

INNOVACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA GESTIÓN PÚBLICA EN SALUD

**Experiencias en la mejora
de procesos administrativos
y análisis de información**

en el Ministerio de Salud
de la Nación



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*

INNOVACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA GESTIÓN PÚBLICA EN SALUD

**Experiencias en la mejora de procesos
administrativos y análisis de información**
en el Ministerio de Salud de la Nación

ISBN: 978-950-38-0335-6

Primera edición: Septiembre de 2023

AUTORIDADES

Alberto Fernández

Presidente de la Nación

Cristina Fernández de Kirchner

Vicepresidenta de la Nación

Agustín Rossi

Jefe de Gabinete

Carla Vizzotti

Ministra de Salud de la Nación

Mauricio Monsalvo

Secretario de Gestión Administrativa

Gonzalo La Cava

Director de Innovación Administrativa

COMPILADORES

Gonzalo Sebastián La Cava

Cecilia Inés Boeri

Denise Solange Crudo

Micaela De París

Mercedes Iris Laurenza

EDICIÓN

Eleonora Centelles

DISEÑO

Emmanuel Filomena

Agustina de la Puente

Leila Lewkowicz

ÍNDICE

- 9 | AGRADECIMIENTOS**
- 10 | DECLARACIÓN SOBRE USO DE LENGUAJE EN EL TEXTO**
- 10 | CÓMO CITAR ESTE LIBRO**
- 11 | PRÓLOGO**
- 13 | ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA INNOVACIÓN**
- 21 | MISIÓN DE LA DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN ADMINISTRATIVA**
- 23 | INTRODUCCIÓN**
- 31 | 1. DIGITALIZACIÓN DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS**
 - 33 | 1.1. INNOVACIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA GESTION DE PAGOS EN EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN**
 - 49 | 1.2. EL GOBIERNO DIGITAL APLICADO A LA POLÍTICA DE CONTRATACIÓN DE RESIDENTES EN EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN**
 - 68 | 1.3. REGLAMENTACIÓN Y DIGITALIZACIÓN EN LA RECEPCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**
- 89 | 2. EXPLOTACIÓN DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**
 - 91 | 2.1. TABLEROS DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA: CONOCER PARA GESTIONAR**
 - 104 | 2.2. EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE METAS FÍSICAS Y DEL PLAN ANUAL DE COMPRAS PARA EL EJERCICIO 2022**

135 | 3.EVIDENCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES

137 | 3.1. CARACTERIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN ARGENTINA EN EL AÑO 2020

161 | 3.2. ENCUESTA AL PERSONAL COMO INSTRUMENTO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES INSTITUCIONALES

175 | ÍNDICE DE FIGURAS

178 | ÍNDICE DE TABLAS

AGRADECIMIENTOS

El equipo de la Dirección de Innovación Administrativa quiere agradecer a aquellas personas de alguna forma hicieron posible la realización de esta publicación.

A las autoridades y equipos de las Direcciones Generales de Administración y de Gestión Operativa, Alfredo Maldonado, Mima Meza y Jorge Escobar; de Proyectos con Financiamiento Externo, Silvia Prieri, Matías Merlino, Laura Solaberrieta; de Programación y Control Presupuestario, Andrea Morales, Maximiliano Morales, Andrés Vaccari; de Recursos Humanos, Natalia Suarez y Martina Francica; de las Direcciones Nacional de Talento Humano y Conocimiento, Guadalupe Lopez y Emiliano Lopez; de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, Teresita Ithurburu y Juan Dure; de las Direcciones de Tecnologías de la información y las Comunicaciones, Eduardo Perez y Rodrigo Del Mónaco; a la Comisión de Recepción Definitiva y el Despacho de la Secretaría de Gestión Administrativa. A La Dirección de Tramitación a Distancia, Erica Rosolen y Federico Gallo. A todos y todas, los objetivos de esta Dirección solamente pueden alcanzarse a partir del compromiso y trabajo en común con otros equipos. A los compañeros que también formaron parte de esta Dirección y se fueron buscando otros rumbos: José Ramirez Costa, Julián Mur y Juan Manuel Dias.

A Carla Vizzotti y Mauricio Monsalvo por la visión de la necesidad de crear la Dirección y por entender a la innovación como un pilar de la gestión del Estado.

Equipo de la Dirección de Innovación Administrativa

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DEL LENGUAJE NO SEXISTA E INCLUSIVO

Esta publicación adhiere a una comunicación con perspectiva de género.

Se ha priorizado la implementación de estrategias como el uso de sustantivos colectivos, el lenguaje indirecto y la construcción discursiva centrada en las acciones o funcionalidades, siguiendo las recomendaciones de la Dirección de Géneros y Diversidad de este Ministerio.¹

CÓMO CITAR ESTE LIBRO

La Cava, G. S., Boeri, C. I., Crudo, D. S., De París, M. y Laurenza, M. I. (Comps.). (2023). Innovación Administrativa en la gestión pública en salud. Experiencias en la mejora de procesos administrativos y análisis de información en el Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

1. Documento con recomendaciones disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/y-ahora-como-se-dice-pensando-el-lenguaje-y-la-comunicacion-no-sexista-e-inclusiva-en-el>

PRÓLOGO

Los cambios en la sociedad, en la forma en que vivimos, nos relacionamos, nos alimentamos, nos desarrollamos, nos vinculamos, nos emocionamos tienen impactos en nuestra salud. El Ministerio de Salud de la Nación tiene un rol preponderante en la definición de las políticas públicas de salud, que no son otra cosa que priorizar problemas y buscar intervenir sobre ellos para contribuir en la mejora en la calidad de vida de la población.

Las circunstancias históricas hicieron que tuviese que asumir con honor y responsabilidad el rol de ministra en uno de los momentos en que todas las miradas de la sociedad estaban puestas en el nivel de respuesta que el sistema de salud, como un todo, pudiera brindar ante una situación sin precedentes como fue la pandemia del COVID-19. No pretendo realizar aquí una recapitulación de las políticas de salud que llevamos adelante en estos años, si no poner el foco sobre un aspecto que muchas veces queda invisibilizado y que resulta crítico para el éxito de cualquier política pública: la administración del Estado.

La recuperación del Ministerio de Salud y la decisión de fortalecer las capacidades estatales en dimensiones tales como la implementación de sistemas de gestión e información, la jerarquización de sus trabajadores y su formación continua, la mejora en las condiciones de trabajo y la puesta en valor de los espacios de trabajo, entre otras, fueron condiciones necesarias y pilares para mi gestión en el Ministerio. Estas condiciones permiten llevar adelante un modelo de gestión pública con perspectiva de innovación, que prevea la existencia de procesos definidos por procedimientos aprobados formalmente, la disponibilidad de sistemas de información robustos, el monitoreo, la evaluación y la rendición de cuentas.

La Dirección de Innovación Administrativa fue creada en el año 2021 en paralelo al momento de mi asunción como ministra, entendiendo que más allá de las urgencias impuestas por la pandemia, resultaba imperioso contar con una estructura destinada a repensar la gestión, que ponga en valor

el uso de la evidencia en la gestión de políticas con el fin último de garantizar derechos y mejorar la equidad en el acceso a la salud.

La publicación de la Dirección de Innovación Administrativa que se presenta a continuación recopila y difunde experiencias del período 2021-2023 vinculadas a la gestión de políticas públicas del Ministerio abarcando distintas dimensiones vinculadas a la innovación en la gestión del Estado.

Mi deseo es que las experiencias compartidas contribuyan con aquellos funcionarios y trabajadores que se desempeñan en el ámbito de la gestión del Estado y que tengan como meta mejorar los servicios públicos y fortalecer los derechos de la ciudadanía.

Dra. Carla Vizzotti

Ministra de Salud de la Nación

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA INNOVACIÓN

El concepto de innovación cobró popularidad en los últimos años, de la mano del paradigma mecanicista, como introducción tecnológica asociada a las mejoras de productividad. Sin embargo, es cada vez más frecuente encontrarlo relacionado con la economía del conocimiento, en un sentido mucho más amplio, con la tecnología en un sentido cotidiano, con el concepto de regeneración ambiental y, por supuesto, con la irrupción en nuestra vida diaria del concepto de inteligencia artificial (que algunos no entendemos aún por qué en algunos espacios se usa en mayúsculas).

En este marco, nuestra primera tendencia es confundir la innovación con la invención. A veces es necesario recurrir al diccionario para recordar que, sin embargo, innovar es mudar (no dice cambiar, aunque nos parezca más preciso) o alterar algo, introduciendo novedades. Una forma de entender la innovación puede ser, entonces, hacer lo mismo con las mismas cosas mezclándolas de una manera diferente. Pensando que el orden de los factores puede alterar el producto. O bien pensando en obtener el mismo resultado (esperado) alterando las cosas que hacemos, incluso aunque sean las mismas de siempre.

Nuestro cerebro parece preparado para pensar a la burocracia solo como una administración ineficiente a causa del papeleo, la rigidez y las formalidades superfluas. Una organización que se parece más a un conjunto, un amontonamiento de personas (que suele pensarse en términos de “tamaño”), regida por normas pensadas para trabar la gestión, impedir que pasen cosas y permitir que las personas que detentan poder político ejerzan una influencia excesiva en los asuntos públicos. Simplificando, la burocracia se entiende como un proceso impersonal diseñado para trabar y complicar y, al mismo tiempo, permitir que una persona particular pueda destrabarlo: el tan esperado “Lo tuyo está”. Esa llave, ese conocimiento del funcionamiento del Estado, esa pequeña capacidad para mover una ficha de un canasto a otro, para avanzar un expediente de un escritorio a otro,

conseguir una firma, marcar o poner tilde en una pantalla ocurre en las antípodas de la innovación. En este sentido, innovar en la burocracia parece, más que un desafío, una lucha de poder.

Y lo es. Es una lucha por el poder de controlar la acción estatal. En particular, por moverla del *statu quo* o, más descriptivo aún: para evitar que la zona de confort de muchos resulte un resorte de poder de pocos. Una batalla para desmalezar, desmarañar, simplificar, agilizar es, en este marco, una batalla por transparentar. Facilitar el accionar de cualquier actor anónimo en condiciones de igualdad de oportunidades “versus el particularismo, una forma de cuyas formas más comunes es el clientelismo” (O’Donnell, 1997).²

Asociamos el clientelismo a la movilización política de base. Pero es importante recordar aquí, como hizo O’Donnell en *Contrapuntos* (1997), que este tipo de “relaciones no universalistas, desde transacciones particularistas jerárquicas, patronazgo, nepotismo, favores y jeitos, hasta acciones que, según las reglas formales del complejo institucional [...] serían consideradas corruptas” en cualquier país serio, como suele decirse en las charlas de café.

El particularismo es antagónico con un principio básico: es necesario distinguir, en términos legales, normativos y de comportamiento, entre la esfera pública y la privada. Porque los conflictos de intereses existen y deben ser abordados como problemática propia de las reglas del juego, de manera pragmática o no dogmática.

El problema de nuestras democracias nunca pasó por la división entre lo público y lo privado, incluso a pesar de las dificultades que tuvimos para encontrar o crear situaciones de cooperación o participación *win-win* o de algunos discursos separatistas. El problema tampoco pasa por los intereses en sí: nadie cuestiona a esta altura que necesitamos que a las empresas les vaya bien en la relación con el Estado (que crezcan, que creen empleo, etc.). Mucho menos pasa por la discrepancia de intereses. El problema

2. O’Donnell, G. (1997a). *Contrapuntos: ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización* (Volumen 1). Madrid: Paidós.

es el conflicto de intereses, que típicamente ocurre 1) cuando los individuos asumen roles en instituciones estatales dominados por motivos particularistas (la variante donde ponemos el zorro a cuidar el gallinero) y 2) cuando ni siquiera es necesaria esa formalización o exposición, porque el clientelismo se practica como la principal forma de acceso al poder y de ejercicio de este mediante el otorgamiento o la aceptación de sobornos.

¿Qué tienen que ver la innovación administrativa y la lucha contra la corrupción? La respuesta es simple: la corrupción afecta, en especial y en todas sus aristas, a las capacidades estatales. Y nuestro interés aquí no es proteger el interés de las empresas, que merece tanta atención como el interés de la ciudadanía.

Nuestro interés reside en cómo crear, desarrollar y consolidar, dados los recursos existentes, mejores capacidades para hacer políticas públicas que defiendan los derechos de la ciudadanía (y en extensión de las empresas). Tomemos dos ejemplos simples, uno de cada.

El interés de una ciudadana es crecer profesionalmente: su derecho es poder contar con el reconocimiento del Estado en forma de matrícula profesional sin perder tiempo de más y sin someterse a evaluaciones discrecionales, tratos despectivos ni negativas indeterminadas por quién ejerce a función de dársela si objetivamente corresponde, pero la trata como si le hiciera un favor. La gestión administrativa debe procurar constantemente articular estos intereses para satisfacer las necesidades definidas por la política pública.

El interés de cualquier empresa es vender su producto para ganar dinero: su derecho es poder hacerlo sin que otra empresa le gane una licitación o cobre una factura antes que su competidora porque existe un valijero o una persona con contactos que ejerce un poder informal o porque paga un soborno.

En definitiva, cuando el conjunto de las servidoras y los servidores públicos cuenta con una influencia excesiva en los asuntos públicos (clientelismo) o cuando la administración resulta ineficiente a causa del papeleo,

la rigidez y las formalidades superfluas, las posibilidades para hacer políticas públicas merma. En calidad, en oportunidad, en focalización, en eficacia y, no pocas veces, en impacto en la sociedad.

En mi experiencia en la gestión pública, ocuparse de estos dos problemas restaba energía para hacer lo importante. Como los tiempos de la gestión son cortos y dependen de ciclos exógenos, abrir frentes internos dilapida un tiempo precioso para alcanzar objetivos más nobles, o bien más importantes en términos políticos. Puede resultar mucho más tentador sencillamente doblar o duplicar estructuras y aplicar filtros de ingreso para evitar la contaminación. También puede ser oportuno y conveniente hacer la vista gorda e incorporar las ineficiencias como meros costos de transacción.

Cuando uno piensa que su problema es más relevante y su diseño es exitoso o tiene chances de ser ganador, la implementación aparece más como un escollo que como un vehículo.

Ahora bien, llegados a este punto, conviene hacer una disquisición importante. El éxito del clientelismo como forma de hacer las cosas tiene mucho que ver con su naturalización y su despersonalización tal que cada nuevo agente que ingresa al servicio público pareciera que debe aprender las mañas o convivir con ellas, y resignarse. “Siempre se hizo así” y “¿Para qué te vas a preocupar si no podés cambiar nada?” son dos frases muy pronunciadas en el ámbito de la gestión pública. La ética se torna individual: “Yo no me meto”. ¿Cuál es la consecuencia? La pérdida sistemática de talento humano valioso para el Estado.

Cuando aparecen (y aparecen muchos) talentos con vocación pública y tienen la oportunidad de ingresar a trabajar en el Estado, la sensación de impotencia, la prácticamente inexistencia de incentivos dinerarios positivos, a veces el desprestigio que supone para terceros y no pocas veces la fealdad, la disonancia y las malas condiciones de los espacios de trabajo los expulsa. Sumado a los recientes cambios en el mercado de trabajo que afecta diferencialmente a las personas más jóvenes y dividido por los

mejores salarios que suele pagar el sector privado, el producto es predecible: perdemos talentos. Los formamos, los valorizamos y no tenemos capacidad de retenerlos. No llegan a ocupar posiciones relevantes de poder.

La inestabilidad laboral y la desatención de administraciones pasadas, potenciadas por la pandemia de COVID-19 (con más situaciones críticas que no vale la pena mencionar aquí), implican pérdidas enormes de energía y recursos para crear una fuerza de trabajo en el sector público capaz de responder a las demandas de la ciudadanía y de la política.

Si la gestión es hacer que las cosas sucedan, la resultante es la frustración. Quién demanda una mínima atención del Estado (por ejemplo, un trámite simple) no lo obtiene; quién tiene vocación política transformadora pierde tiempo valiosísimo en problemas autogenerados; y quien quiere trabajar en el Sector Público es, más tarde o más temprano, expulsado. Resulta así que la gestión agota, deslegitima y cercena en lugar de ser un vehículo, un medio, para el desarrollo de capacidades.

En este contexto, la recuperación de la institucionalidad del Ministerio de Salud y la apuesta por fortalecer sus capacidades de acción fueron decisiones políticas significativas de esta administración.

En este marco, se asignaron misiones específicas tales como coordinar las acciones necesarias para la implementación de procesos de modernización y actualización tecnológica. La implementación de modelos de gestión basados en resultados y estructurados en procedimientos formales, junto con la incorporación de los adelantos tecnológicos y la extensión de los sistemas de información, fueron políticas apoyadas con una fuerte inversión de recursos.

La jerarquización de las personas que trabajan y su formación continua, con financiamiento de programas de amplio alcance (como el Programa Innova Salud), incluyen medidas y lineamientos tendientes a lograr cuerpos técnicos profesionalizados y maximizar su permanencia en el

Estado. El financiamiento específico para postgrados y diplomaturas procura, a su vez, incrementar las capacidades individuales y la profesionalización de las personas que trabajan en el Ministerio.

Es imprescindible para la gestión adecuada de la cuestión pública proporcionar conocimientos y competencias de las personas que trabajan. Se debe mejorar tanto el desempeño como la satisfacción en el trabajo, para fomentar (o reforzar, cuando existe) el compromiso con la institucionalidad y con la cultura de servicio a la ciudadanía.

Con el propósito de incrementar la productividad y mejorar la retención de talentos, se asignaron recursos a la mejora en las condiciones de trabajo y la puesta en valor de los espacios en los que se trabaja. Crear condiciones de trabajo agradables no solo es una responsabilidad sanitaria, sino además una apuesta por la creación de ambientes laborales creativos y contenedores. El rol de los sindicatos en esta dimensión es fundamental, en particular a través de las discusiones, propuestas y controles dados en la Comisión de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CYMAT).

El avance de la incorporación de tecnologías, sumado a la actualización de procedimientos y normativas, impacta en la forma en que se trabaja cotidianamente dado que algunas tareas se modifican, otras se eliminan y otras nuevas surgen: esto supone una oportunidad para adecuar los espacios y, más en general, el ambiente de trabajo.

Estas condiciones permiten llevar adelante un modelo de gestión pública con perspectiva de innovación, que prevea la existencia de procesos definidos por procedimientos aprobados, formalizados y conocidos. Desarrollar e implementar en conjunto estos procedimientos incorporando la digitalización compone una oportunidad para la transformación digital del gobierno, que se entiende como un cambio de cultura de la organización del trabajo estatal.

Avanzar decididamente en adaptar el modelo organizativo con métodos y procesos que utilicen tecnologías de la información y comunicación permite

a las instituciones públicas atender las necesidades de la ciudadanía, del tercer sector y del sector privado, en general, y de las empresas, en particular, de forma eficiente, transparente y ágil.

Apostar por la disponibilidad a gran escala y con la menor restricción de acceso posible de sistemas de información robustos transparentes y empuja favorablemente. Parte de la ventaja de contar con sistemas como el de Gestión Electrónica de Expedientes, el COMPR.AR y el Sistema Integrado de Información Financiera Internet (e-SIDIF) es la posibilidad concreta de sistematizar los datos de manera tal que pueda contarse con tableros de gestión administrativa al alcance de cualquier agente.

Este tipo de desarrollos permiten brindar información respecto de los procedimientos administrativos que impactan en la ejecución de las políticas del Ministerio de Salud. Eso se debe a que presentan información detallada e indicadores relevantes para una mejor administración en adquisiciones, presupuesto y gestión de la política pública.

En contextos de trabajo digitalizado, ambientes propensos a la innovación y gestión transparente, todo esfuerzo por compilar y recoger datos para transformarlos en información permite una mejor aprehensión y comprensión de lo que se hace y de lo que se quiere hacer. Y, por lo tanto, aseguran una mejor planificación, implementación y evaluación de las políticas públicas basadas en la decisión más inteligente posible, el monitoreo de la acción desarrollada, la evaluación de los resultados obtenidos y la rendición de cuentas de lo actuado.

Pensar y repensar la gestión, de manera crítica y sistemática, usando la mejor evidencia disponible y con hipótesis de cambio osadas, pone en valor el cotidiano de las políticas públicas. Cuando estas tienen objetivos claros, orientados a satisfacer necesidades, garantizar derechos y mejorar la equidad en el acceso a la salud, las oportunidades de éxito se multiplican.

Lic. Mauricio Monsalvo

Secretario de Gestión Administrativa

LA MISIÓN DE LA DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN ADMINISTRATIVA

La Dirección de Innovación Administrativa (DIA) fue incorporada a la estructura organizativa del Ministerio de Salud de la Nación mediante la Decisión administrativa 384/21 del 19 de abril del año 2021. Creada bajo la órbita de la Secretaría de Gestión Administrativa, sus objetivos fueron diseñados para que el Ministerio pueda contar con un equipo de trabajo dedicado principalmente a la mejora de los procesos administrativos, a la incorporación de tecnologías de gestión a la administración y a la innovación y el fortalecimiento de las capacidades estatales.

Conformada por un equipo interdisciplinario con formaciones, recorridos y trayectorias diversas, con mucha vocación por la cuestión pública y con el firme convencimiento de que siempre se puede pensar una nueva solución a los problemas cotidianos de la gestión, se propuso desde sus inicios colaborar con los distintos equipos que conforman el Ministerio para concretar sus objetivos.

Desde la DIA entendemos a la innovación a partir de una perspectiva amplia respecto de sus alcances y de una concreta respecto de la medición de sus resultados que tiene como fin último la generación de servicios públicos que brinden más y mejores derechos a la ciudadanía. **La digitalización del Estado, el fortalecimiento de las capacidades, la formación continua de los trabajadores, la generación de espacios laborales adecuados, la disponibilidad de herramientas informáticas y de conectividad, la política de datos abiertos, la importancia de estructurar procesos de trabajo y la transparencia en la gestión son algunas de las ideas fuerza que orientan nuestro trabajo cotidiano.**

Mirado en retrospectiva, la creación de la DIA en plena pandemia del COVID-19 no fue casual. El Estado, y puntualmente el Ministerio de Salud por su rol fundamental durante la pandemia, tuvo que afrontar desafíos

inéditos con los recursos que tenía a disposición en un escenario complejo caracterizado por la incertidumbre. Los equipos de trabajo debieron organizarse para garantizar la continuidad de tareas en forma remota, lo cual aparejó adaptarse respecto de los horarios de trabajo, los medios de comunicación y las herramientas tecnológicas para garantizar la velocidad en los tiempos de respuesta.

Pasados dos años desde su creación, decidimos concentrar en una publicación algunas de las experiencias y productos que logramos desde la Dirección, con la humilde intención de expandir nuestro entusiasmo por la gestión pública, la gestión de la información para la toma de decisiones, la necesidad de la evaluación permanente, la innovación y los resultados.

Lic. Gonzalo Sebastián La Cava
Director de Innovación Administrativa

INTRODUCCIÓN

El Estado es una relación social que se configura entre los diferentes actores de una sociedad, que cuenta con un aparato institucional y garantiza un modelo de acumulación. Las instituciones que conforman el Estado son a su vez las encargadas de llevar adelante las políticas públicas para alcanzar los objetivos fijados por el gobierno dentro de un marco normativo, administrativo y financiero. El conjunto de reglas explícitas o implícitas con que se gestionan las instituciones del Estado configuran un determinado modelo de gestión pública que organiza el funcionamiento de la burocracia.

La irrupción del neoliberalismo en la década de 1980, que alcanzó sus máximos exponentes en Inglaterra y Estados Unidos, puso en discusión el modelo burocrático tradicional basado en los principios de la regularidad, el control y estabilidad y la profesionalización de los funcionarios, y dio lugar a un nuevo modelo que incorporaba metodologías gerenciales del sector privado al ámbito de la administración pública. En ese contexto hacia la década de 1990 en nuestro país se introdujo la idea de innovación en la gestión pública como una forma de legitimación de los procesos de la llamada modernización del estado. Esta se enmarcó en el Consenso de Washington y estuvo orientada al logro del equilibrio fiscal, a la privatización de servicios públicos, a la implantación de la nueva gestión pública y a la gestión por resultados (Schweinheim, 2012). La sanción de la Ley 23696, de Reforma del Estado, y la Ley 23697, de Emergencia Económica, englobaban un conjunto de medidas destinadas a la estructura administrativa estatal y a sus regímenes de financiamiento y control amparados en la emergencia económica.

Se puede identificar este como un primer momento de la innovación en la gestión pública (Grandinetti, 2018), donde la innovación se estructuró en torno a la incorporación de nuevas tecnologías

Hacia la primera década de los 2000, es posible identificar un proceso de retracción de la idea de innovación, que dio paso a iniciativas enfocadas en el fortalecimiento del papel político del Estado, con centralidad en las teorías

de gobernanza y nuevo desarrollismo (Grandinetti, 2018). En este periodo la innovación tiene que ver con fortalecer este papel del estado a través de la construcción de capacidades: “Se trata de un pasaje de la innovación como excepción hacia la innovación como sustento cotidiano, del quehacer organizacional que supone actuaciones en diferentes niveles, con dinámicas simultáneas y multiplicación de actores” (Grandinetti, 2018, p. 107).

En la actualidad, y desde el año 2010, ha habido un resurgimiento del tema en la agenda pública, asociada a la noción de gobierno abierto, al uso de tecnologías de la información, al diseño colaborativo de servicios y a las ideas novedosas para la resolución de problemas (Grandinetti, 2018).

En Argentina con el Decreto 434 de 2016 se aprueba el Plan de Modernización del Estado, definido como un conjunto de acciones para constituir una Administración pública de calidad, eficaz y eficiente, al servicio del ciudadano a partir del diseño de organizaciones flexibles orientadas a la gestión por resultados. El objetivo del Plan de Modernización del Estado es aumentar la calidad de los servicios provistos incorporando Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones, simplificando procedimientos, propiciando reingenierías de procesos y ofreciendo al ciudadano la posibilidad de mejorar el acceso por medios electrónicos a información personalizada, coherente e integral.

Concretamente, la innovación podría ser entendida como la “introducción de cambios significativos o novedades que transformen los servicios públicos con objeto de lograr mayor eficiencia, incrementar la aportación de valor al entorno y satisfacer las necesidades de la ciudadanía, la organización y la sociedad en general” (García Manjón y Rodríguez Escobar, 2013, p. 8, como se citó en Novagob, 2016).

Así los criterios que permiten identificar cuándo una organización del sector público innova son los siguientes: que se trate de una novedad; que el cambio introducido haya transformado el servicio público; que contribuya a la creación de valor público, lo que implica lograr mejores resultados públicos en términos de eficiencia, eficacia y de satisfacción (Novagob, 2016).

Novedad, implementación e impacto (Daglio *et. al.*, 2015, p. 4; OECD, 2015, p. 14) parecen resumir la innovación en lo que respecta a la gestión pública. Las novedades introducidas pueden significar el uso de recursos o habilidades preexistentes que se encuentran ocultos, dispersos o mal utilizados (Schweinheim, 2012).

Asociadas a la idea de innovación se encuentran la digitalización de los procesos y la incorporación de nuevas tecnologías, como herramientas que favorecen una nueva manera del ejercicio de las políticas. **Es importante reconocer que la incorporación de innovaciones tecnológicas no necesariamente redundan en innovación en los procesos, como tampoco en mejores resultados en términos de eficacia y eficiencia, pero sí son una condición de su posibilidad.**

La incorporación de los sistemas de la información permite acceder a grandes volúmenes de datos que resultan insumos fundamentales para el monitoreo de los procesos, la identificación de debilidades y la subsiguiente implementación de mejoras que los hagan más ágiles.

La gestión pública con perspectiva de innovación prevé la existencia de procesos definidos por procedimientos aprobados formalmente, la disponibilidad de sistemas de información robustos, el monitoreo, la evaluación y la rendición de cuentas. Desde esta perspectiva el resultado es un cambio medible y atribuible a una intervención, por lo cual resulta imprescindible la existencia de sistemas de información que permitan mensurar las consecuencias de las decisiones de los encargados de gestionar.

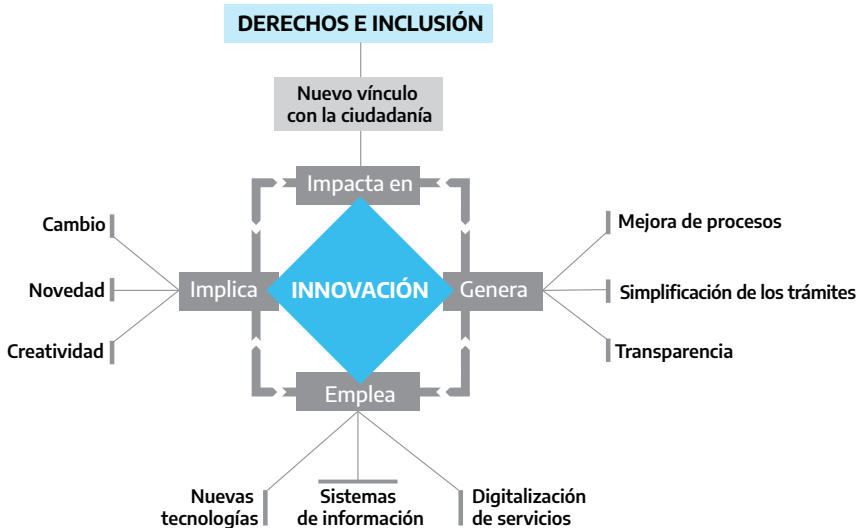
Asimismo, la información que los sistemas consolidan y generan tiene la potencialidad de ser puesta a disposición de la población, lo que hace más transparente la toma de decisiones y la ejecución de las políticas públicas. Esto brinda condiciones de posibilidad y retroalimenta un nuevo vínculo con una ciudadanía más activa y participativa. A este marco de referencia es fundamental adicionarle que los resultados y la creación de valor deben contribuir al ejercicio y fortalecimiento de los derechos de la población.

Asociadas a la idea de innovación existen una serie de conceptos que proponemos pensarlos no ordenados en términos causales, sino vinculados de manera iterativa, en una relación que genere sinergia para el logro de objetivos de gobierno e impacto en materia de fortalecimiento de derechos.

El uso de nuevas tecnologías permite contar con más información que a su vez hace posible revisar los procesos. Esta revisión puede generarse a partir de la demanda ciudadana o estar impulsada por el monitoreo interno. En cualquier caso, en simultáneo, puede generarse la introducción de nuevos cambios e innovaciones.

El marco conceptual al que se hace referencia puede resumirse en los siguientes puntos: sistemas de información, simplificación de trámites, digitalización de los servicios, grandes volúmenes de datos, acceso a la información, transparencia en la toma de decisiones, nueva relación con la ciudadanía y fortalecimiento de los derechos que debe garantizar el Estado.

Figura 0.1. Dimensiones de la Innovación



Fuente: Elaboración propia en base a bibliografía disponible

Así entendida, la innovación no resulta un fin en sí mismo, sino más bien una dinámica de trabajo donde los cambios que se implementaron son susceptibles de ser luego monitoreados y mejorados, retroalimentando y fortaleciendo las acciones de gobierno.

Esta publicación consolida iniciativas alcanzadas por alguna de las dimensiones de la innovación. Está orientada a compartir la experiencia de la Dirección de Innovación Administrativa del Ministerio de Salud en el período 2020-2023 y busca fomentar el trabajo colaborativo en esta materia. En todas las iniciativas descritas en este libro, la Dirección trabajó de manera articulada con las áreas sustantivas involucradas.

El trabajo se encuentra estructurado en tres ejes temáticos que servirán como nombre de las secciones del libro. En primer lugar, la digitalización de procesos administrativos; en segundo lugar, los sistemas administrativos como fuente de información; y, por último, la generación de evidencia para la toma de decisiones. Cada sección, a su vez, contiene varios artículos que describen una experiencia específica en el área de estudio. Algunos fueron presentados en jornadas científicas y adaptados para su presentación en este libro.

La sección acerca de la digitalización de procesos contiene tres artículos relacionados con la temática de reducción de tiempos de gestión administrativa y transformación digital.

En el primer artículo, se describe y evalúa la **digitalización del proceso de pagos a proveedores dentro del marco de compras públicas** del Ministerio de Salud de la Nación durante el período 2017-2021. Una versión de este trabajo recibió el premio nacional de gobierno electrónico (15ª edición) en la modalidad iniciativas de éxito en la 51 Jornadas Argentinas de Informática (JAIIO).

En esta línea, el segundo trabajo recupera la **optimización del trámite de contratación de personas adjudicatarias de residencias** a partir de la

cohorte 2021 y la disminución en los tiempos de resolución del trámite de contratación resultante de dicha optimización.

El tercer artículo recopila las experiencias en la **elaboración y aprobación del reglamento para la Comisión de Recepción Definitiva** que define sus responsabilidades y funciones, y en el **diseño un formulario estructurado para las Actas de Recepción**.

En la segunda sección, de sistemas administrativos como fuente de información para el seguimiento de la gestión, se recopilaron las experiencias del desarrollo de tableros de gestión administrativa del Ministerio de Salud y del análisis del cumplimiento de metas físicas.

El **desarrollo de tableros de gestión administrativa** del Ministerio –que utilizan como fuente de información los propios sistemas de gestión y como plataforma de desarrollo y de diseño de las visualizaciones un *software* de uso libre– permite monitorear cinco procesos sustantivos: adquisiciones, contrataciones, facturación, ejecución presupuestaria, planta de trabajadores.

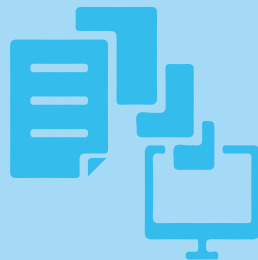
El quinto trabajo consiste en **un análisis puntal para el ejercicio 2022 de las metas físicas del organismo**. El artículo realiza un estudio agregado de las mediciones, que permite su categorización y la identificación y evaluación de desvíos.

Finalmente se presentan en la tercera sección dos trabajos que generan evidencia disponible para orientar y fundamentar la toma de decisiones: el primero de esta sección muestra **una caracterización de la fuerza de trabajo en salud en la Argentina** haciendo uso de fuentes de datos secundarias, y el segundo brinda **elementos para el diagnóstico de las necesidades de formación** a partir de una encuesta a las y los trabajadores del organismo realizada para tal fin.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Daglio, M., Gerson, D. y Kitchen, H. (2015). Building Organisational Capacity for Public Sector Innovation. *Background Paper prepared for the OECD Conference «Innovating the Public Sector: from Ideas to Impact»*. París, 12-13 noviembre de 2014. Recuperado de <https://www.oecd.org/innovating-the-public-sector/Background-report.pdf>
- Grandinetti, R. (2018) Innovación en la gestión pública: más allá y más acá del gobierno abierto. *Estado abierto*, 2(3), 91-115. Recuperado de <https://publicaciones.inap.gob.ar/index.php/EA/article/view/62/63>
- Novagob, (2016). *Innovación pública abierta: Ideas, herramientas y valores para participar en la mejora de la administración*. Recuperado de https://novagob.org/wp-content/uploads/2017/12/Estudio-Innovaci%C3%B3n-P%C3%BAblica-Abierta_compressed.pdf
- Schweinheim, G. (8 de enero de 2012). Innovación en políticas públicas y administración del Estado para el desarrollo con equidad. *Voces en el Fénix*. Recuperado de <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/innovacion-en-politicas-publicas-y-administracion-del-estado-para-el-desarrollo-con-equidad/>

DIGITALIZACIÓN DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS



1.1. INNOVACIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA GESTIÓN DE PAGOS EN EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Impacto de la digitalización del proceso administrativo y de la implementación de la Plataforma de Trámites a Distancia (TAD) como ventanilla única para la recepción de comprobantes de proveedores.³

Crudo, D. S., De París, M., Díaz, J. M., La Cava, G. S., Monsalvo, M., Mur, J. A. y Rosolen, E.

En Argentina, el presupuesto nacional se considera un acto de previsión integral de los ingresos y gastos probables en un determinado período, en el marco del plan delimitado por el gobierno nacional para cada caso. En este contexto, el presupuesto es considerado uno de los instrumentos más importantes de intervención de gobierno, ya que expresa la regulación estatal de las relaciones sociales en el ámbito nacional (Cristeche, 2013). Una vez promulgado y distribuido en los distintos organismos del Estado, este deberá ser ejecutado conforme las políticas y objetivos contemplados en el plan de gobierno y ser objeto posteriormente de auditorías tanto internas como externas al Poder Ejecutivo Nacional (PEN).

Entre las tareas que debe realizar el Estado con el presupuesto asignado, la adquisición de bienes, servicios y obras públicas resulta una de las más relevantes, considerando el volumen de transacciones en las que el sector público participa como comprador. En este sentido, el Estado ejecuta procesos de adquisición de bienes y servicios necesarios para llevar a cabo sus funciones (Comotto y Meza, 2015; Arrowsmith, 2010) y se constituye como uno de los motores para el funcionamiento de la economía y de su desarrollo, jerarquizando la importancia de contar con sistemas de compras ajustados a las necesidades locales, optimizando los recursos disponibles y las condiciones en las que se realizan dichas transacciones (Arozamena y Weinschelbaum, 2010).

3. Este artículo fue adaptado para presentarlo en este libro.

Sin embargo, **una dificultad recurrente en la región latinoamericana resulta de la situación de demoras en los pagos a proveedores en momento de dificultades macroeconómicas, que asienta sistemas de pagos ineficientes, plazos de pagos extendidos y el incumplimiento de los contratos entre el Estado y sus proveedores (Bleger, 2010). De esta manera, se generan condiciones en desmedro del fortalecimiento de un Estado previsor de compras públicas que mejoren las economías de escala, y se pierden garantías de obtener mejores precios y condiciones de contratación, entre otros beneficios (Capello, 2015).**

En este contexto, la incorporación de tecnologías de la información y las comunicaciones posee la capacidad potencial de optimizar procesos de trabajo en el sector público, motivando su incorporación por parte de los gobiernos como herramienta de gestión (Naser, 2011). Los organismos del Estado que se encargan de ejecutar las políticas públicas son sensibles a la calidad de la información disponible para gestionar en el marco de sus competencias, y se ven especialmente beneficiados por la utilización de este tipo de herramientas. **En materia de procesos de compras públicas, organismos como la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) han recomendado la adquisición e implementación de tecnologías tendientes a incrementar la eficiencia y lograr los objetivos generales de la agenda del sector público** (OCDE, 2014, p. 8, como se citó en Abusleme Mardones, 2016). Asimismo, la incorporación de tecnología guarda la capacidad potencial de mejorar las interacciones del sector público con las empresas y otras entidades públicas, bajo la premisa de la necesidad de reconfigurar los procesos internos que las sostienen (Zamora-Boza, 2018).

Es por ello que la Secretaría de Innovación Tecnológica del Sector Público impulsa el Programa Federal de Transformación Digital, que tiene como objetivo principal fortalecer la soberanía tecnológica de la República Argentina, lo que constituye un cambio de paradigma: cada iniciativa pública se piensa desde el marco de acción del gobierno digital mediante el uso de soluciones tecnológicas para la definición, la planificación y la ejecución de políticas y servicios públicos que mejoren la calidad de vida de la ciudadanía. De esta



manera, las soluciones tecnológicas son ejes de un Estado Inclusivo, de calidad y cercano a las necesidades de la población.

El proceso de digitalización implica para los organismos del sector público nacional acceder a una convivencia digital en un ecosistema de soluciones integradas basadas en estándares de interoperabilidad y de vanguardia, que ponen en marcha un proceso sinérgico con efectos no solo en las actividades del Estado, sino también en la sociedad y en el aparato productivo.

El ecosistema digital está conformado por las siguientes plataformas: Gestión Documental Digital, Trámites a Distancia, Autenticación Electrónica Central, infraestructura de Firma Digital e Interoperar.

En este sentido, la Dirección de Tramitación a Distancia impulsa la transformación digital estatal a través de la implementación de trámites digitales que permiten transparentar y promover la participación ciudadana y la rendición de cuentas.

La plataforma Trámites a Distancia (TAD)⁴ es una herramienta que facilita a la ciudadanía (personas humanas, jurídicas y públicas) la gestión digital, remota, completa y simple de sus tramitaciones ante el sector público nacional. Permite realizar presentaciones de documentación, solicitudes, notificar y realizar el seguimiento de expedientes administrativos.

Ante las situaciones críticas y disruptivas enfrentadas durante la pandemia por el COVID-19, el acceso a infraestructura tecnológica y a plataformas digitales, con su respectivo marco normativo, fue estratégico para preservar el ejercicio de derechos fundamentales como la salud, la educación, la cultura, el trabajo, la seguridad, la movilidad, entre otros.

En el caso particular del Ministerio de Salud de la Nación, la situación sanitaria consecuencia de la pandemia COVID-19 en 2020 lo ha convertido en uno de los

4. <https://tramitesadistancia.gob.ar/>

principales concentradores de créditos presupuestarios asociados a la compra de bienes y servicios, llegando al primer lugar en el año 2021 al representar un 30% del crédito total vigente. En esta línea, la importancia de la gestión de los procesos de compra ha tomado un impulso sin precedentes que requiere un análisis pormenorizado de sus componentes, en general, y de los plazos de pago a proveedores, en particular, y deja de manifiesto la necesidad de profundizar la implementación de herramientas tecnológicas que puedan robustecer dichos procesos. En este sentido, una cancelación oportuna de las facturas a cargo del Estado permitirá obtener mejores condiciones contractuales a futuro, en conjunto con una asignación más eficiente de los recursos.

Por todo lo expuesto, se tiene como objetivo evaluar la digitalización del proceso de pagos a proveedores dentro del marco de compras públicas del Ministerio de Salud de la Nación durante el período 2017-2021, mediante la adopción de una solución tecnológica que implicó el acompañamiento de la Dirección de Tramitación a Distancia en el diseño, el análisis y la optimización del proceso administrativo en términos de simplificación y racionalización del trámite previo a su digitalización.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN INICIAL

El Ministerio de Salud de la Nación tiene a su cargo todos los asuntos inherentes a la salud de la población y la promoción de conductas saludables en la sociedad. Dicho organismo cuenta con más de 6000 trabajadores y trabajadoras (Secretaría de Empleo Público, 2020), ha gestionado aproximadamente 132 procesos de compra⁵ en 2019, 112 en 2020 y 222 en 2021, y cuenta con un presupuesto vigente que ascendió a \$49.445 millones en 2019,⁶ \$64.093 millones en 2020 y \$211.618 millones en 2021 (Ministerio de Economía de la Nación, 2021).

5. Solo se consideran los procesos de compras tramitados a través de la plataforma Compr.ar.

6. Durante el año 2019 el organismo no tenía rango de Ministerio, estaba constituido como una Secretaría dentro del ámbito del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, compartiendo su presupuesto.



Los procesos de compra pública pueden realizarse por distintas modalidades, en función de factores tales como los montos estimados en cada caso (contratación directa, licitación pública, etc.) o la fuente de financiamiento interna o externa (Tesorería General de la Nación, Organismos Multilaterales de Crédito, etc.), entre otros. Esto brinda un marco amplio de opciones para su gestión.

En el caso analizado, se examinan únicamente los procesos administrativos para la compra de bienes y servicios cuyos trámites corresponden a las compras realizadas a través del Régimen de Contrataciones de la Administración Nacional, y culminan con la emisión de órdenes de compra (Decreto 1023 de 2001 y Decreto 1030 de 2016).

INTERVENCIÓN

Hasta el año 2019, los procesos de compra contaban con una instancia de presentación de facturas por los bienes o servicios prestados por los proveedores en formato papel, lo que daba inicio al trámite de pago. Sin embargo, se observaba una variabilidad en el formato de recepción de dicha documentación, de modo tal que la mesa de entradas no resultaba la única vía de recepción de facturas, siendo acompañada por presentaciones de manera directa en las unidades impulsoras de las compras en cuestión.

En este contexto, a partir del 2019 se inició el proceso de implementación en la plataforma Trámites a Distancia (TAD) para permitir a los proveedores del Ministerio de Salud de la Nación la interacción y la realización de trámites de manera 100% digital para evitar acercarse físicamente a una mesa de entrada (Miranda y Rica, 2020; Decreto 1063 de 2016 y Decreto 434 de 2016).

De esta manera, la presentación de cada factura por medio de un trámite digital en la plataforma TAD significa a nivel informático la apertura automática de un expediente electrónico de pago en el sistema de Gestión

Documental Electrónica (GDE), que es el programa que gestiona los expedientes administrativos del sector público nacional.

El proyecto de implementación significó el trabajo conjunto entre la Dirección de Innovación Administrativa, La Dirección General de Administración y la Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo (Ministerio de Salud de la Nación); y la Dirección de Tramitación a Distancia (Secretaría de Innovación Tecnológica del Sector Público, Jefatura de Gabinete de ministros) e implicó la ejecución de tareas de diseño del trámite, análisis funcional del proceso administrativo, configuración del trámite, pruebas de integración, demostraciones, la puesta en marcha del trámite en la plataforma TAD y la capacitación del equipo de trabajo del Ministerio de Salud de Nación.

RESULTADOS

La adopción de la plataforma TAD en el proceso administrativo de pago a proveedores significó una disminución sustancial en los tiempos de gestión de los pagos.

Comparando los valores entre 2020 y 2021 para cada tipo de trámite, se observaron disminuciones importantes en los tiempos, con una del 86% para los trámites cuyas facturas ingresaron por mesa de entrada y una del 63% para los tad por órdenes de compra.

Los resultados se presentan en la Tabla 1.1.



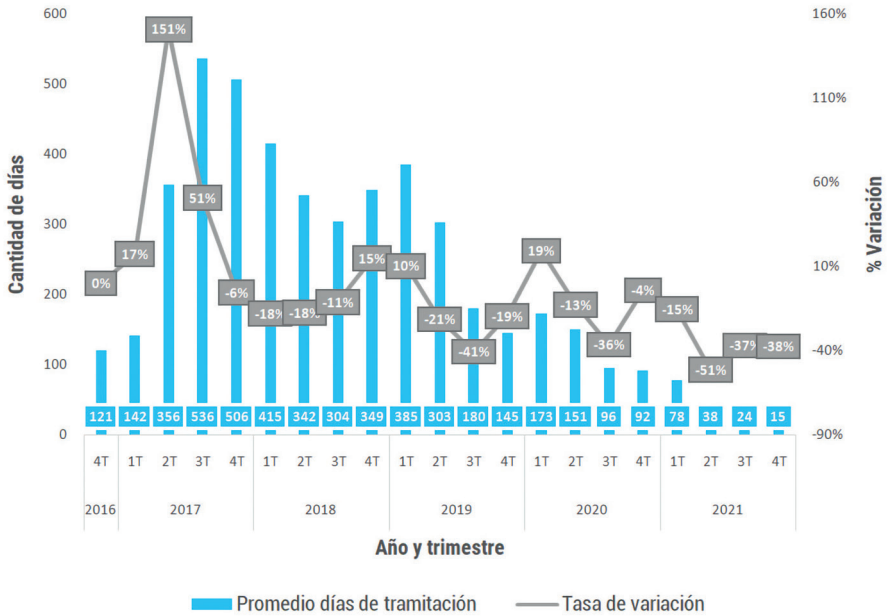
Tabla 1.1. Variaciones en el tiempo de tramitación administrativa según tipo de trámite.

	Promedio anual de días entre el inicio del trámite y el pago					
TIPO DE TRÁMITE	2017	2018	2019	2020	2021	Var % 20-21
Mesa de entradas	398	344	264	110	37	-66%
TAD – Órdenes de compra	-	-	152	91	56	-38%

Fuente: Elaboración propia con datos de GDE.

Adicionalmente, se observa una disminución en la tasa de variación trimestral (TVT) para ambos tipos de trámites, tomando como referencia en cada caso el trimestre inmediatamente anterior. De esta manera, en ambos casos se identifican inicios con tendencias positivas en aumento de la TVT, mientras que, hacia el último trimestre analizado de 2021, las tendencias se revierten en negativas, lo que da cuenta de una disminución pronunciada y sostenida. Los resultados de la TVT para las facturas presentadas en mesa de entradas se presentan en la Figura 1.1, mientras que los resultados para las facturas presentadas a través del TAD para órdenes de compra se presentan en la Figura 1.2.

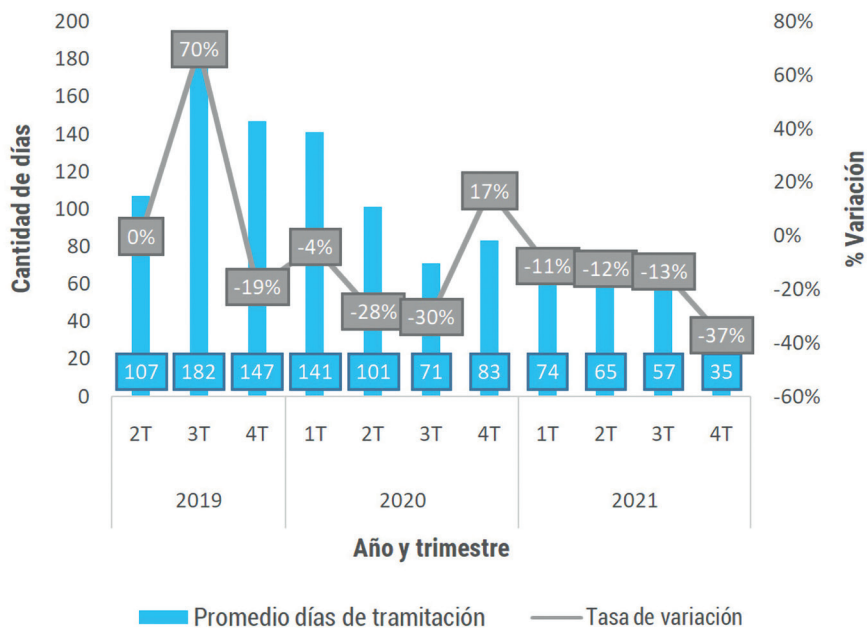
Figura 1.1. Tasa de variación trimestral en el tiempo de tramitación administrativa para trámites con facturas presentadas en mesa de entradas.



Fuente: Elaboración propia con datos de GDE.



Figura 1.2. Tasa de variación trimestral en el tiempo de tramitación administrativa para trámites con facturas presentadas a través del TAD para órdenes de compra.



Fuente: Elaboración propia con datos de GDE.

DISCUSIÓN

La gestión pública se constituye como el canal mediador entre la implementación de las políticas públicas a nivel político y los resultados obtenidos como consecuencia de su ejecución, de modo tal que su mejoramiento da como resultado un aporte hacia la consolidación institucional (Caballero, 2014). En este punto, la innovación tecnológica puede ser considerada una herramienta de gran potencial para dinamizar los sistemas de gestión pública, en general, y los procesos de compras públicas, en particular, incorporando medios digitales como un paso hacia su mejora sustancial en conjunto con la optimización de los recursos destinados a su sostenimiento (Gallego Córcoles, 2017).

En el caso expuesto (como puede verse en la Figura 1.1), se observa que en 2017 la mesa de entradas tardaba en promedio más de un año en finalizar los trámites administrativos de compra, lo que deja asentado una morosidad profunda en el cumplimiento de los contratos con los proveedores. El retraso en el desembolso de fondos a los proveedores atenta contra la competitividad de pequeños y medianos proveedores de menor capacidad financiera, lo que alienta una distorsión como consecuencia de la potencial monopolización de las compras públicas por los proveedores de mayor envergadura (Collado y Hirán Sánchez, 2006). Sin embargo, a partir del 2019 la digitalización del proceso administrativo para la gestión de las órdenes de compra mediante la plataforma TAD, significó una disminución pronunciada de los tiempos de tramitación, mientras que en 2021 su institucionalización consolidó un descenso aún más abrupto comparado con el estado de situación inicial.

La práctica del retraso en el pago a proveedores se traduce en la generación de expectativas protectoras dirigidas a mitigar la potencial pérdida de ganancia, de modo tal que los proveedores aumentan los precios de manera anticipada, lo que termina perjudicando los intereses del erario público (Collado e Hirán Sánchez, 2006; Pimenta, 2002).



En el caso expuesto, si se consideran las variaciones en el Índice de Precios al Consumidor (IPC) durante el período en el que transcurre el trámite, multiplicado por la cantidad de días de mora, se observa que los trámites cuyas facturas ingresaron por mesa de entradas detentaban un 24% de recargo financiero potencial anual en 2017 y un 37% en 2018. Estos valores disminuyen a un dígito al aplicar los mismos criterios en 2020 (mesa de entradas 9% y TAD en órdenes de compra 8%), para finalmente ubicarse en el orden del 3-5% en 2021. Estas estimaciones financieras dan cuenta del beneficio potencial para el Estado, en términos de ahorro financiero, del pago en tiempo y forma de los bienes y servicios adquiridos mediante compras públicas, dejando de manifiesto una disminución acentuada en el recargo financiero anual estimado, producto de las distorsiones de los precios ofertados.

Por otra parte, el rango temporal en análisis exige considerar que entre septiembre de 2018 y diciembre de 2019 el organismo público en estudio descendió a la jerarquía de Secretaría de Salud. Con la consiguiente disminución en autonomía para la gestión de los trámites administrativos, se pudo advertir un aumento en el nivel de burocratización y, por ende, en los tiempos de tramitación administrativa. Sin embargo, la variación en los tiempos aquí relevados y la magnitud del impacto de los cambios expuestos dejan de ver su relación directa con la intervención descripta, aun cuando el escenario de aplicación no sea totalmente estable en el período estudiado.

Finalmente, entre las limitaciones se señala la inaccesibilidad de información para realizar análisis semejantes en otros tipos de trámites de compras públicas, tales como los vinculados al financiamiento externo y al legítimo abono, como consecuencia de su formato no sistematizado. De esta manera, futuros estudios podrán evaluar la incorporación de tecnologías en otros casos de compras públicas o en la administración pública en general, indagando sobre sus particularidades en el contexto argentino.

CONCLUSIONES

La incorporación de herramientas informáticas en el sector público genera mejores condiciones para la gestión de políticas públicas, colaborando en la producción de información accesible, oportuna y adecuada fundamental para la toma de decisiones (Abusleme Mardones, 2016).

En este sentido, la mejora y rediseño de los procesos de trabajo a través del uso de tecnología, que formalizan nuevas prácticas de trabajo entre los agentes, da como resultado una consolidación de difícil retroceso (Naser, 2011).

Si bien la pandemia COVID-19 estableció condiciones favorables a la digitalización de distintos procesos en el sector público, los esfuerzos a favor de la innovación en el Estado deben transformarse en acciones sostenidas, dirigidas a su consecución y a conformar una visión estratégica que trascienda las voluntades circunstanciales y consolide la centralidad de las herramientas informáticas como una alternativa válida para hacer frente a las problemáticas vigentes en el ámbito público.

Las lecciones que se pueden aprender del caso expuesto evidencian la importancia de desplegar una nueva gobernanza de los datos públicos, es decir, los datos y el conocimiento digitalizado se convierten en un factor estratégico. De igual manera, se demuestra la consolidación de la plataforma Trámites a Distancia (TAD) como medio que permitió a los organismos del sector público, ante la emergencia disruptiva que arrojó la pandemia del COVID-19, brindar respuestas ágiles y efectivas, contar con datos e información oportuna para la toma de decisiones, y elaborar y ejecutar políticas públicas de cara a la ciudadanía. **En el caso de estudio permitió a personas y a empresas proveedoras interactuar con la administración en forma digital, remota, completa y simple, realizar presentaciones de sus comprobantes y notificarse electrónicamente a fin de realizar sus trámites ante el Ministerio de Salud de Nación.**



Este tipo de interacción propicia la generación y la captura de datos que, al ser procesados y analizados con herramientas inteligentes, permite mejorar los procesos de decisión y evaluación de resultados. Ello da lugar a una mayor agilidad en los procesos operativos y administrativos de todo el sector público nacional, pero además impacta en el aparato productivo, en procesos que aceleran las innovaciones, generan eficiencia y tienen efectos positivos en el crecimiento económico.

Una cancelación oportuna de las facturas a cargo del Estado permitirá obtener mejores condiciones contractuales a futuro, en conjunto con una asignación más eficiente de los recursos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abusleme Mardones, C. (2016). Las compras públicas de tecnología e innovación como un elemento central de las políticas públicas del siglo XXI. *Revista chilena de derecho y tecnología*, 5(2), 95-126.
- Arozamena, L. y Weinschelbaum, F. (2010). *Compras públicas: aspectos conceptuales y buenas prácticas*. Documento de trabajo N°1. IDRC y Universidad Nacional de San Martín. Recuperado de <http://www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/ideas/ICT4GP/Programa%20ICT4GP%20-%20Documento%20de%20Trabajo%20N%C2%BA1.pdf>.
- Arrowsmith, S. (2010). Public procurement regulation: an introduction. *EuropeAid Co-operation Office*.
- Bleger, L. (2010). *Instrumentos financieros para facilitar el acceso de las PYMES a las compras públicas*. Documento de Trabajo N° 2. IDRC y Universidad Nacional de San Martín. Recuperado de https://www.oneplanetnetwork.org/sites/default/files/ttg_geral_2.pdf.
- Caballero, C. (2014). Modernización de la gestión pública en la Provincia de Mendoza, Argentina (2001-2011). Logros y desafíos. *Revista Digital de Ciencias Sociales*, 1(1), 209-226.
- Capello, M. y García Oro, L. (2015). Gasto público eficiente: Propuestas para un mejoramiento en los sistemas de compras y contrataciones gubernamentales. *Actualidad económica*, 25(85), 5-20.
- CEPAL, (2022). Tecnologías digitales para un nuevo futuro. eLAC 2022 Agenda Digital para América Latina y el Caribe.
- Collado, F. e Hirán Sánchez, B. (2006). *El Sistema de Compras en la Administración Pública: Propuestas para su transformación*. República Dominicana: Editora Buho S.A.
- Comotto, S. y Meza, A. (2015). *Compras públicas para la innovación. Nuevas oportunidades de políticas para la región*. Documento de trabajo N°8. Centro Interdisciplinario de Estudios en Ciencia, Tecnología e Innovación. Recuperado de <http://www.ciecti.org.ar/wp-content/uploads/2017/04/DT8-Compras-Pu%CC%81blicas-para-la-innovaci%C3%B3n.pdf>.



- Cristeche, M. (2013). Estado, gasto público y formas jurídicas. Nociones sobre el sistema presupuestario argentino. *Revista Derecho y Ciencias Sociales*, 8, 185-211.
- Decreto 434 de 2016. Por el cual se expide el Plan de Modernización del Estado. 01 de marzo de 2016.
- Decreto 561 de 2016. Gestión Documental Digital (GDE).
- Decreto 1023 de 2001. Por el cual se expide el Régimen de Contrataciones de la Administración Nacional. 13 de agosto de 2001.
- Decreto 1030 de 2016. Por el cual se expide el Régimen de Contrataciones de la Administración Nacional. 15 de septiembre de 2016.
- Decreto 1063 de 2016 Plataforma Trámites a Distancia (TAD).
- Decreto 1063 de 2016. Por el cual se expiden los Trámites a Distancia. 04 de octubre de 2016.
- Decreto 1265 de 2016 Plataforma de Autenticación Electrónica Central (PAEC), Resolución N°216 MM /2018 Plataforma AUTENTICAR.
- Decreto 1273 de 2016 Simplificación registra y Resolución N° 19/2018 – Estándares para el intercambio de datos entre los organismos. Plataforma Interoperar. 02 de marzo de 2018.
- Decreto Presidencial 182 de 2019 y la Ley de Firma Digital N° 25.506 - Ley 27.446. Infraestructura de Firma Digital
- Gallego Córcoles, I. (2017). Contratación pública e innovación tecnológica. *Revista española de Derecho Administrativo*, 147, 193-219.
- Guerrero Amparán, J. P. (1995). La evaluación de políticas públicas: enfoques teóricos y realidades en nueve países desarrollados. *Gestión y Política Pública*, 4(1), 47–115.
- Ministerio de Economía de la Nación, 2021. <https://www.argentina.gob.ar/economia>.
- Miranda, M. y Rica, S. (2020). *Trámites a distancia en tiempos de COVID-19*. XIV Simposio de Informática en el Estado (SIE 2020) - JAIIO 49 (Modalidad virtual). Sociedad Argentina de Informática e Investigación Operativa. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/121992>.
- Naser, A. y Concha, G. (2011). El gobierno electrónico en la gestión pública. *CEPAL*. Serie gestión pública N°73. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social.

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2014). *Recommendation of the Council on Digital Government Strategies Adopted by the OECD Council on 15 Julio 2014*. Recuperado de <https://www.oecd.org/gov/digital-government/Recommendation-digital-government-strategies.pdf>.
- Pimenta, C. (2002). Gestión de compras y contrataciones gubernamentales. *RAE-eletrônica*, 1(1), 1-13.
- Programa Federal de Transformación Digital (Resolución N°5/2022). <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-secretaria-de-innovacion-tecnologica-creo-el-programa-federal-de-transformacion-publica>
- Secretaría de Empleo Público, 2020. Jefatura de Gabinete de Ministros. <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/gestion-y-empleo-publico>.
- Secretaría de Innovación Tecnológica del Sector Público, 2022. Jefatura de Gabinete de Ministros. <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/innovacion-tecnologica>
- Zamora-Boza, C., Arrobo-Cedeño, N. y Cornejo-Marcos, G. (2018). El Gobierno Electrónico en Ecuador: la innovación en la administración pública. *Espacios*, 39(6), 15-23.

1.2. EL GOBIERNO DIGITAL APLICADO A LA POLÍTICA DE CONTRATACIÓN DE RESIDENTES EN EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

La Cava, G. S.

El gobierno digital supone no solo la incorporación de tecnologías a la gestión, sino también el valor de la innovación como elemento central para la mejora permanente de procesos en el Estado. En sociedades complejas como las actuales, con una agenda de problemas que requieren soluciones con un abordaje desde diversas perspectivas, el sector público no debe quedar rezagado en relación con otros actores.

El proceso de digitalización en el Estado implica acceder a una convivencia digital en un ecosistema de soluciones integradas, fundadas en estándares de interoperabilidad, que ponen en marcha un proceso con efectos en las actividades que lleva a cabo la sociedad. La hipótesis que se plantea aquí es **la existencia de un nuevo paradigma en la gestión pública basado en el gobierno digital**, que se sustenta en la introducción de tecnologías de la información y las comunicaciones al conjunto de las tareas desarrolladas por la Administración pública nacional.

El objetivo general aquí es analizar los resultados del período 2018-2022 de la política de financiamiento de personal de salud a través del sistema de residencias del Ministerio de Salud de la Nación, producto de la implementación de herramientas de digitalización de procesos, monitoreo y evaluación, desde las perspectivas de innovación administrativa y del control ciudadano sobre la gestión pública.

MARCO TEÓRICO

La extensión y mejora de la conectividad, en conjunto con la aparición y masificación de dispositivos tecnológicos y sistemas que acompañan la vida diaria de la ciudadanía, no es ajena a la administración estatal. La incorporación de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) al sector público –que se ha acelerado fuertemente a partir de la década iniciada en el año 2010 (Sadin, 2022)– ha permitido facilitar tareas, procesos o circuitos gubernamentales, así como también brindar mejores servicios y acercar al ciudadano al Estado.

El concepto de gobierno digital adquiere diversas definiciones y significados. A los fines del presente análisis se toma la acepción que lo entiende como a aquel que busca soluciones a las problemáticas sociales, privilegiando el uso de inteligencia de datos y las tecnologías digitales; cuente una política de apertura de los datos; se centre en el ciudadano y sea veloz en sus niveles de respuesta (Santiso, Ubaldi y González-Zapata, 2022).

El gobierno digital supone el uso de las TIC, y en particular de internet, para lograr mejores resultados en las políticas que llevan a cabo. Sin embargo, si bien el Estado Nacional en la Argentina a través de los distintos gobiernos ha puesto cada vez más servicios en línea, digitalizado procesos y publicando información, a menudo esto no impactó significativamente en las estructuras y los procesos administrativos diseñados previamente. Para obtener mejores resultados, los procesos de digitalización deben estar acompañados por la promoción de ambientes de discusión y cultura de innovación que potencien las capacidades estatales para la búsqueda de soluciones a nuevos problemas, con nuevas herramientas. La implementación de nuevos sistemas de información significa en la práctica operativa, en muchos casos, la digitalización de los procesos diseñados previamente en el mundo “analógico”, lo cual redundará en un menor aprovechamiento de las tecnologías en relación con su potencial.



La digitalización de procesos en el Estado supone poner los datos y su explotación en un primer plano como requisito previo y fundamental para lograr los objetivos de la política. Entre otros actores de relevancia para las políticas públicas, los organismos internacionales de crédito consideran en la actualidad al uso de tecnologías como un elemento clave para garantizar el desempeño de los servicios públicos; el Banco Interamericano de Desarrollo (2014) afirma: “Las TIC son esenciales para los procesos y servicios en todo back office administrativo, desde la seguridad nacional hasta la recaudación de impuestos y la emisión de permisos públicos” (p. 363).

El gobierno digital revaloriza el concepto de políticas públicas basadas en la evidencia, que viene siendo impulsado e implementado desde el Reino Unido desde finales de la década del noventa del siglo xx,⁷ y cuyo fundamento proviene de las ciencias médicas. Resumidamente, implementar este tipo de políticas públicas implica la utilización de investigaciones, datos e información para la toma de decisiones informadas en las distintas instancias del ciclo de la política.

Es necesario reforzar que los paradigmas de la gestión del Estado no tienen un carácter meramente técnico: surgen en momentos históricos y son el producto de las ideas políticas de quienes los diseñan e impulsan. Con el advenimiento de las ideas neoliberales plasmadas principalmente en los gobiernos de Margaret Thatcher, en Inglaterra, y Ronald Reagan, en Estados Unidos, en la década de 1980 y su concepción de limitar al máximo los ámbitos de intervención del Estado; se puso en cuestionamiento los principios básicos del modelo burocrático *weberiano*. En ese contexto, tomó fuerza la reforma del Estado dentro del paradigma de la llamada Nueva Gerencia Pública (NGP), que pretendía el pasaje de dicho modelo al de gestión por resultados y ponía en cuestionamiento los

7. Las políticas públicas basadas en la evidencia (PBE) es un concepto que se atribuye al gobierno laborista de Inglaterra, que pretende dar cuenta del paso de la implementación de las políticas públicas fundadas únicamente en basamentos ideológicos o creencias, a otras que contarán con información y fueran “racionales”, Sutcliffe, S., y Court, J. (2006). *Herramientas para Diseñadores de Políticas Públicas en Países en desarrollo. Programa de Investigación y Políticas en Desarrollo*. Londres: Instituto de Desarrollo en Países Extranjeros.

principios de ordenamiento de la administración bajo el principio de la ley, la regularidad en las actividades administrativas, los mecanismos regulares de control y la noción de “carrera” en el empleo público, entre otras. La NGP pretendía alcanzar resultados desde la administración pública del Estado resolviendo eficazmente problemas desde la administración y fortaleciendo la visión gerencial del Estado a partir de un rediseño institucional de su estructura organizativa (Kliksberg, 2002).

En el caso argentino, la implementación de este nuevo paradigma durante el primer gobierno de Carlos Menem (1989-1995) fue acompañada de la privatización de empresas públicas, la descentralización hacia las provincias de servicios otrora brindados por el Estado nacional y la creación de agencias estatales con un claro perfil gerencial (Natanson, 2021).

Si bien conceptos como digitalización del Estado, innovación y gestión orientada a resultados suelen asociarse a la NGP y a las reformas del Estado impulsadas por los gobiernos neoliberales, el nuevo paradigma del gobierno digital –que se ha acelerado vertiginosamente a partir de la pandemia del COVID-19, generada por el virus SARS-CoV-2 y declarada emergencia de salud internacional por la Organización Mundial de la Salud en el año 2020– cuenta con consenso por parte de los diferentes sectores políticos.

De esta forma Santiso, Ubaldi y González-Zapata (2022) afirman que “a diferencia del sinnúmero de olas de reforma y modernización del estado anteriores, la transformación digital no solo supone una modernización tecnológica del aparato administrativo, sino además habilita un cambio de paradigma en las relaciones entre ciudadanos y administraciones” (p. 9). Lo que puede atribuirse al período de pandemia es una demanda de la ciudadanía a tender puentes digitales de comunicación con el Estado que sean similares a los que tienen con otro tipo de organizaciones del sector privado, de tal forma que permitan reducir los “costos” de comunicación, tener más opciones en relación al servicio público que se brinda y agilizar procesos. En relación con esto, Luis Papagni (2022) señala:



La regulación, incluyendo la legislación, la supervisión, las pautas y las políticas, es necesaria para respaldar la transformación digital. Y justamente al tratarse de un Estado, regido por normas, el marco normativo es imprescindible para su aplicación. Esto incluye garantizar protecciones fundamentales, tales como la seguridad y la privacidad de los datos, al tiempo que se fomenta un ambiente dinámico para respaldar y catalizar la innovación (p. 56).

En correspondencia con el contexto internacional, en la Argentina se han desarrollado diversos sistemas que permiten principalmente: 1) hacer más eficientes tareas desarrolladas en organismos estatales, 2) mejorar el vínculo con los ciudadanos, 3) establecer canales de comunicación y democratización de la información pública. La disponibilidad de sistemas para el conjunto de la Administración pública nacional de gestión financiera (E-Sidif),⁸ administrativa (Gestión Documental Electrónica, GDE)⁹ y de tramitación a distancia (TAD)¹⁰ garantizan niveles de datos e información para ser utilizados en la mejora de procesos y la toma de decisiones informadas en materia de políticas públicas.

La utilización y explotación de estos sistemas, y la expansión de la cultura organizacional basada en principios de innovación promoverán el paso de las políticas públicas basadas en la opinión a las basadas en la evidencia.

8. El Sistema de Información Financiera (SIDIF) es el implementado en el marco de la reforma del sector público iniciada a partir de 1991 que permitió a la Secretaría de Hacienda realizar controles sistemáticos y permanentes del gasto público a partir de su implementación en los distintos organismos estatales. El E-Sidif es la versión web del sistema SIDIF implementada a partir del año 2004, actualmente utilizada por los diferentes servicios administrativos financieros del Estado. Ver <https://www.argentina.gob.ar/economia/sechacienda/dgsiaf/institucionaltrayectoria>.

9. El Sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE), aprobado por el Decreto 561/2016, es la plataforma utilizada por la Administración Pública Nacional para la caratulación, numeración, seguimiento y registración de movimientos de todas las actuaciones y expedientes.

10. Plataforma Trámites a Distancia. Para más información, ver capítulo "1.1. Innovación administrativa para la gestión de pagos en el Ministerio de Salud de la Nación" de este mismo libro.

EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN Y LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Breve reseña del sistema de salud argentino

El sistema de salud argentino muestra una extrema fragmentación entre el sistema público, la seguridad social y las empresas de medicina privada (Tobar, 2012), que configuran la existencia de tres subsistemas que conviven con bajos niveles de coordinación e integración en el marco de un país federal. Su funcionamiento, atravesado por la fragmentación, genera inequidades, torna insuficiente el acceso a los servicios de salud y afecta su calidad. Las principales fuentes de financiamiento del sistema son obligatorias para la ciudadanía. Estas son las rentas generales (mayormente destinadas al subsistema público, a las obras sociales provinciales y al PAMI) y los aportes y contribuciones provenientes de los ingresos de las y los trabajadores formales (destinadas a las obras sociales, a empresas de medicina prepaga y al PAMI). Existe además una fuente de financiamiento voluntaria, constituida principalmente por las cuotas de las empresas de medicina privada, por los copagos o bien por los pagos directos que afrontan las personas que optan por determinado prestador o prestación. Es por todo esto que la situación macroeconómica del país, impacta directamente sobre el funcionamiento del sistema de salud.

Posteriormente a la crisis política, económica y social de 2001 y con la vuelta del peronismo al poder mediante los gobiernos de Eduardo Duhalde, Néstor Kirchner y Cristina Fernández, la mejora en los indicadores salariales y de empleo y el despliegue de una gran cantidad de políticas sociales desde el Estado Nacional, destinadas a recomponer la calidad de vida de la población, tuvieron su correspondiente impacto positivo sobre el sistema de salud.

En el año 2004,¹¹ el Plan Federal de Salud sentó las bases que definieron la orientación de las políticas públicas sanitarias de la Argentina hasta la

11. Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud. Mayo de 2004.



actualidad, que incluyeron un tema crítico para el sector salud que resulta de interés para el presente trabajo: la gestión de los recursos humanos en salud. Gestado de forma conjunta entre el Estado Nacional con los veintitrés Estados provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, este plan contó con un importante nivel de consenso que le garantizó sustentabilidad. La necesidad de contar con una coordinación general en materia sanitaria en un país federal con tres subsistemas que coexisten en un mismo territorio –con inequidades territoriales, económicas, sociales y culturales– y la importancia de garantizar un acceso a los servicios de salud en un marco de salida de una de las crisis más importantes en la historia del país fueron algunos de los disparadores que motivaron su elaboración.

El Plan Federal de Salud, contaba con una descripción y diagnóstico situacional, una visión a mediano plazo y una serie de directrices e instrumentos para implementar en vistas de la consecución de un “nuevo modelo sanitario”. Su descripción respecto del proceso de descentralización en el sector consolidado durante el gobierno de Carlos Menem, daba cuenta de la importancia de recuperar una instancia de coordinación a nivel nacional que mitigue diferencias en el territorio nacional, producto de la configuración previa de cada sistema de salud y de las políticas sectoriales adoptadas por los distintos gobiernos provinciales. En la descripción de los problemas característicos del sistema de salud argentino, se enunciaba, entre otras, la falta de planificación de recursos humanos.

La distribución, disponibilidad y formación de recursos humanos en salud son aspectos claves que determinan los niveles de acceso a la salud por parte de la sociedad (Organización Panamericana de la Salud, 2017). La fragmentación del sistema de salud, tanto por la existencia de subsistemas definidos por el financiamiento como por el carácter federal de la organización del país, requieren la intervención del Estado nacional para garantizar acceso a los servicios de salud por parte de la población.

En el período del año 2003 al 2015, el Ministerio de Salud de la Nación implementó un gran número de políticas tendientes a fortalecer, capacitar y

jerarquizar al personal de salud. El programa Médicos Comunitarios, los posgrados en Salud Comunitaria, el componente de capacitación del Plan Remediar y el financiamiento de las residencias de salud, entre otros, jerarquizaron al personal de salud, apuntalando la estrategia de atención primaria de la salud.

Luego del triunfo en las elecciones presidenciales en octubre de 2019, en el mes de diciembre de ese mismo año mediante el Decreto 50/2019, Alberto Fernández recuperó el Ministerio de Salud de la Nación degradado a Secretaría de Estado durante el mandato del presidente Mauricio Macri (2016-2019), con el objetivo de retomar la senda de los gobiernos de Néstor Kirchner (2003-2006) y de Cristina Fernández (2007-2015) en materia de recursos humanos en salud que priorizaba los ejes de acceso, equidad y calidad.

El sistema de residencias de salud

El sistema de residencias de especialidades de salud en la Argentina es un modelo de formación de posgrado que se basa en la profundización de conocimientos específicos por parte de los profesionales en el ámbito laboral a partir de la práctica intensiva con fuerte participación de los “pares” (Duré, Fernández Lerena y Gilligan, 2021). En nuestro país irrumpe en el año 1944 a partir de un sistema pensado para que los residentes se incorporen a los servicios de salud para mejorar su oferta y, al mismo tiempo, para que adquieran conocimientos en un ámbito *real* (Duré, 2015).

Posteriormente a su expansión progresiva que se inició en el año 1960 mediante la Resolución 1778 de la Secretaría de Estado de la Salud Pública y la Ley 22.127 de 1979, que creó el Sistema Nacional de Residencias de la Salud; en el año 1990 se reconoce la residencia completa como una forma de acceso al certificado de especialista con la Ley 23.873, lo que genera mayor cantidad de residencias pensadas para satisfacer necesidades del mercado (Duré, 2015). A principios de los años 2000, y como consecuencia del impulso del Ministerio de Salud de la Nación



a la estrategia de atención primaria de la salud, se promueven las especialidades vinculadas a su fortalecimiento y jerarquización. En el año 2006, mediante la Resolución Ministerial 450/2006 del Ministerio de Salud de la Nación, se crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud que pretende mejorar la formación en servicio a través de la coordinación del Estado Nacional.

El Ministerio de Salud de la Nación se erige como el financiador de los residentes de salud en los establecimientos provinciales a través de la implementación del examen de ingreso y la financiación de sus contratos. La Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento del Ministerio de Salud de la Nación es la estructura organizativa encargada de regular y gestionar las residencias de salud en la Argentina. Entre sus competencias se encuentran las siguientes: “desarrollar los criterios de formación y capacitación del talento humano en salud, con eje en la estrategia de atención primaria de la salud”, “financiar e intervenir, a través del Examen Único y el Concurso Unificado, en las adjudicaciones de becas nacionales en el área de la salud” y “gestionar con los responsables de las áreas competentes de las jurisdicciones provinciales y de la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES la capacitación permanente vinculada al fortalecimiento de los procesos de calidad de los servicios”.¹² Según la información disponible, a nivel nacional existen 2.861 residencias, de las cuales solo 171 se encuentran acreditadas y vigentes.¹³

El proceso de otorgamiento de becas de residencias nacionales se origina con la solicitud de los cupos de becas por parte de cada una de las jurisdicciones. Posteriormente a su análisis, desde el Ministerio se asignan cupos para que los postulantes puedan proceder a su inscripción al examen único de residentes a través del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). Este examen se realiza una vez al año y cuenta con la participación

12. Decisión Administrativa 891/2022. jefatura de gabinete de ministros. 12 de septiembre de 2022. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/370000-374999/371238/dea891-2.pdf>

13. Informe Técnico elaborado por la dirección nacional de talento humano y conocimiento if-2023-09442523-APN-DNTHYC#MS, incluido en el expediente electrónico EX- 2022-137573621-APN-DD#MS

de los postulantes de todo el país; posteriormente a la evaluación del examen, son las jurisdicciones o instituciones las responsables del proceso de adjudicación de cargos. Finalmente, se produce la generación de un acta de adjudicación que es remitida al Ministerio de Salud de la Nación para control de la Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento.

Una vez culminado el proceso de adjudicación de cargos y otorgamiento de becas, los postulantes inician el trámite mediante el sistema Tramitación a Distancia (TAD) que, posteriormente a la firma de la Resolución Ministerial que lo aprueba, dará lugar a la firma de su contrato a término con el Ministerio de Salud de la Nación. En esta instancia final del proceso, se implementaron las mejoras que se describirán a continuación.

RESULTADOS

Digitalización en el proceso de contratación de residentes

El análisis de este caso permitirá visualizar, a partir de una intervención concreta, gran parte de los conceptos desarrollados vinculados al gobierno digital, la digitalización de los procesos y la utilización de sistemas de información para gestionar políticas públicas basadas en la evidencia.

Pese a ser una de las políticas orientada a la gestión de recursos humanos más importantes de la cartera de Estado y con más continuidad a lo largo del tiempo, esta no estaba exenta de problemas de implementación. Las demoras registradas en la contratación de residentes en salud y los conflictos con los adjudicatarios de los cargos de residencias motivaron a las autoridades del Ministerio Nacional a incluir el problema en la agenda política e indicar a las estructuras organizativas involucradas en el proceso y a distintos equipos técnicos su relevamiento y mejora. Para ello participaron responsables y técnicos involucrados en el proceso de la Unidad de Gabinete de Asesores, la Secretaría de Gestión



Administrativa, la Dirección General de Asuntos Jurídicos, la Dirección General de Recursos Humanos, la Dirección de Innovación Administrativa,¹⁴ la Secretaría de Calidad en Salud y la Dirección Nacional de Talento Humano.

El trabajo consistió en analizar el proceso de contratación de residentes desde su inicio hasta su finalización, pasando por todas las áreas involucradas en la gestión de los expedientes, con el objetivo explícito de reducir los tiempos de contratación de residentes, para que estos últimos pudieran estar contratados en fecha y pudieran percibir su remuneración en los tiempos correspondientes. Las tareas realizadas se sintetizan a continuación:

- Identificación de tiempos en la realización de los trámites.
- Revisión y actualización exhaustiva de la normativa en la materia.
- Revisión de la documentación mínima necesaria exigida a los residentes para proceder a su contratación.
- Revisión de los controles realizados a la documentación presentada por cada una de las reparticiones involucradas en el proceso de contratación.

Identificación de contrapuntos entre las áreas sobre aspectos operativos y administrativos.

Una vez culminado el análisis, **se discutió una propuesta de simplificación de los trámites que fue validada con todas las áreas involucradas**, que consistió fundamentalmente en la simplificación de la documentación solicitada respetando el marco normativo vigente, en la eliminación de formularios innecesarios y duplicados y en la fijación de lineamientos operativos comunes entre los actores involucrados. Una de las conclusiones a las que se arribó dio cuenta de que la digitalización del trámite, que fuera

14. El autor de este trabajo de investigación se desempeñaba como director de Innovación Administrativa de la Secretaría de Gestión Administrativa del Ministerio de Salud de la Nación, al momento de la implementación de mejoras sobre el proceso de contratación de residentes.

realizada durante el año 2017, procuró traspasar su procedimiento a un sistema informático sin hacer una revisión exhaustiva del proceso que permitiera explotarlo y hacerlo más eficiente.

Definidos los aspectos legales y documentales, la Dirección de Innovación Administrativa trabajó con la Dirección de Tramitación a Distancia de la Jefatura de Gabinete de Ministros en las modificaciones para realizar en el trámite vigente y para implementar el nuevo trámite con los adjudicatarios de los cargos de la cohorte 2021, cuestión que se ejecutó dentro de los plazos previstos.¹⁵ La plataforma tad permitió la validación de la identidad del ciudadano a través de la Agencia Federal de Ingresos Públicos (AFIP) y, a partir de la completitud de formularios y entrega de documentación digital definida previamente, otorgó al interesado un número de trámite que se tradujo en un expediente electrónico que ingresó a la administración pública.

Las Tabla 1.2 y 1.3, que se presentan a continuación, muestran los resultados obtenidos como producto de la modificación en el proceso de contratación de residentes por parte del Ministerio de Salud de la Nación. La Tabla 1.2 presenta la cantidad de expedientes individuales de contratación tramitados para el período 2018-2022, mientras que la Tabla 1.3 presenta los datos de tiempos de tramitación de los expedientes de contratación de residentes para el mismo periodo.

La Resolución Ministerial es el acto administrativo a través del cual la máxima autoridad de la jurisdicción (el ministro en este caso) resuelve adjudicar el cargo al postulante y es el paso previo a la generación del contrato. Desde un punto de vista metodológico se escogió ese hito para medir los tiempos de tramitación, tomando como punto inicial la generación del expediente electrónico.

15. Nota NO-2022-84959459-APN-DIA#MS de la Dirección de Innovación Administrativa a la Dirección de Tramitación a Distancia para la modificación del trámite a distancia de contratación de residentes.



Como se puede observar en la Tabla 1.2, la cantidad de expedientes se mantiene relativamente estable en los distintos años, por lo que las variaciones en los tiempos de tramitación no deberían asociarse a dicho factor.

Los años 2021 y 2022 (posteriores a la modificación de los procesos internos) presentan una baja significativa en el promedio de tiempos de contratación que se ubica en los 30 y 33 días, lo que representa una ganancia significativa en relación con los 90 y 96 días de los años 2018 y 2019. Si bien en el año 2022 se presenta un promedio mayor al del 2021, puede observarse un menor desvío estándar, lo que puede asociarse a un proceso más estabilizado. Por otra parte, y de acuerdo a lo que muestra la Tabla 1.2, en el 2022 debieron tramitarse 78 expedientes más que el año anterior.

Tabla 1.2. Cantidad de expedientes individuales de contratos de residentes de salud.

Año	Cantidad de expedientes ¹⁶	Variación interanual (en porcentaje)
2018	1.061	
2019	1.121	6%
2020	1.169	4%
2021	1.040	-11%
2022	1.118	8%
Total	5.509	

Fuente: Dirección de Innovación Administrativa – Ministerio de Salud de la Nación, en base a información del sistema Gestión Documental Electrónica (GDE).

16. Cada postulante a residente realiza un expediente individual. La columna “Cantidad de Expedientes” muestra una sumatoria de los expedientes individuales con apertura por año.

Tabla 1.3. Tiempos de tramitación de expedientes de contratación de expedientes por año.

Año	Mínimo de días hasta Resolución Ministerial	Máximo de días hasta Resolución Ministerial	Promedio de días hasta Resolución Ministerial	Desvío estándar de días hasta Resolución Ministerial
2018	23	364	90	53
2019	12	216	96	36
2020	5	194	63	25
2021	5	76	30	14
2022	7	124	33	12

Fuente: Dirección de Innovación Administrativa – Ministerio de Salud de la Nación, en base a información del sistema Gestión Documental Electrónica (GDE).

La disminución en los tiempos de contratación de residentes, producto del trabajo de simplificación del trámite, debe analizarse desde dos perspectivas: 1) al Estado le garantiza la disponibilidad de los residentes en los servicios de salud y 2) a los residentes les garantiza el cobro de haberes en tiempo y forma, a la vez que mejora su percepción de los servicios brindados por el Estado.

Finalmente, vale destacar que la demora en la contratación de residentes era también una observación recurrente del órgano de control interno del Ministerio (Unidad de Auditoría Interna).¹⁷ Las mejoras en el proceso, observadas a partir de la implementación de los cambios en los trámites, permitieron a la Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento

¹⁷. Las competencias de la Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Salud de la Nación se describen en la Decisión 891/22 de la Jefatura de Gabinete de Ministros.



regularizar las observaciones¹⁸ y mostrar que además de generar beneficios para los residentes y para la política sanitaria del gobierno, estas también favorecen el control sobre las políticas públicas.

CONCLUSIONES

La gestión del Estado se encuentra actualmente atravesada por la acelerada incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones, que fue profundizada a partir de la experiencia de la pandemia del COVID-19, y que impacta principalmente en la digitalización de sus procesos. **El Estado que hoy tenemos difiere sustancialmente del que teníamos hace diez años en términos de tecnología, sistemas de información y perfil de sus trabajadores.**

Entendemos que este nuevo paradigma basado en el gobierno digital viene a superar el contrapunto entre la administración *weberiana* o racional y la denominada Nueva Gestión Pública. Se caracteriza fundamentalmente por la presencia de la información para la toma de decisiones y para la gestión administrativa y operativa, representando un gran desafío para los gobiernos en términos de combinar el sistema normativo y administrativo vigente con el flujo de información y decisiones informadas para la construcción de mejores políticas públicas.

Si bien se trata de un proceso en marcha, la convivencia entre un paradigma que no termina de morir con uno que no termina de nacer es claramente compleja. Los cambios en la gestión deben ir acompañados de capacitación de los/as trabajadores/as y un fuerte liderazgo que defina los objetivos de las políticas y acompañe el proceso de cambio de la cultura organizacional para evitar resistencias a los procesos innovadores.

18. Comunicación Oficial NO-2023-07102902-APN-UAI#MS. Unidad de Auditoría Interna. Informe de Auditoría Preliminar. Programa 18 Formación de Recursos Humanos Sanitarios y Asistenciales (Período año 2021). Ministerio de Salud de La Nación. Enero 2023.

El caso de estudio presentado es una muestra del camino que viene transitando la gestión del Estado, ya que reúne elementos vinculados a la innovación, la gestión orientada a resultados, el uso de evidencia para la gestión de políticas públicas y la simplificación de los trámites con orientación al ciudadano.

Los resultados presentados para el caso de la contratación de los residentes en el Ministerio de Salud de la Nación muestran la importancia de contar con voluntad política para impulsar cambios, sistemas de información que permitan la toma de decisiones informadas, compromiso por parte de los actores involucrados en la gestión de la política y cultura de la evaluación para medir las intervenciones que se implementan. En este caso, la disminución de tiempos de contratación de los residentes que el Ministerio de Salud necesita para garantizar el acceso con calidad a los servicios de salud ubicados en todo el país.

El gobierno digital es uno de los componentes de fortalecimiento de las capacidades estatales, para que los Estados provinciales puedan afrontar los nuevos problemas que se encuentran en la agenda pública, que van desde el incremento cada vez mayor de las desigualdades sociales hasta los cambios en el mundo del trabajo y la productividad, y el cambio climático.

Finalmente, **la mejora en la gestión pública no debe entenderse como una cuestión meramente técnica, sino política**: garantizar el acceso a los derechos y servicios públicos por parte de la ciudadanía en un ámbito democrático y con participación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardach, E. (1998). *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. Un manual para la práctica*. México: CIDE.
- Clastornik, J. (2022). Gobernanza e institucionalidad para la transformación digital. En L. Papagni, D. Berlcholy A. Prince (Comps.), *Transformación Pública Digital en Latinoamérica*. Buenos Aires: Fundación Sociedad de Información de las Américas.
- Duré, I. (2015). Residencias médicas en Argentina 2015. *Revista argentina de medicina*, 3(5), 2-4.
- Duré, I., Daverio, D., y Dursi, C. (2014). *Planificación y Gestión del sistema Nacional de Residencias (SNR) en Argentina*. Observatorio de Recursos Humanos en Salud-Ministerio de Salud de la Nación.
- Duré, I., Fernández Lerena, M., y Gilligan, C. (2021). *Formación de recursos humanos en salud: especialidades médicas: estado de situación y antecedentes sobre el proceso de reconocimiento de nuevas especialidades y su relación con la formación*. Buenos Aires: Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud.
- Estévez, A. M. (2002). *El modelo secuencial de políticas públicas treinta años más tarde*. Centro de Investigación en Administración Pública, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, 1-31.
- Kliksberg, B. (2001). *Una nueva gerencia pública para la modernización del Estado y afrontar los desafíos de la integración*. Montevideo: CEFIR. Recuperado de <https://biblioteca.inap.gob.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=3346>
- Natanson, J. (2021). Estado cavallista y reforma progresista. Cuando la tecnocracia escribe derecho con los renglones torcidos. En M. Rodríguez y P. Touzón (Comps.), *¿Qué hacemos con Menem? Los noventa veinte años después*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Nogueira, M. (1995). *Análisis de políticas públicas*. Trabajo preparado para el Instituto Nacional de Administración Pública.

- Olavarría Gambi, M. (2007). *Conceptos básicos en el análisis de políticas públicas*. Instituto de Asuntos Públicos. Departamento de Gobierno y Gestión Pública. Universidad de Chile.
- OECD e IDB (2016). Digital government. En *Broadband Policies for Latin America and the Caribbean: A Digital Economy Toolkit* (pp. 359-387). Paris: OECD Publishing. Recuperado de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Pol%C3%ADticas-de-banda-ancha-para-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-Un-manual-para-la-econom%C3%ADa-digital.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (septiembre de 2017). *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Presentado en la 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 69.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington, D.C., EUA.. Recuperado 28 de febrero de 2023 de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672:human-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&Itemid=0&lang=es.
- Papagni, L (2022). La transformación pública digital transfronteriza. En L. Papagni, D. Berlicholc y A. Prince (Comps.), *Transformación Pública Digital en Latinoamérica*. Buenos Aires: Fundación Sociedad de Información de las Américas.
- Parada, E. L. (2002). *Introducción a las políticas públicas*. Fondo de cultura económica.
- Parsons, W. (2013). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. Ciudad de México: FLACSO México.
- Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. *Bases del Plan Federal de Salud*. Mayo de 2004.
- Sadin, E. (2022). *La era del individuo tirano: el fin de un mundo común*. Buenos Aires: Caja Negra Editora.
- Santiso, C., Ubaldi, B. y González Zapata F. (2022). El coraje de la innovación: cambios de paradigma de la transformación digital del Estado. En L. Papagni, D. Berlicholc y A. Prince (Comps.), *Transformación Pública Digital en Latinoamérica*. Buenos Aires: Fundación Sociedad de Información de las Américas.



- Sutcliffe, S. y Court, J. (2006). *Herramientas para Diseñadores de Políticas Públicas en Países en desarrollo*. Programa de Investigación y Políticas en Desarrollo. Londres: Instituto de Desarrollo en Países Extranjeros.
- Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En Garay, O. (Coord.), *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, bioética y jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires: La Editorial La Ley. 2012.

1.3. REGLAMENTACIÓN Y DIGITALIZACIÓN EN LA RECEPCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

Crudo, D. S. y La Cava, G. S.

La Comisión de Recepción Definitiva de Bienes y Servicios (CRD) tiene la responsabilidad primaria de certificar la recepción de bienes y servicios adquiridos por las diferentes jurisdicciones que componen la Administración pública nacional de acuerdo con el Régimen de Contrataciones de la Administración pública nacional, regulado por los Decretos N° 1023 de 2001 y N° 1030 de 2016.

El Decreto 1030 de 2016, en el capítulo segundo de su título cuarto, establece sobre la CRD que es un órgano integrado por tres miembros titulares y tres suplentes, designados por acto administrativo de la máxima autoridad competente, y que tendrá la responsabilidad de verificar si las prestaciones cumplen o no con las condiciones establecidas en los documentos contractuales.

Adicionalmente, el Decreto 1023 de 2001 excluye en su artículo tercero, entre otros, a las compras por el Régimen de Fondos Rotatorios y Cajas Chicas y a:

[los contratos] que se celebren con estados extranjeros, con entidades de derecho público internacional, con instituciones multilaterales de crédito, los que se financien total o parcialmente con recursos provenientes de esos organismos, sin perjuicio de la aplicación de las disposiciones del Decreto Delegado N° 1.023 de 2001 y sus modificatorios y complementarios y del reglamento que por el presente se aprueba, cuando ello así se establezca de común acuerdo por las partes en el respectivo instrumento que acredite la relación contractual, y de las facultades de fiscalización sobre ese tipo de contratos que la Ley N° 24.156 y sus modificaciones confiere a los Organismos de Control [...] (PEN, Decreto 1023 de 2001).



Dicho decreto establece como órgano rector del Régimen de Contrataciones de la Administración Nacional a la Oficina Nacional de Contrataciones (ONC). El 27 de septiembre de 2016, la ONC emite la Disposición 62, y esta refiere sobre la CRD que debe verificar si la prestación cumple o no las condiciones establecidas en los contratos, practicar análisis, ensayos o pericias a los bienes que lo requieran, remitir a proveedores y unidades que tramitan pagos las conformidades sobre la recepción y remitir a las unidades de adquisiciones de la jurisdicción todo lo actuado sobre la recepción para que se incorpore al expediente de adquisición.

Adicionalmente, la Resolución Ministerial N° 946 de 2019 extiende la obligatoriedad de la intervención de la CRD –con las funciones, atribuciones, facultades y obligaciones establecidas por el Decreto 1030– en todas las contrataciones y adquisiciones financiadas con instituciones multilaterales de crédito que se encuentran excluidas del referido decreto, aunque mantiene la excepción de las contrataciones por urgencia mediante fondo rotatorio o caja chica y las que correspondan al cumplimiento de demandas judiciales.

El documento a través del cual se materializa la intervención de la CRD es un acta firmada por cada uno de sus miembros en la que establecen las cantidades constatadas, los productos, lotes, el contrato o convenio de referencia y el pronunciamiento sobre el cumplimiento de los plazos de entrega pautados.

En el marco del surgimiento de la pandemia de COVID-19, tomaron relevancia los bienes recibidos en donación por parte de terceros, que aumentaron exponencialmente debido al carácter excepcional de la pandemia, su alcance global y al rol del Ministerio de Salud de la Nación. El destino final de los bienes de uso y consumo recibidos fueron las provincias o efectores provinciales. Para darle orden y transparencia a los procesos, fue necesario que la CRD interviniera certificando la recepción.

La intervención de la CRD en las adquisiciones de bienes y servicios es importante, entonces, porque contribuye, por un lado, a la transparencia en la asignación de recursos económicos y, por otro lado, porque permite

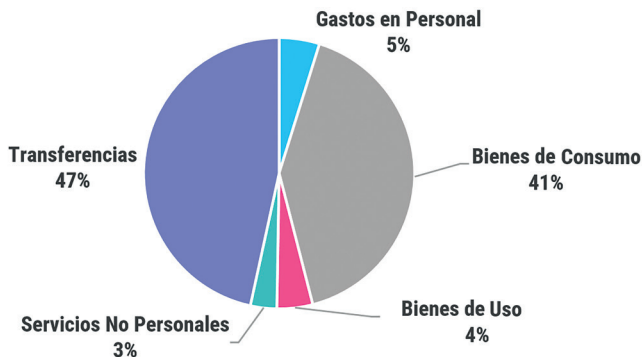
monitorear el cumplimiento de los contratos vigentes. En el año 2020 el Ministerio de Salud representó el 63,6% del gasto en bienes de consumo de la Administración pública nacional, por lo que el tiempo dedicado a la mejora continua de procesos vinculados a la totalidad del ciclo de adquisición resulta una provechosa inversión.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN INICIAL

Como se mencionó en párrafos anteriores, la pandemia de COVID-19 actuó como reordenador de prioridades o catalizador de cambios en la organización. En el año 2020 –año de inicio de la pandemia en Argentina– el crédito presupuestario devengado por la Administración Central del Ministerio de Salud de la Nación alcanzó los \$108.057,52 millones, de los cuales \$52.515,07 millones se destinaron a la adquisición de bienes y servicios.

A continuación, se presenta la Figura 1.3 con la distribución de los créditos presupuestarios devengados durante 2020 por inciso presupuestario.

Figura 1.3. Distribución de los créditos presupuestarios devengados por el Ministerio de Salud de la Nación según inciso presupuestario. Año 2020.



Fuente: Elaboración propia con datos de <https://www.presupuestoabierto.gob.ar/sici/datos-abiertos>



Del gráfico se desprende que el gasto en bienes y servicios del Ministerio de Salud representó el 48% del gasto total del año 2020.

Tabla 1.4. Distribución de los créditos presupuestarios devengados por programa y fuente de financiamiento. Año 2020.

Programa / Fuente de financiamiento	Tesoro Nacional	Crédito Externo	Otras fuentes	Total
Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles e Inmunoprevenibles	29,99%	4,34%	0,67%	34,99%
Formación de Recursos Humanos Sanitarios y Asistenciales	18,85%	-		18,85%
Transferencias Varias	14,28%	-	0,60%	14,88%
Desarrollo de Seguros Públicos de Salud (BIRF N° 8516-AR y 8853-AR)	0,30%	9,91%		10,21%
Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles	0,22%	4,68%		4,89%
Actividades Centrales	4,24%			4,25%
Lucha Contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual e Infección Contagiosas	3,14%		0,55%	3,69%
Atención de la Madre y el Niño	2,54%		0,15%	2,69%
Cobertura Universal de Salud – Medicamentos	1,63%		0,02%	1,65%
Desarrollo de la Salud Sexual y la Procreación Responsable	1,19%		0,14%	1,33%
Resto de los programas	2,33%	0,16%	0,08%	2,57%
Total	78,71	19,09%	2,21%	100,00%

Fuente: elaboración propia con datos de <https://www.presupuestoabierto.gov.ar/sici/datos-abiertos>

En la Tabla 1.4 se describe la distribución por programa y fuente de financiamiento de los créditos presupuestarios del Ministerio de Salud de la Nación correspondientes al año 2020.

De la Tabla 1.4 se desprende que el 78,70% de los créditos presupuestarios ejecutados durante 2020 correspondieron a la fuente de financiamiento Tesoro Nacional y, por lo tanto, fueron ejecutados bajo el alcance del Régimen de Contrataciones de la Administración Nacional con su respectiva intervención de la CRD. El 19,08% de los créditos devengados correspondieron a la fuente de financiamiento crédito externo –quedando por fuera de la intervención de la Comisión por tratarse de créditos externos– y el 2,21% restante se distribuyó entre las otras fuentes.

En una segunda lectura de los datos, la Tabla 1.4 muestra que el 29,99% de los créditos presupuestarios fueron ejecutados por el programa Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles e Inmunoprevenibles, cuya actividad principal es la “normatización, suministro y supervisión de vacunas” (Presupuesto Abierto).

Debido a las facultades otorgadas al Ministerio por la Ley 27491 de Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación y por el Decreto N° 1007 de 2000, el Ministerio de Salud de la Nación puede adquirir los bienes que necesite para dar cumplimiento al Calendario Nacional de Vacunación a través del Fondo Rotatorio de Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Fondo Rotatorio para la compra de vacunas de la OPS es un mecanismo de compra de vacunas esenciales, jeringas y otros insumos relacionados para los programas de vacunación de los Estados miembros, entre los que se encuentra la República Argentina. Por lo tanto, las adquisiciones realizadas bajo esta modalidad también quedarían fuera del alcance del Régimen de Contrataciones de la Administración Nacional y la intervención de la CRD.

La descripción de la situación inicial con respecto al alcance de la normativa vigente indica que, debido a la multiplicidad de fuentes de financiamiento y modalidades de adquisición, la participación de la crd quedaba limitada únicamente a las adquisiciones realizadas a través del Régimen de Contrataciones de la Administración Nacional.



En párrafos anteriores se enfatizó la importancia de la intervención de la CRD en acreditación de los bienes y servicios recibidos y, por lo tanto, fue una prioridad de la gestión elaborar un reglamento que delimite sus responsabilidades y funciones a la vez que estandarice la documentación necesaria para acreditar la recepción, teniendo en cuenta las particularidades que existen en cada modalidad de compra.

Con respecto a los documentos elaborados por la CRD como Actas de Recepción o de Rechazo, estos eran elaborados en papel y con firmas ológrafas aun cuando el Decreto 561 de 2016 había aprobado la implementación del Sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE) como sistema integrado de caratulación, numeración, seguimiento y registración de movimientos de todas las actuaciones y expedientes del Sector Público Nacional, que incluye la firma digital de documentos.

INTERVENCIÓN

La situación descrita previamente devino en la necesidad de elaborar un reglamento para la CRD que extienda el alcance de la intervención a las diferentes modalidades de compra y que estandarice la documentación necesaria para acreditar la recepción para que permita, a su vez, disponer de la información en tiempo real para el resto de la estructura del Ministerio.

Para cumplir con dicho objetivo, se planteó también el desarrollo e implementación de un formulario controlado GDE para elaborar las Actas de Recepción y Rechazo de manera tal que permita el monitoreo del cumplimiento de las entregas de cada orden de compra.

El reglamento fue aprobado por la Resolución N° 246 de 2021, que estableció la obligatoriedad del uso del formulario controlado GDE para la realización de la totalidad de las Actas de Recepción Definitiva del Ministerio a partir del 2022, y las actas en papel fueron abandonadas.

A continuación, se presenta una serie de imágenes con los diferentes modelos de Actas de Recepción. La Figura 1.4 muestra un modelo de Acta de Recepción Definitiva vigente en el año 2020, con firma hológrafa. La Figura 1.5 muestra un Acta de Recepción con firma digital, realizada a partir de un informe externo. Y, finalmente, la Figura 1.6 muestra el modelo final de Acta de Recepción, realizada con el formulario estructurado diseñado.



Figura 1.4. Acta de Recepción Definitiva con firma hológrafa vigente en el año 2020.

Ministerio de Salud de la Nación  *Comisión de Recepción Definitiva*

ACTA DE RECEPCIÓN DEFINITIVA N° 0002475

UNIFICACIÓN DE COMPRA SUBASTACIÓN

EX-2020-77433784-APN-SSGA#MS

Reunidos los integrantes de la Comisión de Recepción Definitiva, de acuerdo a la documentación obrante, a efectos de CERTIFICAR el cumplimiento **PARCIAL** del **Contrato de suministro de la vacuna Sputnik V contra el COVID-19**, informan que las **VACUNAS** consignadas a continuación, fueron **RECEPCIONADOS** de conformidad, **DENTRO** del plazo establecido y en la cantidad indicada a continuación:

POR GUÍA AÉREA N° 044-44032940

CANTIDAD 300.150 DOSIS – Vacuna COVID-19 - Primer componente (Ad26)

- CONFORMIDAD MEDIANTE NO-2020-90410665-APN-SAS#MS

C.A.B.A., 26 DIC 2020





Suscripción del contrato: 09/12/20 - (IF-2020-85626298-APN-MS)

Recepción provisoria: 22/12/20

Comisión de Recepción: 26/12/20

ACTA-2020-90775396-APN-SSGA#MS

Página 1 de 1



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Acta de recepción definitiva

Número: ACTA-2020-90775396-APN-SSGA#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Lunes 28 de Diciembre de 2020

Referencia: ACTA 2020_2475 - EX_2020_77433784_APN_SSGA#MS - LLC HUMAN VACCINE

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.


Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2020.12.28 14:48:39 -03:00

Guadalupe Magdalena IGLESIAS
Auxiliar administrativo
Subsecretaría de Gestión Administrativa
Ministerio de Salud

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica



Figura 1.5. Acta de Recepción Definitiva de producción externa con firma digital vigente en el año 2021.

 República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional			
ACTA DE RECEPCIÓN DEFINITIVA N° 2767			
Adjudicatario: PRIMER DEPÓSITO S.A.			
Expediente de Adquisición: EX_2020_68337513_APN_SSGA#MS		IF_2021_74762672_APN_MS	
Reunidos los integrantes de la Comisión de Recepción Definitiva, de acuerdo a la documentación obrante, a efectos de certificar el cumplimiento PARCIAL del Contrato de suministro de la vacuna COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 informan que las VACUNA/S consignadas a continuación, fueron RECEPCIONADAS de conformidad, DENTRO del plazo establecido y en la cantidad indicada a continuación:			
CANTIDAD:	739.440	DOSIS -	COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2. PRES.: Vial conteniendo 0.45 ml – 6 dosis por vial – 195 vial por estuche secundario.
SEGUNDA ENTREGA			
CONFORMIDAD MEDIANTE PV-2021-126929959-APN-SAS#MS			
GUÍA AÉREA	RECEPCION PROVISORIA	FECHA CRD	CANTIDAD
001-24690094	23/12/21	30/12/21	739.440
			739.440
ACTA-2021-127082038-APN-SGA#MS			
Página 1 de 1			



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Hoja Adicional de Firmas
Acta Importada de Firma Conjunta

Número: ACTA-2021-127082038-APN-SGA#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 30 de Diciembre de 2021

Referencia: ACTA 2021_2767 - EX_2020_68337513_APN_SSGA#MS (IF_2021_74762672_APN_MS) - PFIZER EXPORT B.V

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2021.12.30 13:19:09 -03:00

[Firma digitalizada]

Asistente
Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida
Ministerio de Salud

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2021.12.30 13:25:08 -03:00

[Firma digitalizada]

Asistente
Secretaría de Gestión Administrativa
Ministerio de Salud

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2021.12.30 15:28:59 -03:00


[Firma digitalizada]

Coordinadora
Secretaría de Gestión Administrativa
Ministerio de Salud

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2021.12.30 15:29:00 -03:00



Figura 1.6. Acta de Recepción Definitiva de producción controlada y firma digital vigente a partir de 2022.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Acta de Recepción de Bienes y Servicios

Número: ACTA-2022-130655719-APN-SGA#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Viernes 2 de Diciembre de 2022

Referencia: 22_007640 - NAC - EX_2020_68337513_APN_SSGA#MS (IF_2021_121528695_APN_MS) -
[REDACTED]

Certificado de Conformidad de Recepción

Dependencia receptora: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles
N° Orden de compra: IF_2021_121528695_APN_MS
N° Contratación / Licitación: -
Resolución aprobatoria: -
Actuación: EX
Año: 2020
Número: 68337513
Repartición: SSGA#MS

Datos de la Entidad Proveedora

Nombre de la entidad proveedora: [REDACTED]
N° de CUIT:

Especificaciones del remito

Remito N°: G.A. 001-51799171
Fecha de remito:
Fecha de recepción: 24/11/2022

Especificaciones renglón

Renglón: 2
Cantidad: 460800

Detalle

Detalle: COVID-19 MRNA VACCINE (COMIRNATY 10 MICROGRAMOS/DOSIS CONCENTRADA PARA DISPERSIÓN INYECTABLE). PRES.: VIAL CONTENIENDO 1,3 ML – 10 DOSIS POR VIAL-.
Unidad: DOSIS

Observaciones

Observaciones: ENTREGA 24/11/22: 57.600 DOSIS / ENTREGA 25/11/22: 403.200 DOSIS ;
CONFORMIDAD: IF-2022-128683822-APN-SAS#MS - IF-2022-128683859-APN-SAS#MS - PV-2022-
129447697-APN-SAS#MS ; SEGUNDA ENTREGA ; CUMPLIMIENTO: PARCIAL - FUERA

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2022.12.02 17:02:10 -03:00


Asistente técnico
Secretaría de Gestión Administrativa
Ministerio de Salud

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2022.12.02 17:12:30 -03:00


Asistente administrativo
Secretaría de Gestión Administrativa
Ministerio de Salud

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2022.12.02 18:38:30 -03:00


Coordinadora
Secretaría de Gestión Administrativa
Ministerio de Salud

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2022.12.02 18:38:31 -03:00




El formulario diseñado es de tipo plantilla (*template*) en el que se definieron en campos estructurados la información necesaria para la elaboración del Acta de Recepción. De manera tal que las actas pudieran unirse con las diferentes órdenes de compra para calcular los porcentajes de cumplimiento de los contratos.

Para facilitar el acceso a las Actas de Recepción de las unidades de adquisiciones, de las áreas requirentes y de las áreas contables, se desarrolló un tablero de Actas de Recepción, disponible en la intranet del Ministerio, en el cual se recopilan todas las actas elaboradas y pueden consultarse por fecha, proveedor, ítem, número de compra, etcétera.¹⁹

A continuación, en la Figura 1.7, se muestra una imagen del tablero de Actas de Recepción disponible en la intranet.

19. Para profundizar en el desarrollo de tableros y su publicación en la intranet, sugerimos la lectura del capítulo 2.1 “Tableros de Gestión Administrativa: conocer para gestionar”.

Figura 1.7. Tablero de Actas de Recepción Definitiva disponible en la intranet.

SGA - Actas Recepción Definitiva  **Actas Recepción Definitiva** Actas de Rechazo Tabla resumen por Dependencia receptora

Se puede exportar a formato csv, pdf y xls, consultando los filtros aplicados

CSV Excel PDF Show 200 entries Search:

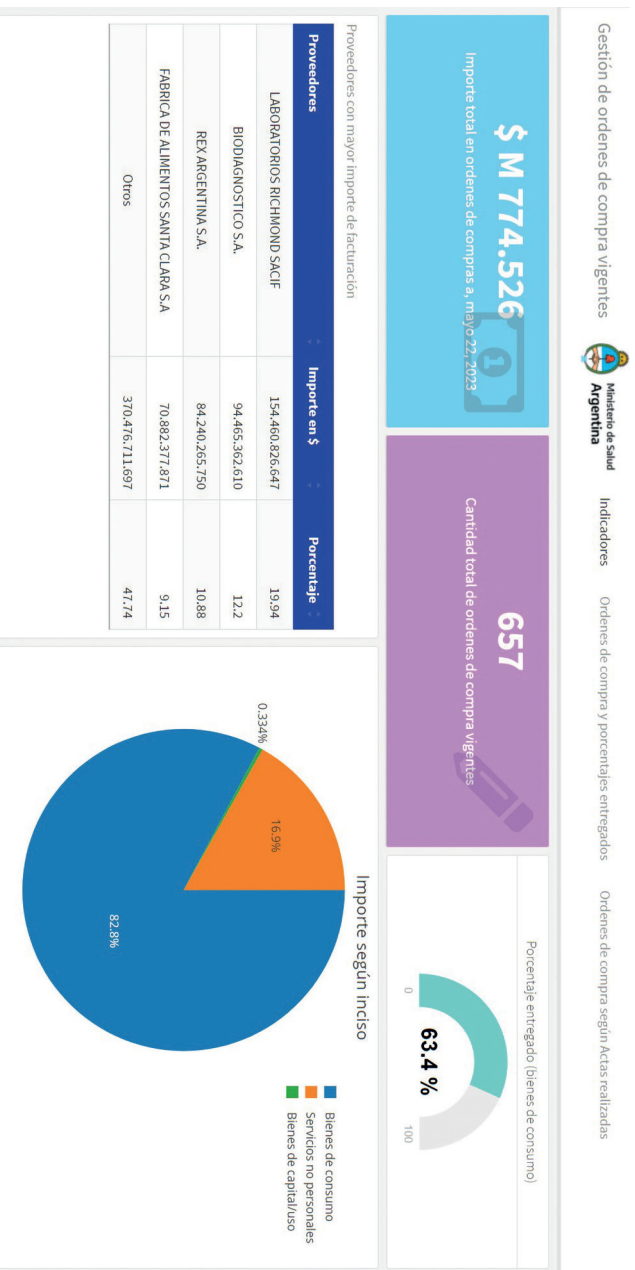
Numero doc GEND	Dependencia receptora	Orden de compra	N Contratación - Licitación	Resolución Aprobatoria	Exponente	Entidad proveedora	Cat. Proveedor	Remito	Requis	Cantidad	Detalle	Unidad	Observaciones
/	All	All	All	All	All	All	All	All	All	All	All	All	All
ACTA-2021-11640357-SCGAMS	Dirección de Cobecuras de Alto Precio	BO-1098-OC20	Licitación Pública IV 80-00174-P419	RESOL-2020-1429-APN-HMS	EX-2021-10092772-APN-DOHMS	SHE HUMAN GENETIC THERAPIES SA	3070822150	10325-11	2	26900	Nombre genético: Factor VIII de coagulación recombinante por 1.000 unidades de actividad internacional con polio (bifármico) disolvente para solución inyectable; Nombre comercial: ADVATE.	UL	PARCIAL, DENTRO
ACTA-2021-11640357-SCGAMS	Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria	NO-2021-106676116-APN-DOHMS	-	-	EX-2021-10092772-APN-DOHMS	PIZZER S.R.L.	309503518518	2800225880	1	2	PALEOCCUBIN 125 MG, EMULSION INYECTABLE EN ENVASE x 21 UNIDADES C/U.	ENVASES	LUGAR DE ENTREGA COORDINACION BA
ACTA-2021-11640357-SCGAMS	Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica	NO-2021-43900396-APN-DOHMS	-	-	EX-2021-39353542-APN-DOHMS	CIRUGIA ALEMAN - INSUMOS MEDICOS S.A.	30709247850	180010563	1	1	SISTEMA DE FIJACION TRANSPEDICULAR PARA 3 (TRES) INVELES DE TITANIO IMPROBADO CON 2 (DOS) ANCHOS, TRANSPARENTES Y MULTIAJES ILACOS ANCLAJES ILACOS BIVERTAL DIBAROS DE	UNIDAD	NOTA ACLARATORIA 10184912-APN-DG CONFORMIDAD ARE PV-2021-10581947 SMI/EMMS LUGAR HOSPITAL DE CINI MARTIN

Fuente: Intranet. Fecha de acceso 10-año-23.



Finalmente, las Actas de Recepción nutren al tablero de órdenes de compra diseñado para monitorear el nivel de cumplimiento de los contratos de adquisición celebrados por el Ministerio. **Este tablero une las cantidades estipuladas de cada ítem en los documentos contractuales con las cantidades recibidas en las Actas de Recepción, lo que permite obtener el porcentaje de cumplimiento de las entregas a una fecha determinada. También permite monitorear la existencia o no de un Acta de Recepción ante una entrega programada contractualmente en una determinada fecha, de manera tal que permite a la CRD y a las unidades de compras monitorear el cumplimiento de los contratos.** La Figura 1.8 muestra el tablero de órdenes de compra disponible en la intranet.

Figura 1.8. Tablero de Monitoreo de Órdenes de Compra.



Fuente: Intranet. Fecha de acceso 10-ago-23.



RESULTADOS

Durante el año 2022 se realizaron 9.605 Actas de Recepción Definitiva de Bienes y Servicios. En promedio, los días que transcurrieron entre la recepción de los bienes y la elaboración del acta se ubicó para el mismo año en 88 días, esto ofrece una medición sobre un indicador de base para trabajar en mejoras.

A continuación, se presenta en la Tabla 1.5 la cantidad de Actas de Recepción según área requirente de la compra y la cantidad de días que demoraron entre la recepción física y la elaboración del Acta de Recepción Definitiva –en promedio y desvío estándar–.

Tabla 1.5. Actas de Recepción Definitiva y días hasta elaboración –promedio y desvío estándar– según repartición.

Área requirente	Cantidad de Actas	Días hasta elaboración (promedio)	Días hasta elaboración (desvío estándar)
Dirección Nacional de recursos físicos	8	1	2
Dirección de medicina transfusional	1	6	
Dirección Nacional de salud sexual y reproductiva	158	13	11
Dirección Nacional de medicamentos y tecnología sanitaria	1544	14	13
Dirección de géneros y diversidad	15	15	8
INCUCAI	90	17	14
Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica	68	20	15
Subsecretaría de medicamentos e información estratégica	94	23	40
Dirección de transferencias financieras a provincias	25	24	8
Dirección General de Administración	6	25	7
Dirección de comunicación institucional y prensa	12	29	24

Área requirente	Cantidad de Actas	Días hasta elaboración (promedio)	Días hasta elaboración (desvío estándar)
Dirección Nacional de abordaje por curso de vida	69	37	55
Dirección de control de enfermedades inmunoprevenibles	519	37	321
Dirección General de Recursos Humanos	34	40	15
Dirección Nacional de emergencias sanitarias	100	42	33
Dirección de salud perinatal y niñez	1145	51	39
Dirección de gestión operativa	478	66	70
Instituto Nacional del Cáncer	139	68	53
Dirección de tecnologías de la información y de las comunicaciones	133	70	90
Dirección Nacional de talento humano y conocimiento	4	82	11
Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales	1	87	
Secretaría de acceso a la salud	717	93	53
Dirección de respuesta al VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis	1453	105	164
Dirección de salud bucodental	857	105	41
Dirección Nacional de sistemas de información sanitaria	6	110	39
Subsecretaría de estrategias sanitarias	10	122	152
Dirección Nacional de integración del sistema de salud	2	129	14
Dirección de control de enfermedades transmisibles	532	130	67
Dirección Nacional de abordaje integral de enfermedades no transmisibles	1008	131	74
Dirección Nacional de articulación y seguimiento de políticas públicas	1	209	
Dirección de medicamentos especiales y alto precio	376	440	390
Total	9605	88	155

Fuente: elaboración propia con datos del Sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE).



De la Tabla 1.5 se desprende que la cantidad de Actas de Recepción y los días de demora en su elaboración varían según el área requirente, registrándose un máximo de 440 días en la Dirección de Medicamentos Especiales y Alto Precio, y un mínimo de 1 día en la Dirección Nacional de Recursos Físicos. Estas oscilaciones en los valores observados para la elaboración del Acta de Recepción obedecen a diversos factores, siendo uno de ellos el lugar de entrega de los productos o la urgencia de contar con los productos para su distribución y uso. En el caso de la Dirección de Medicamentos Especiales y Alto Precio, puede ocurrir que las entregas se den en diferentes jurisdicciones y que la recopilación de las conformidades sobre la recepción involucre a agentes o actores que desempeñen funciones en diferentes provincias. De todos modos, **conocer la distribución de frecuencias de los días de demora es una oportunidad para desarrollar estrategias que busquen reducir las diferencias y alcanzar el objetivo establecido en la normativa de 10 días.**

La cantidad de días promedio para la elaboración de un Acta de Recepción se ubicó en 88 días en el año 2022. El 48% de las Actas de Recepción elaboradas en 2022 se ubicaron por debajo del promedio de 88 días, mientras que el 52% restante por encima del promedio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Datos abiertos. Presupuesto abierto. Ministerio de Economía Argentina. Recuperado de <https://www.presupuestoabierto.gob.ar/sici/datos-abiertos>
- Decreto 561 de 2016. Sobre el Sistema de Gestión Documental Electrónica. 6 de abril de 2016. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/260145/norma.htm>
- Decreto 1023 de 2001. Sobre el Regimen de Contrataciones de la Administracion nacional. 13 de agosto de 2001. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/68396/texact.htm>
- Decreto 1030 de 2016. 15 de septiembre de 2016. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/265000-269999/265506/norma.htm>
- Decreto 1007 de 2000. Sobre el mecanismo de compras del Ministerio de Salud. 1 de noviembre de 2000.
- Fondo Rotatorio de OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/es/fondo-rotatorio>
- Ley 27491. Sobre el control de enfermedades prevenibles por vacunación. 12 de diciembre de 2018.
- Resolución 246 de 2021 [Ministerio de Salud. Secretaría de Gestión Administrativa]. Sobre la Administracion Nacional de la Seguridad Social. 30 de octubre de 2021.

EXPLOTACIÓN DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA



2.1. TABLEROS DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA: CONOCER PARA GESTIONAR

Boeri, C. I., Crudo, D. S., De París, M., La Cava, G. S. y Laurenza, M. I.

En la Administración Pública Nacional, el presupuesto es formulado y ejecutado por las distintas instituciones que conforman al Poder Ejecutivo Nacional. En el caso del Ministerio de Salud de la Nación, es competencia de la Secretaría de Gestión Administrativa (SGA) desarrollar la gestión presupuestaria integral de la jurisdicción en sus aspectos físicos, económicos y financieros, de acuerdo con el Decreto 50 de 2019 del Poder Ejecutivo Nacional.

Existen varios procesos intermedios que afectan la ejecución presupuestaria: las compras y contrataciones de bienes y servicios, la contratación y el pago de los agentes trabajadores, la entrega de bienes y servicios, el pago de facturas, entre otros.

La implementación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) es una herramienta poderosa que permite mejorar la eficacia y la eficiencia de la gestión pública agilizando procesos y simplificando trámites, a la vez que genera información sistematizada que fortalece la transparencia, la rendición de cuentas y la participación ciudadana (Jaime y Vaca Ávila, 2017). La información sistematizada permite construir evidencia que sirva de sustento a las decisiones, al diseño y a la priorización de las políticas públicas.

La bibliografía en materia de evidencia y políticas públicas identifica, entre las buenas prácticas, la disponibilidad de datos y sistemas, así como la inversión en recopilación de información administrativa y de gestión (J-Pal, 2018). De acuerdo con Bracho (2010), la relación entre

las políticas y la evidencia se clasifica de la siguiente manera: las políticas que no toman en cuenta la evidencia; las que conocen la evidencia, pero no la aplican; las que consideran la evidencia, pero no están completamente alcanzadas por ellas; las influenciadas por la evidencia y, finalmente, las políticas moldeadas y basadas en evidencia intencionalmente buscada, relativa a relaciones causales entre los propósitos buscados, las opciones de acción y los resultados.

Basado en lo anteriormente descrito, **se propone vincular la idea de la innovación con la utilización de tecnologías digitales para el fortalecimiento de las capacidades de la gestión estatal.**

El objetivo es documentar la experiencia de la Dirección de Innovación Administrativa (DIA) dentro de la SGA, en el desarrollo e implementación de tableros para la gestión y el monitoreo de los procesos administrativos del Ministerio de Salud en el período 2020-2023, a partir de la información disponible en los sistemas de gestión, con la utilización de un programa informático de acceso gratuito. En la construcción de las políticas públicas es necesario poder identificar problemas, evaluar alternativas o soluciones y, posteriormente, medir los resultados para analizar su eficacia. En este sentido, a través de la explotación de datos de fuentes secundarias se registraron y se midieron los procesos mediante indicadores definidos como prioritarios. **De esta manera los tableros realizados son herramientas que permiten volcar la experiencia de la gestión, evaluar sus resultados y detectar oportunidades de mejora.**

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN INICIAL

En el período gubernamental iniciado en diciembre de 2019, se identificó que las áreas administrativas (presupuesto, compras, contabilidad, tesorería, etc.) contaban con gran capacidad técnica y operativa, pero con poca integración entre sí. Esta falta de mirada global sobre los procesos



se sostenía, en parte, por la diversidad de sistemas de información utilizados. Entre ellos, el Sistema Integrado de Información Financiera (SIDIF), la plataforma de compras electrónicas COMPRAR, el sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE). Todos los sistemas de información son administrados por fuera del Ministerio de Salud. También se observó la existencia de varios registros informales (individuales o grupales) que consolidan o completan información que queda fuera de los sistemas.

Dentro de las fortalezas detectadas se encuentra la existencia de la intranet del Ministerio: una plataforma digital creada como canal de comunicación institucional que pone a disposición contenidos y herramientas, lo que facilita la colaboración y comunicación entre las personas y los equipos.

Durante el mes de marzo de 2020, el gobierno nacional dictó un conjunto de medidas de aislamiento preventivo para hacer frente a la pandemia del COVID-19, generada por el virus SARS-CoV-2 y declarada emergencia de salud internacional por la Organización Mundial de la Salud. La pandemia representó un desafío extraordinario, tanto por los altos niveles de incertidumbre como por la generalización del trabajo remoto. En ese contexto, la identificación de oportunidades de mejora o de falencias dentro de la gestión administrativa del Ministerio cobraron más relevancia hasta institucionalizarse en la Decisión Administrativa 384 de 2021 que crea la DIA y le asigna la tarea de analizar y desarrollar proyectos de innovación tecnológica para la transformación y mejora de la gestión administrativa del Ministerio.

La creación de la DIA jerarquiza a la innovación dentro del Ministerio de Salud, entendiendo que no resuelve los problemas de la institución, sino que permite ir alcanzando desafíos que generen consecuencias positivas y que permitan direccionar otros proyectos para la continuidad de esos logros, tanto para dentro del organismo como para la ciudadanía. La innovación implica sobrellevar un obstáculo con determinada dificultad, para lo que es necesario identificar y analizar la problemática que esté en juego. Es por eso que requiere de una apuesta, de un movimiento y de un riesgo.

INTERVENCIÓN

El equipo de innovación se propuso desarrollar e implementar tableros que permitan monitorear la gestión administrativa del Ministerio de Salud. Los procesos administrativos que la SGA priorizó fueron aquellos que impactan en la ejecución presupuestaria: adquisiciones de bienes y servicios, contratación de agentes trabajadores, pago de facturas y transferencias, principalmente. Para cada uno de estos procesos hubo una instancia de relevamiento tanto del marco normativo como los sistemas de información y las fuentes de datos disponibles. En este primer momento fue fundamental conocer los procesos de trabajo que atraviesan el Ministerio y sus responsables, de manera tal de poder segmentar las distintas tareas e interrelacionarlas de forma ordenada. Paralelamente, se fueron detectando los procedimientos plausibles de ser digitalizados y se fue favoreciendo su sistematización.

Se relevaron y analizaron los diferentes reportes, que se pueden extraer de los sistemas de información solicitados, así como también se establecieron vínculos con las áreas de gobierno externas al Ministerio encargadas del desarrollo y mantenimiento de las bases de datos y de los sistemas.

Para el procesamiento de los datos, se utilizó Rstudio, una plataforma de programación gratuita que utiliza lenguaje R. Concretamente, se utilizó el paquete Flexdashboards, que permitió crear tableros interactivos desde Rmarkdown. El lenguaje R usa diferentes paquetes que son recursos disponibles de forma abierta y colaborativa.

El mantenimiento y el control de las versiones se realiza a través de Git-Hub, una plataforma para alojar el código generado en Rstudio y actualizarlo a la vez que permite que otros usuarios de Git-Hub puedan acceder a las piezas de código y replicarlo.

El formato de salida de estos tableros es html, lo que facilita su inserción en la intranet. Adicionalmente, cada tablero cuenta con un botón de descarga



de los datos que lo conforman para que los usuarios finales puedan utilizarlos y elaborar sus propios indicadores de seguimiento.

Para la difusión de los tableros, se trabajó articuladamente con la Dirección de Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones, que desarrolló una sección especial dentro de la intranet, a la que se accede mediante usuario y contraseña, favoreciendo la protección de los datos.

RESULTADOS

Se creó un producto de alto valor para las y los trabajadores del Ministerio de las distintas áreas, para que puedan acceder a los datos procesados para el interés de la Secretaría, pero que también para que se entienda y sea utilizado por todo el Ministerio.

La lectura y utilización de la información de los tableros por parte de las autoridades permitió mejorar la gestión administrativa y repensar los procesos. En este sentido, se identificaron las partes interesadas y se realizaron presentaciones puntuales con equipos de trabajo relevantes en los diferentes procesos que requerían monitoreo. Los resultados fueron los siguientes:

El *tablero de monitoreo de adquisiciones* muestra los expedientes en proceso de compra en curso, los días transcurridos desde el inicio del trámite, la instancia en la que se encuentra, el usuario que lo está tramitando y cuántos días transcurrieron desde el último movimiento.

El *tablero de órdenes de compra* vigentes muestra la cantidad de órdenes de compra (documentos contractuales) emitidos por el Ministerio desde el inicio de la gestión, el porcentaje de entrega/completitud de cada uno de sus ítems y la distancia entre las fechas pautadas de entrega de los bienes y servicios y las efectivamente observadas.

El *tablero de Actas de Recepción* recompila las Actas de Recepción de Bienes y Servicios generadas por la Comisión de Recepción.

El *tablero de facturas en trámite* muestra la cantidad de facturas pendientes de pago, sus montos, los días transcurridos desde su presentación, la repartición que tiene asignada la tarea y los días desde el último movimiento del expediente. Para este tablero fue fundamental la implementación de un Trámite a Distancia (TAD) para unificar el canal de entrada de facturas al Ministerio. Su uso y su monitoreo desde el tablero permitieron lograr una reducción sustancial en los tiempos de gestión de los pagos (Mur et. al., 2022).

El *tablero de usuarios* permite el acceso a la planta de trabajadores del Ministerio, a sus asignaciones por repartición y a sus niveles de estudios.

El *tablero de ejecución presupuestaria* consolida la información presupuestaria y los niveles de ejecución que dependen del desempeño de los otros tableros.

A continuación, las Figuras 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4 muestran una serie de ilustraciones de la intranet del Ministerio de Salud, el área de acceso a los tableros de gestión administrativa y un ejemplo de tablero.

Figura 2.1. Visualización de la pantalla de acceso a los tableros en la intranet del Ministerio de Salud de la Nación.



Fuente: intranet. Fecha de acceso 10-ago-23.



Figura 2.2. Visualización de los tableros disponibles en la intranet del Ministerio de Salud de la Nación.

The screenshot shows the 'Tableros de gestión administrativa' page. At the top, there is a header with the Ministry of Health logo and navigation links like 'Inicio', 'Novedades', 'El Ministerio', 'Personal', and 'Area de trabajo'. A search bar is also present. The main content is a table listing various dashboards.

NOMBRE TABLERO	FECHA	ACCIÓN	INFORMACIÓN
Actas de Recepción y de Reclamo	2023-07-18	Q	i
Monitoreo de Adquisiciones	2023-07-24	Q	i
Usuarios	2023-06-30	Q	i
Ejecución Presupuestaria	2023-07-20	Q	i
Expediente de pago a proveedores	2023-07-24	Q	i
Monitoreo PAC	2023-07-20	Q	i
Ordenes de compra	2023-05-22	Q	i
Válidos	2023-07-24	Q	i

At the bottom of the table, there is a 'Volver' button.

Fuente: Intranet. Fecha de acceso 10-ago-23.




Figura 2.3. Tablero de ejecución presupuestaria.



Fuente: intranet. Fecha de acceso 24-jul-23.

Figura 2.4. Tablero de adquisiciones.

 Ministerio de Salud y Bienestar									
Sistema de gestión de información del sector público de salud - con formato de flujo de trabajo									
Unidad de Negocios Sustentación de servicios - Rendimiento OPI									
Estado de Negocios		Dirección General		Nombre del Proceso		Proyectos Ejecutivos		Unidad Ejecutiva	
Estado	Cantidad	Estado	Cantidad	Nombre del Proceso	Proyectos Ejecutivos	Unidad Ejecutiva	Descripción	Unidad Ejecutiva	Responsabilidad de la ejecución
1	24	24	24	HABILITACIÓN DE CONSULTORÍA	2020-0001	OCUQUAZZO	OC-2020-1681534-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	AFILIACIÓN CONSULTORÍA SERVICIOS CLÍNICOS	4.984.121	OCUQUAZZO	OC-2020-2021718-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	CONSOLIDACIÓN DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	2.629.500	OCUQUAZZO	OC-2020-2022002-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	SERVICIO DE CONSULTORÍA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD)	67.200.000	OCUQUAZZO	OC-2020-1681534-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	AFILIACIÓN DE CONSULTORÍA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD)	61.724.100	OCUQUAZZO	OC-2020-2164979-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	AFILIACIÓN DE CONSULTORÍA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD)	2.249.724.100	OCUQUAZZO	OC-2020-1471126-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	AFILIACIÓN DE CONSULTORÍA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD)	467.774.200	OCUQUAZZO	OC-2020-1681534-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	SERVICIO DE CONSULTORÍA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD)	2.200.000.000	OCUQUAZZO	OC-2020-2164979-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	AFILIACIÓN DE CONSULTORÍA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD)	9.146.000	OCUQUAZZO	OC-2020-1471126-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	AFILIACIÓN DE CONSULTORÍA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD)	124.700	OCUQUAZZO	OC-2020-1681534-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTORÍA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD)	2.629.500	OCUQUAZZO	OC-2020-1681534-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	SERVICIO DE CONSULTORÍA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD)	11.930.000	OCUQUAZZO	OC-2020-2164979-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	SERVICIO DE CONSULTORÍA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD)	326.050.000	OCUQUAZZO	OC-2020-1471126-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	SERVICIO DE CONSULTORÍA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD)	494.300	OCUQUAZZO	OC-2020-1681534-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	SERVICIO DE CONSULTORÍA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD)	17.196.000	OCUQUAZZO	OC-2020-2022002-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles
1	1	1	1	SERVICIO DE CONSULTORÍA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD)	24.020.300	OCUQUAZZO	OC-2020-1681534-01-001	OCUQUAZZO	DIC-PT-15: Director nacional de control de enfermedades transmisibles

Fuente: Intranet. Fecha de acceso 24-Jul-23.



CONCLUSIONES

El caso analizado evidencia la experiencia exitosa en la explotación de datos de fuentes secundarias y la visualización de información pertinente a través de un programa de libre acceso, sin la necesidad de emplear recursos adicionales para su construcción.

Se han retomado las discusiones teóricas a nivel nacional sobre los procesos de reforma y modernización, ya que el fortalecimiento de las capacidades de gestión es un cambio de la cultura organizacional complejo que requiere de varios procesos. **La implementación de los tableros aportó modernización al Ministerio como una acción concreta y específica que buscan mejorar el funcionamiento de las organizaciones públicas.**

A su vez, entendiendo que cada área tiene sus propias demandas, la puesta a disposición de los tableros en la intranet del Ministerio permitió que todos los usuarios tengan acceso a la información para poder explotarlos de acuerdo a sus necesidades particulares. **Esta implementación revela la importancia de desplegar una nueva gobernanza de los datos públicos, es decir, que los datos y el conocimiento digitalizado se convierten en un factor estratégico.** Brindar respuestas ágiles y efectivas, contar con datos e información oportuna es un beneficio para la toma de decisiones, la elaboración y ejecución de políticas públicas de cara a la ciudadanía.

La intervención plasmada aquí permitió a las distintas áreas del Ministerio interactuar entre sí en forma digital, remota, completa y simple. Esta interacción propicia la generación y la captura de datos que, al ser procesados y analizados con herramientas inteligentes, permite mejorar los procesos de decisión y evaluación de resultados. Ello da lugar a una mayor agilidad en los procesos operativos y administrativos de todo el sector público nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caballero, C. (2014). Modernización de la gestión pública en la Provincia de Mendoza, Argentina (2001-2011). Logros y desafíos. *Revista Digital de Ciencias Sociales*, 1(1), 209-226.
- Bracho (2010). Políticas públicas basadas en la evidencia. La política pública como acción informada y objeto de investigación. En M. Merino y G. Cejudo (Comps.) *Problemas, decisiones, soluciones. Enfoques de política pública*, Ciudad de México: fce/ cide
- Decisión Administrativa 384 de 2021. Sobre la aprobación de la estructura organizativa de primer nivel operativo del Ministerio de Salud. 19 de abril de 2021.
- Decreto 434 de 2016. Sobre la aprobación del Plan de Modernización del Estado. 1 de marzo de 2016.
- Decreto 50 de 2019 del Poder Ejecutivo nacional. Sobre la derogación del Decreto 802 de 2018.20 de diciembre de 2019.
- Gallego Córcoles, I. (2017). Contratación pública e innovación tecnológica. *Revista española de Derecho Administrativo*, 147, 193-219.
- Grandinetti, R. (2012). Innovación tecnológica en las organizaciones públicas: ERI, una propuesta metodológica. *Multidisciplina*, (10). Recuperado de <https://revistas.unam.mx/index.php/multidisciplina/article/view/34253>.
- Jaime, F., Vaca Avila, P. (2017). Las políticas basadas en evidencia como plataformas para la innovación de políticas públicas. *Estado Abierto. Revista Sobre El Estado, La Administración Y Las Políticas Públicas*, 2(1), 51-76. Recuperado de <https://publicaciones.inap.gov.ar/index.php/EA/article/view/44/44>.
- J-Pal. (2018). Forjando una cultura para el uso de evidencia: lecciones de J-PAL sobres alianzas con gobiernos en Latinoamérica. Disponible en: <https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/creating-a-culture-of-evidence-use-lessons-from-jpal-govt-partnerships-in-latin-america-spanish.pdf>
- Ley 23696 de Reforma del Estado.



Ley 23697 de emergencia económica.

Mur, J., Crudo, D., Dias, J., De París, M., La Cava, G., Monsalvo, M., & Rosolen, E. (2022). Innovación Administrative para la gestion de pagos en el Ministerio de Salud de la Nación. *Memorias De Las JAIIO*, 8(12), 15-22. Recuperado a partir de <https://publicaciones.sadio.org.ar/index.php/JAIIO/article/view/441>

Pando, D. y Poggi, E. (2020). Analítica de Datos: el corazón de la transformación digital del Estado. En D. Pando (Comp.), *La Administración Pública en tiempos disruptivos*, (pp.265-274). Buenos Aires: Asociación Argentina de Estudios de Administración Pública.

Pando, P. (2021) La innovación Pública como oportunidad para fortalecer las capacidades estatales. En *¿Hackear lo público? Innovación en la gestión pública*. Col. Experiencias Escuela CLAD, 6, (pp. 57-79). Caracas: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD).

2.2. EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE METAS FÍSICAS Y DEL PLAN ANUAL DE COMPRAS PARA EL EJERCICIO 2022

Boeri, C. I. y Laurenza, M. I.

En Argentina la Ley de Presupuesto General por la que se rige la Administración Pública Nacional es confeccionada por la Oficina Nacional de Presupuesto (ONP), a partir de la información que cada organismo descentralizado y cada jurisdicción le proveen.

La ONP evalúa la ejecución presupuestaria de manera periódica durante cada uno de los ejercicios y a su cierre, a través de información que da cuenta de la gestión física de los presupuestos de las jurisdicciones y de las entidades de la administración nacional. Las metas físicas son parámetros referenciales del nivel de producción de los programas presupuestarios.

Así los objetivos de política pública que se pretenden cumplir en el plazo de un ejercicio o en un lapso mayor son explicitados en estos indicadores, que permiten cuantificar las acciones realizadas.

De acuerdo con el *Manual sobre el Sistema Presupuestario en la Administración Pública* (ONP, 2011), la programación física valida el requerimiento de cuota de gasto. Trimestralmente, las jurisdicciones y los organismos deben enviar la información sobre la ejecución de metas físicas y la justificación de los desvíos entre lo programado y lo efectivamente ejecutado.

Desde el año 1993 para la programación y 1994 para la ejecución, se establecieron y comenzaron a implementarse los formularios con los que se informa sobre la gestión física y financiera de los programas y sobre los proyectos de inversión y sus respectivas obras.



En el caso de la ejecución física, las instituciones rinden cuenta de los servicios efectivamente prestados en ese período y explican los desvíos frente a lo programado, una vez terminado cada trimestre, enviando a la Oficina Nacional de Presupuesto dichos datos donde se procesan e integran una base de datos que conforma un subsistema del Sistema integrado de información financiera (SIDIF) (ONP, 2007).


Según la normativa (Art. 45 de la Ley 24156), a partir de la información recibida de las jurisdicciones y entidades, la Oficina Nacional de Presupuesto debe realizar “un análisis crítico de los resultados físicos y financieros obtenidos y de los efectos producidos por los mismos”, interpretando las variaciones operadas con respecto a lo programado y procurando determinar sus causas, y debe preparar informes con recomendaciones dirigidos a las autoridades superiores y a los responsables de los organismos afectados.

Así, el sistema de programación, seguimiento y evaluación física del presupuesto de la Nación se centra en los productos públicos de los programas, subprogramas o proyectos (provisión de bienes o servicios, avance físico) y en los volúmenes de los productos intermedios correspondientes a las Actividades.

En el marco de la política de apertura de datos, Ley 27275 de Derecho de Acceso a la Información Pública, el Ministerio de Economía de la Nación publica en datos abiertos, y en el portal presupuesto abierto,²⁰ la ejecución física para cada trimestre por año. Este portal, mostrado en la Figura 2.5, tuvo sus orígenes en el año 1998, bajo el nombre de Sitio ciudadano y entre 2016 y 2017 se publicaron diferentes *datasets* con formato abierto sobre Crédito y Recursos. Al día de la fecha cuenta con 605 *datasets* publicados y disponibles para el uso tanto de otros organismos como de la ciudadanía.

20. <https://www.presupuestoabierto.gob.ar/sici/home>



Figura 2.5. Portal presupuesto abierto, Ministerio de Economía de la Nación.



PRESEBUJETO
ABIERTO

Inicio / Datos abiertos

Datos abiertos

Compartir en   

Redes Sociales

Estos datos son tuyos

Podes descargarlos, analizarlos, cruzarlos con otros datos, crear aplicaciones o armar visualizaciones a partir de ellos.

Año

Todos los años

- 2023
- 2022
- 2021
- 2020
- 2019
- 2018
- 2017
- 2016
- 2015
- 2014
- 2013
- 2012
- 2011
- 2010
- 1999
- 1998
- 1997
- 1996
- 1995

fisica

Ordenar por: Referencia v

3 Resultados encontrados

Programación y ejecución física primer trimestre 2023

Programación y ejecución física trimestral

Actualizado diariamente Actualización: 31 jul. 2023 Publicación: 27 may. 2023 2131839/may_2023/Fisic

[DATOS](#)

[DOCUMENTACIÓN](#)

Seguimiento de las etiquetas de medición física anual 2023

Seguimiento de las etiquetas de medición física anual

Actualizado diariamente Actualización: 31 jul. 2023 Publicación: 29 sep. 2023 1277893/may_2023/Fisic

[DATOS](#)

[DOCUMENTACIÓN](#)

Proyecto de Ley de Presupuesto Metas Fisicas 2023

Información del proyecto de Ley de Presupuesto por metas fisicas

Actualizado diariamente Actualización: 19 sep. 2023 Publicación: 19 sep. 2023 7188203/may_2023/Fisic

[DATOS](#)

[DOCUMENTACIÓN](#)

Estos datos están bajo la Licencia Creative Commons 4.0



En contraposición a estos avances en materia de apertura de datos, no se dispone de manera sistemática de una producción periódica de informes de retroalimentación a los organismos respecto de sus mediciones físicas. Si bien al momento de informar las metas los instrumentos de reporte se cuenta con un espacio destinado a la justificación de los desvíos, no se han desarrollado hasta el momento instancias centralizadas al nivel de la administración nacional ni al interior de los organismos, donde se puedan evaluar los resultados de la ejecución, los desvíos, sus motivos y la necesidad de corrección de la formulación de metas.

Vinculado con el cumplimiento de las metas físicas, lógicamente se encuentra la disponibilidad de bienes y servicios, por lo que es fundamental que los procesos de adquisición se ejecuten en tiempo y forma.

Los requerimientos de compras se vuelcan en el Plan Anual de Adquisiciones. Este es un instrumento de gestión que hace públicas las actuaciones gubernamentales y proporciona información anticipada al mercado, a fin de que los proveedores puedan preparar sus ofertas de la mejor manera posible. Así se constituye como una herramienta de medición que contribuye a la transparencia en las compras públicas.

A continuación, **se realizará un análisis, de manera agregada para el Ministerio de Salud de la Nación, de la ejecución de las metas físicas correspondientes al ejercicio 2022.** Para ello se analizarán los desvíos entre la planificación y la ejecución de las metas físicas por Secretaría; se clasificarán dichas metas en términos de sobreejecución y subejecución; se identificarán las metas físicas con desvíos significativos; se caracterizarán en términos del tipo de medición: orientada al impacto de la política o al indicador de actividades intermedias; se comparará el cumplimiento según las Secretarías del organismo, y se analizará el cumplimiento del Plan Anual de Contrataciones

FUENTES DE INFORMACIÓN Y METODOLOGÍA DE ANÁLISIS

Metas físicas

Existe una serie de instrumentos a través de los cuales los organismos reportan a la ONP, que consisten en formularios para las etapas de formulación, de programación de la ejecución, de ejecución propiamente dicha y de cierre. A su vez, para cada etapa se reporta información sobre metas y producción bruta, proyectos de inversión, obras y actividades, volúmenes de tarea e identificación de desvíos.

Para este informe concretamente se utilizó la información volcada en el F1 de programación física anual y trimestral de metas. El objetivo de este instrumento es “completar o actualizar datos generales del programa o subprograma y captar la información relacionada con la programación física anual y trimestral de las metas de un programa” (ONP, 2007, p. 39). Este formulario se emplea también para volcar la reprogramación de las metas físicas, mostrada en la Figura 2.6.

Asimismo, se trabajó con la Dirección General de Programación y Control Presupuestario para validar los campos de los que se utilizó la información y la manera de interpretarlos. La información se extrajo de la plataforma *Business Intelligence Oracle BI* del Sistema Integrado de información Financiera (eSIDIF), mostrado en la Figura 2.7, utilizado para registrar la contabilidad nacional por la Secretaría de Finanzas. Cabe destacar que esta misma información se encuentra disponible en formato de datos abiertos en el sitio de presupuesto abierto mencionado anteriormente.

Figura 2.6. Formulario de programación física anual y trimestral de metas.

MINISTERIO DE ECONOMIA Y PRODUCCION SECRETARIA DE HACIENDA		FORMULARIO F.1	
PROGRAMACION FISICA ANUAL Y TRIMESTRAL DE METAS			
ENTIDAD/SERVICIO: _____		PRESUPUESTO AÑO: _____	
PROGRAMA: _____		TRIMESTRE: _____	
SUBPROGRAMA: _____		FECHA DE EMISION: / / _____	
PROGRAMA - DATOS GENERALES			
PERMANENTE	FECHA	RESPONSABLE	
	INICIO: / / _____	NOMBRE	CARGO
	FINALIZACION: / / _____		TELEFONO
UNIDAD EJECUTORA		ENLACE	
		NOMBRE	CARGO
			TELEFONO
CODIGO	DENOMINACION	UNIDAD DE MEDIDA	PROG. ANUAL VIGENTE
			TRIMESTRE 1
			TRIMESTRE 2
			TRIMESTRE 3
			TRIMESTRE 4



Figura 2.7. eSIDIF.

APLICACIONES DGSI/AF
Subsecretaría de Presupuesto

FAVORITOS ☆

APLICACIONES

CP Mobile

BI
BI/2019

Ejecución presupuestaria

Business Intelligence

Buscar Todo

Ejecución presupuestaria

Página Inicial

Catálogo

Favoritos

Paneles de Control

NÚMERO

Ejecución presupuestaria

Ejercicio Presupuestario	Cod. y Desc. Actividad	Cod. y Desc. Programa	Cod. y Desc. Servicio	Cod. Fuente Financiamiento	Cod. y Desc. Ingreso	\$ Derogado	\$ Compromiso	\$ Cheque Inicial
2022	00 - Centro Provincial de Promoción de Vivienda (BO N° 8020/CO/AF)	00 - Programa de Fomento de Vivienda de Salud	310 - Programa de Salud	11 - Financiamiento	4 - Bienes de uso	0	0	0
					4 - Bienes de uso	123.268.514	123.268.514	508.3
	00 - Construcción de Vivienda Social (BICIE N°2215)	00 - Programa de Fomento de Vivienda de Salud	310 - Programa de Salud	22 - Financiamiento	4 - Bienes de uso	0	0	0
					4 - Bienes de uso	0	0	0
	00 - Construcción de Vivienda Social (BICIE N°2215)	00 - Programa de Fomento de Vivienda de Salud	310 - Programa de Salud	22 - Financiamiento	4 - Bienes de uso	0	0	0
					4 - Bienes de uso	0	0	0
	00 - Construcción de Vivienda Social (BICIE N°2215)	00 - Programa de Fomento de Vivienda de Salud	310 - Programa de Salud	11 - Financiamiento	4 - Bienes de uso	0	0	50.4
					4 - Bienes de uso	0	0	50.4

Acciones:
 Abrir
 Agregar a favoritos

Disposición 6/2022 TGN
 Identificadores Tributario
 Se informa que se ha emitido la Disposición 6/2022 TGN que aprueba el manual para someter a las y modificaciones de bancos y sucursales e identificadores tributarios del exterior. Para acceder hacer click [AQUÍ](#).

ayo - (Junio) en su
 lques, nuevas
 len de esta Dirección.

ay - (Junio) en su
 lques, nuevas
 len de esta Dirección.



Plan Anual de Contrataciones (PAC)

El PAC fue aprobado por resolución ministerial y el flujo de información de su relevamiento se realiza a través de hojas de cálculo ad hoc. implementadas por el organismo. La información de cada uno de los programas es volcada allí y luego es recopilada por la Dirección de Compras y Contrataciones, que la unifica y evalúa su consistencia.

Desde la Dirección de Innovación Administrativa (DIA), dependiente de la Secretaría de Gestión Administrativa, se impulsó en el año 2021 la implementación de la codificación del PAC, a través de la cual se asigna un código alfa numérico a cada una de sus líneas.

En paralelo la DIA diseñó e implementó un formulario estructurado dentro del sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE) que identifica cada compra con el código de la línea de PAC con la que se corresponde, permitiendo asociar ambas tablas: expedientes asociados a procesos de compras y PAC.

Para el análisis de la ejecución del PAC se explotó la información de las bases de datos del gestor de *Business Intelligence* de GDE.

Universo

Se analizaron el total de metas físicas con programación anual para el ejercicio 2022, esto es un total de 170,²¹ correspondientes a 19 programas de las 3 secretarías que integran el Ministerio de salud de la Nación.

Estas metas se encuentran distribuidas de la siguiente manera: 78 correspondientes a la Secretaría de Acceso a la Salud, 78 a la Secretaría de Calidad en Salud y 14 a la Secretaría de Equidad en Salud.

21. El organismo cuenta con 197 metas físicas. Para este trabajo se incluyen sólo las que contaron con una programación anual para el ejercicio 2022.

Indicadores

Se trabajó de manera exploratoria y comparada por Secretaría con los siguientes indicadores:

1. Promedio de ejecución física por programa. Es el valor medio de ejecución del total de metas físicas por programa.

2. Nivel de ejecución anual por meta física. Para este indicador se tomaron como punto de corte el primer y el tercer cuartil de la ejecución anual de la totalidad de las metas, sin considerar los casos sin ejecución o ejecución cero. Por debajo del primer cuartil se consideró subejecución y por encima del tercero sobreejecución.

- a. Sobreejecución: ejecución de más del 120% de lo ejecutado sobre lo planificado anual.
- b. Subejecución: ejecución por debajo del 50% de lo ejecutado sobre lo planificado anual:
- c. Ejecución en línea con el plan: entre el 50 y 120%

3. Área temática a la que refieren las metas físicas

- a. Atención de la salud
- b. Resultados sanitarios/impacto
- c. Capacitación
- d. Fiscalización
- e. Suministro/distribución de equipamiento, medicamentos e insumos médicos
- f. Elaboración de material gráfico, publicaciones
- g. Otros.



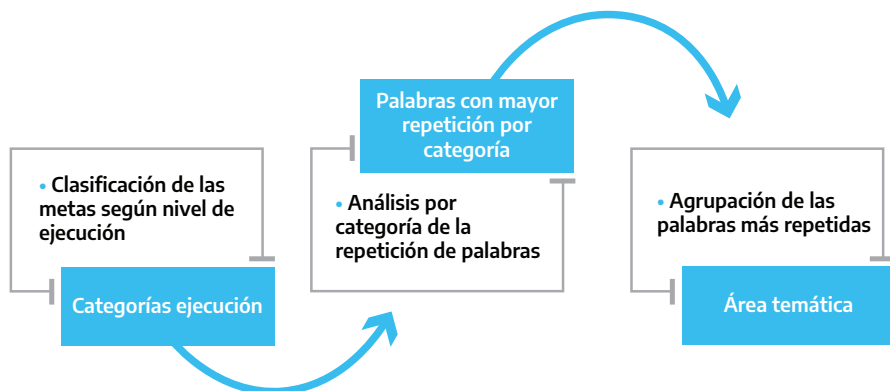
Metodología de análisis de texto para la clasificación de metas según área temática

Para identificar tendencias respecto de la sobre y subejecución, es decir, explorar la presencia de algún patrón respecto de las metas que se subejecutan y aquellas que se sobreejecutan, se realizó un análisis del texto del campo correspondiente a la descripción de las metas físicas.

Se aplicó la técnica de *data mining*, identificando las palabras con mayor frecuencia de repetición, segmentando por nivel de ejecución. Esto es, se exploró la repetición de palabras dentro del grupo de metas sobreejecutadas, al interior de las subejecutadas y entre las alineadas con la planificación, como puede verse en la Figura 2.8.

A partir de este análisis de frecuencias textual, se definieron **áreas temáticas** que se aplicaron luego a las metas físicas para agruparlas.

Figura 2.8. Construcción de las áreas temáticas para la clasificación de metas físicas.



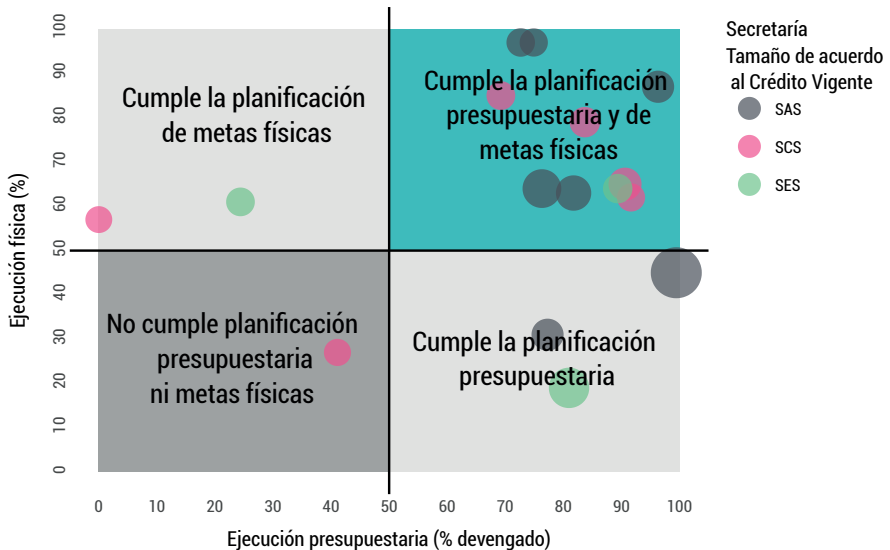
ANÁLISIS Y RESULTADOS

Comparación por programa: ejecución física y presupuestaria

En primera instancia se realizó un análisis agregado a nivel de programa, evaluando el nivel de cumplimiento medio de las metas físicas para cada uno y comparando con su nivel de ejecución presupuestaria.

En la Figura 2.9 se puede observar que los programas presentaban en su mayoría **un nivel de más del 50% de ejecución tanto física como financiera.**

Figura 2.9. Ejecución presupuestaria y física promedio por Programa, año 2022*.



* Cada esfera representa un programa y su tamaño representa el crédito vigente con el que cuenta. La ejecución física es un promedio de la ejecución del total de metas físicas por programa.

Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF y Sistema de Gestión Documental Electrónica (SGDE).



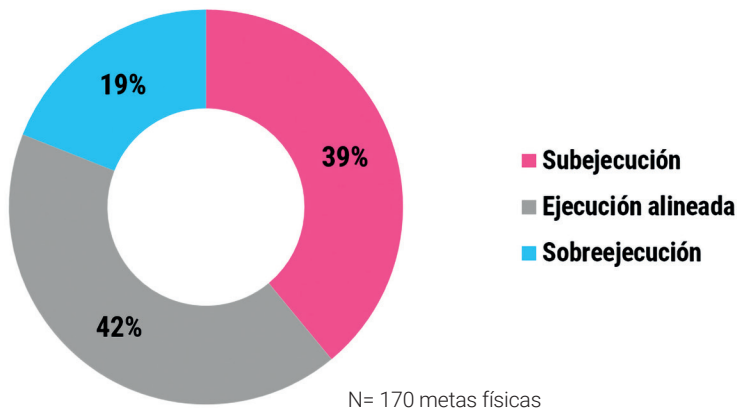
Clasificación de las metas físicas según nivel de ejecución

Como se mencionó en el apartado correspondiente, se definieron tres categorías según el nivel de ejecución que presentara la meta:

- Sobreejecución (más del 120%)
- Subejecución (menos del 50%)
- Ejecución en línea con el plan (entre el 50 y el 120%)

Del total de mediciones del organismo, **el 58% presenta algún desvío**, es decir, presentan sobre o subejecución. El **39% se encuentran subejecutadas**, del cual un 32% no tuvo ejecución, es decir, tiene una ejecución igual a cero. Estos resultados pueden verse en la Figura 2.10.

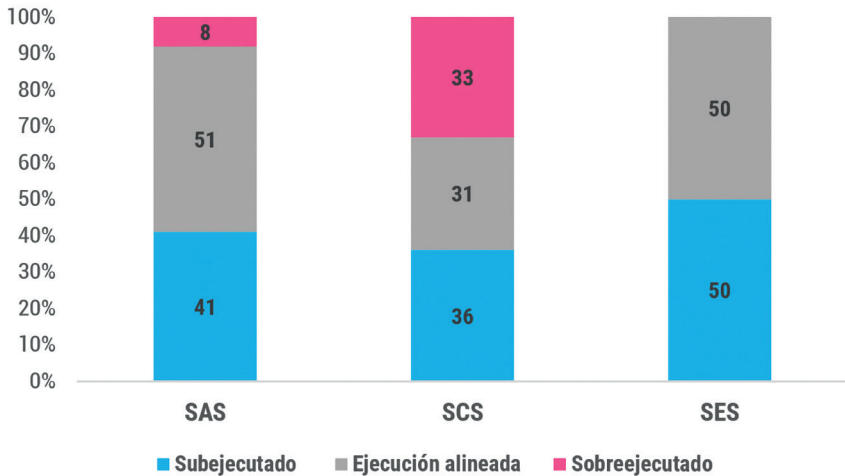
Figura 2.10. Distribución de las metas según nivel de ejecución total. Ministerio. Ejercicio 2022.



Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

Al realizar un análisis segmentado por secretaría, se observan niveles de ejecución alineada con lo programado que se ubican entre el 30% y 50%, como se muestra en la Figura 2.11.

Figura 2.11. Metas físicas según nivel de ejecución, por Secretaría, Ministerio de Salud de la Nación, año 2022 (valores en %).



SAS: Secretaría de Acceso a la Salud
 SCS: Secretaría de Calidad en Salud
 SES: Secretaría de Equidad en Salud

Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

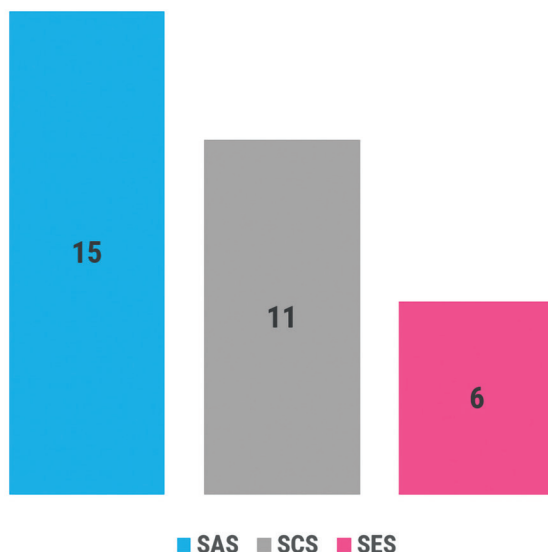
Metas sin ejecución

Del total de 170 metas, 32 de ellas, es decir un 20% del total, presentó una ejecución anual igual a cero, lo cual puede estar indicando problemas en la formulación y/o en el horizonte temporal necesario para el cumplimiento de las metas.

En el Anexo, al final del capítulo, se detallan las metas por programa que no tuvieron ejecución.



Figura 2.12. Total de metas sin ejecución por Secretaría (valores absolutos).



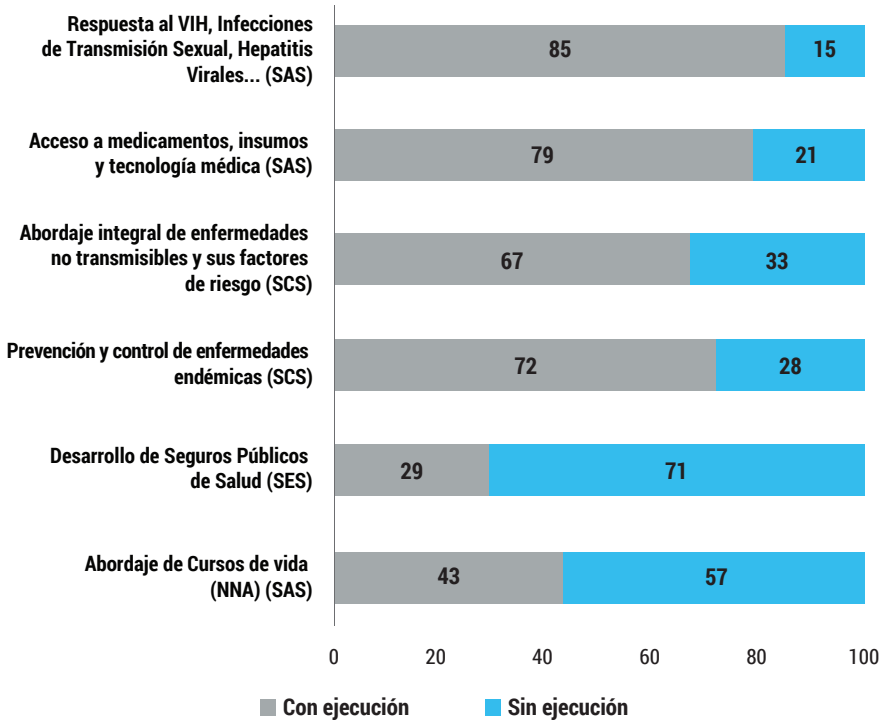
Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

Tabla 2.1. Programas con mayor cantidad de metas sin ejecución.

Programa	Cant. metas sin ejecución
Abordaje de Cursos de vida (NNA) (SAS)	8
Desarrollo de Seguros Públicos de Salud (SES)	5
Prevención y control de enfermedades endémicas (SCS)	4
Abordaje integral de enfermedades no transmisibles y sus fact. de riesgo (SCS)	3
Acceso a medicamentos, insumos y tecnología médica (SAS)	3
Respuesta al VIH, Infecciones de Transmisión sexual, Hepatitis Virales...(SAS)	3
Total	26

Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

Figura 2.13. Participación relativa de las metas sin ejecución a nivel programa (valores en %).



Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

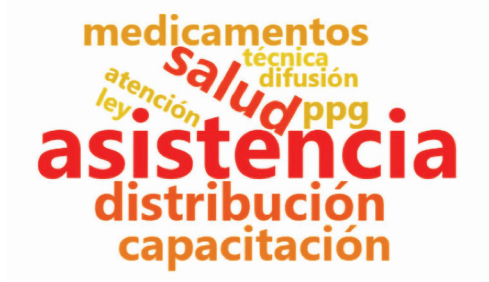
Clasificación de las metas según área temática de pertenencia

Como se detalló en el apartado metodológico, para clasificar a las metas según el área temática a la que correspondan, se realizó en primera instancia un análisis exploratorio de minería de datos sobre el texto de la descripción de las metas, reflejado en las Figuras 2.14, 2.15 y 2.16.

Sobre ese análisis exploratorio se construyeron categorías de agrupamiento de las mediciones según las áreas temáticas enumeradas en el apartado metodológico.



Figura 2.14. Metas con ejecución alineada con la planificación.



Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

Figura 2.15. Metas con sobreejecución.



Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

Figura 2.16. Metas con subejecución.



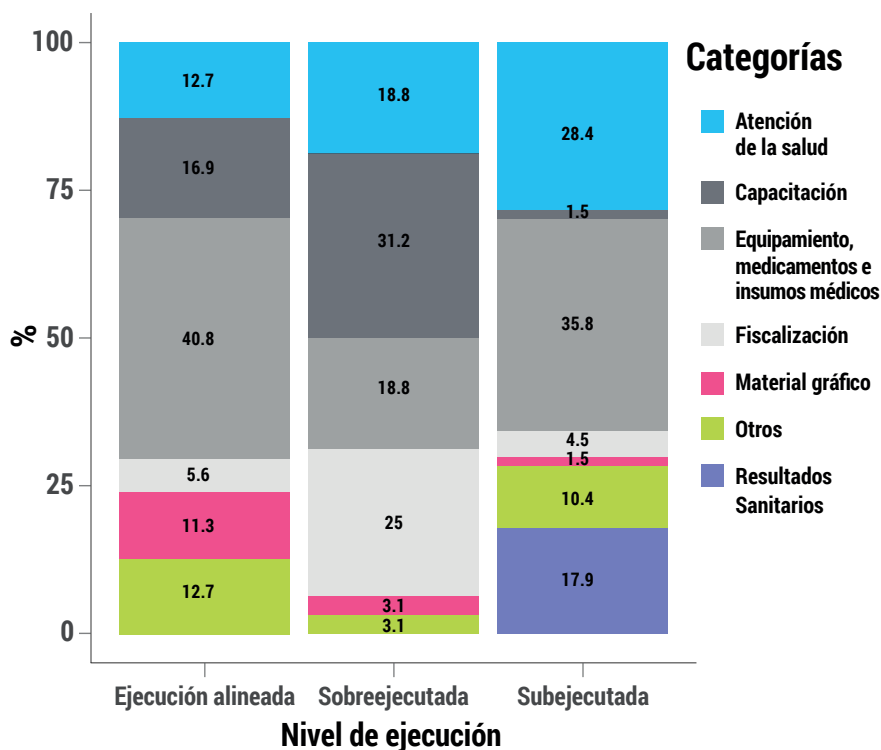
Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

Análisis segmentando por nivel de ejecución

Como se puede observar en la Tabla 2.2, **existe una tendencia a la sobreejecución de metas vinculadas con la capacitación y fiscalización**, que juntas concentran más del 55% de las metas sobreejecutadas.

Respecto de la subejecución, y como muestra la Tabla 2.3, el 65% de las metas en ese estado se vinculan a la atención directa de la salud por parte del Ministerio y a la provisión de equipamiento, medicamentos e insumos médicos.

Figura 2.17. Distribución de las metas por categoría segmentado por nivel de ejecución.



Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.



Tabla 2.2. Metas sobreejecutadas, valores absolutos.

Categoría	Cantidad
Capacitación	10
Fiscalización	8
Atención de la salud	6
Suministro/distribución de equipamiento, medicamentos e insumos médicos	6
Material gráfico	1
Otros	1
Total	32

Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

Tabla 2.3. Metas subejecutadas, valores absolutos.

Categoría	Cantidad
Suministro/distribución de equipamiento, medicamentos e insumos médicos	24
Atención de la salud	19
Resultados sanitarios	12
Fiscalización	3
Material gráfico	1
Capacitación	1
Otros	7
Total	67

Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

Análisis segmentando por categoría

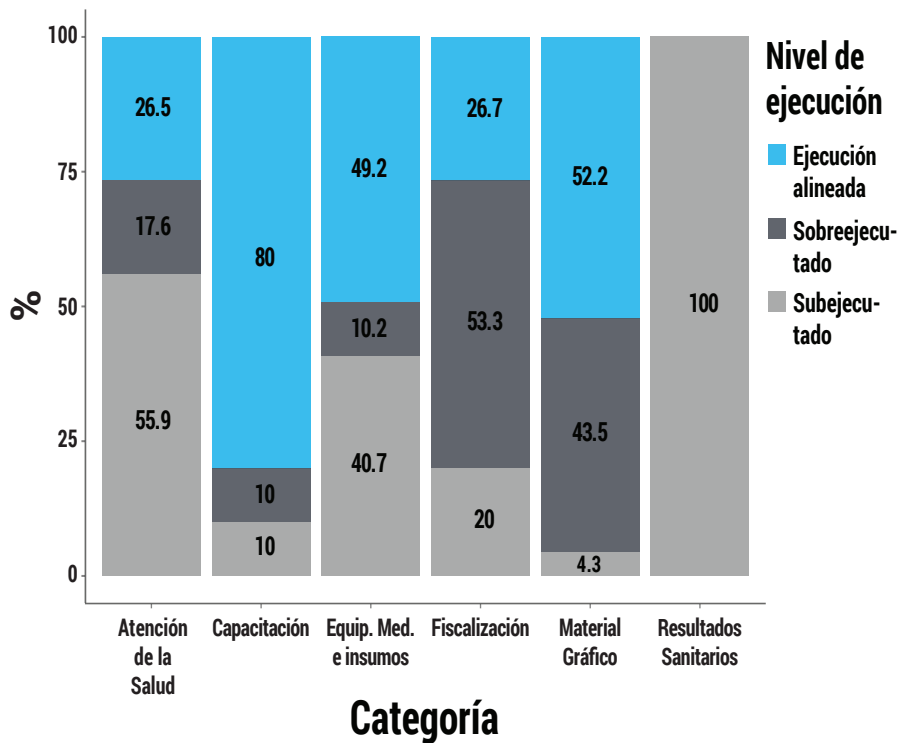
Al agrupar por categoría y analizar la participación relativa de las metas según distinto nivel de ejecución se observa que **todas aquellas metas vinculadas con resultados sanitarios o impacto se encuentran subejecutadas**. Esto puede deberse a que son mediciones que requieren de más de un ejercicio para su cumplimiento y de hecho en su amplia mayoría se trata de mediciones de tipo de corte transversal.

La segunda categoría con fuerte subejecución es la de atención de la salud.

Respecto de la sobreejecución se observa que, en primer lugar, la categoría con mayor participación relativa de ese nivel de ejecución es fiscalización: el 53% de las metas así categorizadas se encuentran sobreejecutadas. En segundo lugar, se encuentra la producción de material gráfico y publicaciones, con un 43% de las metas con sobreejecución.



Figura 2.18. Distribución de las metas por nivel de ejecución, por categoría.



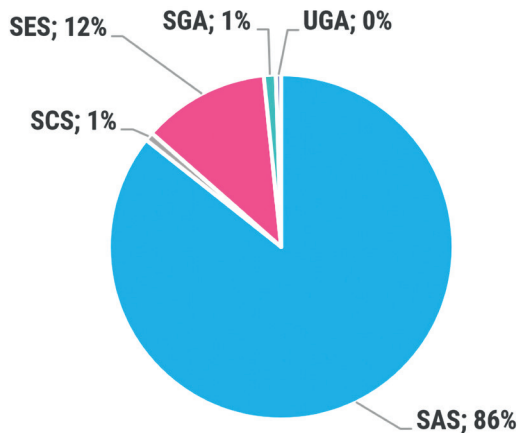
Fuente: elaboración propia en base a información disponible en ESIDIF.

Ejecución del Plan Anual de Contrataciones

El plan del ejercicio 2022 constaba de 2344 bienes o servicios por un total de \$121.037 millones. **El cumplimiento del plan**, entendido como el inicio de un proceso de compra de los bienes o servicios planificados, **alcanzó el 61%**.

En la Figura 2.19 se puede ver que la Secretaría de Acceso a la Salud representa el 86% de la planificación, tomando el importe.

Figura 2.19. Distribución del PAC por Secretaría.



Fuente: elaboración propia en base a información disponible en Sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE).

Procesos de compra y metas físicas

Al analizar el detalle de los desvíos de las metas físicas del organismo, se halló que 31 de ellas, esto es un 20%, funda su subejecución en dificultades vinculadas a los procesos de adquisiciones: procesos frustrados, demoras en alguna de sus etapas o falta de oferentes en procesos de compra.

Como se puede ver en la Tabla 2.4, los programas con mayores dificultades en este sentido fueron el Programa de Respuesta al VIH, Infecciones



de Transmisión Sexual, Hepatitis Virales, Tuberculosis y Lepra, con diez metas subejecutadas por problemas en los procesos de adquisición, el Programa de Acceso a Medicamentos, Insumos y Tecnología Médica, con seis metas en esta situación, y el Programa de Abordaje de Curso de Vida (NNA), con cinco metas afectadas.

Tabla 2.4. Procesos con subejecución de metas por dificultades en procesos de adquisición.

	Programa	Cantidad de metas
1	Respuesta al VIH, Infecciones de Transmisión sexual, Hepatitis Virales, Tuberculosis y Lepra	10
2	Acceso a Medicamentos, Insumos y Tecnología Médica	6
3	Abordaje de Curso de Vida (NNA)	5
4	Desarrollo de la Salud Sexual y la Procreación Responsable	4
5	Abordaje Integral de Enfermedades No transmisibles y sus Factores de Riesgo	3
6	Prevención y Tratamiento de Patologías Específicas	2
7	Estadísticas, Estudios e Investigación en Salud	1
8	Prevención y Control de Enfermedades Endémicas	1

Fuente: elaboración propia en base a datos abiertos de presupuestoabierto.gob.ar.

DISCUSIÓN

Dentro de lo que se reporta como meta física coexisten mediciones heterogéneas respecto de su alcance, relevancia y pertinencia. Esto impacta en el nivel de ejecución, con metas con fuertes desvíos tanto hacia la sobreejecución como hacia la subejecución. **Estos resultados no tienen que ver con el propio proceso de ejecución, sino más bien con**

la naturaleza de la meta formulada: es esperable que aquellas que tengan que ver con generar un impacto sanitario o con resultados a nivel poblacional no puedan tener un resultado observable dentro del horizonte temporal de un ejercicio presupuestario, mientras que **aquellas que dan cuenta de los procesos intermedios necesarios para la ejecución de las políticas tienden a sobreejecutarse.**

Cuando se trabaja con promedios por programa estos desvíos no son distinguibles y resulta marginal la cantidad de programas que presentan desvíos en la ejecución.

Por otra parte, es sabido que los desvíos pueden darse por contingencias que modifiquen el contexto en el que se da la ejecución de la meta. Sin embargo, los altos niveles de desvío, que indican una alerta en términos de formulación de la propia medición, dan cuenta de una necesidad de reforzar la instancia de planificación.

Respecto de la planificación es necesario incorporar la perspectiva de los procesos de adquisiciones, dado que su mala planificación atenta contra la ejecución física, como pudo verse en el 20% de las metas analizadas.

Como en todo proceso de monitoreo como parte de la gestión por resultados, **es fundamental la existencia de instancias de evaluación y retroalimentación de las mediciones,** que abran el espacio para que cada programa ajuste tanto la manera de planificar las metas como el set de mediciones por incluir con criterio de relevancia y pertinencia.

Finalmente es destacable que toda la información aquí utilizada se encuentra disponible para la ciudadanía en general, con lo cual todos los procesamientos y análisis pueden ser replicados y profundizados de manera externa al organismo.



ANEXO

Metas sin ejecución por programa

Tabla 2.5. Programa de Abordaje de Curso de Vida (NNA) (SAS).

Desc. Medición Física	Desc. Unidad Medida	Programación Anual Vigente
Asistencia Nutricional para Tratamiento de la Desnutrición Infantil	Niño Asistido	600
Evaluación del Estado de Salud de Niños de 1° y 6° Grado (NNA)	Escuela Evaluada	100
Distribución de Kits para Sueño Seguro (Plan 1000 Días)	Kit Entregado	34000
Tasa de Mortalidad Infantil	Caso en Menores de 1 Año por 1.000 Nacidos Vivos	8,8
Razón de mortalidad materna (ODS 3.1.1 – PPG)	Caso por 100.000 Nacidos Vivos	12
Porcentaje de nacidos vivos atendidos por personal especializado (ODS 3.1.2)	Nacidos vivos	99,8
Número de muertes de menores de 5 años (ODS 3.2.1)	Caso por 1.000 nacidos vivos	9,2
Tasa de mortalidad neonatal (ODS 3.2.2)	Caso por 1.000 nacidos vivos	5

Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

Tabla 2.6. Desarrollo de Seguros Públicos de Salud (BIRF N°8853-AR/ BIRF N°9222-AR) (SES).

Desc. Medición Física	Desc. Unidad Medida	Programación Anual Vigente
Porcentaje de personas cubiertas exclusivamente por CUS con acceso a servicios básicos de salud (ODS 3.8.1)	Porcentaje	40
Seguimiento de Salud del Niño Menor de 10 años con Cobertura Pública Exclusiva	Porcentaje	66
Seguimiento de Salud del Adolescente de 10 a 19 Años con Cobertura Pública Exclusiva	Porcentaje	36
Seguimiento del Niño con Cobertura Pública Exclusiva con Sobrepeso u Obesidad	Porcentaje	5
Seguimiento del Adulto con Cobertura Pública Exclusiva con Diabetes Mellitus	Porcentaje	5



Tabla 2.7. Prevención y Control de Enfermedades Endémicas.

Desc. Medición Física	Desc. Unidad Medida	Programación Anual Vigente
Desc. Medición Física	Desc. Unidad Medida	Programación Anual Vigente
Avance Físico de Proyecto	% de Avance Físico	20,41
Tasa de Notificación de la Enfermedad de Chagas	Casos por 100.000 Habitantes	15
Vigilancia Entomológica para Paludismo	Localidad Vigilada	3
Prevención y Tratamiento de Hidatidosis Humana en Menores de 15 Años	Casos cada 100 Detectados (indicador)	28

Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

Tabla 2.8. Respuesta al VIH, Infecciones de Transmisión Sexual, Hepatitis Virales, Tuberculosis y Lepra (SAs).

Desc. Medición Física	Desc. Unidad Medida	Programación Anual Vigente
Tasa de Infecciones de VIH Producidas por Transmisión Vertical	Porcentaje	4
Tasa de VIH	Casos por 100.000 Habitantes	11
Tasa de Mortalidad por SIDA (ODS 3.3.2)	Casos por 100.000 Habitantes	2,8

Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

Tabla 2.9. Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo (SCS).

Desc. Medición Física	Desc. Unidad Medida	Programación Anual Vigente
Asistencia a Pacientes Diabéticos con Medicación	Paciente Asistido	159
Certificación de Entornos con Estándares Saludables	Certificado Emitido	2
Detección de Enfermedades Respiratorias Crónicas	Evaluación Funcional Respiratoria Realizada	1000



Tabla 2.10. Acceso a Medicamentos, Insumos y Tecnología Médica.

Desc. Medición Física	Desc. Unidad Medida	Programación Anual Vigente
Asistencia con Medicamentos para Fibrosis Quística	Botiquín Distribuido	1440
Tasa de Consultas con Prescripción de Medicamentos del Programa	Porcentaje	40
Cobertura de la Población Objetivo del Programa	Porcentaje	90

Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.

Tabla 2.11. Otros programas.

Desc. Programa	Secretaría	Desc. Medición Física	Desc. Unidad Medida	Programación Anual Vigente
Apoyo al Desarrollo de la Atención Médica	SES	Conexión a la Red Nacional de Salud Digital	Dominio Conectado	100
Cobertura de Emergencias Sanitarias	SCS	Avance Físico de Proyecto	% de Avance Físico	10
Desarrollo de la Salud Sexual y la Procreación Responsable	SAS	Cobertura de la Población Elegible con Tratamientos Anticonceptivos	Porcentaje	58
Formación de Recursos Humanos Sanitarios y Asistenciales	SCS	Becas para Auxiliares y Técnicos y Perfeccionamiento Profesional	Becario	20
Planificación, Control, Regulación, Estudios, Investigaciones y Fiscalización de la Política de Salud	SCS	Tasa de Donantes de Sangre	Caso por 1.000 Habitantes	32
Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles	SCS	Porcentaje de Establecimientos Públicos Certificados para Detección y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles	% CAPS Priorizados	63

Fuente: elaboración propia en base a información disponible en eSIDIF.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ley 27275. Sobre el derecho de acceso a la información pública. 14 de septiembre de 2016.

Oficina Nacional de Presupuesto. *El Sistema Presupuestario en la Administración Nacional de la República Argentina*. Recuperado de https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/manuales/el_sistema_presupuestario_publico.pdf

Oficina Nacional de Presupuesto. (2007). *Formas de incorporación de los indicadores de resultado a todo el ciclo del proceso presupuestario*. Recuperado de https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/manuales/formas_de_incorporacion_al_ciclo.pdf

EVIDENCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES



3.1. CARACTERIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN ARGENTINA EN EL AÑO 2020*

Boeri, C. I., Crudo, D. S., Laurenza, M. I. y Pereyra Duré, J. L.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha destacado en el plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023 que la información de salud es esencial en lo que refiere a la acción, investigación, planificación, toma de decisiones, asignación de prioridades, formulación de políticas, operaciones, seguimiento y evaluación. El **personal sanitario representa el eje de los sistemas de salud**, por lo tanto, la información respecto de su formación y disponibilidad es un componente relevante de los sistemas de información de salud.

La 69ª Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA69.19 de 2016 “Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030”, instó a todos los Estados miembros a establecer “un conjunto básico de datos relativos a los recursos humanos para la salud (...) y aplicar de manera progresiva las cuentas nacionales del personal de salud”(p. 3). Los diseños de políticas de recursos humanos para este sector deben considerar la disponibilidad, accesibilidad, pertinencia, relevancia y competencia de su personal. Con este fin deben articularse la información del sector con datos del mercado de trabajo, el sistema educativo y los procesos de regulación del ejercicio profesional, ya que son factores clave para alcanzar los objetivos de la salud universal y de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En Argentina, la profesionalización, capacitación y disponibilidad del recurso humano en salud presenta disparidades geográficas que reproducen los

* La implementación de la política de incentivo al personal que fue insumo para este artículo fue posible gracias al trabajo de los referentes provinciales de REFES y REFEPS. A ellas y ellos una especial mención de agradecimiento.

niveles de desarrollo desiguales de las jurisdicciones y la localización demográfica concentrada en los grandes centros urbanos.

Algunas características que complejizan la organización del sector salud en términos de recursos humanos son, principalmente, la disponibilidad de profesionales supeditada a largos periodos de formación previos a poder ejercer sus prácticas (Rovere, 2015). Al mismo tiempo el hecho de ser un sector altamente profesionalizado impacta en la participación relativa del gasto destinado a personal en los presupuestos, que suelen oscilar entre un 65% y 75% hasta alcanzar un 90% en determinados casos (Novick y otros, 2020).

Para contar con cifras precisas respecto de la cantidad de agentes en el sector –considerando tanto profesionales como no profesionales e incluyendo a los tres subsectores y jurisdicciones–, las fuentes con las que se cuenta tienen diferentes limitaciones en relación con su alcance. Si bien es posible hacer estimaciones a nivel urbano con la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) y conocer la distribución del personal habilitado para el ejercicio profesional a través del Registro Federal de Profesionales de la Salud (REFEPS),²² la posibilidad de hacer análisis desglosados sobre los agentes presentes en los servicios de salud y con alcance subnacional se ve acotada. Con las fuentes disponibles, poder contar con información del sistema de salud de manera integral sobre el mercado de trabajo, a nivel de efectores para los tres subsectores público, privado y de la seguridad social constituye un desafío.

En Argentina, durante el año 2020 y en el marco de la pandemia COVID-19, el Estado Nacional aprobó a través del Decreto 315 el pago de una asignación estímulo a los trabajadores y las trabajadoras profesionales, técnicos y técnicas, auxiliares y ayudantes en relación de dependencia que prestaban servicios relacionados con la salud, en forma presencial

22. La REFEPS integra la información actualizada de los profesionales habilitados para el ejercicio profesional (matriculados), proveniente de todas las jurisdicciones (provincias) del país y disponible en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) desde fines de 2011.



y efectiva en instituciones asistenciales del sistema público, privado y de la seguridad social durante la pandemia de COVID-19, bajo cualquier modalidad de contratación.²³ El crédito ejecutado para el pago del bono incentivo alcanzó \$19.538 millones en octubre de 2020.

El Ministerio de Salud fue responsable de la adaptación, implementación y mantenimiento del Sistema de Información Sanitaria Argentina (SISA) para procesar la nómina de trabajadores afectados, y estableció un procedimiento para la identificación y pago de la asignación estímulo que se distribuyó a los establecimientos registrados en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).²⁴ De esta manera, las instituciones empleadoras cargaban a la planta de personal en el REFES, con carácter de declaración jurada; el Ministerio validaba la información presentada por los establecimientos junto con AFIP e impartía los listados finales al Anses para que proceda con el pago.

Dado el alcance de esta política y su implementación realizada totalmente de manera digital y mediante sistemas informáticos, **es posible contar con información con un nivel alto de precisión y desagregación respecto de los planteles de trabajadores y trabajadoras del país.**

A continuación, se realiza un análisis de dicho alcance e implementación y se caracteriza al personal en actividad del conjunto del sector de salud de la Argentina a nivel federal durante el año 2020.²⁵ Para ello se analizará la distribución geográfica por provincia; se examinará la distribución por origen del financiamiento de los efectores de registro del personal (público y privado) y se categorizará al personal según perfiles (profesionales de la salud o no profesionales), identificando diferenciales por sector.

23. La implementación de dicho pago incentivo estuvo a cargo de los Ministerios de Salud y Trabajo, la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), y la Administración Nacional de la Seguridad Social (Anses).

24. Para conocer en profundidad el proceso de gestión de carga de la Asignación Estímulo consultar el Anexo I de la Resolución Conjunta 8/2021. También disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/asignacion-estimulo-personal-salud> (último acceso 30/05/2023)

25. El pago de la asignación estímulo continuó hasta julio del año 2021, pero se excluye dicho año de este análisis.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal a octubre de 2020.

Fuentes de información

Se empleó un uso combinado de fuentes de información: por un lado, la base datos conformada a partir de la implementación de la asignación estímulo estipulada en el Decreto 315; por otro, la información de matriculación disponible en el Registro Federal de Profesionales de la Salud (REFEPS) y finalmente la información demográfica por jurisdicción correspondiente al censo 2022.

Definición del universo se análisis

Los análisis se realizan sobre el total de personas que se encontraron inscritas al menos en una oportunidad para la recepción de la asignación estímulo. Se trata 878.293 casos únicos, imputados a la jurisdicción de primera inscripción para aquellos casos con más de una (esto es el 2% del universo).

Para el análisis desagregado por profesional de la salud o no profesional se utilizó como fuente el REFEPS y se consideró solo a las personas en estado activo en dicho registro.

Los resultados obtenidos pueden representar potenciales sesgos, entre ellos, la subestimación de profesionales. Esto se debe a la actualización de la información de REFEPS por parte de las jurisdicciones y la inscripción y registro de profesionales en las provincias; o bien a que el registro de profesionales de REFEPS es más grande que el registro de trabajadores para el pago de asignación estímulo. Así, pueden existir profesionales dedicados a tareas ambulatorias que no participaron de la atención a la pandemia COVID-19 o que, por su edad o riesgos individuales, se los eximió de participación en tareas asistenciales.



El trabajo no aborda el fenómeno del multiempleo, lo cual es una característica del mercado de trabajo sobre todo de profesionales en el sector salud.

Unidad de análisis

- Agente. Trabajador del sector salud que recibió la asignación estímulo del Decreto 315 durante 2020.

Variables

- Jurisdicción de pertenencia. Se consideró la Provincia o Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir de la jurisdicción de inscripción del agente en el estímulo.
- Sector de pertencia. Corresponde al origen del financiamiento del establecimiento en el que el agente se encontrara inscripto.
- Tipo de agente. Profesional de la salud o no profesional. Se imputó este atributo a partir de la información de REFEPS. Se considera profesional de la salud a todo aquel agente que requiera de una habilitación para el ejercicio de sus tareas (matriculado), por lo que a efectos del presente informe se incluyen a trabajadores con formación de grado universitario y técnicos de la salud.
- Profesión. Medicina, enfermería u otros. Se imputó de REFEPS. Para enfermería se incluyeron las categorías de licenciatura, tecnicatura y auxiliar en Enfermería.

Indicadores

- Densidad de agentes por habitante para cada jurisdicción. Es el cociente entre el total de agentes y la población multiplicado por 10.000, para cada jurisdicción. Se tomó como base poblacional para el análisis la proveniente del censo 2022.

- Nivel de profesionalización por jurisdicción. Es la razón entre la cantidad de agentes profesionales de la salud y los no profesionales.

Para validar la consistencia de los resultados, se tuvieron en cuenta el estudio *Situación ocupacional de los trabajadores de la Rama Salud*, elaborado por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación,²⁶ y los datos del informe técnico de mercado de trabajo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).²⁷

RESULTADOS

Distribución jurisdiccional de la fuerza laboral

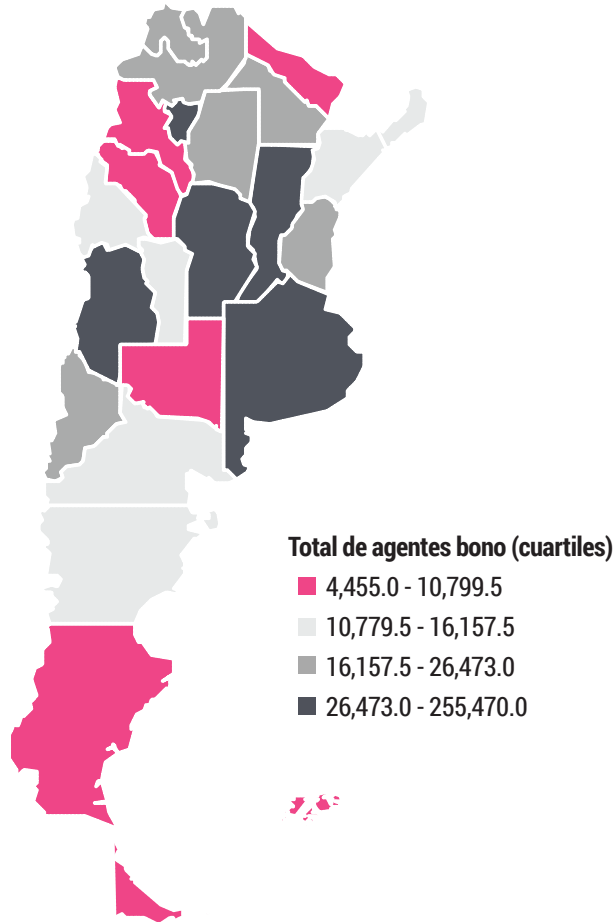
La mayor concentración de trabajadores se da en las siguientes jurisdicciones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Mendoza y Tucumán, como se puede ver en las Figuras 3.1 y 3.2. **Del total de 878.293 agentes, el 50% desempeñaba funciones en establecimientos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires.**

26. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021-10-06-informe_sobre_el_mercado_de_trabajo_del_sector_salud.pdf

27. Disponibles en <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-31-58>

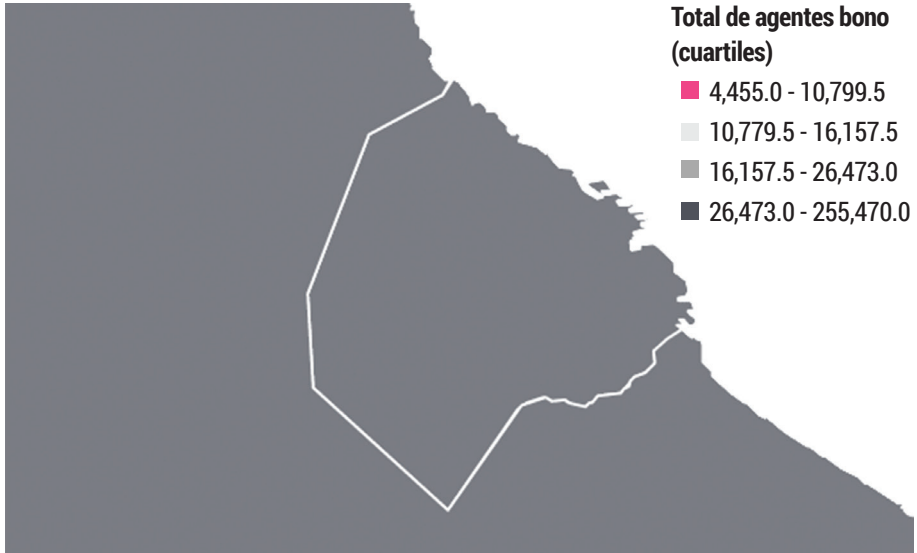


Figura 3.1. Total de agentes alcanzados por la asignación estímulo según jurisdicción en octubre de 2020.



Fuente: Elaboración propia en base a base de datos bono estímulo Decreto 315 facilitados por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria.

Figura 3.2. Total de agentes alcanzados por asignación estímulo en el AMBA en octubre de 2020.



Fuente: Elaboración propia en base a base de datos bono estímulo Decreto 315 facilitados por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria.

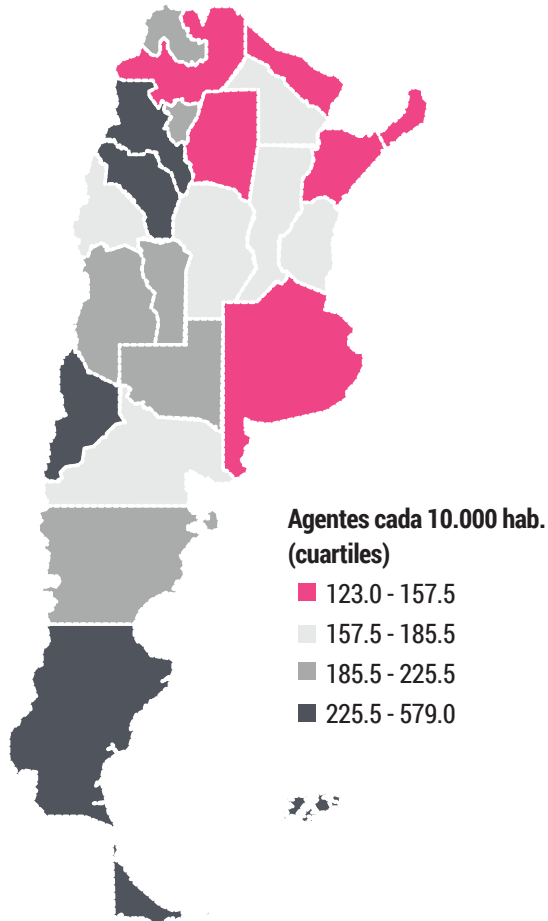
En términos de **densidad de la distribución jurisdiccional** el promedio nacional (media aritmética) de agentes cada 10.000 habitantes por provincia se ubica en 201. **La Ciudad de Buenos Aires es la jurisdicción con la densidad más alta de agentes por habitante con 579, lo que la ubica un 44% por arriba de la segunda jurisdicción con mayor cantidad de trabajadores de salud cada 10.000 habitantes, que es Tierra del Fuego con 234.** En el extremo inferior de la distribución, Misiones es la jurisdicción con menor densidad con 123 trabajadores de salud cada 10.000 habitantes. La diferencia entre la jurisdicción con mayor y menor cantidad es del 470%, que puede apreciarse en la Figura 3.3.

Las jurisdicciones que se encuentran por arriba de la media nacional son: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Catamarca, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Neuquén, San Luis, Santa Cruz, Tierra del Fuego.



Las jurisdicciones que se encuentran por debajo de la media nacional son: Mendoza, San Juan, Tucumán, Chubut, Santa Fe, Entre Ríos, Río Negro, Córdoba, Chaco, Santiago del Estero, Buenos Aires, Corrientes, Salta, Formosa y Misiones, tal como se muestra en la Tabla 3.1.

Figura 3.3. Trabajadores de salud cada 10.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia en base a base de datos bono estímulo Decreto 315 facilitados por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria y CENSO 2022.

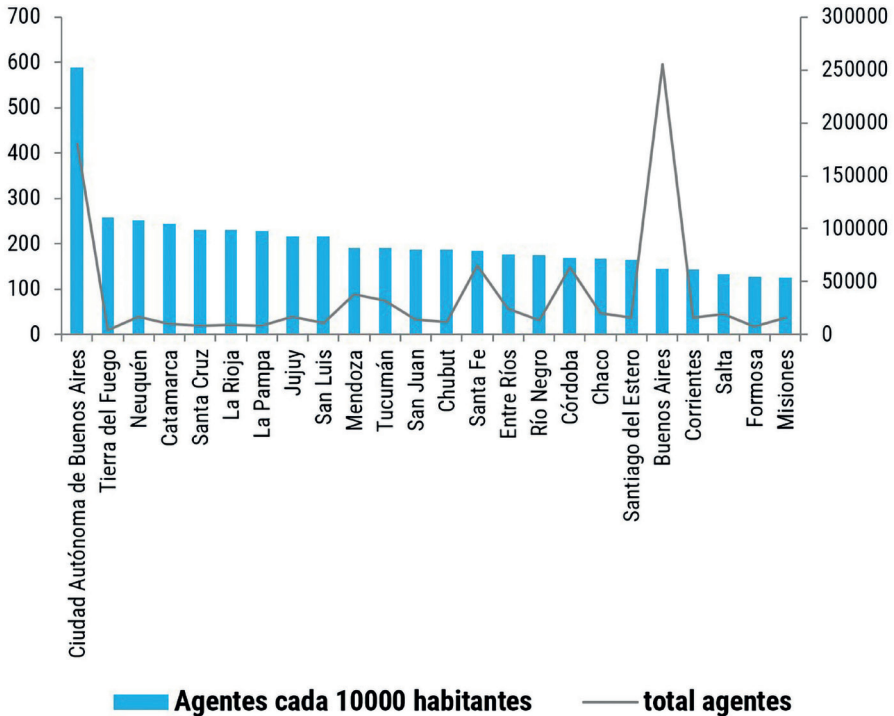
Tabla 3.1. Total de agentes alcanzados por jurisdicción y distribución de agentes cada 10000 habitantes.

Jurisdicción	Total agentes alcanzados	Agentes cada 10000 habitantes
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	180782	579
Tierra del Fuego	4455	234
Neuquén	16721	230
Catamarca	10174	237
Santa Cruz	8445	253
La Rioja	9075	236
La Pampa	8202	224
Jujuy	16741	210
San Luis	11008	204
Mendoza	37809	188
Tucumán	32134	189
San Juan	14617	179
Chubut	11499	191
Santa Fe	65191	183
Entre Ríos	24586	172
Río Negro	13001	171
Córdoba	63444	159
Chaco	19984	175
Santiago del Estero	16169	153
Buenos Aires	255470	145
Corrientes	16146	135
Salta	19132	133
Formosa	7745	128
Misiones	15763	123
Total país/ promedio	878293	201

Fuente: Elaboración propia en base a base de datos bono estímulo Decreto 315 facilitados por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria y CENSO 2022.



Figura 3.4. Distribución de agentes según jurisdicción.



Fuente: Elaboración propia en base a base de datos bono estímulo Decreto 315 facilitados por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria y CENSO 2022.

Profesionalización de la fuerza laboral

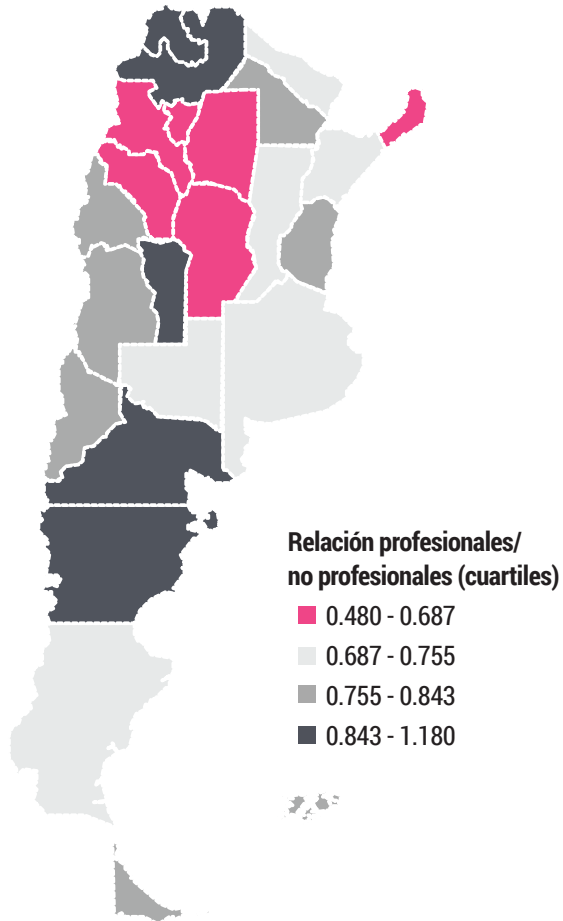
Al analizar el grado de profesionalización del personal, se observó que el 45% eran profesionales de la salud. De manera desagregada el 19% del total de agentes (165.793) se encontraban inscriptos en REFEPS como enfermeros; el 14% (123.038), como médicos y el 12% pertenecían a otras profesiones de la salud.

Medido con la razón profesionales-no profesionales, el promedio nacional fue de 0,77, lo cual significa que **4 de cada 10 agentes son profesionales de la salud.**

La jurisdicción con el menor nivel de profesionalización es Catamarca, con 0,48, en contraposición con CABA, que es la jurisdicción con más alto nivel de profesionalización con 1,18. Las provincias que se encuentran por debajo del promedio nacional son las siguientes: Corrientes, La Pampa, Tierra del Fuego, Formosa, Santiago del Estero, Santa Cruz, La Rioja, Misiones, Tucumán y Catamarca. Las jurisdicciones que se encuentran por arriba del promedio nacional son Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Río Negro, Salta, Jujuy, Mendoza, Entre Ríos, Neuquén, San Luis, Chaco, Buenos Aires, Chubut, Santa Fe, Córdoba y San Juan.



Figura 3.5. Relación profesional-no profesional por jurisdicción.



Fuente: Elaboración propia en base a base de datos bono estímulo Decreto 315 facilitados por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y REFEPS.

Tabla 3.2. Total de agentes alcanzados por el bono según profesión y jurisdicción.

Jurisdicción	Agentes alcanzados	Profesionales	Médicos	Enfermeros	Otras profesiones	No profesionales	Relación profesionales/no profesionales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	180782	98009	34155	34811	29043	82773	1,18
Río Negro	13001	6811	1874	2559	2378	6190	1,1
Salta	19132	9764	2282	5064	2418	9368	1,04
San Luis	11008	5160	1164	1566	2430	5848	0,88
Chubut	11499	5280	1355	2020	1905	6219	0,85
Jujuy	16741	7695	1214	3976	2505	9046	0,85
Neuquén	16721	7609	1806	3764	2039	9112	0,84
Tierra del Fuego	4455	2038	554	680	804	2417	0,84
San Juan	14617	6614	1902	2126	2586	8003	0,83
Mendoza	37809	16998	5251	6409	5338	20811	0,82
Entre Ríos	24586	10880	2287	5946	2647	13706	0,79
Chaco	19984	8636	2008	4593	2035	11348	0,76
Buenos Aires	255470	109758	30622	48609	30527	145712	0,75
Santa Cruz	8445	3528	779	1441	1308	4917	0,72
Formosa	7745	3217	827	1186	1204	4528	0,71
La Pampa	8202	3409	819	1422	1168	4793	0,71
Corrientes	16146	6667	1724	3227	1716	9479	0,7
Santa Fe	65191	26733	11347	12432	2954	38458	0,7
Córdoba	63444	25089	11895	9819	3375	38355	0,65
Santiago del Estero	16169	6057	1327	2928	1802	10112	0,6
La Rioja	9075	3221	989	1247	985	5854	0,55
Misiones	15763	5590	1639	2826	1125	10173	0,55
Tucumán	32134	11333	4381	5858	1094	20801	0,54
Catamarca	10174	3321	837	1284	1200	6853	0,48
Total país	878293	393417	123038	165793	104586	484876	0,77

Fuente: Elaboración propia en base a base de datos bono estímulo Decreto 315 facilitados por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y REFEPS.



Análisis según origen del financiamiento

Del total de los agentes alcanzados, el 62% (546.566) se encontraba trabajando en instituciones con financiamiento del sector público. La Tabla 3.3 muestra que las provincias donde este sector tiene mayor peso, superior al 85%, son Corrientes, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones y Santiago del Estero, que también puede apreciarse en la Figura 3.6. En contraposición CABA es la jurisdicción con mayor retracción del sector (40%).

Al comparar el nivel de profesionalización según el origen del financiamiento de los establecimientos no se observan diferencias significativas. Llama la atención el caso CABA, donde la razón sube de 1,18 a 1,65 cuando el origen del financiamiento es público; en San Luis disminuye de 0,88 a 0,77, en Tierra del Fuego la razón disminuye de 0,84 a 0,68 y en Santa Cruz disminuye de 0,72 a 0,63.

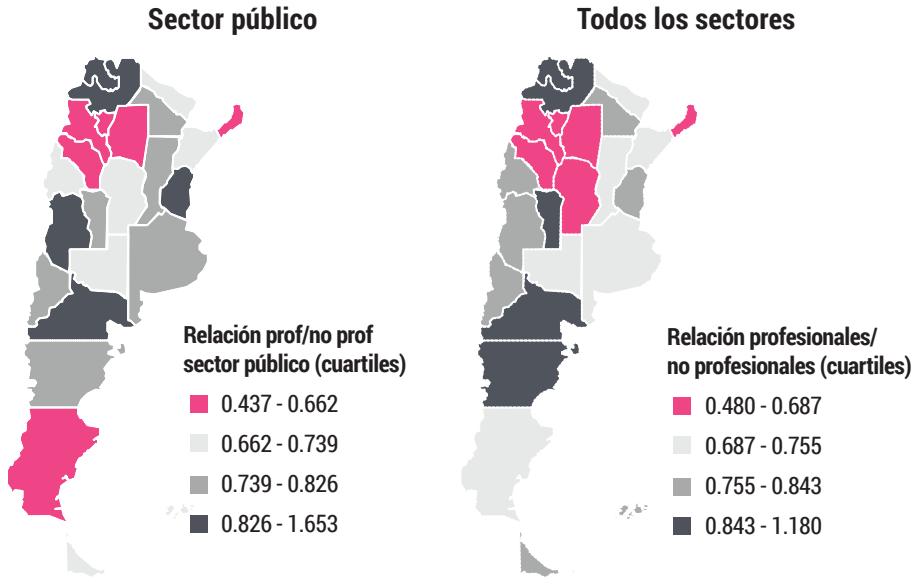
Tabla 3.3. Personal en el sector público sobre el total por jurisdicción.

Provincia	Personal del sector público sobre total del personal
Corrientes	91%
Jujuy	89%
Santiago del Estero	87%
La Rioja	86%
Formosa	86%
Misiones	86%
Santa Cruz	84%
Salta	81%
Catamarca	79%
San Luis	79%
Entre Ríos	78%
La Pampa	76%
Neuquén	73%
Chaco	72%
Tierra del Fuego	70%
Buenos Aires	66%
Tucumán	65%
Santa Fe	65%
Chubut	63%
Mendoza	59%
San Juan	59%
Río Negro	55%
Córdoba	52%
CABA	39%
Total país promedio	62%
Total país mediana	75%

Fuente: Elaboración propia en base a base de datos bono estímulo Decreto 315 facilitados por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud.

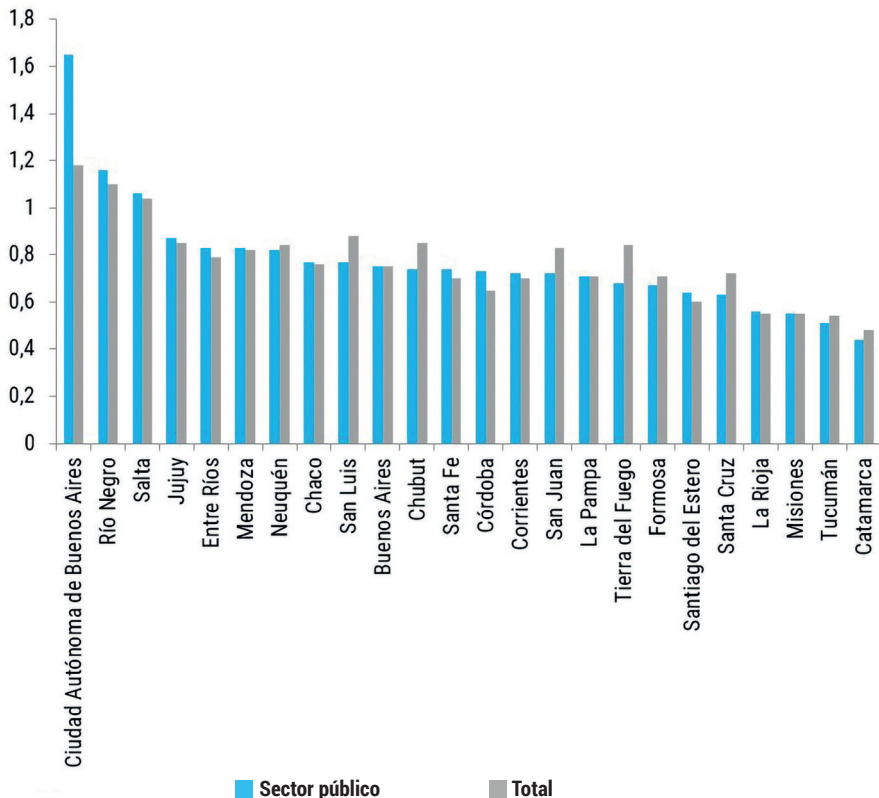


Figura 3.6. Relación profesional/no profesional por jurisdicción, origen del financiamiento público frente al total.



Fuente: Elaboración propia en base a base de datos bono estímulo Decreto 315 facilitados por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y REFEPS.

Figura 3.7. Distribución de la relación de profesionalización de los agentes según jurisdicción: comparación sector público frente al total.



Fuente: Elaboración propia en base a base de datos bono estímulo Decreto 315 facilitados por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y REFEPS.



Tabla 3.4. Profesionalización según origen del financiamiento.

Jurisdicción	Agentes en establecimientos privados	Agentes en establecimientos públicos	No profesionales en establecimientos públicos	Profesionales en establecimientos públicos	Relación profesionales/no profesionales en sector público	Relación prof./no prof. total
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	110214	70568	26604	43964	1,65	1,18
Buenos Aires	87343	168127	95848	72279	0,75	0,75
Catamarca	2113	8061	5611	2450	0,44	0,48
Córdoba	30177	33267	19176	14091	0,73	0,65
Corrientes	1497	14649	8534	6115	0,72	0,7
Chaco	5639	14345	8094	6251	0,77	0,76
Chubut	4254	7245	4157	3088	0,74	0,85
Entre Ríos	5326	19260	10526	8734	0,83	0,79
Formosa	1120	6625	3965	2660	0,67	0,71
Jujuy	1922	14819	7941	6878	0,87	0,85
La Pampa	1980	6222	3633	2589	0,71	0,71
La Rioja	1231	7844	5034	2810	0,56	0,55
Mendoza	15329	22480	12268	10212	0,83	0,82
Misiones	2284	13479	8687	4792	0,55	0,55
Neuquén	4479	12242	6708	5534	0,82	0,84
Río Negro	5894	7107	3287	3820	1,16	1,1
Salta	3702	15430	7485	7945	1,06	1,04
San Juan	6061	8556	4979	3577	0,72	0,83
San Luis	2324	8684	4895	3789	0,77	0,88
Santa Cruz	1347	7098	4350	2748	0,63	0,72
Santa Fe	22884	42307	24264	18043	0,74	0,7
Santiago del Estero	2107	14062	8598	5464	0,64	0,6
Tucumán	11180	20954	13918	7036	0,51	0,54
Tierra del Fuego	1320	3135	1866	1269	0,68	0,84
Total país	331727	546566	300428	246138	0,77	0,77

Fuente: Elaboración propia en base a base de datos bono estímulo Decreto 315 facilitados por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y REFEPS.

Profesionalización y participación del sector público

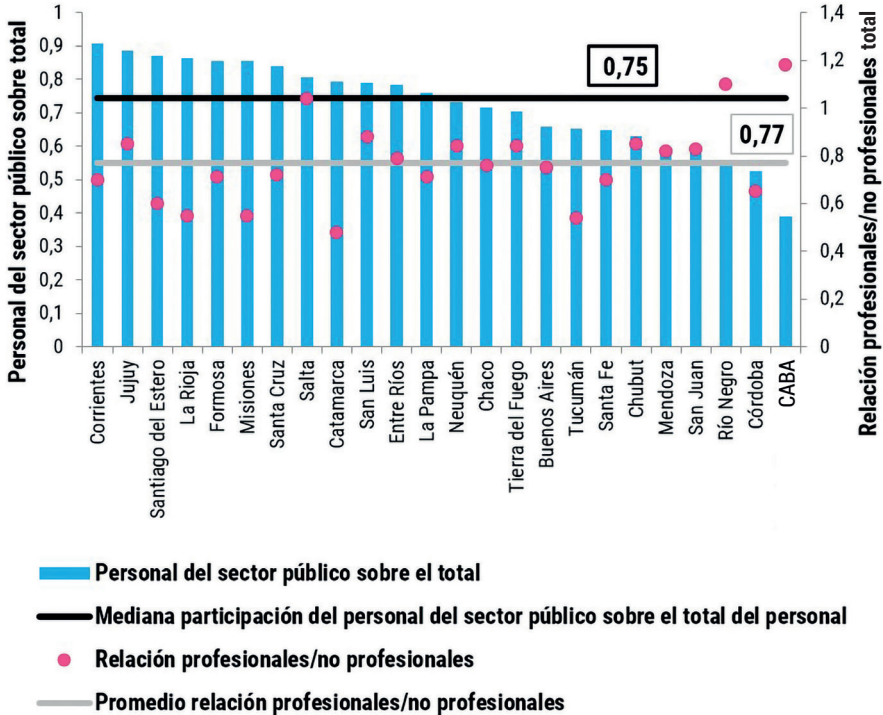
A nivel nacional medido como valor global, la participación del personal del sector público sobre el total del personal es del 62%, fuertemente influida por CABA, donde la participación del sector público es de 39%.

El valor promedio de la participación del sector en cada provincia es del 74%. Entre las provincias que se ubican por encima de este promedio, Corrientes, Santiago del Estero, La Rioja, Formosa, Misiones, Santa Cruz y la Pampa están también por debajo de la relación de profesionales sobre no profesionales.

En contraposición CABA, Córdoba, Chubut, Mendoza, San Juan y Neuquén están por encima del valor nacional en cuanto a profesionalización y se ubican por debajo del valor medio nacional de profesionales en el sector público. El caso paradigmático en este sentido es CABA, ya que es la jurisdicción que tiene a la vez el mayor índice de profesionalización y la mayor retracción en el sector público.



Figura 3.8. Personal del sector público sobre el total alcanzado por a asignación estímulo y relación profesional/no profesional. Todos los sectores, por jurisdicción.



Fuente: Elaboración propia en base a base de datos bono estímulo Decreto 315 facilitados por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y REFEPS.

CONCLUSIONES

Durante el último pago del año 2020 de la Asignación Estímulo, la percibieron un total de 878.293 agentes, de los cuales 393.417 eran profesionales de la salud sobre la base del cruce con la REFEPS.

En términos agregados para el total país, **los datos analizados muestran un sector con una distribución inequitativa**, que concentra su personal fuertemente en CABA y Buenos Aires, aunque en términos relativos a la cantidad de habitantes la de Buenos Aires se encuentra por debajo de la media nacional.

Así, por una parte, mientras en términos absolutos la región de la Patagonia parece estar más desprovista de personal en relación con el norte, al analizar la densidad de personal por habitantes esto cambia, quedando en situación más desfavorable el norte. Por otra parte, se observa una prevalencia del sector público, con un 60% del personal reportado en establecimientos de salud con ese tipo de financiamiento. Esta participación se incrementa fuertemente en las provincias del norte, coincidentemente con las jurisdicciones donde hay menor cobertura del personal. Esta cifra no se condice por lo relevado por el informe *Situación Ocupacional de los trabajadores de la Rama Salud, realizado por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2011)* basado en la EPH y el SIPA, y en el cual el 60% del sector salud se encontraría trabajando en el sector privado. Si bien no se encuentra dentro de los objetivos del presente estudio, sería interesante profundizar en las razones de esta diferencia, probablemente asociadas a la disminución de oferta de servicios no esenciales por parte del ámbito privado durante la pandemia.

En cuanto a la profesionalización del sector, **los datos demuestran una relación 1 a 1.3 de profesionales por no profesionales**. No se observan diferencias significativas según origen del financiamiento de los establecimientos en relación con los niveles de profesionalización. Sin embargo, se observa una relación inversa en las jurisdicciones entre el peso del sector público en la cantidad de personal en salud y la profesionalización: cuanto mayor es el peso del sector, menor es la profesionalización.



Como es de esperar, dada la fragmentación del sistema y su carácter federal, al analizar los datos por jurisdicción las situaciones son muy disímiles. Esto muestra la **necesidad de información con representatividad a nivel provincial**, que pueda dar cuenta de las especificidades y, sobre todo, en relación con la organización del personal de salud, brinde un marco de interpretación de los valores en función de la organización de los sistemas sanitarios jurisdiccionales. Esto es, por ejemplo, conocer a qué nivel de atención se encuentra abocado el personal, a qué etapa de las líneas de cuidado corresponde sus tareas o la existencia de especificidades en la organización del modelo de atención de la jurisdicción.

Adicionalmente la información analizada muestra cómo **la estrategia de mitigación de la pandemia por el COVID-19 se estructuró en torno al sector público**. Así en la mitad de las jurisdicciones este sector tuvo el 75% de participación en cuanto a agentes abocados a tareas relacionadas con la pandemia

La disponibilidad de información recabada a través de los sistemas desarrollados por el propio Ministerio de Salud de la Nación, para la implementación de políticas públicas de alcance nacional, revisten una gran potencialidad para análisis como los presentados en este trabajo. La explotación de la información disponible sin requerir de relevamientos específicos, y los esfuerzos que estos acarrearán, fortalece las capacidades del organismo y a la vez contribuye a la mejora de sus sistemas de información estadística.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramzón, M. C. (2005). *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*. (1a ed.). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS.
- Lacunza, B. (2007). *Planificación de recursos humanos en salud: Algunos aportes a la cuestión* (Trabajo final de grado, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación). Recuperado de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.582/te.582.pdf>
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2021). *Situación Ocupacional de los trabajadores de la Rama Salud. Sobre datos de la EPH y SIPA*. Recuperado en marzo de 2023 de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021-10-06-informe_sobre_el_mercado_de_trabajo_del_sector_salud.pdf
- Novic, M., Ibañez, F., Munilla, D., Metlika U., Puntillo, S. y Szwarcberg, F. (2020). *Impacto del Covid-19 en la salud del personal no médico de salud*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/12/impacto_covid-19_personal_no_medico.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*. Informe de la 69ª Asamblea Mundial de la Salud. "" . Recuperado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-sp.pdf
- ROVERE, M. (2006). *Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Washington, D.C: OPS. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51595/9275326223_spa.pdf?seq

3.2. ENCUESTA AL PERSONAL COMO INSTRUMENTO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES INSTITUCIONALES

De París, M. y Laurenza, M. I.

Capacitación dentro de la Administración pública

La capacitación de las y los trabajadores en los organismos públicos busca fortalecer sus capacidades y aportar así a un mejor desempeño que redunde en mejores servicios a la ciudadanía. Se trata de un “proceso sistemático de adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes que busca mejorar el desempeño de los trabajadores en un contexto en particular, se orienta a alcanzar los objetivos de las organizaciones y las personas para lograr como resultado final mejores productos y servicios para los ciudadanos” (Enrique, 2021, p. 14).

Con los cambios tecnológicos y la incorporación creciente de nuevas tecnologías a los procesos y procedimientos de la administración pública, la necesidad de capacitación se ha incrementado, al tiempo que se ha demostrado la importancia de que se encuentre integrada a programas articulados y adaptados a las necesidades de los distintos organismos.

En ese sentido la Resolución 2/2002 de Exigencias de Capacitación establece el Plan Institucional de Capacitación, que fortalece las capacidades de los organismos y jurisdicciones en lo atinente a la planificación, implementación y evaluación de capacitaciones.

El Convenio Colectivo de Trabajo, por su parte, establece en su quinto capítulo que el Estado empleador tiene la responsabilidad de gestionar capacitaciones y debe elaborar planes estratégicos de capacitación y los respectivos Planes Anuales de Capacitación.

Mediante la RESOL-2021-2127-APNMS, en el Ministerio de Salud de la Nación dentro del ámbito de la Secretaría de Gestión Administrativa, y en virtud de los datos relevados mediante una encuesta a los trabajadores, se creó el Programa de Innovación Administrativa y Fortalecimiento de las capacidades del Ministerio con el objetivo de incentivar la capacitación continua y de promover la profesionalización de los agentes públicos.

Capacitación desde la perspectiva de la innovación

Dentro del enfoque del gobierno abierto, uno de los ejes sustantivos es la participación de la ciudadanía en la elaboración de políticas públicas. Esta lógica debe reproducirse al interior de los organismos en el análisis y diseño de políticas internas, donde **la participación de las y los trabajadores aporte a la construcción de instituciones más democráticas.**

Asimismo, implementar iniciativas de innovación en la gestión requiere del fortalecimiento de nuevas competencias y capacidades. En este marco, en el año 2021, **la Dirección de Innovación Administrativa impulsó un relevamiento de los perfiles e intereses formativos de la fuerza laboral del Ministerio de Salud de la Nación** como parte de un diagnóstico de necesidades de capacitación.

Para ello se llevó a cabo una encuesta autoadministrada, de carácter anónima y voluntaria, destinada a toda la planta de trabajadores y trabajadoras independientemente de su modalidad de contratación.

La información de esta encuesta fue insumo para la priorización de las capacitaciones impulsadas desde la Dirección de Capacitación y Desarrollo de Carrera, al tiempo que se impulsó un programa de Becas de formación +Salud.

A continuación, **se documentan los resultados de la encuesta sobre perfiles y trayectorias formativas de los y las trabajadores del Ministerio de Salud de la Nación del año 2021.** Para ello, se caracterizan las



trayectorias formativas de las y los trabajadores del Ministerio; identifican líneas de formación de interés para las y los agentes y se identifican dificultades para la formación percibidas por las personas encuestadas.

METODOLOGÍA

Instrumento

Se aplicó un cuestionario de diecisiete ítems en Google Forms a través del correo electrónico institucional.

Se relevaron las siguientes dimensiones:

- Trayectorias formativas como trabajador/a del Ministerio.
- Uso del Legajo Único Electrónico.
- Dificultades para la realización de cursos de formación.
- Temas de interés para la formación.
- Conocimiento sobre el programa de becas del Ministerio.
- Datos filiatorios y de pertenencia institucional.

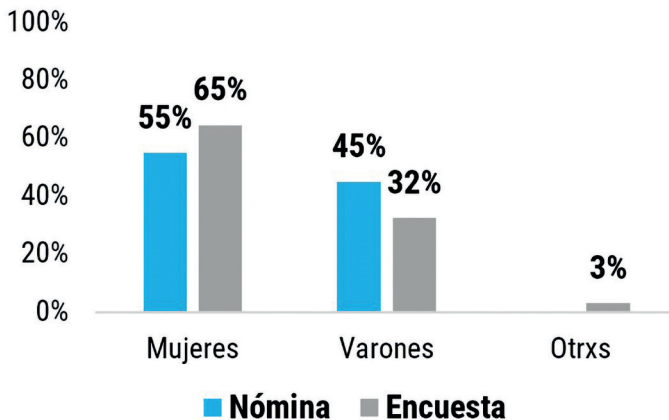
Muestra

La participación en la encuesta fue voluntaria, por lo que el tipo de muestra fue no aleatoria autoseleccionada. Estuvo compuesta por 574 respondientes, esto es un 18% de la nómina de trabajadores/as del MSAL a abril del 2021 (3189 agentes).

Las cuotas tuvieron distribuciones similares a la de la población con una sobrerrepresentación de las personas de género femenino y de los niveles educativos más altos (terciario, universitario y superior), con subrepresentación del nivel secundario.

Así, la muestra quedó conformada mayormente por mujeres de entre 36 y 45 años con nivel educativo universitario o superior, como lo muestran las Figuras 3.9, 3.10 y 3.11 respectivamente.

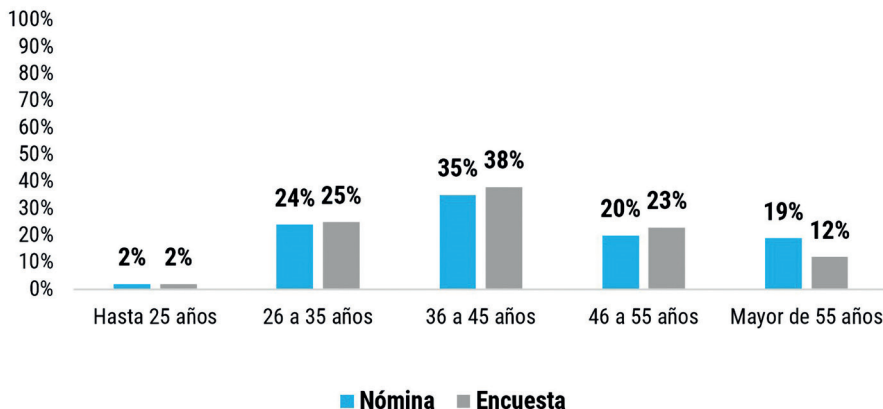
Figura 3.9. Distribución por sexo: personas encuestadas vs nómina.



Fuente: elaboración propia en base a información recabada en la Encuesta y a datos disponibles en el Sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE).

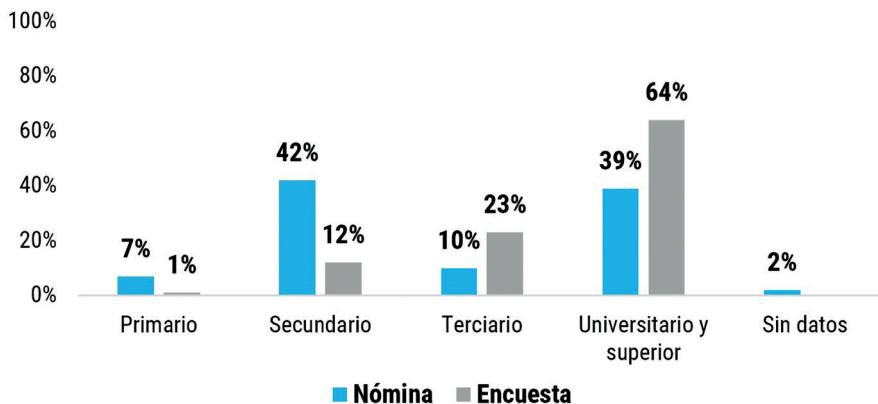


Figura 3.10. Distribución por grupos de edad: personas encuestadas frente a la nómina.



Fuente: elaboración propia en base a información recabada en la Encuesta y a datos disponibles en el Sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE).

Figura 3.11. Distribución por nivel educativo personas encuestadas frente a la nómina.



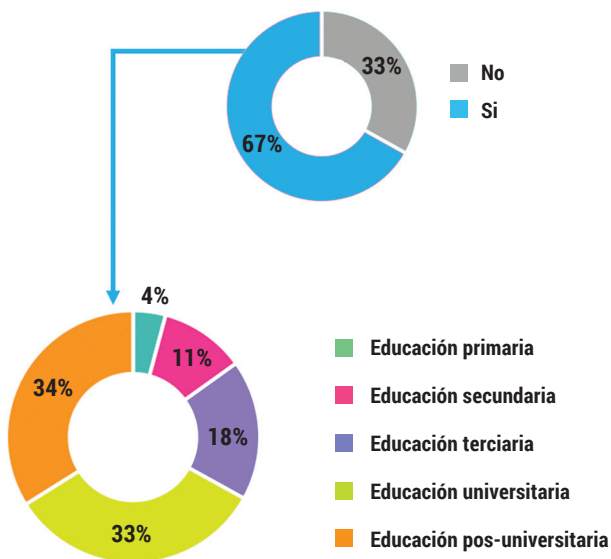
Fuente: elaboración propia en base a información recabada en la Encuesta y a datos disponibles en el Sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE).

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Trayectorias formativas

Como se puede apreciar en la Figura 3.12, el 67% de las personas encuestadas finalizó estudios como trabajador/a de la APN, distribuyéndose un 33.9% en educación de nivel posuniversitario y en un 33% universitaria.

Figura 3.12. Finalización de estudios dentro de la APN.



Fuente: elaboración propia en base a información recabada en la encuesta.

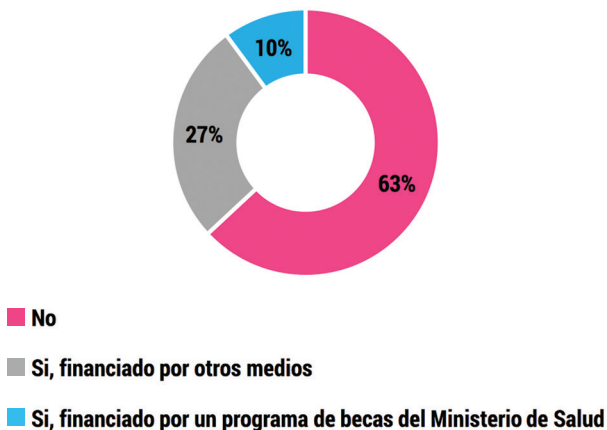
Por su parte, el 88% de las personas encuestadas realizó en algún momento cursos de formación como trabajador/a del Ministerio.

La Figura 3.13 muestra que, al momento de la encuesta, el 37% se encontraba realizando algún curso de formación, mayormente financiado por medios



distintos al Ministerio de Salud. Solo un 10% de las personas encuestadas se encontraba formándose bajo un programa de becas del organismo.

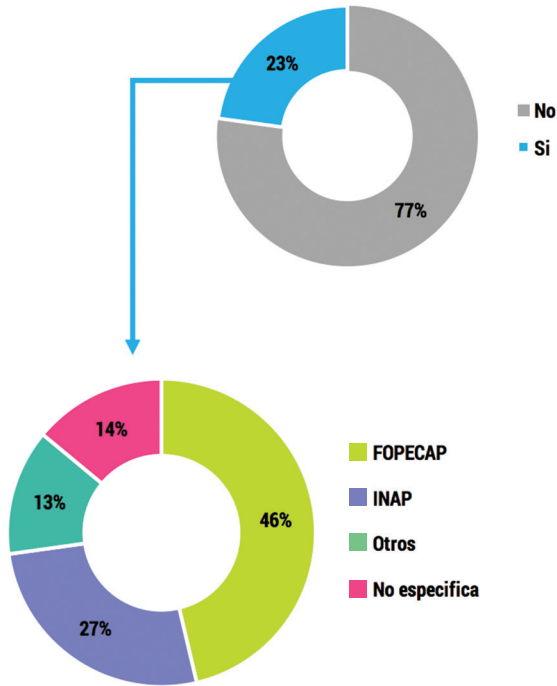
Figura 3.13. Realización de cursos en la actualidad y modalidad de financiamiento.



Fuente: elaboración propia en base a información recabada en la encuesta.

De hecho, solo el 23% de las personas encuestadas manifestaron conocer los programas de becas del ministerio, siendo el más mencionado FOPECAP, mostrado en la Figura 3.14.

Figura 3.14. Conocimiento de programas de becas MSAL.



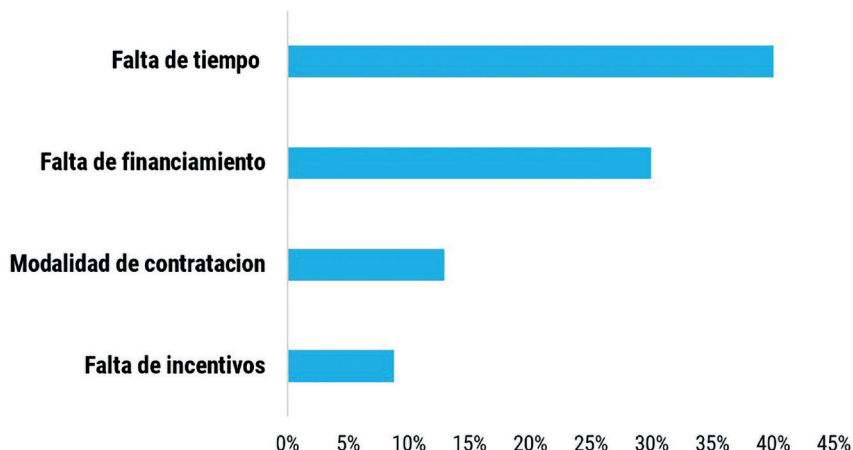
Fuente: elaboración propia en base a información recabada en la encuesta.

Entre las personas que se capacitaron el 36% no encontró dificultades para hacerlo. La dificultad más referenciada por las personas encuestadas fue la falta de tiempo, en un 40%, seguido por la falta de financiamiento, que resultó una dificultad para el 30%.

Por su parte la modalidad de contratación se identificó como una dificultad sólo en el 13% de los casos.



Figura 3.15. Dificultades para la realización de capacitaciones.



Nota: las categorías no son mutuamente excluyentes

Fuente: elaboración propia en base a información recabada en la encuesta.

Intereses formativos

El 91.3% de las personas encuestadas considera la formación como una herramienta que mejora sus capacidades como trabajador/a del MSAL.

Respecto de las **temáticas** que resultan de interés para la formación o capacitación, la Figura 3.16 muestra que el 36% mencionaron idiomas. La segunda temática más referenciada fue planificación estratégica, diagnóstico, seguimiento y evaluación de políticas públicas y proyectos (34,7%), seguida por mejora en la gestión de procesos y procedimientos (30%) y comunicación y negociación efectiva (24,4%).

Figura 3.16. Temática según su nivel de interés para la formación o capacitación (top 10).



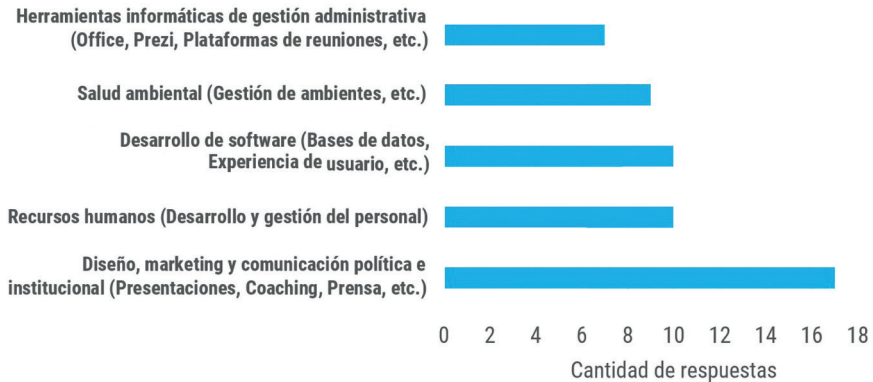
Nota: las categorías no son mutuamente excluyentes

Fuente: elaboración propia en base a información recabada en la encuesta.

Acerca de otras temáticas de interés para la formación, estas se agruparon en los ejes más recurrentes, siendo **el más mencionado diseño, y política e institucional**, mostrado en la Figura 3.17.



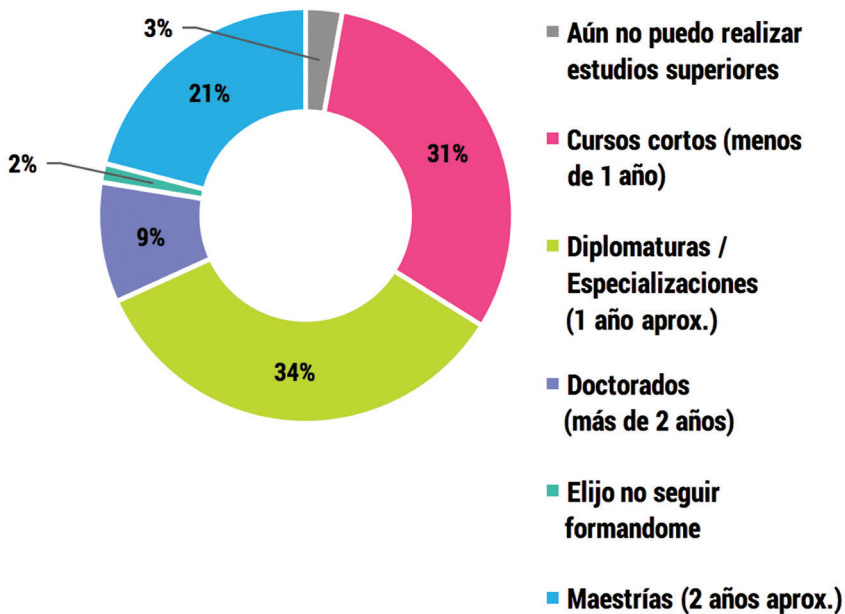
Figura 3.17. Otras temáticas de interés para la formación.



Fuente: elaboración propia en base a información recabada en la encuesta.

Respecto de la consulta sobre la **modalidad** de formación preferida, la Figura 3.18 muestra que el 34% de las personas consultadas mencionó diplomaturas o especializaciones de un año aproximado de duración. La segunda modalidad preferida fueron los cursos cortos de menos de un año (31%).

Figura 3.18. Tipo de formación preferida.



Fuente: elaboración propia en base a información recabada en la encuesta.

DISCUSIÓN

La segunda Reforma del Estado y la aplicación del modelo de la nueva gestión pública se sustentaron en buena parte en el desprestigio de lo estatal, en términos de ineficacia del personal, escasas competencias y bajo nivel operativo. A pesar del paso de los años y de la reconfiguración del rol del Estado desde entonces, esta idea se sostiene en el imaginario público.

Los resultados de este estudio derriban estas ideas preestablecidas ya que **dan cuenta no solo de un alto nivel de profesionalización de la fuerza laboral del organismo, sino también del amplio consenso respecto de la idea de la formación como herramienta de mejora de las capacidades en el puesto laboral.**



Como oportunidad de mejora detectada es necesario reforzar la comunicación respecto de los programas de beca que articula el organismo: solo el 23% de las personas encuestadas manifestó conocerlos.

Con respecto a las dificultades más observadas parece importante poder desarrollar capacitaciones en el horario laboral, que sorteen la falta de disponibilidad de tiempo para llevarlas a cabo. Vale la pena destacar que, si bien en el organismo conviven diferentes modalidades de contratación, esta variable no fue identificada como una limitación en cuanto a las capacitaciones.

Finalmente, la información obtenida en la encuesta no solo orientó la implementación de estrategias para el fortalecimiento de las capacidades formativas, sino que además **generó información de calidad sobre la distribución de los perfiles dentro de las áreas del organismo**. Esto es un insumo valioso para orientar la capacitación articulando los intereses que manifiestan los y las agentes, con la transferencia de esos contenidos al puesto de trabajo y las funciones ejercidas.

Asimismo, indicarían que el Ministerio es un espacio favorable para la capacitación y formación, con un 67% de las y los trabajadores habiendo finalizado estudios en algún nivel educativo como trabajador/a del organismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto 214/2006. Sobre el el Convenio Colectivo de Trabajo General para la Administración pública nacional. 27 de febrero de 2006.

Enrique, A. (2021). *La gestión de la capacitación en los organismos de la Administración pública nacional: un abordaje desde la perspectiva de los Coordinadores Técnicos de Capacitación*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Cuadernos del INAP. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cuinap_54.pdf

Resolución 2/2002. Sobre las exigencias de capacitación para el personal del Sistema Nacional. 06 de agosto de 2002. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/76708>.

ÍNDICE DE FIGURAS

- 26 | **Figura 0.1.** Dimensiones de la Innovación.
- 40 | **Figura 1.1.** Tasa de variación trimestral en el tiempo de tramitación administrativa para trámites con facturas presentadas en mesa de entradas.
- 41 | **Figura 1.2.** Tasa de variación trimestral en el tiempo de tramitación administrativa para trámites con facturas presentadas a través del TAD para órdenes de compra.
- 70 | **Figura 1.3.** Distribución de los créditos presupuestarios devengados por el Ministerio de Salud de la Nación según inciso presupuestario. Año 2020.
- 75 | **Figura 1.4.** Acta de Recepción Definitiva con firma hológrafa vigente en el año 2020.
- 77 | **Figura 1.5.** Acta de Recepción Definitiva de producción externa con firma digital vigente en el año 2021.
- 79 | **Figura 1.6.** Acta de Recepción Definitiva de producción controlada y firma digital vigente a partir de 2022.
- 82 | **Figura 1.7.** Tablero de Actas de Recepción Definitiva disponible en la intranet.
- 84 | **Figura 1.8.** Tablero de Monitoreo de Ordenes de Compra.
- 97 | **Figura 2.1.** visualización de la pantalla de acceso a los tableros en la intranet del Ministerio de Salud de la Nación.
- 98 | **Figura 2.2.** Visualización de los tableros disponibles en la intranet del Ministerio de Salud de la Nación.

- 99 | **Figura 2.3.** Tablero de ejecución presupuestaria.
- 100 | **Figura 2.4.** Tablero de adquisiciones.
- 106 | **Figura 2.5.** Portal presupuesto abierto, Ministerio de Economía de la Nación.
- 109 | **Figura 2.6.** Formulario de programación física anual y trimestral de metas.
- 110 | **Figura 2.7.** eSIDIF.
- 113 | **Figura 2.8.** Construcción de las áreas temáticas para la clasificación de metas físicas.
- 114 | **Figura 2.9.** Ejecución presupuestaria y física promedio por Programa, año 2022.
- 115 | **Figura 2.10.** Distribución de las metas según nivel de ejecución total. Ministerio. Ejercicio 2022.
- 116 | **Figura 2.11.** Metas físicas según nivel de ejecución, por Secretaría, Ministerio de Salud de la Nación, año 2022 (valores en %).
- 117 | **Figura 2.12.** Total de metas sin ejecución por Secretaría (valores absolutos).
- 118 | **Figura 2.13.** Participación relativa de las metas sin ejecución a nivel programa (valores en %).
- 119 | **Figura 2.14.** Metas con ejecución alineada con la planificación.
- 119 | **Figura 2.15.** Metas con sobreejecución.
- 119 | **Figura 2.16.** Metas con subejecución.

- 120 | Figura 2.17.** Distribución de las metas por categoría segmentado por nivel de ejecución.
- 123 | Figura 2.18.** Distribución de las metas por nivel de ejecución, por categoría.
- 124 | Figura 2.19.** Distribución del PAC por Secretaría.
- 143 | Figura 3.1.** Total agentes alcanzados por la asignación estímulo según jurisdicción en octubre de 2020.
- 144 | Figura 3.2.** Total agentes alcanzados por asignación estímulo en el AMBA en octubre de 2020.
- 145 | Figura 3.3.** Trabajadores de salud cada 10.000 habitantes.
- 147 | Figura 3.4.** Distribución de agentes según jurisdicción.
- 149 | Figura 3.5.** Relación profesional-no profesional por jurisdicción.
- 153 | Figura 3.6.** Relación profesional/no profesional por jurisdicción, origen del financiamiento público frente al total.
- 154 | Figura 3.7.** Distribución de la relación de profesionalización de los agentes según jurisdicción: comparación sector público frente al total.
- 157 | Figura 3.8.** Personal del sector público sobre el total alcanzado por asignación estímulo y relación profesional/no profesional. Todos los sectores, por jurisdicción.
- 164 | Figura 3.9.** Distribución por sexo: personas encuestadas vs nómina.
- 165 | Figura 3.10.** Distribución por grupos de edad: personas encuestadas frente a la nómina.

- 165 | **Figura 3.11.** Distribución por nivel educativo personas encuestadas frente a la nómina.
- 166 | **Figura 3.12.** Finalización de estudios dentro de la APN.
- 167 | **Figura 3.13.** Realización de cursos en la actualidad y modalidad de financiamiento.
- 168 | **Figura 3.14.** Conocimiento de programas de becas MSAL.
- 169 | **Figura 3.15.** Dificultades para la realización de capacitaciones.
- 170 | **Figura 3.16.** Temática según su nivel de interés para la formación o capacitación (top 10).
- 171 | **Figura 3.17.** Otras temáticas de interés para la formación.
- 172 | **Figura 3.18.** Tipo de formación preferida.

ÍNDICE DE TABLAS

- 39 | **Tabla 1.1.** Variaciones en el tiempo de tramitación administrativa según tipo de trámite.
- 61 | **Tabla 1.2.** Cantidad de expedientes individuales de contratos de residentes de salud.
- 62 | **Tabla 1.3.** Tiempos de tramitación de expedientes de contratación de expedientes por año.

- 71 | Tabla 1.4.** Distribución de los créditos presupuestarios devengados por programa y fuente de financiamiento. Año 2020.
- 85 | Tabla 1.5.** Actas de Recepción Definitiva y días hasta elaboración -promedio y desvío estándar- según repartición.
- 117 | Tabla 2.1.** Programas con mayor cantidad de metas sin ejecución.
- 121 | Tabla 2.2.** Metas sobreejecutadas, valores absolutos.
- 121 | Tabla 2.3.** Metas subejecutadas, valores absolutos.
- 125 | Tabla 2.4.** Procesos con subejecución de metas por dificultades en procesos de de adquisición.
- 127 | Tabla 2.5.** Programa de Abordaje de Curso de Vida (NNA) (SAS).
- 128 | Tabla 2.6.** Desarrollo de Seguros Públicos de Salud (BIRF N°8853-AR/ BIRF N°9222-AR) (SES).
- 129 | Tabla 2.7.** Prevención y Control de Enfermedades Endémicas.
- 130 | Tabla 2.8.** Respuesta al VIH, Infecciones de Transmisión Sexual, Hepatitis Virales, Tuberculosis y Lepra (SAS).
- 130 | Tabla 2.9.** Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo (scs).
- 131 | Tabla 2.10.** Acceso a Medicamentos, Insumos y Tecnología Médica.
- 132 | Tabla 2.11.** Otros programas.

- 146 | Tabla 3.1.** Total de agentes alcanzados por jurisdicción y distribución de agentes cada 10000 habitantes.
- 150 | Tabla 3.2.** Total de agentes alcanzados por el bono según profesión y jurisdicción.
- 152 | Tabla 3.3.** Personal en el sector público sobre el total por jurisdicción.
- 155 | Tabla 3.4.** Profesionalización según origen del financiamiento.



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*

