

## ESTRATEGIA COMUNICACIONAL Y DOCUMENTACIÓN DE UNA EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD DIGITAL

**Palacios, Cecilia<sup>1</sup>**

**Reinoso, Lorena<sup>2</sup>**

**Rosés, Alejandra<sup>3</sup>**

**García Zacarías, Nicolás<sup>4</sup>**

***Abstract:** This paper describes how a communication planning strategy in the field of health conveys intergovernmental articulation, achieving the implementation of public digital health policies. The objective is to develop and explain the execution process carried out by the Documentation Team (ED) of the ARPHAI Project, to accompany and guide the implementation process of a digital tool, the Integrated Health History (HSI), aimed at the supporting of public health management. In the first place, we carry out a characterization of the Argentine health system. Then we focus specifically on the work carried out by the ED, oriented at first to the preparation of materials and in a second instance to the monitoring of the different stages of the HSI implementation process.*

***Keywords:** communication planning; digital health; integrated health history (HSI)*

***Resumen:** Este trabajo describe cómo una estrategia de planificación comunicacional en el ámbito de la salud vehiculiza la articulación intergubernamental logrando la implementación de políticas públicas de salud digital. El objetivo es desarrollar y explicar el proceso de*

---

<sup>1</sup>ARPHAI Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) - Buenos Aires - Argentina. <http://www.ciecti.org.ar/arphai/> E-mail: [ceciliapalacios@gmail.com](mailto:ceciliapalacios@gmail.com)

<sup>2</sup>ARPHAI Universidad Nacional de Quilmes (UNQ) - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) Bs. As. – Argentina. <http://www.ciecti.org.ar/arphai/> E-mail: [lorena.reinoso381@gmail.com](mailto:lorena.reinoso381@gmail.com)

<sup>3</sup> ARPHAI Universidad del Salvador - Buenos Aires – Argentina. <http://www.ciecti.org.ar/arphai/> E-mail: [maroses@gmail.com](mailto:maroses@gmail.com)

<sup>4</sup> ARPHAI Universidad Nacional de La Plata - La Plata – Argentina. <http://www.ciecti.org.ar/arphai/> E-mail: [nicogarciaz.edu@gmail.com](mailto:nicogarciaz.edu@gmail.com)

ejecución que llevó a cabo el Equipo de Documentación (ED) del Proyecto ARPHAI, para acompañar y guiar el proceso de implementación de una herramienta digital, la Historia de Salud Integrada (HSI), destinada al soporte de la gestión de salud pública. En primer lugar, realizamos una caracterización del sistema de salud argentino, con sus particularidades de funcionamiento. Luego nos detenemos específicamente en la labor llevada a cabo por el ED, orientada en un primer momento a la elaboración de materiales y en una segunda instancia al monitoreo de las distintas etapas del proceso de implementación de la HSI.

*Palabras clave: planificación comunicacional; salud digital; historia de salud integrada (HSI).*

## **1. INTRODUCCIÓN: BREVE CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO**

Argentina es un país federal; con el proceso de consolidación democrática, en 1983, se inició una transición de diferentes iniciativas estatales descentralizadoras, que se profundizó con la reforma constitucional de 1994, donde fueron delegadas mayores responsabilidades a los diferentes gobiernos subnacionales. En este sentido, la política sanitaria actual se encuentra bajo la órbita de los estados provinciales (jurisdicciones de primer orden). Cabe destacar que, a su vez, cada provincia presenta un régimen municipal diferente (jurisdicciones de segundo orden), y en algunas jurisdicciones subnacionales ciertas responsabilidades de la política sanitaria recaen sobre estas.

Sin embargo, el vaivén en las relaciones entre niveles de gobierno no siempre estuvo conforme con la organización federal. Durante los primeros gobiernos peronistas, en el contexto del "Estado Social" se fundó buena parte de la red de establecimientos de salud públicos con dependencia nacional (Repetto y Andrenacci, 2007), con el fin de garantizar un acceso más equitativo a los servicios de salud. Pocos años después se revirtió esta dinámica con el objeto de resolver el conflicto económico entre la nación y las provincias y se produjo la transferencia de estos efectores de salud nacionales hacia los estados provinciales (Faletti, 2010; Bisang y Cetrángolo, 1998).

Esta descentralización generó una metamorfosis en el sistema sanitario; la autonomía provincial fue condicionada por las restricciones fiscales que enfrentaron las distintas jurisdicciones y, posteriormente, los municipios (Cetrángolo y Jiménez, 2004). De esto devino que los establecimientos de salud no estuvieran en condiciones de acompañar la actualización tecnológica que caracterizó al sector en aquellos tiempos (Arce, 2010). Luego, las reformas neoliberales de los años noventa profundizaron esto, confirmando en sus resultados el interés del gobierno central por apaciguar las finanzas nacionales.

En conjunto, la "descentralización" y los "programas focalizados" construyeron un doble juego en la relación entre políticas y territorio: al tiempo que los primeros contribuyeron a desterritorializar la política nacional desplazando la responsabilidad hacia niveles subnacionales (provincias y municipios), los programas focalizados territorializaron la asistencia en complejas alianzas entre los nuevos actores que surgieron (Chiara, 2016). En definitiva, los gobiernos locales quedaron afectados (hasta el día de hoy) a la responsabilidad directa de la calidad de vida de la población, aún cuando son los que cuentan con menos recursos. Asimismo, el hecho de que la gobernanza esté dividida entre los diferentes niveles gubernamentales complejiza la gestión de los servicios de salud y atenta contra el funcionamiento en red.

La Provincia de Buenos Aires (PBA) es una de las jurisdicciones subnacionales más importantes y complejas de toda la Argentina. Su extensión geográfica asciende a 307.571 km<sup>2</sup>, siendo la provincia continental más extensa. Su población representa más del 38% de la población nacional y su organización político administrativa está dividida en 135 municipios o partidos, que se agrupan en 12 regiones sanitarias.

La PBA ofrece un espacio particular para el análisis de los procesos de descentralización de la política sanitaria ya que los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) dependen de los gobiernos de segundo orden, mientras que la gobernanza de los establecimientos de mayor complejidad (segundo y tercer nivel de atención) está a cargo del gobierno de primer orden. "Esta dinámica política e institucional dio lugar, en particular en territorios contiguos como son los municipios del Gran Buenos Aires, a una profunda fragmentación del sistema con restricciones en las condiciones de acceso y atención de la salud" (Chiara, 2012, p. 11-12).

Todo este complejo escenario quebranta la implementación de políticas públicas integrales y coherentes. Por un lado, la diversificación presupuestaria genera déficits en términos de capacidades institucionales y escasez de recursos humanos. Por el otro, la gobernanza de los múltiples niveles de gobierno en el ámbito de la salud impacta negativamente, generando superposiciones, magros resultados y escasa sostenibilidad de las políticas.

En síntesis, las políticas públicas de salud argentina en general y en la PBA en particular, se diseñan y ejecutan desde múltiples niveles de gobierno, lo cual dificulta su integralidad y coherencia. Como plantea Chiara (2012)

Los ámbitos donde se desarrollan las políticas y programas de salud así como la gestión de los servicios –ya sean del primer o del segundo nivel de atención– se caracterizan por constituirse como procesos complejos en los que intervienen una gran diversidad de actores, con sus propias perspectivas, intereses, capacidades y recursos de poder. Esto implica que las políticas más que equipararse a mecanismos y procedimientos de planificación racional, se distancian de estos modelos en su operatoria concreta (p. 25).

A partir de este contexto se busca reflexionar y sistematizar la implementación de una prueba piloto de historia clínica electrónica en dos municipios de la PBA. ¿Cuáles son los pasos y recomendaciones para la implementación de una historia clínica electrónica en un país federal, donde la gestión de los diferentes niveles de salud está descentralizada y atomizada? ¿Qué prácticas y metodología de trabajo son virtuosas para superar las barreras y obstáculos que esto presenta?

## 2. METODOLOGÍA

Tomando como referencia la bibliografía específica sobre implementación de historias clínicas electrónicas (Hodgkins, 2015; Luna y Plazzotta, 2017; Lumetra, 2006), junto con la recopilación de algunas experiencias previas exitosas (Rubin y Hendrix, 2021; Deloitte, 2008), se realizó una selección e identificación de cuáles serían los pasos del proyecto y qué información se requeriría para la etapa diagnóstica del mismo. Así, el trabajo se basó en el monitoreo y seguimiento de las distintas actividades previstas en el cronograma

de actividades armado para el proyecto. En función de ello, se relevaron datos primarios de los establecimientos, junto con información secundaria obtenida de estudios previos y complementarios, desarrollados en el marco del proyecto ARPHAI (Flacso, 2021).

A partir de la información recopilada y sistematizada en los pasos previos, se pudo realizar una triangulación de datos que permitió comprender cabalmente el funcionamiento de cada centro de salud, de manera independiente, junto con la formalización de variables comunes para realizar el seguimiento del proceso de implementación. Junto con estas actividades, se implementó un esquema de registro sistemático de la información recolectada que ha permitido el acompañamiento de las actividades y la corrección de los desvíos de manera temprana, en los casos en que se volvió necesario.

Complementariamente, la estrategia metodológica específica de trabajo fue la del SCRUM<sup>5</sup> (Guzmán Baños, 2016; Martins Neves, et.al., 2017; Trigas Gallego, 2019; Schwaber y Sutherland, 2020; entre otros), lo que permitió una dinámica de trabajo transversal que pudo adaptarse a las necesidades que fueran surgiendo, brindando asimismo una respuesta ágil a las dificultades que iban presentándose. Es de resaltar que el proyecto<sup>5</sup> se basa en una prueba piloto en el cual la metodología de trabajo de reuniones periódicas y las herramientas e indicadores de monitoreo fueron adoptadas para la sostenibilidad y escalamiento del proyecto. (Price-Kelly, van Haeren y McLean, 2020).

### **3. SALUD DIGITAL**

Durante los últimos 25 años se implementaron en Argentina diversas herramientas de salud digital. Sin embargo, la fragmentación y segmentación del sistema de salud descrita anteriormente, han generado que cada financiador, institución, programa sanitario nacional y/o provincial fuera desarrollando un sistema de información propio, pero sin integración con los demás.

---

<sup>5</sup> En el apartado 4.2 se desarrolla específicamente cómo fue el trabajo con esta metodología y las características particulares que adquirió durante este proceso.

Entre los años 2017 y 2019 se puso en marcha el proyecto “AMBA Salud HCE<sup>6</sup>” que propugnaba el fortalecimiento del sistema de salud de toda el área, con énfasis en el primer nivel de atención. Los resultados logrados fueron magros. Algunas de las debilidades que tuvo el proyecto estuvieron vinculadas con que los/as pacientes debían ser empadronados/as al ingresar por primera vez al sistema, lo que llevó a que muchos equipos de salud invirtieran un gran esfuerzo en este proceso sin poder avanzar en el registro de la práctica clínica. Esto a su vez se vio profundizado por los requisitos de algunos programas del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) que promovían la implementación, pero no una adopción integral y progresiva<sup>7</sup>.

La pandemia mundial por el COVID-19 ha tornado esencial poder implementar la utilización de registros electrónicos, dada su capacidad para lidiar con las limitaciones asociadas al contacto físico entre personas y para permitir el acceso a datos confiables y actualizados.

En este contexto, el MSN, con un financiamiento inicial del Ministerio de Producción, desarrolló, en conjunto con el Instituto Pladema de la Universidad Nacional del Centro, la HSI. El objetivo estuvo orientado a brindar un sistema digital para aquellas jurisdicciones o establecimientos de salud que no contaran con un sistema de registro digital. En este sentido, la HSI cumplía con estos requisitos pues está basada en estándares de interoperabilidad y códigos unificados obligatorios que permiten el diálogo de la información entre diferentes sistemas y de esta manera contar con sistemas propios y federales al mismo tiempo.

Considerada en sí misma, la HSI es sólo una herramienta, pero puesta en un marco más general de integración de los servicios de salud, tiene como último objetivo propiciar un sistema de salud más integrado, eficiente, eficaz y equitativo. Asimismo, permite una escalabilidad nacional, ya que garantiza un producto mínimo viable con código abierto que posibilita la autonomía de cada jurisdicción para adecuar el producto a su idiosincrasia. Al

---

<sup>6</sup> Las siglas corresponden a “Área Metropolitana de Buenos Aires” e “Historia Clínica Electrónica”

<sup>7</sup> Un ejemplo de esto es el indicador del Programa Proteger que medía “% de CAPS priorizados que realizan actividades para implementar una historia clínica electrónica” (2017) y fue reformulado a partir de estas críticas en el 2019 por “% de CAPS priorizados que realizan las acciones incrementales anuales para implementar un sistema de información sanitaria interoperable.”

mismo tiempo, su utilización promueve la coordinación de los cuidados entre subsistemas y jurisdicciones a partir de estándares de interoperabilidad.

De acuerdo con Wright (1997), las relaciones intergubernamentales son el “cuerpo importante de actividades o interacciones que ocurren entre las unidades gubernamentales de todas las clases y niveles del sistema federal” (p. 68); estas cobran cuerpo en interacciones entre actores gubernamentales que tienen lugar en el contexto de un marco institucional determinado. Si la transformación digital implica cambios sustanciales en los límites geográficos y temporales, acortando y acelerando estas distancias, el desafío para los sistemas de salud altamente fragmentados, como el argentino, derivan en la necesidad de una articulación quirúrgica entre sectores y niveles de gobierno.

#### **4. EL PROYECTO ARPHAI**

Uno de los objetivos generales del proyecto es la implementación piloto de la HSI y los algoritmos de inteligencia artificial en redes sanitarias de municipios de la PBA<sup>8</sup>. Al tratarse de un proyecto que busca fortalecer las redes sanitarias, se requiere de una articulación y colaboración de todos los actores: la atención primaria es una responsabilidad delegada a los gobiernos municipales, mientras que el segundo y el tercer nivel dependen del gobierno nacional.

Para llevar adelante este objetivo, se definieron y priorizaron dos municipios de la PBA, que identificaremos aquí como Municipio 1 y Municipio 2 respectivamente. En ambos casos se trata de jurisdicciones con altos índices de vulnerabilidad, que además fueron afectadas por el virus en los primeros meses de la pandemia<sup>9</sup>. Estos municipios se ubican dentro de jurisdicciones de más de 500.000 habitantes y presentan porcentajes similares de población sin cobertura explícita de salud: 37% en el Municipio 1 y 41% en el Municipio 2. Este porcentaje permite deducir que la población que trabaja en el ámbito informal o está

---

<sup>8</sup> Para más información del proyecto se puede consultar: <http://www.ciecti.org.ar/arphai/>

<sup>9</sup> Durante el primer semestre del 2020, la región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires presentó la mayor tasa de incidencia de casos positivos de COVID-19. A marzo 2021, esta región representaba el 34% (234.854) de los casos confirmados en el AMBA-Provincia de Buenos Aires (689.722 casos acumulados). Esta región está compuesta por 9 municipios, todos con una alta densidad poblacional. Dentro de estos, es el Municipio 1 el que presentaba más casos acumulados (44.102), mientras que el Municipio 2 ocupaba el tercer lugar (32.713) Fuente: Ministerio de Salud de la Nación Argentina: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/reportes>

desempleada y por lo tanto no cuenta con cobertura explícita de salud. De cualquier manera, es importante notar que toda la población (con y sin cobertura explícita de salud) hace uso de los servicios públicos.

#### 4.1 PRIMERA ETAPA: LA CONFORMACIÓN DE UN MESA DE COORDINACIÓN INTERGUBERNAMENTAL

La implementación de la HSI constituye un proceso de largo plazo que requiere de recursos materiales, de equipos de trabajo multidisciplinarios y de una reorganización de los procesos de trabajo en el sistema de salud. Para lograr todo esto, el apoyo gubernamental de alto nivel es un aspecto fundamental<sup>10</sup> que permite garantizar el compromiso y viabilidad del proyecto. Luego de la priorización de los municipios, se conformó el equipo de trabajo en cada uno de ellos para llevar adelante el proyecto en estas jurisdicciones.

Este grupo de trabajo estuvo integrado por personal técnico del MSN<sup>11</sup> y un ED creado *ad hoc*, que tuvo la responsabilidad de documentar el proceso de implementación a los fines registrar potenciales riesgos y oportunidades de mejora para la expansión del proyecto en futuras jurisdicciones. Dicho ED, conformado con especialistas en comunicación, sociología, diseño gráfico, administración y gestión de procesos, se encargó, en un primer momento (desde octubre de 2020 a mayo de 2021), de guiar el proceso de implementación de la HSI. Esto se realizó sobre la base de la consulta de bibliografía específica y el rastreo de antecedentes exitosos previos, -tal como se consignó previamente-, respondiendo a la demanda de materiales y capacitaciones por parte de los municipios. El resultado consistió en la elaboración de diferentes piezas de comunicación que se caracterizarán a continuación.

El proceso de trabajo del ED con la Dirección Nacional de Sistemas de Información (DNSI) funcionó, durante esta etapa, de la siguiente manera: primero se proponían los documentos elaborados por el equipo del proyecto; luego se consensaban los propósitos y destinatarios y una vez elaborados, eran validados. Finalmente, eran compartidos con los

---

<sup>10</sup> <https://blogs.iadb.org/salud/es/gobernanza-de-salud-digital/>

<sup>11</sup> Dentro del equipo del MSN queremos agradecer la participación y compromiso de la odontóloga Yhinny Santos líder del proyecto de implementación de HSI y Lic. Sebastián Conti, quienes revisaron y acompañaron todo el proceso de trabajo.

municipios y los respectivos equipos de implementadores. Para lograr una implementación eficaz de la HSI, se recomendó a cada jurisdicción apropiarse de los contenidos, por lo que la mayoría de estos no fueron concebidos como “herramientas finales”, sino como insumos que pudieran adecuarse a cada contexto y situación particular.

Los materiales elaborados se dividen en los manuales de los diferentes módulos de la HSI, y los materiales que se desarrollaron para el apoyo de la implementación y están disponibles en un sitio web del MSN. A continuación, se reseñan los mismos:

- Ficha diagnóstico de jurisdicción

Esta ficha tuvo por objetivo relevar el funcionamiento del sistema de salud de la jurisdicción, y así nutrir el proyecto local de implementación de la HSI. Este era el primer paso para poner en marcha la implementación de la HSI ya que permitía conocer cuáles eran los procesos estandarizados de turnos, registros y recupero de costos, etc., que debían ser abordados y contemplados en el diseño de la HSI.

- Ficha diagnóstico de establecimiento de salud

El relevamiento por efector permitió reunir toda la información relevante para la implementación de la HSI en un establecimiento, desde el estado de los recursos físicos hasta la composición y capacitación digital de la fuerza de trabajo. Esta ficha debía ser completada en cada institución donde se llevará a cabo la implementación ya que permitía reconocer los elementos facilitadores para la gestión del cambio e identificar eventuales riesgos.

- Recomendaciones para la estrategia de comunicación de la HSI Uno de los primeros pasos que debió definir el equipo de implementación de la HSI fue el Plan de Comunicación, ya que el involucramiento de los actores en el proceso garantizaría el éxito de la adopción del nuevo sistema de salud digitalizado. Este documento se dividió en dos partes: por un lado, la identificación de los actores estratégicos, cuándo contactarlos y qué aspectos comunicar; por otro lado, resumía las principales características de la HSI y ofrecía bibliografía ampliatoria para que cada implementador/a profundizará en la temática. La idea de un “modelo de carta” específico para cada actor involucrado en el proceso de implementación de la HCE constituyó una herramienta que posibilitaba agilizar las comunicaciones, establecer un temario compartido y consensuar las formalidades a las que deben ajustarse estas comunicaciones. Una vez más, la idea de “modelo” remitía a un posible curso de acción y de ningún modo a

algo prescriptivo. Se esperaba que cada implementador/a utilizara y adecuara esta herramienta en función de las características propias del público y las necesidades propias de cada municipio o jurisdicción.

- Guía para trabajar con metodologías ágiles

Este documento reseñó los aspectos principales de la metodología del SCRUM para la implementación de la HSI. Se propuso brindar pautas de trabajo, cronogramas y otras herramientas concretas para orientar las diferentes reuniones que los implementadores tuvieran que organizar con los efectores, con el objetivo de avanzar en la meta pautada con cada establecimiento, y en general en la jurisdicción. La propuesta de las guías promovía la estandarización de patrones y pautas de trabajo comunes para llevar a cabo las reuniones pero no pretendía ritualizar o estandarizar procedimientos sino funcionar como posibles orientadores de las acciones de los implementadores.

La primera etapa del ED concluyó con la realización de diversas entrevistas a los responsables de informática de los equipos de implementación de historias clínicas digitales en diversas provincias de Argentina: Mendoza, Misiones, Neuquén, San Juan y Tucumán. Estos referentes fueron seleccionados en virtud de que representaban casos de implementaciones de herramientas digitales que fueron positivas y sostenidas en el tiempo. Los encuentros fueron concebidos con el fin de documentar lecciones aprendidas que orientasen el trabajo a realizar por cada Municipio y, en cierto sentido, allanaran el camino respecto a posibles dificultades o resistencias y obstáculos específicos a enfrentar, así como también acciones que hubieran resultado específicamente exitosas. Los testimonios nutrieron los materiales elaborados con experiencias y recomendaciones reales de implementación de HCE de otras jurisdicciones, como así también generaron una visión más amplia y federal del proceso analizado, según la idiosincrasia y ámbito de aplicación.

#### 4.2 SEGUNDA ETAPA: CONSOLIDACIÓN DE LA TAREA Y ADOPCIÓN DE NUEVOS DESAFÍOS

En una segunda etapa (de junio de 2021 a marzo de 2022), el trabajo del ED se concentró en el monitoreo (primero semanal y luego quincenal) de cada uno de los

municipios. Cabe destacar que también durante esta segunda etapa del proyecto se incorporó un equipo perteneciente al Ministerio de Salud y de Desarrollo Informático de la PBA.

El ED, desde sus inicios hasta abril de 2022, mantuvo reuniones semanales virtuales en las que se planificaba el trabajo y se consensuaban líneas de acción. A fin de garantizar las condiciones institucionales para la implementación y monitorear su avance, se propuso como estrategia trabajar desde un enfoque basado en el sujeto. Es decir, que no se contemplaron solamente los resultados, sino que se tuvieron en cuenta los procesos y los actores en su contexto para comprender el modo en que se lograron dichos objetivos.

Para ello, se requirió de una estrategia metodológica participativa, que incluyera a las personas e instituciones que eran parte de las actividades. El marco metodológico elegido para el proceso fue el SCRUM<sup>12</sup>. El método ágil divide el trabajo en iteraciones (o *sprints*) más pequeñas, con una estructura consistente, pero que puede variar. Lo que propone este marco metodológico es que el aprendizaje esté integrado en el trabajo, no es algo que se pospone hasta el final. Esta es una cualidad vital para proyectos de estas características en los que “se necesita probar acciones diferentes” continuamente. Por este motivo, cada uno de los equipos de trabajo se reunió semanalmente con cada Municipio para acordar objetivos y revisar los progresos. Asimismo, este enfoque permitió introducir modificaciones en la misma implementación ajustándose así a las características de este tipo de proyectos a la vez que al contexto de múltiples niveles de gobierno/gestión. (Guzmán Baños, 2016; Martins Neves, 2017; Schwaber y Sutherland, 2020; Trigas Gallego, 2019).

Resulta importante remarcar que la implementación y adopción de una HSI incluye muchas más funcionalidades que la mera informatización del registro médico; involucra cambios e inversiones de diferente orden: integración de sistemas preexistentes, revisión de estándares, inversión en infraestructura y equipamiento, cambio de procesos y reingeniería del factor humano (Luna y Plazzotta, 2017). Para lograr una implementación exitosa es necesario un adecuado proceso de manejo del cambio a nivel organizacional, que tenga en cuenta todas las necesidades y los actores involucrados.

En síntesis, esta segunda etapa se complementó con la anterior y consistió en un

---

<sup>12</sup> El SCRUM es una metodología ágil que propone dinámicas flexibles a corto plazo de planificación y monitoreo de avances de proyectos informáticos.

refuerzo del monitoreo de los procesos de diagnóstico e implementación en cada Municipio. Esta tarea tuvo primero un carácter semanal y luego quincenal. En estos encuentros se trabajó sobre las dificultades tanto técnicas como operativas que planteaba cada equipo de trabajo, y se llevó un registro pormenorizado de las mismas con el fin de poder transmitir las a quienes correspondiera y agilizar la concreción de las soluciones. Estas dificultades volvían a ser retomadas en las iteraciones subsiguientes para ir dando un avance y continuidad al proceso de implementación. También se mantuvieron encuentros entre el ED y los equipos de implementadores y sus respectivos/as coordinadores/as para poder identificar cuáles eran las principales resistencias encontradas en el trabajo cotidiano con los equipos de salud que se desempeñaban en los diferentes establecimientos de salud. En estas reuniones, de carácter virtual, se pudo indagar desde una perspectiva más cercana, utilizando cuestionarios semi estructurados, cuáles eran las características específicas de la implementación en cada uno de los CAPS, en qué puntos específicos residían los reclamos o resistencias más relevantes de los distintos actores, y cómo era el trabajo cotidiano de los/as implementadores/as y sus coordinaciones. Se documentaron los avances en el proceso de implementación de cada municipio y de cada CAPS en particular. En este sentido, fue necesario generar nuevas herramientas de registro y sistematización. Una de ellas fue la definición de las fases de implementación, para poder detectar la etapa o el avance que tenía cada CAPS, como también un cronograma de planificación que se revisa y actualiza cada seis meses.

Asimismo, a partir de estos encuentros el ED generó un documento dinámico y colaborativo que permitió registrar las diversas dificultades que traía aparejadas el proceso de implementación: desde cuestiones más bien técnicas referidas al desarrollo y posterior uso de la misma, como otras más relacionadas con las resistencias de los equipos al momento de utilizarla. En este documento se iban cargando las mejoras o problemas que se identificaban, según las distintas áreas (“Administración”, “Enfermería”, “Médicos/as y otros/as profesionales de la salud” y “Otros/as”). Resulta interesante destacar que este insumo, que en principio tuvo el objetivo de sistematizar estas dificultades para poder planificar y jerarquizar más ordenadamente sus eventuales soluciones, condujo, por ejemplo, a que el Municipio 2 adoptara un cambio de estrategia en su proceso de implementación, y decidiera priorizar CAPS que no contaban con una HSI previa pues los equipos notaron que quienes ya

manejaban una herramienta de registro digital se resistían con más firmeza a adoptar una nueva que quienes nunca habían trabajado con historias clínicas electrónicas y veían en la HSI un notorio avance respecto de los registros previos en papel (sobre todo en los módulos de Turnera y Empadronamiento). A su vez, también se generaron cambios de estrategias en el Municipio 1: al detectarse obstáculos en la implementación por cuestiones de falta de conectividad, en una segunda instancia se procedió a definir la elección de los CAPS priorizando los que presentaran una mejor conectividad y contaran con el equipamiento mínimo necesario. Para esto se generó un mapa de conectividad que permitió evaluar el estado de cada centro y finalmente contribuyó a definir la elección de los establecimientos de salud donde implementar la HSI.

## 5. REFLEXIONES FINALES

La experiencia que aquí hemos descrito y sistematizado constituye un ejemplo específico de coordinación y diálogo fluido entre diversos niveles gubernamentales, que no siempre funcionan de modo coordinado ni sistémico en nuestro país. Hemos observado cómo, a partir de la conformación de un equipo multidisciplinar destinado específicamente a documentar el proceso de implementación de la HSI en dos municipios de la PBA, se ha podido diagramar una estrategia de planificación comunicacional orientada a sostener el intercambio constante entre distintos estamentos de gobierno, desde las primeras instancias de un proceso de implementación de una herramienta de salud digital.

A su vez, hemos de recalcar que se trató de una experiencia piloto en un momento histórico particular, caracterizado por las restricciones derivadas de la pandemia del COVID-19, lo que catalizó la necesidad de poder contar con servicios de salud digitalizados y eficientes. En este sentido, entendemos que la disponibilidad de los actores involucrados en el proceso de implementación se vio fuertemente condicionada por esta circunstancia, lo cual, a su vez, se volvió una fortaleza en términos de “concientización” sobre la necesidad de adoptar herramientas y procesos vinculados con la digitalización de los servicios sanitarios. No menos importante fue la capacidad de gobernanza que mostraron los distintos niveles gubernamentales implicados, comprometidos desde el inicio en la implementación eficaz del

proyecto y orientados al diálogo y el intercambio permanentes.

A modo de cierre, se presentan algunos indicadores que dan cuenta de los resultados obtenidos en ambos municipios:

- 42 establecimientos de salud del primer nivel de atención (CAPS) actualmente utilizan HSI.
- Se empadronaron 87.525 personas al federador nacional a través de la HSI.
- Se registraron 55.620 consultas en la HSI.

Estas cifras muestran una fuerte adhesión al uso de la plataforma. Ambos municipios se muestran expectantes sobre el uso de la HSI en el segundo y tercer nivel de atención. Algunos de los desafíos que se presentan a futuro están vinculados a cuestiones estructurales que aún no se solucionan, como los problemas de conectividad y equipamiento, o incluso cuestiones presupuestarias. Cabe destacar que la metodología de trabajo de reuniones periódicas y las herramientas e indicadores de monitoreo fueron adoptadas por ambos municipios para la sostenibilidad y escalamiento del proyecto.

Las reuniones de seguimiento y monitoreo intergubernamentales permitieron un constante ajuste tanto del *software* como de la estrategia sanitaria. Convocar a los tres niveles de gobierno en una misma mesa de trabajo permitió poner en valor la experiencia y el conocimiento territorial que la propia implementación genera en los CAPS desde el primer nivel de atención y nutrir los niveles de decisión y desarrollo de “alto nivel”. Por lo general los diseños de políticas públicas, como en este caso el de la HSI, se realizan a nivel central con escasa o nula aplicación real. Sin embargo, este proyecto instaló una modalidad de trabajo que retroalimentó el desarrollo de la HSI. El equipo nacional se nutría de las observaciones y comentarios que surgían del equipo de implementación del nivel municipal para la adaptación y construcción de un sistema que respondiera a las necesidades concretas de los equipos de salud promoviendo un ecosistema de innovación virtuoso.

Resta, para futuros trabajos, idear posibles alternativas tendientes a proponer pautas de escalamiento para experiencias similares, que puedan anticiparse a dificultades comunes en este tipo de experiencias, y nutrirse de los aportes que puedan derivarse de los logros alcanzados.

## REFERENCIAS

- Arce, H. (2010). El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1998). La descentralización de los servicios de salud en Argentina," Sede de la CEPAL en Santiago (Estudios e Investigaciones) 31145, Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cetrángolo, O. y Jiménez, J. (2004). Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina. Revista de la CEPAL (núm. 84, pp. 117-134).
- Chiara, M. (comp). (2012). Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Chiara, M. (2016). Las relaciones intergubernamentales como problema y el territorio como argumento: políticas de salud en Argentina (2008/2014). Perspectivas de Políticas Públicas (año 6, nro 10, pp. 61-85).
- Deloitte (2008). National E-Health and Information Principal Committee National E-Health Strategy. [https://www.isfteh.org/files/media/australia\\_national\\_ehealth\\_strategy.pdf](https://www.isfteh.org/files/media/australia_national_ehealth_strategy.pdf)
- Facultad Latinoamericana de Ciencia Sociales [FLACSO] (2021). Investigación evaluativa sobre el estado de avance de la implementación de la Historia Clínica Electrónica (HCE).
- Faletti, T. G. (2010). Decentralization and subnational politics in Latin America. New York: Cambridge University Press.
- Guzmán Baños, E. V. (2016). Propuesta Metodológica usando SCRUM y PMBOK, para la gestión de proyectos de TI de la Jefatura de Informática de una Unidad Ejecutora del Sector Transportes. Tesis presentada a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, para obtener el Título de Ingeniero de Sistemas e Informática.
- Hodgkins, M. (2015). Electronic Health Record (EHR) Implementation. Ease the transition

- from paper to electronic health records. AMA Steps Forward. <https://edhub.ama-assn.org/steps-forward/module/2702512>
- Lumetra, Illinois Foundation for Quality Health Care. (2006). EHR Implementation Checklist. [https://digital.ahrq.gov/sites/default/files/docs/workflowtoolkit/ehr\\_implementation\\_checklist.pdf](https://digital.ahrq.gov/sites/default/files/docs/workflowtoolkit/ehr_implementation_checklist.pdf)
- Luna, D. y Plazzotta, F. (2017). Historia Clínica Electrónica. Conceptualización, Características, Beneficios y Barreras y Facilitadores, Experiencia en Terreno. <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/94>
- Martins Neves, D. et.al. (2017). Uma breve visão sobre a metodologia scrum dos discentes de sistema de informação da faculdade projeção de Sobradinho/DF. *Tecnologia em Projeção* (vol. 8, núm. 1, pp. 40-50).
- Price-Kelly, H. van Haeren, L. y McLean, R. (2020). *The Scaling Playbook. A Practical Guide for Researchers.*
- Repetto, Fabián y Andrenacci, Luciano (2007). Ciudadanía y capacidad estatal: dilemas presentes en la reconstrucción de la política social argentina. En L. Andrenacci (Comp.) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea.* Buenos Aires: UNGS-Prometeo.
- Rubin, S. y Hendrix, S. (2021). Israel moves to head of vaccine queue, offering Pfizer access to country's health-care database. *Washington Post.* [https://www.washingtonpost.com/world/middle\\_east/israel-pfizer-coronavirus-vaccine-privacy/2021/01/27/b9773c80-5f4d-11eb-a177-7765f29a9524\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/world/middle_east/israel-pfizer-coronavirus-vaccine-privacy/2021/01/27/b9773c80-5f4d-11eb-a177-7765f29a9524_story.html)
- Schwaber, K. y Sutherland, J. (2020). *The Scrum Guide The Definitive Guide to Scrum: The Rules of the Game.* <https://scrumguides.org/docs/scrumguide/v2020/2020-Scrum-Guide-US.pdf>
- Trigas Gallego, M. (2019). *Gestión de Proyectos Informáticos. Metodología Scrum.* Mimeo
- Wright, D. (1997). *Para entender las relaciones intergubernamentales.* Fondo de Cultura Económica de México.