurales, los cuales tienen un porcentaje monetario de beca mayor al resto por la complejidad misma de la geografía, traslado entre otros. Así como también el simulador de indicadores se sumaron estadísticas de educación tales como población que asiste a la escuela mayor o menor a 3 años, iniciales, pre-escolares, primarios, secundarios, polimodales, universitarios terciarios, posteriores entre otros, que permitieron también dar puntaje a posibilidades de mejoras en los indicadores a mediano plazo sobre percentiles de la población jurisdiccional. Por último, los datos de vivienda y población se sumaron a modo de poder a futuras decisiones presupuestarias brindar una ampliación estadística teniendo en cuenta que cada 300 familias debería existir un equipo ampliado de Salud.

A medida que avanzó la real implementación del programa, las etapas de preparación y gestión de articulación en post de las adscripciones según el cupo designado por este simulador que ponderaba indicadores sociodemográficos, el presupuesto y sus distintas cuotas de pago sufrieron modificaciones múltiples las cuales obligaban a re-estructurar la demanda de recursos desde los pedidos jurisdiccionales hacia solicitudes. Ello justificadas, ya sea por disponibilidad nula de ciertos perfiles profesionales de la Salud, o cobertura ampliada de algunos de ellos, o inconvenientes en conseguir profesiones para

⁴ Para mayor información se otorga acceso a tablas combinadas con mencionados indicadores elaborados con datos del INDEC, datos propios del Ministerio de Salud de la Nación y Organismos Descentralizados https://drive.google.com/drive/folders/10pXC9_4qz07AttsHoRV5VZQHDmNW_Kgh?usp=share_link

cubrir los centros efectores, además de la coyuntura política que, claramente tiene incidencia en las decisiones particulares del ejecutivo de las jurisdicciones, la disponibilidad horaria de sus empleados, la adscripción absoluta de los profesionales sobre el PNA y la demanda sobre los ejes de planificación sanitaria que cada Municipio justifique para orientar la eficacia y efectividad de sus objetivos.

Es meritorio aclarar que, si bien no existe correlatividad entre las variables mencionadas y las reales necesidades de cobertura de becas de cupos de transferencia monetaria por cada Municipio, la asignación de los mismos se adaptó de manera certera a estos indicadores ponderando claramente el presupuesto finito asignado para las actividades de este programa en territorio y no se registraron inconvenientes de relevancia desde las demandas políticas ni sanitarias que coordinaron las acciones.

En este capítulo se abordó líneas de trabajo y acciones administrativas mencionando propuestas del programa, estrategias de APS orientadas a la capacitación activa en servicios. Se detalla la estructura del Programa de Salud Comunitaria, los Ministerios y reparticiones involucradas en los objetivos de las acciones. Finalmente, los mecanismos de implementación e incorporación de tecnologías de la comunicación sostenidas por IT y el sistema de expedientes electrónicos. Se detalla el plan de acción y la creación de la matriz de riesgo partiendo de las unidades de análisis las cuales brindarán el detalle necesario para gestionar y priorizar los procesos de gestión institucionales en base al uso de tecnologías digitales, la articulación entre gestores y el proceso dinámico de la adscripción al Convenio de Salud Comunitaria.

Capítulo 3- Análisis de la implementación de las IT en el Programa de Salud Comunitaria

Se inicia este capítulo con la descripción territorial a la que se delimita este trabajo. Luego, y de forma cronológica, se detallan todas las acciones que se realizaron en los distintos trimestres del período. Se muestra en cada uno cómo evolucionó el manejo de la información digital, la ejecución exitosa de los lineamientos del Programa gracias a la utilización IT y como, el uso de las mismas, logra optimizar la comunicación entre la Coordinación y las jurisdicciones.

Georreferencia y gestión de inicio de expediente digital

Si bien, el Programa de Salud Comunitaria está implementado en todo el país mediante Resolución Ministerial 824/42 (Boletín Oficial, s.f.), el universo al que este trabajo está abocado es el total de los 135 Municipios de la Provincia de Buenos Aires durante el período 2022. La Provincia de Buenos Aires, se subdivide en 12 Regiones Sanitarias conteniendo todas las dependencias. A continuación, se describe cada una de las mismas, con sus características y sus respectivas jurisdicciones. Luego de dar un marco de referencia geográfico se procede a detallar las etapas de evolución del expediente digital de las jurisdicciones que adscriben al Programa.

Regiones Sanitarias

La división geográfica a la que responde la estructura en Regiones se encuentra anclada en una decisión político-sanitaria. Su base es la designación a través de la cercanía de las jurisdicciones, la situación territorial, sus enfermedades prevalentes, la distribución poblacional, los índices de desarrollo y coeficientes de Salud, la cobertura hospitalaria y el porcentaje de cobertura universal de sus habitantes.

Las Regiones Sanitarias difunden las políticas y acciones de las Secretarías de Salud dependientes de las mismas y adscriben a su organismo superior, ya sea el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires o al organismo rector Nacional (Ministerio de Salud de la Nación). Coordinan las acciones y programas, supervisan y evalúan las políticas sanitarias, asistiendo a la planificación estratégica. De este modo, aseguran la igualdad en el acceso a la Salud, gestionan redes asistenciales con calidad, pertinencia y oportunidad en la provisión de los servicios, propiciando el desarrollo y ejecución de las

políticas relacionadas a la Salud Pública, los trabajadores del sistema y la población usuaria.

La Región Sanitaria N° 1 comprende a: Carmen de Patagones, Adolfo Alsina, González Chávez, Bahía Blanca, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Coronel Rosales, Coronel Suárez, Guaminí, Monte Hermoso, Puán, Saavedra, Tornquist, Tres Arroyos y Villarino. Allí funcionan 195 Centros de Salud.

La Región Sanitaria N° 2 está conformada por: Carlos Tejedor, Pehuajó, Daireaux, General Villegas, 9 de Julio, Carlos Casares, Trenque Lauquen, Rivadavia, Pellegrini, Tres Lomas, Salliqueló, e Hipólito Irigoyen. Abarca 111 Centros de Salud.

A la Región Sanitaria N° 3 la componen los municipios de: General Viamonte, Chacabuco, Junín, General Arenales, Leandro N. Alem, General Pinto, F. Ameghino y Lincoln. Aquí están en funcionamiento 85 Centros de Salud.

Por su parte: Capitán Sarmiento, Carmen de Areco, San Andrés de Giles, San Antonio de Areco, Baradero, San Pedro, Ramallo, San Nicolás, Arrecifes, Salto, Pergamino, Colón y Rojas conforman la Región Sanitaria N° 4, en donde hay 111 Centros de Salud.

En la Región Sanitaria N° 5 hay 356 Centros en funcionamiento distribuidos en las siguientes localidades: Exaltación de la Cruz, Zárate, Campana, Pilar, Escobar, Tigre, José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Fernando, San Isidro, Vicente López, Gral. San Martín, San Miguel e Isla Martín García.

La Región Sanitaria N° 6 es una de las más extensas ya que enmarca a 9 municipios con características particulares. Avellaneda y Lanús, que pertenecen al primer cordón del Conurbano Bonaerense de la Zona Sur. El censo 2010 contabiliza 9.916.715 personas en los 24 partidos del Conurbano, con un incremento intercensal del 14,2%, levemente mayor al que experimentó la Provincia de Buenos Aires en su totalidad. La Matanza es el único municipio que tiene territorio en los tres cordones. Dado que la información no tiene un nivel de desagregación que permita diferenciarla con este recorte, este Municipio se incluye en los análisis de cada cordón. En esta Región también está incluida la localidad de Ezeiza, que muestra el crecimiento más importante del aglomerado urbano. Para los partidos del primer cordón, excepto La Matanza, se advierte una tendencia de bajo crecimiento, negativo en el caso de Vicente López. La Matanza, Lomas de Zamora, Lanús y San Martín, en este orden, son los más poblados. Ellos limitan con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La Región incluye además a 6 municipios del segundo

cordón del Conurbano: Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Florencio Varela, Lomas de Zamora y Quilmes. En total suma una población estimada de 3.650.198 personas.

La Región Sanitaria N° 7 incluye a Moreno, Hurlingham, Morón, Ituzaingó, Tres de Febrero, Merlo, General Las Heras, Gral. Rodríguez, Marcos Paz y Luján. Cuenta con 160 Centros de Salud.

La Región Sanitaria N° 8 comprende los Municipios de: General Lavalle, Maipú, Partido de La Costa, Pinamar, Villa Gesell, General Madariaga, General Guido, Ayacucho, Tandil, Balcarce, Mar Chiquita, General Pueyrredón, General Alvarado, Lobería, Necochea, San Cayetano. Tiene 190 Centros de Salud.

La Región N° 9 incluye a: Las Flores, General Alvear, Tapalqué, Bolívar, Azul, Benito Juárez, Laprida, Olavarría, Lamadrid y Rauch. Brinda atención médica a través de sus 111 Centros de Salud.

La Región Sanitaria N° 10 abarca: Mercedes, Lobos, Suipacha, Bragado, Alberti, Chivilcoy, Navarro, Roque, Pérez, 25 de Mayo y Saladillo. Posee 106 Centros de Salud.

Pilar, Dolores, Tordillo, Castelli, General Belgrano, Chascomús, Punta Indio, Monte, General Paz, Brandsen, Berisso, La Plata, Ensenada, San Vicente, Cañuelas, Presidente Perón y Magdalena, componen a la Región Sanitaria N° 11 que cuenta con 184 Centros de Salud.

Por último, la Región N° 12 comprende exclusivamente al Partido de La Matanza y dispone de 78 Centros de Salud.

En el desarrollo de la presentación y la implementación del Programa de Salud Comunitaria, se articulan las referencias (funcionarios operativos designados), los actores políticos, sanitarios y territoriales de cada región para lograr la adscripción a este convenio, implementando, no sólo sus ejes de trabajo y beneficios sobre la población, sino también el desafío de hacerlo administrativamente de manera remota y semi presencial a través de las herramientas virtuales mencionadas. De esta manera se realiza la propuesta de la firma del Programa por parte de la Coordinación y se logra mantener un diálogo fluido con los potenciales municipios aún no adscriptos para informar y erradicar dudas al respecto del contenido del mismo. Esta comunicación bilateral y continua, brindada por las IT, optimiza el canal de comunicación y facilita la relación entre ambas partes.

El trabajo de gestión, registro y seguimiento de los expedientes de manera digital y a través de las IT se profundiza realizando múltiples operaciones diarias a través del manejo de la matriz de riesgo, las unidades de análisis por medio de los paneles de control y acciones diversas sobre el total de las jurisdicciones participantes. Siempre reforzando la comunicación digital y el uso de las IT, generando transferencias y contratransferencias entre todos los agentes para optimizar su uso y la efectividad del Programa. De manera paulatina, y con la necesidad imperiosa de desarrollar herramientas a distancia en contexto de pandemia, se buscó ampliar los canales de comunicación, gestión y resolución de problemas, ejecución de tareas y homogeneizar la utilización de la digitalización, atendiendo las diferentes dificultades de acuerdo a cada Jurisdicción/Municipio.

Es aquí donde se identifica un punto de inflexión con respecto al uso de IT, su utilización y prioridad en la gestión gubernamental, donde el Estado logra estar presente de manera remota, y a su vez, la población utiliza un canal de comunicación con el mismo de manera efectiva y transparente. Se fortalece la proyección hacia la aplicación de la gobernanza abierta, entendiendo que una de las herramientas más importantes en lo que a esto respecta es la utilización de IT para generar, identificar, gestionar y resolver diferentes temáticas entre el Estado y la población.

Esta tesis, trabaja sobre un universo limitado y evalúa la aplicación de IT en un período definido de tiempo. Aborda el desarrollo e implementación específica del Programa de Salud Comunitaria sobre 135 Municipios de la Provincia de Buenos Aires, sus ejes de trabajo y la relación entre la Coordinación y los efectores. La celeridad que aporta la utilización de la digitalización de información y las plataformas compartidas, así como la virtualización de documentos durante la pandemia por COVID-19, obligó a mantener las herramientas digitales e implementarlas de manera casi exclusiva.

A partir de lo descripto en capítulos anteriores, el trabajo de gestión, registro y seguimiento de las acciones de manera digital, y a través de las IT, se profundiza realizando múltiples tareas diarias. Logra acortar el tiempo administrativo de documentación, incorpora una plataforma de información dinámica y compartida e indirectamente, facilita la comunicación entre los efectores. Esta dinámica de trabajo permite el establecimiento de fechas pautadas entre la Coordinación y los municipios adscriptos para llevar a cabo diferentes tareas e instancias de gestión documental.

Según el cronograma de trabajo se definen en una primera instancia, no sólo las articulaciones con el total de los municipios a través de invitaciones a reuniones virtuales con las autoridades, sino también en paralelo, se conforma una herramienta de procedimiento administrativo interno para la gestión de cada expediente. La misma permite estandarizar el proceso administrativo para la solicitud y la documentación requerida para cada uno de los Municipios y su posterior seguimiento en todas las etapas. Dicha herramienta tiene un alcance integral que abarca las tareas, la solicitud de la documentación y su control, el armado del expediente y su seguimiento hasta que se efectivicen las transferencias del ejercicio en curso.

Durante la primera etapa se describe la convocatoria y la posterior solicitud de convenios y anexos para dar inicio a los expedientes. Para conformar este proceso se trabajó en organizar la distribución y organización de los equipos del Área de Administración y Gestión que llevaron a cabo, individual y/o de manera conjunta la solicitud al total de municipios, su posterior control de notas, consultas recibidas y, posteriormente, el inicio de las carátulas de los expedientes a medida que, de manera digital, se enviaban certificaciones de adscripción al Convenio de Salud Comunitaria por parte de las autoridades.

Se llevaron a cabo las invitaciones presentando el presupuesto de Salud Comunitaria⁵ asignado por la Secretaría de Equidad de la Nación⁶. El mismo constaba de \$843.555.575,00 (Ochocientos cuarenta y tres mil quinientos cincuenta y cinco millones quinientos setenta y cinco mil pesos con cero centavos) subdividido en regiones, municipios y comunas, sus objetivos, los lineamientos del mismo y un repaso y control de la documentación necesaria según convenio vigente Resolución 844/2022 para presentar ante el Ministerio de Salud de la Nación.

Posteriormente y, de manera sostenida, se recibieron consultas múltiples por parte de las jurisdicciones, las cuales, enfocadas en los objetivos planteados en este trabajo, fueron resueltas a través de la implementación de tecnologías digitales y articuladas mediante reuniones por Zoom y/o por correo electrónico. En una primera instancia, esta tarea fue asignada al Equipo de Gestión Administrativa. Sin embargo, durante el desarrollo de la implementación del Programa, esta tarea, se descentraliza a otras áreas más específicas

⁵ Asignado mediante partida presupuestaria Programa 39- Actividad 43. Tomado del Presupuesto del Ministerio de Salud de la Nación.

⁶ Ver Presupuesto total en anexos de tesis.

dada por la heterogeneidad de las consultas. Cabe destacar que la necesidad de resolver los interrogantes planteados requería una respuesta inmediata establecida por la dependencia obligatoria de la documentación para el respaldo y la prosecución del expediente en tiempo y forma que, según cuadro adjunto, en las distintas instancias de aplicación debía tener un tiempo máximo de circuito de 85 días desde la caratulación del expediente electrónico hasta el pago en la Dirección de Contabilidad y Tesorería.

N	Oficina	Siglas / GDE	Tiempo estimado
1	División de Rendición de Cuentas	Rendición de cuentas	5-10 días
2	Programa Nacional de Salud Comunitaria	PNSC	
3	Dirección Nacional de Atención Primaria	DNAPYSC	10 -15 días
4	Subsecretaría de Integración de la Sistemas y Atención Primaria	SSISYAP	
5	Secretaría de equidad	SES	
6	Secretaría de Gestión Administrativa	SGA	30 -45 días
7	Dirección General de Presupuesto y Control Presupuestario	DGPYCP	
8	Dirección de Contabilidad y Tesorería	DCYT	
9	Dirección General de Asuntos Jurídicos	DAL/DGAJ	
10	Secretaría de Gestión Administrativa	SGA	10-15 días
11	UGA	UGA	
12	Dirección de Contabilidad y tesorería	Tesorería para pago	55-85 días

*Fuente Oficial - Secretaría de Administración Ministerio de Salud de la Nación

Las distintas dinámicas de seguimiento y resolución desde las diferentes oficinas se articulaban en conjunto a los múltiples equipos y responsables abocados a su resolución. En lo que respecta a la implementación en sí misma, del total de las 135 jurisdicciones a la que esta tesis se aboca, en esta primera etapa se presentaron 95 solicitudes para participar. Los sistemas digitales e informáticos que se utilizaron para esta instancia fueron en orden de utilidad, correos electrónicos, conferencias a través de webinars, tele salud y video llamadas, organizadas en salas de Zoom trabajando funcionarios de la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria, la Coordinación del Programa de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación, su Área de Gestión, Monitoreo y el Área Contable Administrativa.

Inicialmente se envió un correo electrónico a todas las jurisdicciones informando acerca del Programa de Salud Comunitaria. En el mismo se adjuntaron los objetivos principales, sus ejes de trabajo y los requisitos administrativos para su adscripción. Luego se recibieron las respuestas de los diferentes municipios y se mantuvo una comunicación individual con cada uno de ellos, para resolver y brindar soluciones. Este cronograma de reuniones y gestiones derivó en un registro de reportes consolidados de más de 450 correos electrónicos con diversas autoridades y alrededor de 90 reuniones virtuales posteriores. La dinámica digital en esta primera instancia es sólo el inicio que demuestra la importancia de la utilización de IT como instrumento de optimización y mejora en la Administración Pública. Lo cual será descripto y ampliado a lo largo de la implementación del Programa y analizado en el desarrollo de este trabajo.

A partir de estas gestiones se fortaleció el pedido mediante notas formales a las jurisdicciones que manifestaron interés en la adscripción al Convenio. Se envió el presupuesto asignado y las justificaciones según los indicadores de equidad, desarrollo humano y de Cobertura Universal de Salud que sus índices asignaban. Semanalmente, los referentes contactaron, por correo electrónico, a su contraparte jurisdiccional para conocer el estado de situación de la documentación a presentar y se actualizó el Tablero de Control de Documentación Convenio 2022, priorizando la unidad de análisis y seguimiento como instrumento de guía para los equipos internos.

El Área de Gestión de Nación durante los meses de febrero y marzo de 2022 realizó quincenalmente reuniones con los equipos de gestión de cada jurisdicción para compartir el estado de situación de las mismas, hasta completar la documentación requerida según el cronograma acordado. Durante el primer trimestre no se recibieron convenios completos de ninguna jurisdicción. No obstante, se avanzó de manera concreta en las articulaciones necesarias para dinamizar estas entregas durante el período posterior.

Para el segundo trimestre se confeccionó un tablero de control compartido entre las áreas de Gestión, Administración, Monitoreo y Coordinación, el cual se controló diariamente por todas las áreas. Este se nombra como Tablero de control de documentación Convenio 2022 el cual permite de manera cuali-cuantitativa obtener información precisa sobre el seguimiento de la documentación presentada.

	A	B	C	D
Municipio	Convenio	Notas por requisitos	DDJJ de la Cuenta	Expediente iniciado

Tablero de control de documentación Convenio 2022*

El Tablero de documentación tiene como responsable de su administración al equipo del Área de Gestión. Le compete recepcionar, controlar y completar las columnas A y B mientras que el equipo del Área de Administración recepciona, controla y completa la columna C y la Coordinación completa la columna D cuando se firma el informe técnico.

Criterios para completar las opciones cerradas:

Pendiente de envío de borrador.

Recibido en análisis: La documentación se encuentra siendo controlada por el Área correspondiente.

Recibido con observaciones: La documentación no estaba correctamente presentada por lo tanto se remitió a la jurisdicción con las observaciones pertinentes.

Pendiente de envío firmado.

Completo: La documentación está en condiciones de incorporarse al expediente.

Teniendo en cuenta el volumen de reuniones virtuales que se gestionan para estas acciones y siguiendo el patrón de la matriz de riesgo descripta, se instaura una agenda digital de reuniones planificadas. Se programa con un sistema de antelación necesaria la convocatoria, el medio digital (no presencial) por la cual se convocarán los encuentros, sus participantes, las invitaciones mediante nota formal digital, la comunicación del envío de los links de las mismas y una minuta de cada una de estas.

Este sistema permite no sólo convocar a las partes sino entablar un vínculo asincrónico en caso de que alguno de los participantes no pueda estar presente dado que, posterior a la reunión se envían a las jurisdicciones los links de las mismas, y una minuta detallada de cada tema y eje de trabajo abordado. Además, se fomenta la transversalización de datos y la apertura de contactos y datos de referentes jurisdiccionales para mantener fluido el intercambio de información y diálogo entre la región y el Ministerio de Salud.

La Coordinación revisa la agenda de estas reuniones cada 7 días. Se pautó esta revisión el último día hábil de la semana, para que la acumulación de información que se produce durante los fines de semana se logre resolver y actualizar sin mayor demora el primer día hábil. Dicha información es remitida al Área de Comunicación de la Dirección, la cual informa a los medios digitales de comunicación las novedades y avances del Convenio de Salud Comunitaria.

Durante el segundo trimestre y a través de esta agenda digital se registraron 67 encuentros durante el mes de abril, 62 durante mayo, y 60 durante junio haciendo un total de más de 189 encuentros oficiales registrados⁷, además de los informales. Este marco brindó no solo cierres y soluciones en el marco de la prosecución de los expedientes, sino que además fortaleció lazos y relaciones transversales para la gestión de distintos lineamientos de APS. Según el registro de minutas de seguimiento al mes de junio ya se encontraban 10 convenios en proceso de firma de autoridades y muchísimos más con gestiones avanzadas e incluso equipos de salud y becarios listos para cumplimentar lineamientos en territorio.

Una vez vencido el plazo de entrega de documentación informado en las reuniones bajo cronograma acordado con el equipo jurisdiccional para la elevación del convenio firmado y la respaldatoria administrativa requerida, el Área de Gestión genera una nota de reclamo por GEDO que envía a firmar a la Coordinación de Salud Familiar y luego, por email a la jurisdicción y sus autoridades.

Avance de las gestiones

A partir de la segunda mitad del año, el proceso de gestión digital comenzó no sólo a complementar los requisitos y documentaciones, sino que también, fortaleció las relaciones de trabajo en los distintos niveles de equipos y redes de las jurisdicciones. Se avanzó con la recepción de documentación complementaria superando durante el mes de julio la adscripción de 18 municipios. Algunos de los cuales iniciaron su actividad en territorio.

La demanda de consultas aumentó considerablemente, pero, es necesario aclarar que, en ninguno de los casos fue negativo el impacto de la no presencialidad, al contrario, los tiempos de respuesta a correos o a través de reuniones virtuales fomenta la aceleración en los tiempos de respuesta, evacuación y resolución de dudas respecto a las gestiones

⁷ Se adjunta agenda digital en Anexos.

pertinentes. Uno de los objetivos de este trabajo tiene por fin describir procesos y aplicaciones de las tecnologías comunicacionales en relación con los objetivos de planificación y su impacto sobre las jurisdicciones adscritas al convenio. A continuación, se describe cómo, el equipo de coordinación elaboró un protocolo interno de gestión para sistematizar el ingreso y el control de expedientes.

Ingreso, control y armado de expediente digital

El Área de Gestión recibe la documentación solicitada de manera digital en reuniones programadas previas, la cual consta de copia del convenio suscripto por la jurisdicción (que incluye los Anexos I-VII), notas de certificación de cumplimiento de requisitos y declaración jurada de la cuenta bancaria del municipio. Esta cuenta tiene realizada las gestiones necesarias en la jurisdicción con el fin de dar transparencia en los oficios posteriores para la rendición de fondos. Inmediatamente el Área de Gestión realiza la revisión correspondiente de la documentación, el seguimiento según la matriz de riesgo y la clasificación según las unidades de análisis para dar continuidad o rectificar el envío.

El Área de Administración controla la documentación enunciada verificando que esté completa y certificada por la autoridad competente. Si existe algún error le solicita a la jurisdicción la corrección. Si la misma es correcta, se genera un informe gráfico digital (IFGRA) del documento y se lo adjunta al expediente digital para su seguimiento. A partir de las nóminas de RRHH a financiar (Anexo III) realiza los cálculos auxiliares para la transferencia de fondos que se va a tramitar. Estos cálculos auxiliares se basan en el presupuesto informado previamente durante el primer trimestre por correos y reuniones virtuales. Posteriormente, elabora el Proyecto de Informe Técnico donde se detalla el objetivo del Programa, la justificación del financiamiento que se tramita, el monto de la transferencia y el cálculo diferenciado mensual y anual, informa sobre el tiempo regular para la rendición y certifica el cumplimiento de las obligaciones que correspondan según el Convenio.

Una vez finalizada esta instancia se envía al Equipo de Gestión el proyecto del informe técnico para realizar un nuevo control. Cuando se encuentra finalizado el proceso de control del documento y la actualización en el cuadro de unidades de análisis se logra el avance del proceso documental y se solicita la carátula del expediente digital. Para el pedido de la misma un usuario Coordinador de la región efectúa las siguientes acciones para el armado del Expediente en el Sistema GDE.

- A. Crea una carátula código GENE 00012-Convenios (Dirección Nacional de Gestión Documental Electrónica, 2020).
- B. Genera IFGRA con la resolución de la creación del programa que corresponda y la aprobación del convenio marco.
- C. Revisa y carga los IFGRA generados en los puntos mencionados en párrafos anteriores.
- D. Envía por medio de una Providencia (PV) el expediente a la Dirección de Tesorería y Contabilidad-Rendición de Cuentas.
- E. Cuando la Dirección de Tesorería y Contabilidad-Rendición de Cuentas aprueba la documentación presentada a través de un IFGRA y lo devuelve, genera una PV con el Informe Técnico y lo envía a la firma de la Coordinación Nacional.
- F. Envía el Expediente a través del sistema GDE al Área de Despacho de la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria, permitiendo el acceso del mismo al Área de Gestión.

Seguimiento de expedientes para las transferencias

Una vez firmado el Informe Técnico por la Coordinación de Salud Comunitaria, el Área de Gestión genera una nota de “No Objeción”⁸ a través del Sistema de Gestión Documental Electrónica firmada por la Coordinación. Se envía por correo electrónico de manera oficial informando el inicio formal del trámite del expediente y un cuadro nominalizando las transferencias que se realizarán a la jurisdicción, notificando los montos a transferir en el año y el detalle de los mismos.

El Área de Gestión, diariamente controla y completa la unidad de análisis llamada Tablero de Control de Seguimiento de Expedientes 2022⁹ hasta la firma de la Resolución que, estará compartida conjuntamente con las Jurisdicciones en una carpeta virtual llamada “Documentación expediente 2022” junto a todas las autoridades firmantes, el Área de Administración, de Monitoreo y la Coordinación Nacional.

⁸ Es una nota de carácter formal aprobando la documentación presentada. La misma cuenta con una firma digital aprobada por autoridad competente.

⁹ Se adjunta en anexo de tesis

El Área de Monitoreo realiza una revisión semanal de manera paralela al Área de Gestión y Administración y elabora un Reporte consolidado del Seguimiento de Expediente 2022 para la Coordinación.

Jurisdicción	EXP.	Estado de Situación

Reporte consolidado del Seguimiento de Expediente 2022

Esta revisión y reporte dan lugar a la creación de lo que se denomina Referencias del estado de situación:

No iniciado: no se completó la documentación para iniciar el expediente.

Iniciado: el expediente se encuentra en la etapa de intervención y conocimiento de la DNAPYSC, SSISYAP y SES, toman conocimiento y lo aprueban. El tiempo promedio estimado para finalizar el circuito es de 40 días.

En proceso de Análisis: el expediente se encuentra para afectación preventiva, análisis de las áreas de presupuesto y jurídica, a la espera de dictamen favorable. En cuyo caso el tiempo promedio estimado para finalizar el circuito es de 30 días. De lo contrario, el expediente retorna al área correspondiente con observaciones.

Avanzado: el expediente se encuentra a la espera de firma de resolución y otorgamiento de las órdenes de pago. El tiempo promedio estimado para finalizar el circuito es de 10 días.

Si alguna oficina no da curso al expediente por un lapso de 5 días, el Área de Gestión genera una alerta interna, la misma consta de un aviso que sigue los lineamientos de la matriz de riesgo, y esta información es recibida por la Coordinación, la cual resuelve la contingencia o asigna responsables para su pronto despacho (disposición administrativa que obliga a resolver y regularizar el expediente en un lapso de 5 días hábiles).

El Área de Gestión, una vez firmada la Resolución por el/la Sr/a Ministro/a, genera una nota por GEDO firmada por la Dirección Nacional de Salud Comunitaria y se envían correos electrónicos a todas las autoridades de cada jurisdicción adjuntando la misma y copiando a todos los referentes del Área de Administración. En el caso de la Provincia de Buenos Aires, la cual es nuestro universo de estudio, la nota se envía a el/la Secretario/a de Salud y a los equipos de coordinación municipal.

El Área de Administración, semanalmente revisa los expedientes con resolución firmada a fin de completar las órdenes de pago y transferencias en el Tablero de Control de Órdenes de pago y Transferencias Realizadas, que estará compartida en la carpeta documentación expediente 2022, con el Área de Gestión, Monitoreo y la Coordinación.

JURISDICCIÓN	EXPEDIEN TE	ORDEN DE PAGO	MONTO TRANSFERIDO	FECHA DE LA TRANSFERENCIA	PERÍODO QUE CORRESPONDE

Tablero de Control de Órdenes de pago y Transferencias Realizadas

Una vez que el Área Administrativa observa en el expediente electrónico el comprobante de pago o cuando Tesorería del Ministerio de Salud de la Nación adjunta al mismo la factura, orden de pago o recibo, se informan las transferencias oficiales a la Coordinación. El Área Administrativa, luego de la primera transferencia, realiza los cálculos de los días para presentar la rendición correspondiente y lo carga en el Tablero de Control de Órdenes de pago y Transferencias Realizadas¹⁰. Debe continuar el seguimiento de las órdenes de pago hasta realizar la totalidad de las transferencias del ejercicio, permaneciendo el expediente dentro del Departamento de Gestión Administrativa por 90 días hábiles para su supervisión contable.

Esta herramienta permite monitorear y fijar un plazo establecido por la Resolución 127/13 (127/2013), para que cada jurisdicción que ya ha recibido su correspondiente transferencia elabore y adjunte la documentación contable respaldatoria de la misma. El Área de Monitoreo realiza una revisión mensual y elabora un reporte consolidado (es decir del total de los expedientes) del estado de situación de las diferentes rendiciones previamente mencionadas para la Coordinación.

Jurisdicción	EXP.	Estado de Situación

Tablero de Reporte consolidado

Referencias del estado de situación de las rendiciones:

Transferencias al día: Al momento del informe no se adeuda ningún mes.

¹⁰ Se adjunta en anexo de Tesis.

Adeuda 1 mes: A la fecha del informe se adeuda el mes anterior.

Adeuda 2 meses: A la fecha del informe se adeudan 2 meses anteriores.

Adeuda 3 meses: A la fecha del informe se adeudan 3 meses anteriores.

Si la rendición es recibida antes del plazo prefijado se carga en el Tablero de control de situación de rendiciones 2022. En el caso contrario, si a los 90 días hábiles de la última transferencia la jurisdicción no envía la rendición, el Área Administrativa realiza el reclamo de las rendiciones por el período transferido vía mail con copia al Equipo de Gestión.

TRIMESTRE			
Provincia	EOAF	Doc respaldatoria	Estado

Tablero de control de situación de rendiciones 2022

Criterios para completar el cuadro de rendiciones

EOAF¹¹: SI/NO

Documentación respaldatoria: SI/NO

Estado: Pendiente de revisión / Con observaciones / Completo y aprobado

Luego de transcurridos 10 días hábiles (plazo fijado arbitrariamente por la Coordinación) sin respuesta al reclamo mencionado, el Área de Administración genera nota por GEDO firmada por la Coordinación y la envía por mail a la Jurisdicción y a su equipo o contacto contable con copia al Equipo de Gestión para tener un respaldo digital.

Finalizadas las transferencias y rendiciones del año en curso, cada expediente jurisdiccional vuelve a la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria para su guarda temporal finalizando de esta manera la implementación, seguimiento, pago y liquidación de transferencias, rendición y monitoreo del Programa.

Consolidación de implementación del Programa

Durante el cuarto trimestre se relevan datos suficientes para afirmar la consolidación del Programa Nacional de Salud Comunitaria. Gracias al refuerzo en la capacitación de la

¹¹ El EOAF suministra información fundamentalmente sobre los cambios en los activos, pasivos y patrimonio del la Cuenta del Estado permite conocer flujo de fondos, destino y aplicaciones.

utilización de las diferentes herramientas digitales, municipios que no estaban adscriptos al Programa lo hicieron. Las jurisdicciones comprobaron una optimización tangible en el tiempo de respuesta de la dinámica presupuestaria, a la vez que les permitió cerrar expedientes con mayor celeridad y dar lugar a nuevos procesos con más eficacia temporal y administrativa. La efectividad en la implementación del Programa, la digitalización que incorpora, la transparencia y la accesibilidad anulan cualquier sesgo político, estableciendo las bases para que se perpetúe en el tiempo. La priorización de la asignación de becas para el PNA refuerza la APS logrando transgredir la dinámica eleccionaria.

La utilización de IT que incorpora el Programa logró su pleno funcionamiento y una mejoría sustancial no solo en la articulación de documentación digital, sino también en los procesos de trabajo posteriores al Convenio, los cuales forman una parte integral del seguimiento del mismo. Este trabajo, en uno de sus objetivos, menciona identificar los inconvenientes operacionales referidos a la implementación de trámites digitales y su gestión de expedientes electrónicos (GDE) a partir de las dinámicas jurisdiccionales y técnicas. Fueron superadas muchas instancias sobre los inconvenientes múltiples que se observaron y resolvieron tales como, las problemáticas de la coyuntura interna de cada municipio, las firmas de los Intendentes que adscriben al Convenio, los posibles pedidos de extensión presupuestaria, las incompatibilidades para aplicar a becas por parte de los perfiles propuestos, la brecha tecnológica entre los gestores municipales y los referentes del Programa Nacional, además de la falta de seguimiento de los correos electrónicos informados a la Coordinación, consolidando la necesidad de hacer el seguimiento a través del tablero de control y las unidades de análisis de cada referente, en cada jurisdicción.

Es importante mencionar que, en esta etapa, durante el mes de septiembre, se registró la mayor adscripción al convenio. Más de 30 municipios se sumaron al Programa durante este período. Esta referencia es de importancia dado que, los municipios firmantes proceden oficialmente al recorrido de su expediente retroactivo al inicio de actividades presentadas en sus ejes de trabajo y, los lineamientos de informes que cada jurisdicción presenta y compromete cumplimentar sobre los periodos propuestos. La relevancia en la aplicación e implementación del Programa de Salud Comunitaria junto con la utilización de IT para su articulación y ejecución, así como el fortalecimiento que éste imprime sobre el PNA fue reconocido por el COFESA (Consejo Federal de Salud) en el segundo semestre del año.

Hacia el mes de octubre se refuerza la comunicación con las 12 Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires. Se programan y realizan reuniones con cada región para informar el contenido del Programa, fortaleciendo el concepto de IT y su utilización ensamblada para optimizar el PNA, presentando datos fehacientes de su eficacia técnica, administrativa, operativa y de gestión. Se les notifica también la extensión del último llamado para la firma del Convenio hasta el 1 de diciembre de 2022.

El 5 de octubre se lleva a cabo el Encuentro Nacional de Salud Comunitaria, donde se presenta la capacitación obligatoria (adjunta en el Convenio) a través del campus de la OPS. Dato que resulta altamente relevante en el contexto de la incorporación de las IT, ubicándose como un nuevo eje relevante e imprescindible en la gobernanza abierta. En el mes de octubre también se efectuaron las primeras transferencias de fondos a las jurisdicciones que se adscribieron en la primera etapa del Programa, brindando transparencia y mostrando la eficacia administrativa, en formato digital y semipresencial. En paralelo, y a medida que se avanzó en la búsqueda de la adscripción de nuevos municipios y Regiones Sanitarias, se trabajó desde el núcleo del Programa ya implementado. Se brindó asistencia técnica sobre los equipos jurisdiccionales, se avanzó en el proceso del compromiso anual obligatorio del Convenio y se dialogó para establecer desde cada municipio lineamientos propios para reforzar las necesidades de cada uno en función a sus características poblacionales. Así se buscó entender la heterogeneidad de cada uno de ellos y a partir de la información compartida de manera remota gracias a las IT, dar respuestas de equidad para priorizar un modelo basado en la APS y reforzando el PNA. Con una dinámica de transferencia y contratransferencia de datos y necesidades de manera digital se articuló el Estado y la comunidad adscripta gracias a la aplicación del Programa.

En noviembre, luego de concretar las reuniones con las Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires, 48 municipios de la Provincia inician la adscripción al Convenio para solicitar ampliación presupuestaria. Se logra la efectivización del 65% de dichas solicitudes. Para ello se mantuvieron numerosas reuniones virtuales y se compartieron diferentes índices a través de plataformas digitales.

Se da inicio a la capacitación obligatoria para todos los becarios de los municipios adscriptos al Programa llamada, “Actualización en temáticas transversales de APS con abordaje inclusivo, intercultural y para equipos de mesogestión”. Siguiendo la misma línea que plantea el Programa con la incorporación de IT como pilar fundamental, esta

propuesta formativa se dicta a través del campus virtual de Salud Pública de la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2022) nodo Buenos Aires. Es autoadministrada y con una mirada centrada en los Derechos Humanos, recordando como eje rector la APS. El objetivo es mejorar las capacidades operativas y fortalecer el conocimiento de los equipos sobre temáticas vinculadas a la prevención, atención y acompañamiento de las poblaciones a cargo. Se articula con el Plan de Capacitación Anual y antecede al desarrollo de la Diplomatura de Salud Comunitaria, en proceso actual de consolidación con acuerdos entre el Ministerio de Salud y universidades públicas y privadas para un desarrollo escalable de esta propuesta académica. A la fecha, en la Provincia de Buenos Aires, la capacitación alcanzó a 400 becarios profesionales y no profesionales de los municipios adscriptos al Programa. Esta capacitación será de carácter obligatorio para todos los becarios y administradores que figuren en la nómina presentada por cada jurisdicción.

El 8 de noviembre se lleva a cabo un encuentro virtual con todos los municipios firmantes y con expediente digital iniciado (50 en total), donde se debatieron y establecieron lineamientos prioritarios. Principalmente se intentó avanzar en la implementación del Programa y mejorar la comunicación entre la Dirección Nacional de Salud Comunitaria y las jurisdicciones. Se buscó optimizar la dinámica operacional, a la vez que se continuó fortaleciendo el soporte ante las contingencias que cada jurisdicción pudiera eventualmente plantear. También se estableció la solicitud excluyente de la creación de una cuenta única a los municipios adscriptos para la recepción de transferencias en el marco del Programa, con la finalidad de garantizar transparencia y seguimiento por parte de la Coordinación, el Área Contable y por los mismos municipios. Por otro lado, se reforzó la obligación de la presentación por parte de las jurisdicciones de las rendiciones del próximo período, siempre a través de plataformas digitales, en este caso se utilizó específicamente el TAD.

Paralelamente a estas acciones, durante el mes de noviembre, se solicitó la Certificación de Servicios a los municipios. Con carácter de Declaración Jurada, este documento solicita la presencialidad y la prestación de servicios a mes vencido por parte de los becarios. Se establece su obligatoriedad, caso contrario se procede a iniciar un proceso administrativo sobre la beca. Este sistema aporta transparencia y garantiza la preservación del cupo a través del sistema altas por bajas de perfiles.

Durante este período, como consecuencia de la disparidad temporal en la efectivización de la firma de los diferentes municipios, se observaron discrepancias en las fechas de las transferencias realizadas a cada municipio. Gracias al proceso de incorporación digital, al acceso compartido de la información y luego del aviso emitido a las jurisdicciones no adscriptas de la fecha límite para la firma del Convenio (1 de diciembre de 2022) se reconfiguró el presupuesto. Así es como durante el mes de noviembre se regularizan las transferencias al total de municipios adscriptos.

Por último, se planificaron reuniones para el mes de diciembre por Zoom entre la Coordinación Nacional de Salud Comunitaria y los diferentes municipios adscriptos para trabajar sobre los objetivos anuales, líneas de acción y capacitación. Siempre en formato remoto se solicita a las jurisdicciones con la debida antelación, la elaboración de informes situacionales de los diferentes ejes de trabajo, el balance anual del cumplimiento de los objetivos establecidos en el Programa, las contingencias particulares de cada jurisdicción y brinda la potencial creación de un espacio de diálogo a través de la plataforma para que cada efector realice la devolución del funcionamiento de la aplicación del Programa sobre cada población.

A partir del 1 de diciembre de 2022 se da por finalizada la adscripción al Programa. Los municipios que no se incorporaron al mismo son informados a través de una nota oficial digital. Asimismo, se les informa que, de ser solicitada, la adhesión al convenio queda pautada para el período 2023. Siempre de manera virtual, quedan debidamente notificados de la documentación necesaria para efectuar la firma, detallada en la enmienda del segundo año.

Se inicia el mes de diciembre programando encuentros regionales, que consisten en reuniones por Zoom organizadas por la Dirección Nacional de Salud Comunitaria y que convocan a grupos de municipios adscriptos en días y horarios predeterminados. Al incorporar como medio de encuentro una plataforma digital, se logra mantener reuniones con diferentes municipios en simultáneo (seleccionados por sector geográfico). Esta dinámica genera un espacio de diálogo no sólo entre la Dirección y cada jurisdicción, sino que además permite a las mismas interactuar entre sí y compartir experiencias particulares de cada región. La interacción lograda entre los municipios, la transferencia de información y el diálogo constante, desde la Dirección hacia los municipios y viceversa, fue lograda de manera exitosa y con tiempos acortados sustancialmente gracias a la incorporación de las IT. Durante estas reuniones, cabe destacar, la presentación por parte

de la Dirección del seguimiento anual del Programa en cada provincia y municipio. Se les recuerda la necesidad de la actualización de datos constante y la obligación de la creación y el uso de la cuenta única solicitada en el mes de noviembre.

Durante diciembre se avanza de manera continua con las capacitaciones técnicas para articular las rendiciones a través del TAD. A su vez, en lo que respecta a la capacitación obligatoria de los efectores mencionada en párrafos anteriores, se trabaja en fortalecer su aplicación desde el nodo Buenos Aires y se autorizan, por parte de la Coordinación del Programa, otras capacitaciones de índole jurisdiccionales. Si bien no están determinadas como obligatorias en el contenido del Programa, este hecho le brinda la libertad a cada jurisdicción de generar su propio contenido, con la intención de fortalecer ejes de trabajo propios que respondan a las necesidades demográficas y culturales de cada población en particular.

Siempre con una dinámica paralela y continua se avanza en la elaboración y aplicación de herramientas estadísticas para optimizar la presentación de los datos poblacionales. Gracias a la comunicación virtual y al uso de plataformas digitales compartidas se identifican los inconvenientes poblacionales propios de cada jurisdicción y, se le presta asistencia a cada una de ellas para lograr plasmar los datos recopilados. De este modo, al generarse por las IT un canal de diálogo fluido entre las partes firmantes del Programa, se alcanza sortear obstáculos epidemiológicos, dar una respuesta rápida y efectiva a las demandas e inconvenientes que surgen eventualmente y compartir acciones en tiempo real.

El período finaliza con la adscripción de un total de 74 municipios de la Provincia de Buenos Aires y con la entrega de los convenios firmados a cada jurisdicción por correo postal. Cabe destacar que, en toda la planificación y ejecución del Programa, esta acción fue la única manipulación estrictamente física de documentación, no sólo por parte de la Coordinación sino también por parte de cada municipio adscrito.

Resultados de la implementación

A lo largo de esta tesis se trabaja en el análisis de la implementación del Programa de Salud Comunitaria a través de tecnologías IT. Los resultados descriptivos de estos procesos de articulación y su adscripción final brindan respuesta clara al planteo sobre los resultados positivos de estas gestiones, no solo desde un análisis exploratorio sino

también en los porcentajes obtenidos de firmas, desarrollos y transferencias de fondos hacia las jurisdicciones.

El Programa Nacional de Salud Comunitaria implementado de manera semipresencial, virtual y gestionado integralmente a través de IT sobre la Provincia de Buenos Aires tuvo los siguientes resultados por región sanitaria. A modo esquemático se describen los datos en formato de tablas, se realizó una por cada Región Sanitaria. Detallan los Municipios adscriptos, el estado en el que se encuentra cada expediente, el mes de inicio de actividades, si cuentan o no con la correspondiente nota de inicio de expediente, si el municipio recibió o no la transferencia de fondos, si cuentan con la orden de pago y el estado de deuda de rendiciones anteriores. Con respecto a la última columna mencionada las referencias son:

Aprobado con remanente: La rendición se encuentra aprobada por la Tesorería de la Nación y cuenta con remanentes financieros para ser utilizados por el presupuesto asignado a la jurisdicción.

Rendición en evaluación: La rendición se encuentra en evaluación por las unidades financieras, situación que no impide la transferencia de fondos.

Presentó rendiciones: La jurisdicción presentó las rendiciones correspondientes y se encuentra habilitada a percibir transferencias financieras sin objeción a órdenes de pago del Tesoro de la Nación (Resolución 246/2022)

Documentación incompleta: La jurisdicción se encuentra parcialmente habilitada a recibir fondos, dependiendo del tipo de documentación contable adeudada.

Tabla 1. Región Sanitaria I

Región	Municipio	Estado	Inicio de actividades	Nota de inicio de expediente	Recibió transferencia	Orden de pago	Adeudan rendiciones anteriores
I	ADOLFO ALSINA	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	SI	Aprobado con remanente
I	CORONEL PRINGLES	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
I	VILLARINO	Inicio Expediente electrónico	Septiembre	Si	No	No	Documentación incompleta
I	TORNQUIST	Inicio Expediente electrónico	Septiembre	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
I	MONTE HERMOSO	Inicio Expediente electrónico	Septiembre	Si	No	No	Documentación incompleta
I	ADOLFO GONZALES CHAVES	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
I	CARMEN DE PATAGONES	Inicio Expediente electrónico	Octubre	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
I	GUAMINÍ	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Rendición en evaluación

La Región Sanitaria I, ubicada al sur de la Provincia de Buenos Aires abarca el 25% de la superficie de dicha provincia. Tiene una extensión de 500 kilómetros de norte a sur. Es la Región con mayor extensión territorial y cuenta con alrededor de 750.000 habitantes. De los 15 municipios que la conforman, durante el período 2022, se adscribieron los 8 municipios mencionados en el cuadro N°1. Los Municipios de Villarino y Monte Hermoso a pesar de contar con el expediente iniciado, la nota de aviso con la resolución y el inicio de sus actividades en territorio a partir del mes de septiembre, no recibieron transferencia ni orden de pago debido a la falta de documentación contable respecto a Programas anteriores del Ministerio de Salud de la Nación. En la actualidad se encuentran realizando las acciones correspondientes para regularizar su situación. Una vez presentadas las rendiciones solicitadas, los mencionados municipios recibirán la transferencia retroactiva a la fecha del inicio de las actividades de sus becarios. Esta acción es de radical importancia ya que permite asegurar la permanencia de los becarios en el PNA de la jurisdicción en cuestión.

Tabla 2. Región Sanitaria II

Región	Municipio	Estado	Inicio de actividades	Nota de inicio de expediente	Recibió transferencia	Orden de pago	Adeudan rendiciones anteriores
II	HIPOLITO IRIGOYEN	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
II	CARLOS CASARES	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
II	TRENQUE LAUQUEN	Inicio Expediente electrónico	Agosto	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
II	PEHUAJÓ	Inicio Expediente electrónico	Agosto	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
II	DAIREAUX	Inicio Expediente electrónico	Septiembre	Si	Si	Si	Rendición en evaluación

La Región Sanitaria II está ubicada al noreste de la Provincia de Buenos Aires. Abarca una extensión del 13% del territorio provincial. Es la Región con menor concentración poblacional de todas. Cuenta con una densidad de 6 hab/km² y una población de 312.000 hab. Se suscribieron 5 municipios que en su totalidad iniciaron expediente, funciones en territorio y transferencias efectivizadas durante el período 2022.

Tabla 3. Región Sanitaria III

Región	Municipio	Estado	Inicio de actividades	Nota de inicio de expediente	Recibió transferencia	Orden de pago	Adeudan rendiciones anteriores
III	CHACABUCO	Convenio entregado a Nación	Julio	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
III	FLORENTINO AMEGHINO	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
III	GENERAL PINTO	Inicio Expediente electrónico	Agosto	Si	Si	Si	Documentación incompleta
III	JUNÍN	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Documentación incompleta
III	LINCOLN	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
III	GENERAL VIAMONTE	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente

La Región Sanitaria III está ubicada al noreste de la Provincia de Buenos Aires, limitando con la Provincia de Santa Fé y las Regiones II, IV y X. Cuenta con una población de 300.000 habitantes y una superficie de 20.002 km². Durante el período 2022, de los 8 municipios de la Región, 6 de ellos se adscribieron al Convenio de manera efectiva, percibiendo transferencias y realizando las prestaciones de servicio correspondiente. El Municipio de Chacabuco fue el único de esta Región que realizó la firma del Convenio de manera presencial. El Sr. Intendente solicitó una reunión de carácter ejecutivo con la Sra. Ministra de Salud de la Nación, en la cual entregó físicamente el Convenio de Salud Comunitaria firmado que, posteriormente fue digitalizado y convertido en expediente electrónico por la Coordinación.

Tabla 4. Región Sanitaria IV

Región	Municipio	Estado	Inicio de actividades	Nota de inicio de expediente	Recibió transferencia	Orden de pago	Adeudan rendiciones anteriores
IV	SAN PEDRO	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
IV	CARMEN DE ARECO	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
IV	PERGAMINO	Inicio Expediente electrónico	Septiembre	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
IV	ROJAS	Convenio entregado a Nación	Junio	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
IV	SALTO	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
IV	SAN ANDRÉS DE GILES	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
IV	SAN ANTONIO DE ARECO	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
IV	BARADERO	Convenio entregado a Nación	Junio	Si	Si	Si	Documentación incompleta
IV	CAPITÁN SARMIENTO	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente

La Región Sanitaria IV está ubicada al norte de la Provincia de Buenos Aires con una superficie de 17.000 km², constituyendo el 5,6% de la superficie provincial. Cuenta con una población estimada de 590.000 habitantes, los 9 municipios que se adscribieron percibieron transferencias en tiempo y forma. Los municipios de esta Región, a excepción de Pergamino, fueron los que primero iniciaron las acciones territoriales y lineamientos del Programa de Salud Comunitaria, convirtiéndose en pioneros de la implementación del Convenio. Los Municipios de Baradero y Rojas enviaron el Convenio de manera física a través de correo postal que luego fue convertida en expediente electrónico. Posteriormente se ajustaron a los estándares digitales y enviaron el resto de la documentación por medios virtuales.

Tabla 5. Región Sanitaria V

Región	Municipio	Estado	Inicio de actividades	Nota de inicio de expediente	Recibió transferencia	Orden de pago	Adeudan rendiciones anteriores
V	CAMPANA	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Si
V	ESCOBAR	Convenio entregado a Nación	Julio	Si	No	No	Documentación incompleta
V	TIGRE	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
V	EXALTACIÓN DE LA CRUZ	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Si
V	JOSE C. PAZ	Convenio entregado a Nación	Julio	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
V	GENERAL SAN MARTÍN	Inicio Expediente electrónico	Octubre	Si	No	No	Rendición en evaluación
V	SAN ISIDRO	Inicio Expediente electrónico	Septiembre	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
V	PILAR	Inicio Expediente electrónico	Octubre	Si	Si	Si	Aprobado con remanente

La Región Sanitaria V se encuentra ubicada al noreste de la Provincia de Buenos Aires. Por volumen de población y crecimiento es la segunda Región más poblada de la provincia y cuenta con 3.971.892 habitantes. De los 13 municipios que la componen adscribieron 8, 6 de manera completamente digital. Escobar y José. C Paz remitieron el Convenio firmado a través de correo postal y posteriormente continuaron con el envío de documentación de modo virtual. Los Municipios de Escobar y San Martín, a pesar de haber presentado toda la documentación solicitada en el marco del Convenio, no percibieron las transferencias correspondientes por deudas en las rendiciones previas. Cuando regularicen la situación contable los becarios cobrarán de manera retroactiva.

Tabla 6. Región Sanitaria VI

Región	Municipio	Estado	Inicio de actividades	Nota de inicio de expediente	Recibió transferencia	Orden de pago	Adeudan rendiciones anteriores
VI	AVELLANEDA	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
VI	EZEIZA	Inicio Expediente electrónico	Octubre	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
VI	QUILMES	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
VI	BERAZATEGUI	Inicio Expediente electrónico	Agosto	Si	Si	Si	Documentación incompleta
VI	ALMIRANTE BROWN	Inicio Expediente electrónico	Septiembre	Si	Si	Si	Si
VI	ESTEBAN ECHEVERRÍA	Inicio Expediente electrónico	Octubre	Si	Si	Si	Aprobado con remanente

La Región Sanitaria VI se encuentra localizada al norte de la Provincia de Buenos Aires. Cuenta con 3.800.000 habitantes y forma parte del primer y segundo cordón del conurbano bonaerense. De los 6 municipios adscriptos todos percibieron transferencias, efectivizaron servicios y presentaron las rendiciones correspondientes.

Tabla 7. Región Sanitaria VII

Región	Municipio	Estado	Inicio de actividades	Nota de inicio de expediente	Recibió transferencia	Orden de pago	Adeudan rendiciones anteriores
VII	MARCOS PAZ	Inicio Expediente electrónico	Julio		Si	Si	Rendición en evaluación
VII	HURLINGHAM	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	No	No	Si
VII	MORENO	Convenio entregado a Nación	Julio		Si	Si	Documentación incompleta
VII	MORÓN	Convenio entregado a Nación	Julio		Si	Si	Documentación incompleta
VII	GENERAL RODRÍGUEZ	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
VII	LUJÁN	Convenio entregado a Nación			Si	Si	Documentación incompleta
VII	ITUZAINGÓ	Convenio entregado a Nación	Julio		No	No	Documentación incompleta
VII	GENERAL LAS HERAS	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
VII	MERLO	Sin inicio de expediente electrónico					
VII	3 DE FEBRERO	Sin inicio de expediente electrónico					

La Región Sanitaria VII se encuentra al noreste de la Provincia de Buenos Aires, alrededor de las principales redes viales, Ruta Nacional N°7 y Ruta Provincial N°6.

Cuenta con 2.500.000 habitantes y una concentración de efectores de Salud adecuada al coeficiente sanitario de la OMS. De sus 10 municipios, adscribieron 6 de manera virtual y 4 lo hicieron a través de correo postal. Al igual que en los municipios que efectivizaron la firma al Convenio físicamente, posterior a ello se digitalizó el expediente y se continuó la gestión ajustándose a las normas de expediente electrónico.

Tabla 8. Región Sanitaria VIII

Región	Municipio	Estado	Inicio de actividades	Nota de inicio de expediente	Recibió transferencia	Orden de pago	Adeudan rendiciones anteriores
VIII	MAR CHIQUITA	Inicio Expediente electrónico	Agosto	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
VIII	GENERAL MADARIAGA	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
VIII	GENERAL ALVARADO	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
VIII	GENERAL LAVALLE	Inicio Expediente electrónico	Agosto	Si	Si	Si	Si
VIII	GENERAL PUEYRREDON	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Documentación incompleta
VIII	VILLA GESELL	Inicio Expediente electrónico	Agosto	Si	SI	Si	Rendición en evaluación
VIII	PINAMAR	Convenio entregado a Nación	Octubre	No	No	No	Documentación incompleta
VIII	NECOCHEA	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	SI	Si	Rendición en evaluación

La Región Sanitaria VIII está ubicada al Suroeste de la Provincia de Buenos Aires, cuenta con la característica de tener muchas localidades con balnearios y más de 1.605.000 habitantes en promedio. Esta región es la que posee más hospitales en sus cabeceras. Contando además con múltiples Programas Provinciales y Nacionales firmados por la jurisdicción, implementados en temporada de vacaciones pero que se continúan durante todo el año.

Región	Municipio	Estado	Inicio de actividades	Nota de inicio de expediente	Recibió transferencia	Orden de pago	Adeudan rendiciones anteriores
IX	GENERAL ALVEAR	Inicio Expediente electrónico	Octubre	SI	Si	Si	Aprobado con remanente
IX	BOLÍVAR	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
IX	TAPALQUÉ	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Rendición en evaluación

IX	AZUL	Inicio Expediente electrónico	Agosto	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
IX	BENITO JUAREZ	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente

Tabla 9. Región Sanitaria IX

La región sanitaria IX está ubicada en el centro de la Provincia de Buenos Aires con cabecera en la ciudad de Azul. Ocupa una superficie de 48.136 Km², lo cual constituye el 15,7% del territorio provincial. Los municipios presentan grandes extensiones territoriales, superando en todos los casos los 3.300 Km², con un máximo de 7.715 Km² en el partido de Olavarría. El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010 arrojó una población de 311.765 habitantes. Se estima que según el censo 2022 esta población en la actualidad supera ampliamente el medio millón de habitantes.

Tabla 10. Región Sanitaria X

Región	Municipio	Estado	Inicio de actividades	Nota de inicio de expediente	Recibió transferencia	Orden de pago	Adeudan rendiciones anteriores
X	SALADILLO	Inicio Expediente electrónico	Agosto	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
X	MERCEDES	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Documentación incompleta
X	SUIPACHA	Inicio Expediente electrónico	Agosto	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
X	ROQUE PEREZ	Inicio Expediente electrónico	Octubre	Si	Si	Si	Rendición en evaluación

La Región Sanitaria X está ubicada en el centro norte de la Provincia de Buenos Aires. Posee una extensión de 19.936 Km², que constituye el 6,5% de la superficie total de la provincia. El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010 arrojó una población estimada de 323.224 habitantes.

Tabla 11. Región Sanitaria XI

Región	Municipio	Estado	Inicio de actividades	Nota de inicio de expediente	Recibió transferencia	Orden de pago	Adeudan rendiciones anteriores
XI	PILA	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Documentación incompleta
XI	PRESIDENTE PERÓN	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Rendición en evaluación
XI	PUNTA INDIO	Inicio Expediente electrónico	Julio	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
XI	DOLORES	Inicio Expediente electrónico	Octubre	Si	Si	Si	Aprobado con remanente
XI	BERISSO	Inicio Expediente electrónico	Octubre	NO	NO	NO	Rendición en evaluación
XI	LEZAMA	Inicio Expediente electrónico	Junio	Si	Si	Si	Rendición en evaluación

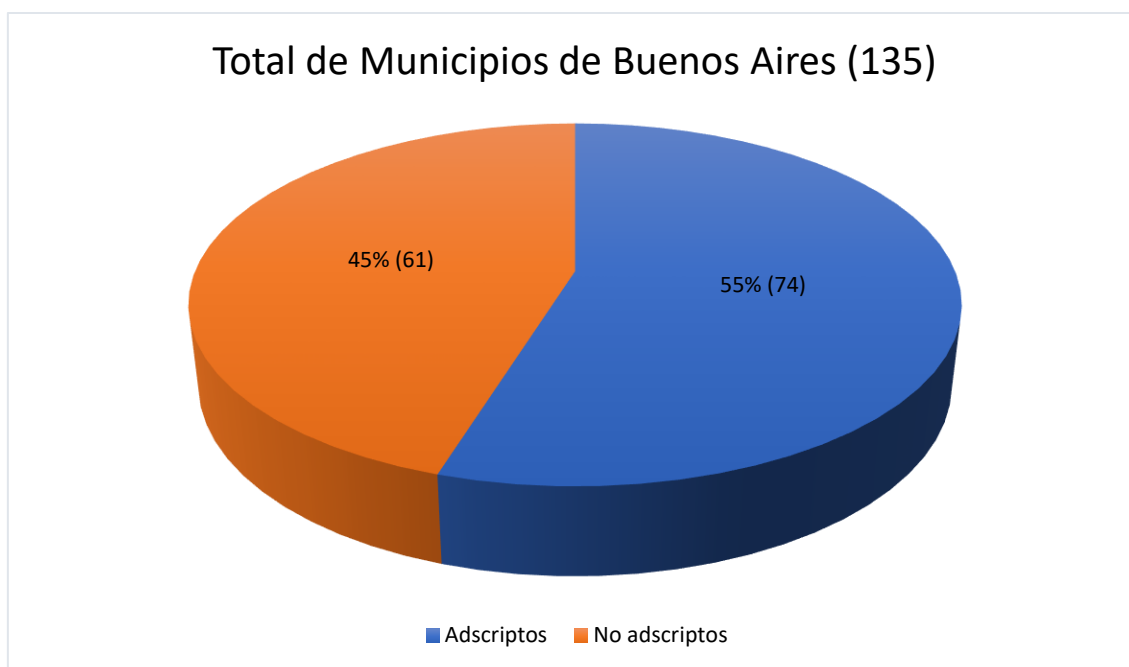
La región sanitaria XI está ubicada al noreste de la provincia de Buenos Aires, ocupa una superficie de 25.900 Km², el 8,4% del territorio provincial. Los municipios de Pila y Chascomús son los que tienen mayor superficie, superando los 3.000 y 4.000 Km² respectivamente. El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010 arrojó una población estimada de 1.180.119 habitantes. La adscripción al Programa de Salud Comunitaria en esta región fue la de menor alcance dado que, de 18 municipios que la conforman, sólo firmaron 6. Esta situación se creó que ocurre por municipios que anteriormente no realizaron el convenio con Programas Nacionales abocados a la APS y optan por no percibir fondos para los mismos. No obstante, este análisis queda para futuras investigaciones.

Tabla 12. Región Sanitaria XII

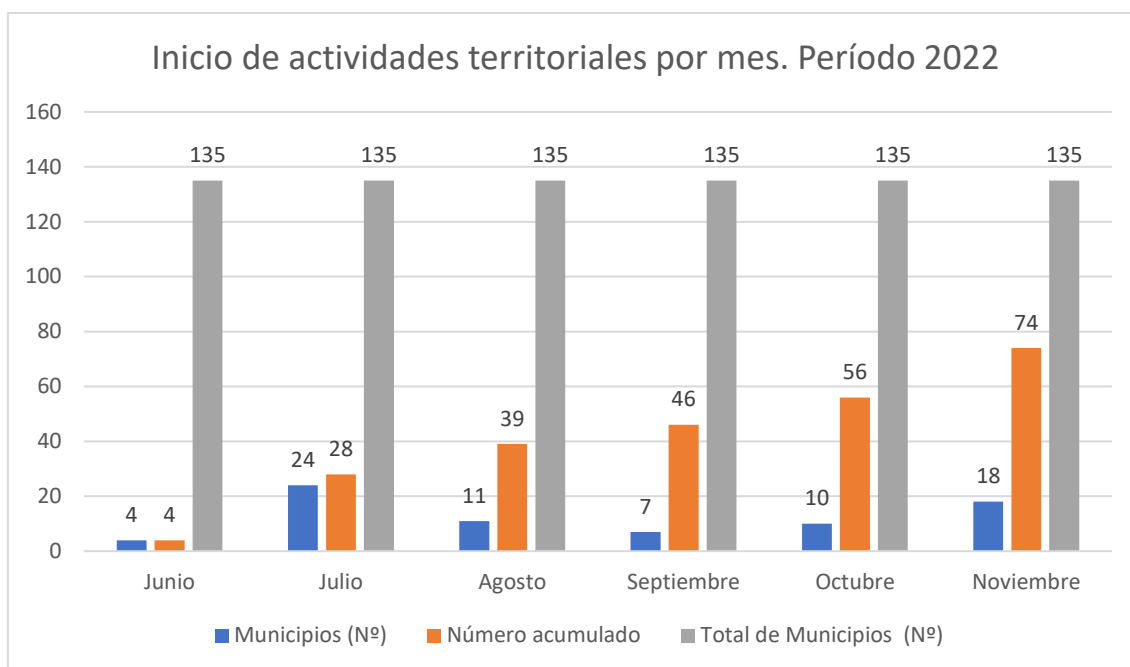
Región	Municipio	Estado	Inicio de actividades	Nota de inicio de expediente	Recibió transferencia	Orden de pago	Adeudan rendiciones anteriores
XII	LA MATANZA	Inicio Expediente electrónico	AGOSTO	SI	SI	SI	Aprobado con remanente

La Región Sanitaria XII se ubica en el primer cordón del conurbano bonaerense, El Municipio de La Matanza al oeste de la Provincia, es su único componente. Cuenta con una superficie de 325,7 km². El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010 arrojó una población estimada de 1.775.816 habitantes. Pero se presume que en el nuevo censo de 2022 duplicará esa cantidad.

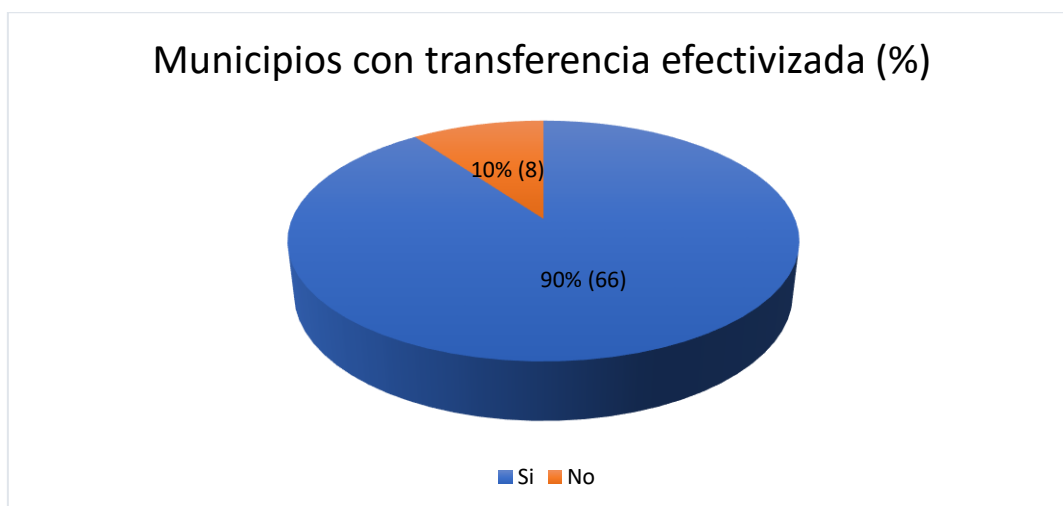
Como resultado general, de los 135 municipios de la Provincia de Buenos Aires al finalizar el período 2022, encontramos 74 con Expediente Electrónico iniciado, lo que representa el 55% de adscripción total al Convenio.



Del total de municipios, 4 iniciaron sus actividades en el mes de junio de 2022, General Madariaga, Bolívar, Benito Juárez y Lezama. Mientras que, 24 Municipios iniciaron a partir de julio del mismo año, Moreno, Morón, General Rodríguez, Ituzaingó, General Las Heras, General Alvarado, General Pueyrredón, Necochea, Tapalqué, Mercedes, Pila, Presidente Perón y Punta Indio. Aquellos que iniciaron en el mes de agosto son 11, Trenque Lauquen, Pehuajó, General Pinto, Berazategui, Mar Chiquita, General Lavalle, Villa Gesell, Azul, Saladillo, Suipacha y La Matanza. Por su parte los Municipios de Villarino, Tornquist, Monte Hermoso, Daireaux, Pergamino, San Isidro y Almirante Brown iniciaron sus actividades en relación al Programa en septiembre (7 del total). Por último, en octubre mencionamos a 10 Municipios, Carmen de Patagones, General San Martín, Pilar, Ezeiza, Esteban Echeverría, Pinamar, General Alvear, Roque Pérez,, Dolores y Berisso, que dieron inicio a sus actividades en dicho mes. En relación al inicio de actividades, se define por aquellos municipios que cuentan con Resolución Ministerial. La misma consiste en la aprobación del Convenio por parte de todas las autoridades del Ministerio de Salud de la Nación y por las respectivas de cada jurisdicción, habilitando desde ese momento a los becarios a prestar servicio.



Del total del universo de estudio, el 90% de los municipios que iniciaron expediente tiene orden de pago (66 municipios). De los 8 municipios que no lograron las órdenes de pago, la no transferencia se debió a la deuda que acumulaban estos en lo que respecta a rendiciones contables de otros Programas dependientes del Ministerio de Salud de la Nación. Esta situación inhabilita jurídicamente la partida presupuestaria hacia la jurisdicción por parte de Tesorería, pues produciría inconsistencias en la balanza de la cuota de pagos.



A lo largo de este capítulo se aborda no sólo la propuesta del Programa, sino también su concepción integral y sus propósitos, describiendo su potencial y sus proyecciones. A través de los organismos responsables se desglosa la estructura de ejecución, el tipo de

financiamiento y su dependencia. Se define técnicamente la conformación de los equipos que llevan a cabo acciones sobre el Primer Nivel de Atención, así como las acciones de gestión administrativa responsables de la implementación y la consolidación de las tecnologías digitales para la adscripción al Convenio. Se describen las inconsistencias y problemáticas devenidas de la articulación de las IT con el Programa y se desarrolla el plan de acción sobre los riesgos identificados. Para estas gestiones se detalla la configuración de una matriz de riesgo y la creación de las distintas unidades de análisis para llevar a cabo su resolución y seguimiento. En virtud de lo mencionado se explica el progreso de la implementación de manera cronológica, obteniendo de este modo, los datos necesarios para abordar la perspectiva metodológica del trabajo a través de su seguimiento y la recolección de datos, para finalizar con el análisis situacional y los resultados de la implementación del Programa.

Conclusiones

En el primer capítulo se desarrolló la integración de la Salud en la era digital. Se realizó un abordaje integral de la dinámica digital y la incorporación de tecnologías a través del tiempo. Fueron descritas las disciplinas referidas a telecomunicaciones, bases de datos y las soluciones digitales que estuvieron implicadas en este proceso. Se definieron las tecnologías de información y los sistemas de automatización que colaboraron a la gestión inclusiva sobre la Administración Pública y la nueva gobernanza inteligente. Se repasó la extensión de gobierno abierto y las capacitaciones brindadas desde el Estado, fomentando y aumentando paulatinamente cupos de becas de formación para la totalidad de los empleados estatales. Se mencionó la legislación en referencia a estas tecnologías y las reglamentaciones que permitieron que las mismas sostengan estándares internacionales, de transparencia y compatibilidad. Se detalló la evolución cronológica de los organismos Nacionales y gobiernos subnacionales respecto a las buenas prácticas sugeridas en su abordaje por la Dirección Nacional de Datos e Información Pública. Finalmente se describe el impacto en la implementación de la gestión de datos a través del sistema de gestión documental (GDE), comentando el desglose del mismo y sus módulos principales. No se puede definir una integración sanitaria estratégica sin abordar el concepto de Atención Primaria de la Salud y su línea histórica en el tiempo, la cual permite no sólo tener noción de la importancia de la misma sobre el desarrollo de la Salud Pública, sino que además muestra la confluencia y el avance de la utilización de la tecnología digital a través de los años. En este marco se describe el Programa al cual se aboca este trabajo de investigación, detallando su devenir histórico y respondiendo a los objetivos de esta tesis.

En el segundo capítulo se abordó la perspectiva metodológica, la estrategia y el diseño de la investigación referida a la implementación y análisis de las políticas públicas en Salud. Se mencionan los datos cuali y cuantitativos que se incluyeron en el universo de estudio y posteriormente, son los determinantes de los resultados y las conclusiones de la investigación. La recolección de datos a través del relevo documental y el universo de estudio descrito en este capítulo permitieron el enfoque para el análisis final. En base a lo mencionado en párrafos anteriores se detalla la estructura del Programa, sus unidades de gestión administrativa, contables y territoriales. La conformación de los equipos de Salud que referirán a la adscripción del Convenio, las acciones de gestión administrativa del Programa de Salud Comunitaria y su integración a bases de datos digitales,

electrónicas y regidas como documento oficial único, conforman las acciones de ejecución y sus mecanismos de implementación a través de las herramientas mencionadas que alimentan las IT de uso y articulación. Los procesos descritos y la sistematización de su seguimiento y control abarcan un apartado especial, donde se mencionan inconvenientes operacionales en su implementación, la magnitud de los mismos y los planes de acción para identificarlos a través de la creación de una matriz de riesgo. Se detalla el cronograma de trabajo trazado para la implementación del Programa de Salud Comunitaria, del cual se extraen los datos cuantitativos de análisis referidos a las comunicaciones iniciales, su correlación y gestión a través de IT, sus requisitos documentales sobre la jurisdicción, la caratulación de cada expediente único y su seguimiento en todas las instancias de los procesos administrativos que regulan el Convenio.

Por último, en el tercer capítulo se describe la implementación de las IT en el Programa de Salud Comunitaria definiendo el universo de trabajo, su período y la descripción de las jurisdicciones (Regiones Sanitarias). Se menciona el registro y seguimiento de los expedientes, su control de interacciones a través de las unidades de análisis y la matriz de riesgo, la coordinación interna para la distribución y organización del trabajo cotidiano, referida en el cronograma de adscripción a dicho Convenio. Se detallan las responsabilidades de cada una de las áreas y de los funcionarios y se dan los criterios para el seguimiento de los tableros de control compartido, sus responsables de área y la rendición periódica de cada interacción. Posteriormente se comentan los avances de las gestiones, los circuitos de ingreso y control de armados digitales y la elaboración del proyecto de informe técnico, detallando objetivos del Programa, justificación de financiamiento y resolución ante contingencias de los mismos. Se consolidan los datos nominalizados de las jurisdicciones adscriptas y se obtienen los primeros datos que brindan respuesta a supuestos iniciales, permitiendo obtener las primeras conclusiones. Finalmente se genera información de transferencias realizadas, de capacitaciones brindadas sobre las jurisdicciones y los números de adscripciones sobre el total del universo.

Como resultado general, de los 135 municipios de la Provincia de Buenos Aires al finalizar el período 2022, encontramos 74 con Expediente Electrónico iniciado, lo que representa el 55% de adscripción total al Convenio. Este número resulta más que representativo en lo que respecta al análisis de este trabajo, ya que afirma de manera

positiva la implementación del Programa de Salud Comunitaria en las jurisdicciones a través de las IT en el período de aplicación planteado.

Del total del universo de estudio, el 90% de los municipios que iniciaron expediente tiene orden de pago (66 municipios). Este dato evidencia que la prosecución del expediente no sólo es positiva, sino que resulta efectiva, es decir, el balance final en referencia a la aplicación de las IT en el marco del Programa de Salud Comunitaria prueba la eficiencia de las mismas. De los 8 municipios que no lograron las órdenes de pago, la no transferencia se debió a la deuda que acumulaban estos en lo que respecta a rendiciones contables de otros Programas dependientes del Ministerio de Salud de la Nación. Esta situación inhabilita jurídicamente la partida presupuestaria hacia la jurisdicción por parte de Tesorería, pues produciría inconsistencias en la balanza de la cuota de pagos.

Cabe destacar que, si bien la asignación de cupos de becas a cada jurisdicción se realizó mediante correlación de indicadores sociodemográficos y necesidades en cobertura de Salud, el número final no siempre tuvo correlación entre las mismas, dado que la asignación presupuestaria a algunos de los Municipios no era representativa para la demanda de cobertura, las decisiones políticas, o simplemente la cobertura efectiva que la propia Secretaria de Salud realizaba con fondos propios. Queda para futuras investigaciones tanto de Salud como económicas y/o presupuestarias las incidencias que deberán tener la asignación de partidas a fin de lograr en cada nueva gestión mayor equidad y cobertura.

A lo largo de este trabajo de investigación se realizó el análisis de la política pública en Salud y la implementación del Programa de Salud Comunitaria a través de tecnologías IT en el período 2022 en los 135 municipios de la Provincia de Buenos Aires. Se describieron las acciones y la implementación de las IT aplicadas a la gestión digital del Programa, se relevaron sus etapas de acciones administrativas y los procesos longitudinales a lo largo de un período comprendido entre fin del año 2021 y hasta el cierre presupuestario del año 2022, sobre el total de Municipios de la Provincia de Buenos Aires.

El desarrollo de sistemas de información, estadísticas y gestiones para la toma de decisiones de la alta administración pública se fue modificando a partir de la modernización del Estado, sobre todo durante la última década. A partir de la pandemia por COVID-19 y modificando la dinámica presencial por el contexto del aislamiento social preventivo y obligatorio se realizaron diversas implementaciones indispensables para continuar con la gestión de programas y recursos. El análisis del impacto de estas

acciones, forzadas ante la situación sanitaria extraordinaria y su justificación, conforman el marco para el análisis de este trabajo.

En lo que respecta al objetivo general de esta tesis, el uso de tecnologías IT en relación a la aplicación de políticas públicas y su implementación en el marco de un programa Nacional de Salud Comunitaria a nivel local en el período 2022, señala un cambio de paradigma en la gestión y la Administración Pública. Los antiguos medios de comunicación formal presencial quedan obsoletos ante la situación sanitaria mundial que se plantea en el año 2020, dejando al descubierto métodos que implican una demora sustancial en los tiempos de respuesta del Estado, así como la dificultad en la comunicación desde las jurisdicciones que interaccionan con él.

Respecto a los objetivos específicos resulta imperativo reformular la manera en la que se realiza la gestión documental y el avance de la Administración Pública. Así es como de modo indirecto y forzado, el Estado se ve obligado a recurrir a canales de comunicación y manejo de documentación de forma remota, tomando las IT un rol fundamental como herramienta imprescindible para llevar a cabo las gestiones gubernamentales.

Respondiendo al objetivo de aplicación de las tecnologías comunicacionales en relación con los objetivos de planificación y su impacto sobre las jurisdicciones adscritas al Convenio, se implementaron las IT al servicio de los ejes de coordinación, las mismas mostraron amplia solución en la ejecución de procesos administrativos. A lo largo de este trabajo se planteó la necesidad de resolver inconvenientes devenidos de la imposibilidad presencial como consecuencia de la pandemia por COVID-19 y el desafío de la continuidad de la Administración Pública.

Respecto a la identificación de los inconvenientes operacionales referidos a la implementación de trámites digitales y su gestión de expedientes electrónicos (GDE) las adversidades planteadas fueron aquellas relacionadas con la dificultad en la comunicación y la gestión documental de manera remota. Como resultado del análisis de la implementación de IT en la Administración Pública en general, y en particular en el Programa Nacional de Salud Comunitaria en el período 2022, se caracterizaron acciones de gestión, tales como la implementación de un cronograma de reuniones informativas virtuales, la solicitud de documentación exclusivamente en formato digital, la firma del Convenio por parte de las autoridades y su seguimiento a través de las unidades de análisis. En lo que respecta a la coordinación de lineamientos para la implementación de tecnologías digitales, siempre en materia de Administración Pública, se resolvió a través

de la utilización de una plataforma digital compartida, de la comunicación recíproca a través de correos electrónicos y la posibilidad del acceso compartido a la información y seguimiento de expedientes de manera virtual. Estas acciones de gestión y coordinación, gracias a la aplicación de IT, se caracterizaron por aportar celeridad para la administración de presupuestos y mantener los mismos de forma equitativa, en base a indicadores sociodemográficos e informes aportados por las jurisdicciones a través de medios no convencionales, orientados a la utilización de plataformas digitales compartidas efectivizando su desarrollo, su administración y el otorgamiento de becas monetarias y los módulos de capacitación referidos a las mismas.

El impacto sobre la planificación y adscripción al Programa y su ejecución a nivel jurisdiccional fue directo y con un alcance territorial sin precedentes para la gestión pública. Logró homogeneizar las diferencias territoriales y permitió el manejo compartido de información, de expedientes, de documentación y estableció un nuevo canal de comunicación con las diferentes jurisdicciones adscriptas, así como con aquellas en vías de adhesión o con las que no tenían aún información sobre el Programa. Facilitó el relevamiento de documentación de las jurisdicciones y brindó la posibilidad de acceder en tiempo real a la información. A su vez la objetividad de la plataforma aportó transparencia política y en relación a las transferencias realizadas, presentado como precedente el uso de IT como una herramienta innovadora en la Administración Pública.

Los inconvenientes operacionales referidos a la implementación de trámites digitales y la gestión de expedientes electrónicos (GDE) fueron identificados y resueltos con participación de la Coordinación y de las jurisdicciones, gracias a un canal abierto de información y diálogo constante. El uso de IT facilitó, no sólo la detección de contingencias, sino que también brindó la posibilidad de corregir errores y/o faltantes en la documentación en menor tiempo y de manera bidireccional. La optimización temporal que logró la utilización de IT en la aplicación y ejecución del Programa marcó un antes y un después en la administración documental. La gestión de expedientes, la optimización de los recursos humanos y la capacitación constante que facilita la virtualización del contenido del Programa se logró exclusivamente gracias al uso de medios digitales. El seguimiento de la entrega de documentación a través de mecanismos virtuales compartidos mejoró el rendimiento del Área Administrativa, a la vez que optimizó la comunicación entre las partes. También dio visibilidad a las diferentes necesidades de cada una de las jurisdicciones y permitió la interacción del individuo con la

Administración Pública al legitimar los trámites realizados desde las plataformas virtuales a distancia.

El objetivo específico que planteaba la creación de unidades de análisis fue abordado mediante la conformación de las mismas a través de paneles de control y el seguimiento documental por parte de todos los administradores, en conjunto con la creación de cuadros de expedientes y transferencias digitales auditados por la confección de una matriz de riesgo. Estas plantean un punto de inflexión en el análisis de las políticas públicas y el desarrollo de sistemas estadísticos y de gestiones para la toma de decisiones y, promueven la incidencia sobre la dinámica de los resultados en la implementación del Programa y sus resultados finales. Asimismo, sientan las bases para su aplicación en otras esferas de la Administración Pública, con la intención de mirar al futuro con un plan transparente, dando lugar al establecimiento de la gobernanza inteligente de manera escalable en todos los ámbitos del Estado. De esta manera se convierte en pionero en la gestión remota de información, aportando legitimidad a los procesos administrativos.

La aplicación de gestión documental digital refuerza el cambio de lógicas sobre la administración y coordinación de programas de gobierno, implementando no sólo el uso de tecnologías digitales, sino su continuidad y crecimiento a lo largo del tiempo. En estos pilares se apoyan los supuestos formulados inicialmente en este trabajo que, gracias a los datos recopilados y los resultados obtenidos luego del análisis durante el período 2022 en la aplicación de IT en un Programa Nacional de Salud, son sostenidos y reafirmados. Y sostienen las mejoras planteadas a partir de la utilización de las IT de manera eficiente sobre las mejoras ejecutivas del rol del Estado. La concepción de la gobernanza inteligente las ubica como actor principal en esta nueva manera de relación entre el Estado y la población, así como da lugar a la apertura en la comunicación del individuo con el mismo Estado. Redefine los lineamientos para lograr transparencia y la posibilidad de mantener la virtualidad a lo largo del tiempo en la Administración Pública, trascendiendo la identidad política circunstancial y la atemporalidad de la IT como herramienta fundamental en la gestión pública.

Los inconvenientes y las contingencias mencionadas a lo largo de este trabajo, se describen en las diversas instancias siendo estas resueltas de manera evolutiva dado que, al ser procedimientos sin antecedentes, se fueron desarrollando en conjunto con los instrumentos de análisis y la matriz de riesgo. Es meritorio destacar que, si bien, las articulaciones generales de la implementación del Programa de Salud Comunitaria

resultaron exitosos evidenciados por los resultados estadísticos, las dinámicas de respuesta, protocolos de acción y procesos de gestión tanto administrativa, contables y de coordinación merecen un nuevo estudio, integral y de manera escalable a lo largo del tiempo, ya que esta implementación será un proceso sostenido en la administración pública respecto a la adscripción a Programas de Salud, convenios y procesos de la alta gerencia estatal sentando antecedentes para la continuidad y perfeccionamiento de los mismos en pos de una gobernanza abierta, transparente y efectiva.

Los obstáculos y desafíos que quedan por delante son propios de un proyecto de Salud ambicioso. Pero imponen las metas para lograr la excelencia en Salud y gestión pública, y de la importancia que tiene tanto el Estado como la comunidad en la materialización de las mismas. Expone términos nuevos e innovadores en lo que respecta a la gobernanza inteligente, abierta y transparente, entendiendo que la era digital es una realidad y adaptarse a las nuevas tecnologías disponibles no es sólo un desafío, sino que también brinda herramientas para dar soluciones concretas en tiempo real y sorteando la presencialidad.

Los resultados de la implementación del Programa, previamente descriptos, legitiman el supuesto de base sostenido en este trabajo. La utilización de IT en el marco de la aplicación del Programa en particular no sólo aumentó el número de municipios adscriptos, sino que además reforzó la aplicación del contenido del Programa, a la vez que optimizó la relación entre la Coordinación y los municipios. Por otro lado, permitió acelerar y brindar transparencia a las transferencias realizadas, así como obligó a las jurisdicciones a articularse con sus equipos contables para dinamizar las rendiciones pendientes ante Organismos de la Administración Pública Nacional y regularizar, en el caso de ser necesario, la documentación. Cuando se habla en sí de documentación, la misma tiene un alcance superior al Programa en contraparte, ya que está relacionada con todos los Programas ofrecidos por el Ministerio de Salud de la Nación. Es así como la aplicación de las IT nos muestra su potencialidad en materia de gobernanza inteligente. Una vez más, la optimización temporal que brinda, así como la posibilidad de establecer gestiones documentales de forma remota y compartida, su utilidad como canal de diálogo multidireccional establece el nivel de precisión que, en esta instancia resulta innegable e imprescindible. Las acciones cotidianas de los responsables administrativos y gestores de cada área, región, e incluso los responsables Nacionales fueron intensamente potenciadas

a través de estos años y los resultados expuestos demuestran la alta efectivización que pueden tener estas dinámicas de firma de expedientes, la fuerte capacidad organizativa que las administraciones de Programas, las Secretarías de Salud Municipales y los equipos de Salud demuestran cuando se deben llevar a cabo acciones como las mencionadas en este trabajo.

Al determinar las unidades de análisis y la conformación de una matriz de riesgo en la implementación de este Programa, se deja sentado para los períodos posteriores la capacidad ya instalada para mejorar estas acciones y establecer aún más fluida la nueva firma de convenios y acciones de gestión pública a través de tecnologías de la información. Esta premisa resulta aplicable a todas las esferas del Programa, así como para otras acciones de gestión gubernamental. La transparencia financiera y el acceso compartido de las plataformas hace a las IT una herramienta no sólo de solución sino también de análisis de las políticas en Salud de este Programa en particular, siendo ejemplo para ser aplicadas en otros Programas o acciones del Estado.

Por todo ello este trabajo ratifica que el uso de medios digitales, IT y comunicación no presencial, en conjunto con la organización de equipos apoyados en gobernanza inteligente, abierta y transparente demuestran que, no sólo se pudo dar continuidad durante la pandemia a estos programas, sino que se lo pudo hacer de manera efectiva, ampliada y escalable. Se cumplieron correctamente los procesos administrativos indispensables, demostrando además su inicio y finalización en el período de tiempo estipulado. Esta situación fortalece la idea planteada pues la instauración del cambio de lógicas en la administración y coordinación de programas de gobierno a través del uso de tecnologías y, por medio de los seguimientos semipresenciales no sólo ha empezado, sino que avanza de manera constante, creciente y definitivamente se posiciona como la nueva forma de gestión sobre modelos de gobernanza inteligente abierta y, sobre todo, efectiva.

Para finalizar, respecto a los objetivos de tesis tales como la caracterización de acciones de gestión, los procesos y aplicación de las tecnologías y el impacto que estas tuvieron en dichas acciones, queda expuesto el trabajo y el desarrollo de su utilización a lo largo del período de manera positiva. En términos subjetivos y no tangibles la mejora en la comunicación con las jurisdicciones y la posibilidad de diálogo entre todos los sectores no tiene precedentes. La facilidad que se logra con la utilización de IT para gestión documental y para la capacitación a distancia del personal en todas las áreas señala las bases y la respuesta del creciente aumento de cada vez más jurisdicciones a la adscripción

al Programa. Todos los datos y las reflexiones desarrolladas a lo largo de este trabajo muestran el éxito de la continuidad de la Administración Pública en el contexto de una pandemia y en particular en lo que respecta a la aplicación de las IT al Programa. Con un presupuesto altamente ejecutado y con una adscripción aceptable e innovadora en términos políticos y estadísticos, se puede afirmar que el análisis de la utilización de IT en el Programa de Salud Comunitaria en el período 2022 resulta positivo, eficaz y potencialmente replicable en otros ámbitos del Estado.

A lo largo de esta tesis se analizaron múltiples aristas en relación a la utilización de nuevas tecnologías aplicadas al servicio de un Programa de Salud Comunitaria. Esta aproximación a la relación entre el Estado y la utilización de tecnologías comunicacionales nuevas para el desarrollo de los procesos administrativos es una parte más en el devenir del análisis de las mismas.

A pesar de la implementación de sistemas novedosos referidos a gestión de Programas de Salud a través de acciones digitales, complementados por la colaboración de tecnologías de la comunicación y el desarrollo de herramientas que facilitaron estos procesos, se identificaron diversas situaciones que merecen un abordaje más profundo y un tipo de evaluación orientada al uso efectivo a través del tiempo. Pese a las mejoras mencionadas y el éxito de éstas con respecto a la implementación del Programa de Salud Comunitaria se delimitan las situaciones generales para nuevos estudios, los cuales en el marco de este análisis no pueden ponderarse ya que el tiempo del mismo amerita un proceso más extenso.

Quedan por delante muchas situaciones para desarrollar, evaluar y estudiar, no sólo de manera transversal, sino de forma dinámica y activa. La reestructuración de la alta función pública merece un análisis y abordaje amplio para fomentar procesos de avance activos orientados al uso de estas nuevas tecnologías y su relación con el concepto de gobernanza inteligente. Su interacción y coordinación, en el marco de esta tesis, responde a una demanda exclusiva de una situación particular como fue la pandemia por COVID-19. Este escenario deja al descubierto nuevos interrogantes devenidos de su misma utilización, tales como, la personalización de funcionarios, incapacidades técnicas y administrativas para el desarrollo de circuitos no presenciales, presupuestos no asignados a las mejoras en capacitación y el uso de nuevas tecnologías orientadas hacia la gobernanza inteligente y, en el caso de existir los mismos, situaciones motivacionales en los agentes gubernamentales que no siempre facilitan este desarrollo.

Existe una tendencia evidente donde la implementación efectiva de inteligencias artificiales dirigidas a la gestión de procesos documentales de cualquier índole favorece el direccionamiento de políticas sobre la toma de decisiones frente a diversas situaciones, sin embargo, sus determinantes tienden al riesgo de no poder reemplazar o, como mínimo mejorar, la complejidad de la política, la cual por su amplitud y densidad deberá tratarse de forma más específica. Es por esto que se necesita ampliar las investigaciones existentes, no sólo en materia de gestión, sino también en la aplicación de tecnologías innovadoras en todos los ámbitos del manejo documental, de la influencia de las mismas sobre la comunicación entre el Estado y el individuo y el cambio que éstas imprimen sobre la Administración Pública, dando lugar también a su análisis en el sector privado. Es así que futuras investigaciones en relación a los temas abordados a lo largo de esta tesis son esenciales para el avance hacia la transparencia de procesos administrativos, su implementación activa y efectiva. La aplicación dinámica y documentada muestra no sólo los inconvenientes sino también posibles soluciones a medida que se avanza en su estudio, dando lugar a nuevos campos de implementación y análisis.

Referencias bibliográficas

- Alma Zambrano, H. B. (2012). *Teoría y práctica de la acción comunitaria*. Santiago de Chile: REL Editores.
- OMS y UNICEF. (s.f.). A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs., (pág. 50).
- Organización Mundial de la Salud . (2022). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de OMS: <https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud>
- Hernández Bonivento, J. (2017). *Gobernanza abierta a nivel local: teoría y práctica en América Latina*. Santiago de Chile : Cepal.
- Jefatura de Gabinete de la Nación. (2022). *Guía de Apertura de Datos en Gobiernos Locales*. Obtenido de Paquete de Apertura de Datos de la República Argentina: <https://datosgobar.github.io/paquete-apertura-datos/guia-subnacionales/>
- Presidencia de la Nación Argentina. (2022). *Pais Digital*. Obtenido de Argentina.gob.ar: <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/innovacion-publica/servicios-y-pais-digital/pais-digital>
- Instituto de Capacitación de la Nación. (2022). *Capacitación INAP*. Obtenido de INAP: <https://capacitacion.inap.gob.ar>
- Waitzkin, H. (2006). *Un siglo y medio de olvidos - Contribuciones a la medicina Social*. Oxford.
- Sigerist, H. (2006). *Johann Peter Frank Un pionero de la medicina social*. Buenos Aires: UBA.
- Navarro, V. (1984). *Lucha de Clases, Estado y Medicina*. DF MExico: Nueva Imagen.
- Mercado, F. (2002). *Qualitative research in Latin America*. Edmonton.
- Chelala, C. (1998). *Cuba show health despite embargo*. Londres.
- S., A. (1939). *La realidad médico-social Chilena*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile - Reedición 1999.
- Carlos E. Medina, M. C. (1998). *Johann Peter Frank and social medicine*. (D. d. Salud, Ed.) Ciudad de México.
- Salud, O. M. (2008). *OMS*. Obtenido de Biblioteca de la OMS: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008.pdf
- Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Santos .
- Ozlak, O. (2020). *Gobierno Abierto: Hacia un nuevo paradigma de gestión pública*. Buenos Aires.
- Argentina, P. (15 de Diciembre de 2022). *Argentina Unida - Jefatura de Gabinete*. Obtenido de Portal Oficial de Gobierno: <https://www.argentina.gob.ar/TAD>
- Sánchez, F. M. (2014). *Herramientas para Big Data: Entorno Hadoop*. Medellín.
- Comisión para la Reforma de las Administraciones Públicas. (2022). *Reforma de las Administraciones Públicas*. Ginebra: CRAP.

- PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.). (6 de Abril de 2016). SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ELECTRÓNICA. *Decreto 561/2016*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Poder Ejecutivo Nacional.
- Ippolito, G. A. (2012). Journal open edition. En *La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Obtenido de journalsopenedition.org.
- PAO. (2017). Health in the Americas. En O. P. Salud, *Summary: Regional Outlook and Country Profiles*. ISBN: 978-92-75-11966-2. Washington, DC.
- Mercado, F. (2002). “Qualitative research in Latin America: Critical perspectives on health”. *International Journal of Qualitative Methods*.
- Ortiz Guier, J. G.-R. (1995). www.repositorio.iiarte.ucr.ac.cr. Obtenido de <https://repositorio.iiarte.ucr.ac.cr/handle/123456789/10631>
- Chaves, M. (1998). Complexidade e Transdisciplinaridade: Uma abordagem multidimensional do Setor Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*.
- Molina Bustos, C. (2011). “Antecedentes del Servicio Nacional de Salud: Historia de Debates y Contradicciones Chile 1932-1952”. *Cuad. Med. Sociales*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *OPS*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *OMS*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Argentina.gob.ar. (2023). Obtenido de Ministerio de Salud de la Nación: <https://www.argentina.gob.ar/salud/direccion-nacional-de-atencion-primaria-y-salud-comunitaria/programa-nacional-de-salud>
- <https://www.boletinoficial.gob.ar>. (3 de Abril de 1972). Obtenido de LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/22363/texact.htm>
- Boletín Oficial*. (s.f.). Obtenido de BORA: <https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/aviso/primera/261490/20220427127/2013>, R. (s.f.). *BORA*. Obtenido de Boletín oficial de la República Argentina: <https://www.boletinoficial.gob.ar>
- Organización Panamericana de la Salud*. (2022). Obtenido de Campus virtual de Salud Pública de la OPS: <https://www.campusvirtualesp.org/es>
- Maida, E. P. (2015). *Repositorio UCA*. Obtenido de Metodologías de desarrollo de software: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/metodologias-desarrollo-software>
- datos.gob.ar. (s.f.). *Paquete de Apertura de Datos de la República Argentina*. Obtenido de Perfil de Aplicación Nacional de Metadatos para Datos Abiertos: <https://datosgobar.github.io/paquete-apertura-datos/guia-subnacionales/>
- ADMINISTRACION FINANCIERA Y DE LOS SISTEMAS DE CONTROL DEL SECTOR PUBLICO NACIONAL*. (s.f.). Obtenido de Ministerio de Economía de la Nación Argentina: https://www.economia.gob.ar/hacienda/cgn/otrosdoc/ley24156_mod_diciembre2016.pdf
- Alianza para gobierno abierto*. (s.f.). Obtenido de Open Government Partnership: <https://www.opengovpartnership.org/es/>
- Instituto Nacional de la Administración Pública*. (s.f.). Obtenido de INAP: <https://capacitacion.inap.gob.ar>

Gossens, S. A. (1939). *La realidad médico social chilena*. Santiago de Chile: Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.

Anexo I: Nota con asignación de monto, convenio y solicitud de documentación para expediente

Al Ministro de Salud/Secretario de Salud
Provincia/Municipio de.....
S _____/_____D

Por medio de la presente me dirijo a Ud., a fin de enviarle el CONVENIO DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD COMUNITARIA, con detalle de requisitos para la firma del mismo y documento de presentación del programa.

La modalidad de financiamiento será mediante transferencia a la jurisdicción a una cuenta única y exclusiva. El monto asignado a la Provincia / Municipio de es \$ (pesos) , destinado a becas para equipos de gestión jurisdiccionales, equipos de salud del Primer Nivel de atención y tutores/as de capacitación, según lo estipulado en los anexos II, III y IV adjuntos al convenio.

Dicha documentación se debe remitir antes del _____ de _____ del corriente al Ministerio de Salud de la Nación, Av 9 de julio 1925, Piso 12, Oficina 1202, C1073ABA, a fin de dar inicio al circuito administrativo que habilite las transferencias para el 2022.

Anexo II Nota de reclamo de documentación para iniciar expediente

Director/a de Atención Primaria
Provincia/Municipio de _____
Dr./a _____
S / D

Por medio de la presente me dirijo a Usted a fin de informarle que a la fecha no se ha recibido la siguiente documentación:,, y, necesaria para iniciar el expediente que habilite las transferencias del ejercicio 2022.

A fin de evitar demoras, se debe remitir dicha información antes del _____ de _____ del corriente, al siguiente correo electrónico del área de Gestión: _____.

Anexo III: Nota con observaciones para inicio de expediente.

Director/a de Atención Primaria
Provincia/Municipio de _____
Dr/a _____
S / D

Por medio de la presente me dirijo a Usted a fin de informarle que a la fecha se ha recibido la siguiente documentación:, con las siguientes observaciones:

-
-
-

Se solicita rectificar o completar dicha información a fin de cumplimentar los requisitos para iniciar el expediente que habilite las transferencias del ejercicio 2022.

A fin de evitar demoras en las transferencias, se debe remitir dicha información antes del _____ de _____ del corriente, al siguiente correo electrónico del área de Gestión: _____ .

Anexo IV: Nota adjuntando convenio firmado

Ministro/a de _____

Provincia de _____

(En Buenos Aires se envían al secretario/a de salud)

Por medio de la presente me dirijo a Usted a fin de adjuntarle el convenio del Programa Nacional de Salud Comunitaria firmada por el Señor/a Ministro/a de Salud de la Nación, Dr/a _____

Anexo V: Nota informando inicio de trámite y transferencias a realizar en 2022

Director/a de Atención Primaria _____

Provincia/Municipio de _____

Dr/a. _____

S / D

Me dirijo a Ud. en el marco del Convenio del Programa Nacional de Salud Comunitaria, suscripto entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Salud de la Provincia de _____. a fin de informarle que se ha dado inicio al trámite administrativo _____ para financiar las _____ becas, según anexo III.

El monto total correspondiente al primer año del convenio es de \$ _____ (pesos _____), según el siguiente detalle:

Anexo VI: Nota adjuntando resolución firmada

Ministro/a de _____

Provincia de _____

(En Buenos Aires se envían al secretario/a de salud)

Por medio de la presente me dirijo a Usted a fin de adjuntarle la resolución del Programa Nacional de Salud Comunitaria firmada por el Señor/a Ministro/a de Salud de la Nación, Dr/a _____

Anexo VII: Nota informando transferencia del Programa

Director/a de Atención Primaria _____

Programa _____

Provincia de _____

Me dirijo a Usted a fin de informarle que el día _____ se transfirieron \$ _____ (Pesos _____ correspondiente al período/mes* _____ para financiar las becas del Programa _____

Se recuerda que deben presentar la rendición de la correspondiente transferencia, en un plazo de 90 días hábiles de recibida la misma, según lo estipulado en la Cláusula 5, Inciso 10 del convenio y cumpliendo los requisitos estipulados en el anexo V y en los términos de la Resolución Ministerial N° 920/2021, sus modificatorias y complementarias.

*Sino corresponde a un mes completo se detalla: Ej; “al mes de julio y parcialmente agosto”

Anexo VIII: Nota de reclamo de rendiciones 2022

Señor/a Director/a

Programa _____

Provincia/Municipio de _____

Por medio de la presente me dirijo a Usted a fin de solicitarle las rendiciones del período.... del añoPrograma _____ dado que el día.... se venció el plazo estipulado en el convenio.

C/c Al Responsable contable

Anexo IX: Cuadro de seguimiento de anexos mediante notificaciones digitales

Buenos Aires	<i>Anexo I: Nota con asignación de monto, convenio y solicitud de documentación para expediente</i>	<i>Anexo II Nota de reclamo de documentación para iniciar expediente</i>	<i>Anexo III: Nota con observaciones para inicio de expediente.</i>	<i>Anexo IV: Nota Adjuntando Convenio Firmado</i>	<i>Anexo V: Nota informando inicio de trámite y transferencias a realizar en 2022</i>	<i>Anexo VI: Nota adjuntando resolución firmada</i>	<i>Nota actualización de beca periodo 2023</i>	<i>Notas de solicitud documentación 2023</i>
Adolfo Alsina				NO-2022-100325920-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103307794-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-127312834-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136015197-APN-DNAPYSC#MS	
Adolfo Gonzales Chávez				NO-2022-88377570-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-91461877-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-115758741-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136858017-APN-DNAPYSC#MS	
Avellaneda				NO-2022-88433454-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-88982580-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-108767488-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136858556-APN-DNAPYSC#MS	
Azul				NO-2022-109436008-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-127302596-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-136858996-APN-DNAPYSC#MS	
Baradero		NO-2022-88469684-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-88469684-APN-DNAPYSC#MS				
Benito Juárez		NO-2022-93497712-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-88474558-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103282637-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-131718958-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136859214-APN-DNAPYSC#MS	
Berazategui		NO-2022-91919926-						

		APN-DNAPYSC#MS						
Berisso						NO-2022-139062793-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136859519-APN-DNAPYSC#MS	
Bolívar				NO-2022-88470564-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-88984103-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-99531763-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136859762-APN-DNAPYSC#MS	
Campana				GDE NO-2022-88477698-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-100849918-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-136801506-APN-DNAPYSC#MS	
Capitán Sarmiento		NO-2022-93612249-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-109435079-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-110322175-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-127313391-APN-DNAPYSC#MS		
Carlos Casares		NO-2022-91938681-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-109434942-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122844289-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-131715870-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136860279-APN-DNAPYSC#MS	
Carmen de Areco				GDE NO-2022-88475128-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-91466424-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-136798357-APN-DNAPYSC#MS	
Chacabuco								
Coronel Pringles				NO-2022-100320349-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103282332-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122574882-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136860646-APN-DNAPYSC#MS	
Daireaux				NO-2022-100326772-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103281904-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-127314561-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136860898-APN-DNAPYSC#MS	
Dolores				NO-2022-101216445-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103273410-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-139063114-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136826357-APN-DNAPYSC#MS	

Escobar				NO-2022-88437111-APN-DNAPYSC#MS				
Esteban Echeverría		NO-2022-93649959-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-101265388-APN-DNAPYSC#MS				
Exaltación de la Cruz				NO-2022-100321072-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103280492-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-119509442-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136824770-APN-DNAPYSC#MS	
Ezeiza				NO-2022-101266485-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103280898-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-127318023-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136824167-APN-DNAPYSC#MS	
Florentino Ameghino				NO-2022-88434292-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122844468-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-131715210-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136815028-APN-DNAPYSC#MS	
General Alvear				NO-2022-127307872-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-127300287-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-136813396-APN-DNAPYSC#MS	
General Alvarado				NO-2022-109435378-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122845441-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-136802286-APN-DNAPYSC#MS	
General Las Heras				NO-2022-91386851-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-93490110-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-115759648-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136798619-APN-DNAPYSC#MS	
General Lavalle				NO-2022-109435499-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103279326-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122574472-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136798154-APN-DNAPYSC#MS	
General Madariaga				NO-2022-88476102-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-88985994-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-99530696-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136797467-APN-DNAPYSC#MS	
General Pueyrredón	EX-2022-87887516- -APN-DD#MS			NO-2022-97717343-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-97728208-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-108767871-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136793528-APN-DNAPYSC#MS	

General Rodríguez				NO-2022-88459846-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-93455951-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122574009-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-136793100-APN-DNAPYSC#MS	
General San Martín								
General Viamonte				NO-2022-88481515-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-88986350-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122573323-APN-DNAPYSC#MS		
Guaminí				NO-2022-91036856-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-97879741-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-119510549-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-137049375-APN-DNAPYSC#MS	
Hipólito Irigoyen				NO-2022-88489404-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-88987518-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-108767075-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-137049084-APN-DNAPYSC#MS	
Hurlingham	EX-2022-66640252- - APN-DD#MS			NO-2022-97729460-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-97729843-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-131716462-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-137047969-APN-DNAPYSC#MS	
Ituzaingó								
José C. Paz		NO-2022-93614660-APN-DNAPYSC#MS						
Junín				NO-2022-88517022-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103273008-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122572897-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-137047148-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134280174-APN-DNAPYSC#MS
La Matanza				NO-2022-109435603-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122846060-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-131717879-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-137045940-APN-DNAPYSC#MS	
Lezama				NO-2022-88490972-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122846431-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-88490972-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-137043328-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134844531-APN-DNAPYSC#MS
Lincoln				NO-2022-97730322-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-97730655-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122829095-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-137046527-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134845514-APN-DNAPYSC#MS

Luján								
Mar Chiquita				NO-2022-109434846-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122802756-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122576197-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-137049242-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134845746-APN-DNAPYSC#MS
Marcos Paz	EX-2022-74083534- - APN-DD#MS	NO-2022-91940739-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-101271176-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122846704-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-127316435-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-137049497-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134846132-APN-DNAPYSC#MS
Mercedes	EX-2022-80548786- - APN-DD#MS	NO-2022-93618538-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-101270853-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103278274-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122563428-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-137049805-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134846351-APN-DNAPYSC#MS
Moreno		NO-2022-91941177-APN-DNAPYSC#MS						
Monte Hermoso							NO-2022-137050758-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134846577-APN-DNAPYSC#MS
Morón								
Necochea				NO-2022-101233797-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103277363-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122575565-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-137050927-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134846820-APN-DNAPYSC#MS
Patagones				NO-2022-101230489-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103276880-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-127315418-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-137051052-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134847385-APN-DNAPYSC#MS
Pergamino		NO-2022-93620280-APN-DNAPYSC#MS					NO-2022-137051151-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134848246-APN-DNAPYSC#MS

Pila				NO-2022-88491489-APN-DNAPYSC#MS	GDE NO-2022-93472233-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-137051260-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134848430-APN-DNAPYSC#MS
Pilar				NO-2022-115760203-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122847098-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-138237141-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134848647-APN-DNAPYSC#MS
Pinamar								
Pehuajó						NO-2022-139063283-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-137042484-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134848020-APN-DNAPYSC#MS
Presidente Perón	EX-2022-71608976- -APN-DD#MS	NO-2022-91945354-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-88514849-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103276368-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-119510809-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-138237516-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134848856-APN-DNAPYSC#MS
Punta Indio				NO-2022-91385168-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-93488144-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122572479-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-138237652-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134851447-APN-DNAPYSC#MS
Quilmes	EX-2022-82335133- -APN-DD#MS			NO-2022-97360597-APN-DNAPYSC#MS			NO-2022-138237803-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134851648-APN-DNAPYSC#MS
Rojas		NO-2022-91945795-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-88513297-APN-DNAPYSC#MS				NO-2022-134851873-APN-DNAPYSC#MS
Roque Pérez				NO-2022-101228153-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103275785-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-119511204-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-138238138-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134852075-APN-DNAPYSC#MS
Saladillo		NO-2022-93652782-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-101227085-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103274954-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-119507581-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-138238310-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134852241-APN-DNAPYSC#MS

Salto				NO-2022-88492280-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-88988683-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-97662391-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-138238449-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134852696-APN-DNAPYSC#MS
San Andrés de Giles				NO-2022-88493280-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-88991569-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-108768999-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-134853429-APN-DNAPYSC#MS
San Antonio de Areco				GDE NO-2022-88494577-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-88992422-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-108768540-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-138387559-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134854408-APN-DNAPYSC#MS
San Isidro	EX-2022-78767253- -APN-DD#MS			NO-2022-122843748-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-122848039-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-128621007-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-138392135-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134856181-APN-DNAPYSC#MS
San Pedro				NO-2022-88497981-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-93487615-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-108769578-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-138391891-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134856445-APN-DNAPYSC#MS
Suipacha				NO-2022-101218914-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103274012-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-138800049-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134856690-APN-DNAPYSC#MS
Tapalqué				NO-2022-97881183-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-97880482-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-131717218-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-138799836-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134858167-APN-DNAPYSC#MS
Tigre	EX-2022-72295542- -APN-DD#MS	NO-2022-91945558-APN-DNAPYSC#MS		NO-2022-127306740-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-127299259-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-139062939-APN-DNAPYSC#MS		
Tornquist				NO-2022-100324874-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-103310650-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-131714369-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-138799170-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-134858706-APN-DNAPYSC#MS
Trenque Lauquen				NO-2022-127306024-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-127309290-APN-DNAPYSC#MS			NO-2022-134858485-APN-DNAPYSC#M
Villa Gesell				NO-2022-127305163-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-127310236-APN-DNAPYSC#MS			

Villarino				NO-2022-127303736-APN-DNAPYSC#MS	NO-2022-127311146-APN-DNAPYSC#MS			
-----------	--	--	--	----------------------------------	----------------------------------	--	--	--

Anexo X: Tablero de control de seguimiento de expediente 2022

Estado de la documentación recepcionada para iniciar expediente

Fecha:

MUNICIPIO	CONVENIO	NOTA POR REQUIS ITOS	DDJ CUENTA	RENDICIÓN 2021	EXPTE INICIADO
Adolfo Alsina	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Adolfo Gonzales Chávez	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Almirante Brown	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Avellaneda	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Azul	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Baradero	Completo	SI	SI	Documentación Incompleta	NO
Benito Juárez	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Berazategui	Completo	SI	SI	En rendición de cuentas	NO
Berisso	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Bolívar	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Campana	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Capitán Sarmiento	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Carlos Casares	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Carmen de Areco	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Chacabuco	Completo	SI	SI	Aprobado con remanente y pendiente de devolución	NO
Coronel Pringles	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Daireaux	Completo	SI	SI	No corresponde	SI

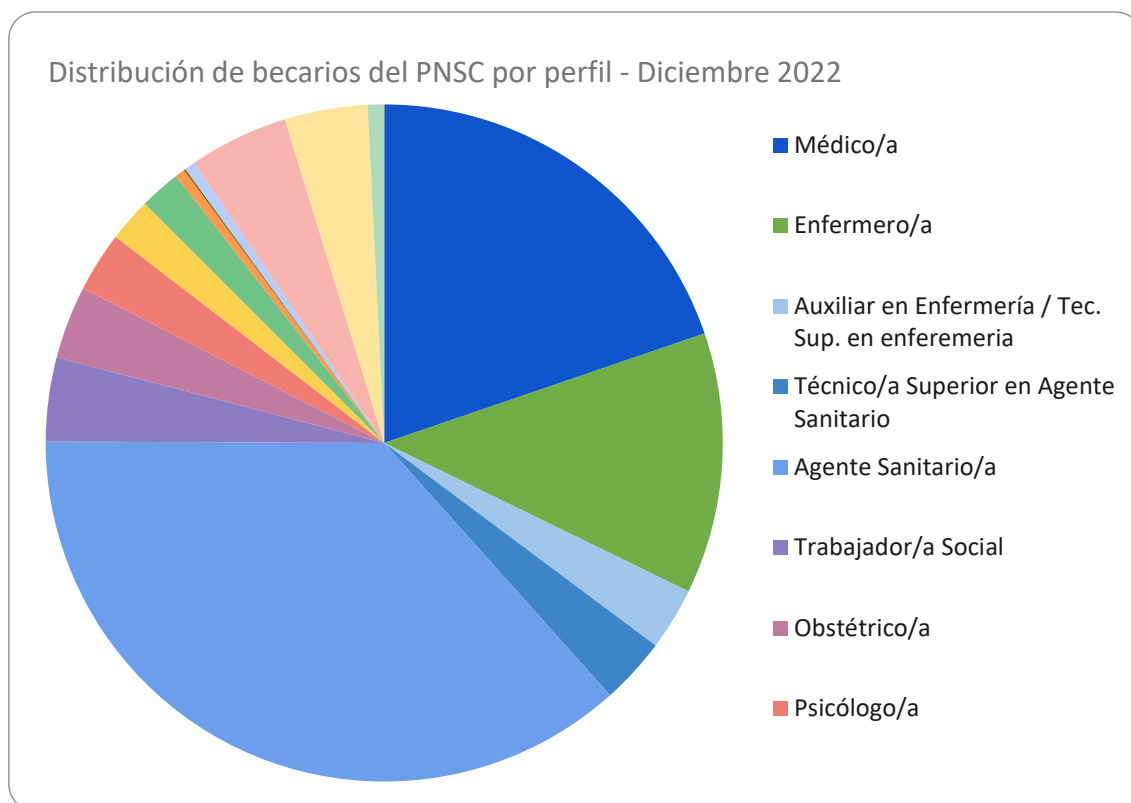
Dolores	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Escobar	Completo	SI	SI	En rendición de cuentas	NO
Esteban Echeverría	Completo	SI	SI	Aprobado con remanente y pendiente de devolución	NO
Exaltación de la Cruz	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Ezeiza	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Florentino Ameghino	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
General Alvear	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
General Alvarado	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
General Las Heras	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
General Lavalle	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
General Madariaga	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
General Pueyrredón	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
General Rodríguez	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
General Pinto	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
General San Martín	Completo	SI	SI	Aprobado con remanente y pendiente de devolución	NO
General Viamonte	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Guaminí	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Hipólito Irigoyen	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Hurlingham	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Ituzaingó	Completo	SI	SI	Documentación Incompleta	NO
José C. Paz	Completo	SI	SI	Documentación Incompleta	NO
Junín	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
La Matanza	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Lezama	Completo	SI	SI	No corresponde	SI

Lincoln	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Luján	Completo	SI	SI	Documentación Incompleta	NO
Mar Chiquita	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Marcos Paz	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Mercedes	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Monte Hermoso	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Morón	Completo	SI	SI	Documentación Incompleta	NO
Moreno	Completo	SI	SI	En rendición de cuentas	NO
Necochea	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Patagones	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Pehuajó	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Pergamino	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Pila	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Pilar	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Pinamar	Completo	SI	SI	Documentación Incompleta	NO
Presidente Perón	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Punta Indio	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Quilmes	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Rojas	Completo	SI	SI	En rendición de cuentas	NO
Roque Pérez	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Saladillo	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Salto	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
San Andrés de Giles	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
San Antonio de Areco	Completo	SI	SI	No corresponde	SI

San Isidro	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
San Pedro	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Suipacha	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Tapalqué	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Trenque Lauquen	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Tigre	Completo	SI	SI	Aprobado y enviado a la guarda	SI
Tornquist	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Villa Gesell	Completo	SI	SI	No corresponde	SI
Villarino	Completo	SI	SI	No corresponde	SI

Nota de Adhesión	
Pendiente de envío borrador	La jurisdicción no lo envió.
Recibido en análisis	La documentación se encuentra siendo controlada por el área que corresponde.
Recibido con observaciones	La documentación no estaba correctamente presentada por lo tanto se remitió a la jurisdicción con las observaciones pertinentes.
Pendiente de envío firmado	La documentación está bien sólo falta la firma de la autoridad correspondiente
Completo	La documentación está en condiciones de incorporarse al expediente.
A la Firma de Carla Vizzotti	El convenio está en el Ministerio de Salud de la Nación a la firma de la Ministra Carla Vizzotti

Anexo X: Distribución de becarios del PNSC por perfil - Diciembre 2022



Perfil	Cantidad
Médico/a	504
Enfermero/a	318
Auxiliar en Enfermería / Tec. Sup. en enfermería	76
Técnico/a Superior en Agente Sanitario	81
Agente Sanitario/a	936
Trabajador/a Social	102
Obstétrico/a	89
Psicólogo/a	73
Nutricionista	53
Odontólogo/a	50
Educador/a Sanitario	12
Fonoaudiólogo/a	2
Kinesiólogo/a	13
Administrativo/a	121
Otro	101
Sin dato	20

Anexo XI: Transferencias efectivizadas a diciembre 2022

MUNICIPIO	Expediente	Orden de Pago	SIDIF	Fecha de pago	Fecha de Rendición. Calcular 90 días hábiles
ALMIRANTE BROWN	EX-2022-118761200- -APN-DD#MS	PENDIENTE			
AVELLANEDA	EX-2022-71214640- -APN-DD#MS	8183	341051	24/10/2022	02/03/2023
AVELLANEDA	EX-2022-71214640- -APN-DD#MS	8184	341050	14/12/2022	19/04/2023
AVELLANEDA	EX-2022-71214640- -APN-DD#MS	8185	341030	16/01/2023	
ADOLFO ALSINA	EX-2022-99688811- -APN-DD#MS	9719	396562		
ADOLFO ALSINA	EX-2022-99688811- -APN-DD#MS	9721	396671	12/01/2023	
ADOLFO GONZALEZ CHAVEZ	EX-2022-81861522- -APN-DD#MS	8846	361847	9/11/2022	20/03/2023
ADOLFO GONZALEZ CHAVEZ	EX-2022-81861522- -APN-DD#MS	8847	361894	13/12/2022	18/04/2023
ADOLFO GONZALEZ CHAVEZ	EX-2022-81861522- -APN-DD#MS	8848	361853	12/01/2022	
AZUL	EX-2022-110356579- -APN-DD#MS	9875	406873		
BENITO JUÁREZ	EX-2022-101962259- -APN-DD#MS	10067	414449	16/12/2022	21/4/2023
BENITO JUÁREZ	EX-2022-101962259- -APN-DD#MS	10068	414441	12/01/2023	
BERISSO	EX-2022-116134160- -APN-DD#MS	PENDIENTE			
BOLÍVAR	EX-2022-65601306- -APN-DD#MS	7446	312262	03/10/2022	13/2/2023
BOLÍVAR	EX-2022-65601306- -APN-DD#MS	8019	335275	01/11/2022	10/3/2023
BOLÍVAR	EX-2022-65601306- -APN-DD#MS	8022	335316	13/12/2022	18/04/2023
BOLÍVAR	EX-2022-65601306- -APN-DD#MS	8023	335277	12/01/2023	
CAMPANA	EX-2022-91537483- -APN-DD#MS	9202	374556	11/11/2022	22/3/2023
CAMPANA	EX-2022-91537483- -APN-DD#MS	9203	374559	13/12/2022	18/04/2023
CAMPANA	EX-2022-91537483- -APN-DD#MS	9204	374554	16/01/2023	01/06/2023
CAPITAN SARMIENTO	EX-2022-100863852- -APN-DD#MS	9851	406855	14/12/2022	19/4/2023
CAPITAN SARMIENTO	EX-2022-100863852- -APN-DD#MS	9852	406874	12/01/2023	
CARLOS CASARES	EX-2022-102591182- -APN-DD#MS	10550	438745		
CARLOS CASARES	EX-2022-102591182- -APN-DD#MS	10551	438740		
CARMEN DE ARECO	EX-2022-76307027- -APN-DD#MS	9849	406850		
CARMEN DE ARECO	EX-2022-76307027- -APN-DD#MS	9850	406846	12/01/2023	
CORONEL PRINGLES	EX-2022-93482525- -APN-DD#MS	9492	386208	25/11/2022	4/4/2023
CORONEL PRINGLES	EX-2022-93482525- -APN-DD#MS	9493	386210	13/12/2022	18/4/2023
CORONEL PRINGLES	EX-2022-93482525- -APN-DD#MS	9495	386201	12/01/2023	
DAIREAUX	EX-2022-100137136- -APN-DD#MS	9734	397227	14/12/2022	19/4/2023
DAIREAUX	EX-2022-100137136- -APN-DD#MS	9736	397235	13/12/2022	18/4/2023

DAIREAUX	EX-2022-100137136- -APN-DD#MS	9740	397226	12/01/2023	
DOLORES	EX-2022-94751155- -APN-DD#MS	10547	438723		
EXALTACIÓN DE LA CRUZ	EX-2022-93560653- -APN-DD#MS	9236	376245	10/01/2023	24/5/2023
EXALTACIÓN DE LA CRUZ	EX-2022-93560653- -APN-DD#MS	9237	376254	13/12/2022	18/4/2023
EXALTACIÓN DE LA CRUZ	EX-2022-93560653- -APN-DD#MS	9238	376244	12/01/2023	30/5/2023
EZEIZA	EX-2022-98385951- -APN-DD#MS	9509	388401	25/11/2022	4/4/2023
EZEIZA	EX-2022-98385951- -APN-DD#MS	9510	388434	13/12/2022	18/4/2023
EZEIZA	EX-2022-98385951- -APN-DD#MS	9511	388428		
FLORENTINO AMEGHINO	EX-2022-109684797- -APN-DD#MS	10085	414457		
FLORENTINO AMEGHINO	EX-2022-109684797- -APN-DD#MS	10086	414439	16/01/2023	01/06/2023
GRAL ALVARADO	EX-2022-105713553- -APN-DD#MS	10077	414456	16/12/2022	21/04/2023
GRAL ALVARADO	EX-2022-105713553- -APN-DD#MS	10078	414440	06/01/2023	
GENERAL ALVEAR	EX-2022-89041569- -APN-DD#MS	10592	438750		
GENERAL LAS HERAS	EX-2022-89041364- -APN-DD#MS	8853	361904	07/11/2022	16/03/2023
GENERAL LAS HERAS	EX-2022-89041364- -APN-DD#MS	8854	361842	13/12/2022	18/4/2023
GENERAL LAS HERAS	EX-2022-89041364- -APN-DD#MS	8855	361896	12/1/2023	30/05/2023
GENERAL LAVALLE	EX-2022-93690032- -APN-DD#MS	9501	386196	22/11/2022	30/3/2023
GENERAL LAVALLE	EX-2022-93690032- -APN-DD#MS	9502	386200	13/12/2022	18/4/2023
GENERAL LAVALLE	EX-2022-93690032- -APN-DD#MS	9503	386192	12/1/2023	
GRAL MADARIAGA	EX-2022-68981970- -APN-DD#MS	7443	312283	3/10/2022	13/2/2023
GRAL MADARIAGA	EX-2022-68981970- -APN-DD#MS	8016	335280	28/10/2022	8/3/2023
GRAL MADARIAGA	EX-2022-68981970- -APN-DD#MS	8017	335295	13/12/2022	18/4/2023
GRAL MADARIAGA	EX-2022-68981970- -APN-DD#MS	8018	335299	03/01/2023	
GENERAL PINTO	EX-2022-119661240- -APN-DD#MS	10591	438726		
GRAL PUEYRREDON	EX-2022-87887516- -APN-DD#MS	8213	341195	10/01/2023	
GRAL PUEYRREDON	EX-2022-87887516- -APN-DD#MS	8214	341194	16/12/2022	21/04/2023
GRAL PUEYRREDON	EX-2022-87887516- -APN-DD#MS	8215	341191		
GRAL RODRIGUEZ	EX-2022-83636804- -APN-DD#MS	8394	346020	28/10/2022	8/3/2023
GRAL RODRIGUEZ	EX-2022-83636804- -APN-DD#MS	8395	346018	14/12/2022	19/4/2023
GRAL RODRIGUEZ	EX-2022-83636804- -APN-DD#MS	8396	346004		
GRAL VIAMONTE	EX-2022-81860982- -APN-DD#MS	8186	341038	24/10/2022	13/4/2022
GRAL VIAMONTE	EX-2022-81860982- -APN-DD#MS	8187	341055	14/12/2022	19/4/2023
GRAL VIAMONTE	EX-2022-81860982- -APN-DD#MS	8188	341041		
GUAMINI	EX-2022-90993249- -APN-DD#MS	9222	376273	15/11/2022	05/05/2023
GUAMINI	EX-2022-90993249- -APN-DD#MS	9223	376248	13/12/2022	18/4/2023
GUAMINI	EX-2022-90993249- -APN-DD#MS	9224	376242	12/01/2023	

JUNÍN	EX-2022-87937069- -APN-DD#MS	8849	361901	10/11/2022	23/03/2023
JUNÍN	EX-2022-87937069- -APN-DD#MS	8850	361868	13/12/2022	18/4/2023
JUNÍN	EX-2022-87937069- -APN-DD#MS	8851	361884	12/01/2023	30/5/2023
HIPOLITO YRIGOYEN	EX-2022-78767051- -APN-DD#MS	8210	341197	20/10/2022	11/04/2023
HIPOLITO YRIGOYEN	EX-2022-78767051- -APN-DD#MS	8211	341186	13/12/2022	18/4/2023
HIPOLITO YRIGOYEN	EX-2022-78767051- -APN-DD#MS	8212	341187	12/01/2023	
HURLINGHAM	EX-2022-66640252- -APN-DD#MS	10083	414450		
HURLINGHAM	EX-2022-66640252- -APN-DD#MS	10084	414443	16/01/2023	1/6/2023
LA MATANZA	EX-2022-110356865- -APN-DD#MS	10064	414465	16/12/2022	21/4/2023
LA MATANZA	EX-2022-110356865- -APN-DD#MS	10065	414455		
LEZAMA	EX-2022-65600730- -APN-DD#MS	6690	285458	08/09/2022	16/1/2023
LEZAMA	EX-2022-65600730- -APN-DD#MS	6691	285847	04/10/2022	14/2/2023
LEZAMA	EX-2022-65600730- -APN-DD#MS	8300	344354	01/11/2022	10/2/2023
LEZAMA	EX-2022-65600730- -APN-DD#MS	8301	344355	13/12/2022	18/4/2023
LEZAMA	EX-2022-65600730- -APN-DD#MS	8303	344356	12/01/2023	30/05/2023
LINCOLN	EX-2022-92913691- -APN-DD#MS	9485	384861	22/11/2022	30/3/2023
LINCOLN	EX-2022-92913691- -APN-DD#MS	9486	384856	14/12/2022	19/4/2023
LINCOLN	EX-2022-92913691- -APN-DD#MS	9487	384859	12/01/2023	30/5/2023
MAR CHIQUITA	EX-2022-100896257- -APN-DD#MS	9458	384489	10/01/2023	
MAR CHIQUITA	EX-2022-100896257- -APN-DD#MS	9462	384494	16/12/2022	21/04/2023
MAR CHIQUITA	EX-2022-100896257- -APN-DD#MS	9466	388406		
MARCOS PAZ	EX-2022-74083534- -APN-DD#MS	9504	386204	10/1/2022	24/5/2023
MARCOS PAZ	EX-2022-74083534- -APN-DD#MS	9507	386193	13/12/2022	18/4/2023
MARCOS PAZ	EX-2022-74083534- -APN-DD#MS	9508	388467	16/01/2023	
MERCEDES	EX-2022-80548786- -APN-DD#MS	9472	384498	22/11/2022	30/3/2023
MERCEDES	EX-2022-80548786- -APN-DD#MS	9474	384483	13/12/2022	18/4/2023
MERCEDES	EX-2022-80548786- -APN-DD#MS	9475	384484	12/01/2023	
MONTE HERMOSO	EX-2022-115829684- -APN-DD#MS	10079	414458	14/12/2022	19/4/2023
MONTE HERMOSO	EX-2022-115829684- -APN-DD#MS	10080	414445	10/01/2023	
NECOCHEA	EX-2022-93689858- -APN-DD#MS	10105	417418		
NECOCHEA	EX-2022-93689858- -APN-DD#MS	10106	417428	12/01/2023	
PATAGONES	EX-2022-93539518- -APN-DD#MS	9847	406837	14/12/2022	19/4/2023
PATAGONES	EX-2022-93539518- -APN-DD#MS	9848	406884		
PILA	EX-2022-83636948- -APN-DD#MS	8856	361863	07/11/2022	16/3/2023
PILA	EX-2022-83636948- -APN-DD#MS	8857	361849	13/12/2022	18/4/2023
PILA	EX-2022-83636948- -APN-DD#MS	8858	361857	16/01/2023	1/6/2023

PILAR	EX-2022-115829543- -APN-DD#MS				
PEHUAJO	EX-2022-115829986- -APN-DD#MS	10548	438735		
PERGAMINO	EX-2022-100896636- -APN-DD#MS	EN CIRCUITO			
PRESIDENTE PERÓN	EX-2022-71608976- -APN-DD#MS	9233	376264	10/01/2023	24/5/2022
PRESIDENTE PERÓN	EX-2022-71608976- -APN-DD#MS	9234	376282	13/12/2022	18/04/2023
PRESIDENTE PERÓN	EX-2022-71608976- -APN-DD#MS	9235	376286		
PUNTA INDIO	EX-2022-89041141- -APN-DD#MS	8397	345954	01/11/2022	10/03/2023
PUNTA INDIO	EX-2022-89041141- -APN-DD#MS	8399	346007	14/12/2022	19/04/2023
PUNTA INDIO	EX-2022-89041141- -APN-DD#MS	8400	346017	12/01/2023	30/05/2023
QUILMES	EX-2022-82335133- -APN-DD#MS	10693	446354	6/1/2023	
ROQUE PEREZ	EX-2022-95867302- -APN-DD#MS	9239	376257	15/11/2022	05/05/2023
ROQUE PEREZ	EX-2022-95867302- -APN-DD#MS	9240	376270	14/12/2022	19/4/2023
ROQUE PEREZ	EX-2022-95867302- -APN-DD#MS	9241	376247		
SALADILLO	EX-2022-95865167- -APN-DD#MS	9210	374553	11/11/2022	22/3/2023
SALADILLO	EX-2022-95865167- -APN-DD#MS	9211	374560	13/12/2022	18/4/2023
SALADILLO	EX-2022-95865167- -APN-DD#MS	9212	374563	12/01/2023	
SAN ISIDRO	EX-2022-78767253- -APN-DD#MS	9945	408484	16/12/2022	21/4/2023
SAN ISIDRO	EX-2022-78767253- -APN-DD#MS	9946	408463	12/01/2023	30/5/2023
SALTO	EX-2022-67925667- -APN-DD#MS	7116	303411	3/10/2022	13/2/2023
SALTO	EX-2022-67925667- -APN-DD#MS	8304	344369	1/11/2022	10/3/2023
SALTO	EX-2022-67925667- -APN-DD#MS	8305	344360	13/12/2022	18/4/2023
SALTO	EX-2022-67925667- -APN-DD#MS	8306	344347	12/01/2023	
SAN ANDRES DE GILES	EX-2022-82338491- -APN-DD#MS	8192	341046	24/10/2022	2/3/2023
SAN ANDRES DE GILES	EX-2022-82338491- -APN-DD#MS	8193	341031	13/12/2022	18/4/2023
SAN ANDRES DE GILES	EX-2022-82338491- -APN-DD#MS	8194	341054	16/01/2023	
SAN ANTONIO DE ARECO	EX-2022-82338864- -APN-DD#MS	8189	341029	24/10/2022	2/3/2023
SAN ANTONIO DE ARECO	EX-2022-82338864- -APN-DD#MS	8190	341034	13/12/2022	18/4/2023
SAN ANTONIO DE ARECO	EX-2022-82338864- -APN-DD#MS	8191	341052	16/01/2023	
SAN PEDRO	EX-2022-87887871- -APN-DD#MS	8199	341048	20/10/2022	28/2/2023
SAN PEDRO	EX-2022-87887871- -APN-DD#MS	8200	341032	13/12/2022	18/4/2023
SAN PEDRO	EX-2022-87887871- -APN-DD#MS	8201	341037	16/01/2023	
SUIPACHA	EX-2022-95864606- -APN-DD#MS	9947	408483		
SUIPACHA	EX-2022-95864606- -APN-DD#MS	9948	408478	16/01/2023	
TALPAQUÉ	EX-2022-91549030- -APN-DD#MS	10070	414464	16/12/2022	21/4/2023
TALPAQUÉ	EX-2022-91549030- -APN-DD#MS	10071	414454	12/01/2023	
TIGRE	EX-2022-72295542- -APN-DD#MS	10549	438817	06/01/2023	1/6/23

TORNQUIST	EX-2022-99688633- -APN-DD#MS	10087	414442	14/12/2022	19/04/2023
TORNQUIST	EX-2022-99688633- -APN-DD#MS	10088	414448	12/01/2023	
TRENQUELAUQUEN	EX-2022-106258697- -APN-DD#MS	9538	388471	25/11/2022	4/4/2023
TRENQUELAUQUEN	EX-2022-106258697- -APN-DD#MS	9539	388408	13/12/2022	18/4/2023
TRENQUELAUQUEN	EX-2022-106258697- -APN-DD#MS	9540	388436	16/01/2023	
VILLA GESELL	EX-2022-100897419- -APN-DD#MS	10081	414453		
VILLA GESELL	EX-2022-100897419- -APN-DD#MS	10082	414462		
VILLARINO	EX-2022-115829876- -APN-DD#MS	10595	438769		