

*Facultad de
Ciencias Médicas*



Universidad
Católica de Cuyo
San Juan

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Carrera de **ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA
EN SERVICIOS DE SALUD**

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

La Articulación Necesaria de una Historia Clínica Electrónica y Única, de Calidad, para la Seguridad de los Pacientes

Tutor y Guía:

Prof. Dr. Carlos Alberto ROMERO.-

Alumno:

Prof. Dr. Gabriel Leonardo MARTÍN.-

San Juan, Abril de 2024.-

1- INDICE

1- INDICE	0
2- RESUMEN.....	1
3- ABSTRACT–SUMMARY	1
4- INTRODUCCIÓN.....	2
5- OBJETIVOS	3
Objetivo General:	3
Objetivos Específicos:	3
6- MARCO TEÓRICO	3
7- METODOLOGÍA.....	6
9- RESULTADOS	16
10- CONCLUSIONES	22
11- RECOMENDACIONES.....	24
12- GLOSARIO.....	25
13- BIBLIOGRAFÍA y FUENTES o REFERENCIAS.....	26

2- RESUMEN

El respeto y el amor al y por el otro tienen que ser la base de este (y cualquier otro) proyecto de mejora y proceso de calidad.

La relación entre el profesional de la salud y el paciente ha ido perdiendo, lamentablemente, empatía y calidad, lo que ha llevado a una situación de desorden, vulneración y deterioro que hacen necesario implementar cambios inmediatos que, sustentados en las legislaciones vigentes, refuercen los lazos interpersonales.

Desde la perspectiva de la auditoría y la calidad en salud, es ineludible la aplicación de un cambio de paradigma en la utilización, entre otras herramientas, de la Historia Clínica (HC) de los pacientes, que cumpla con las normativas vigentes y se adecue a las legislaciones y exigencias actuales, lo que exige que sea electrónica, digital o confeccionada en medios informáticos (E) y única (U) para cada paciente (persona), siendo él mismo, el propietario de la misma y pudiendo acceder a ella cuando y como lo necesite o desee.

Las disposiciones jurídicas hacen que la Historia Clínica Electrónica Única (HCEU) sea obligatoria y deba estar, en forma constante, completa, siguiendo un determinado orden cronológico y metódico que, los profesionales e intervinientes del sistema sanitario, deben conocer y aplicar y que el paciente pueda comprender y leer.

El presente Trabajo Final Integrador, pretende abarcar la perspectiva del trato hacia los pacientes y sus derechos frente a las disposiciones legales, buscando articular la HCEU con la calidad y la seguridad del paciente.

3- ABSTRACT-SUMMARY

Respect and love for each other must be the basis of this (and any other) improvement project and quality process.

The relationship between the health professional and the patient has unfortunately been losing empathy and quality, which has led to a situation of disorder, violation and deterioration that make it necessary to implement immediate changes that, based on current legislation, reinforce the interpersonal ties.

From the perspective of auditing and health quality, it is unavoidable to apply a paradigm shift in the use, among other tools, of the Clinical History (CH) of patients (people), which complies with current regulations and is adapted to current legislation and requirements, which requires that it be electronic, digital or made on computer media (E) and unique or single (U or S) for each patient, being himself the owner of it and being able to access it when and as needed or want.

The legal provisions make the Single Electronic Clinical History (SECH) mandatory and must be constantly complete, following a certain chronological and methodical order that professionals and participants in the health system must know and apply and the patient can understand and read.

This work only takes the perspective of the treatment of patients and their rights against legal provisions, seeking to articulate the SECH with the quality and safety of the patient.

4- INTRODUCCIÓN

El respeto y el amor al y por el otro tienen que ser la base de este (y cualquier otro) proyecto de mejora y proceso de calidad.

La relación entre el profesional de la salud y el paciente ha ido perdiendo, lamentablemente, empatía y calidad, lo que ha llevado a una situación de desorden, vulneración y deterioro que hacen necesario implementar cambios inmediatos que, sustentados en las legislaciones vigentes, refuercen los lazos interpersonales. Desde la perspectiva de la auditoría y la calidad en salud, es ineludible la aplicación de un cambio de paradigma en la utilización, entre otras herramientas, de la Historia Clínica (HC) de los pacientes, que cumpla con las normativas vigentes y se adecue a las legislaciones y exigencias actuales (DONABEDIAN, A. 1993), como que sea electrónica, digital o confeccionada en medios informáticos (E) y única (U) para cada paciente, siendo él mismo, el propietario de la misma y pudiendo acceder a ella cuando y como lo necesite o desee.

Las disposiciones jurídicas que serán expresadas y revisadas más adelante en este mismo Trabajo Final Integrador (TFI), hacen que la Historia Clínica Electrónica Única (HCEU) sea obligatoria y deba estar, en forma constante, completa, siguiendo un determinado orden cronológico y metódico que, los profesionales e intervinientes del sistema sanitario, deben conocer y aplicar y el paciente pueda comprender y leer.

El presente TIF pretende abarcar la perspectiva del trato digno hacia los pacientes y el respeto a sus derechos frente a las disposiciones legales, buscando articular la HCEU con la calidad y la seguridad del paciente.

La HCEU es un elemento necesario y obligatorio en la relación entre profesional y paciente, por lo cual, debería encontrarse una HC única y electrónica o digital, de fácil acceso y disposición obligatoria, actualizada y completa en forma permanente (ARCE, H. 2010). Sus documentos, informes, consentimiento informado (CI), terapéuticas y rehabilitaciones, deben estar incluidos en la misma y a disposición del paciente.

Junto a esto, basándome en lo visto durante el cursado y lo sumado por la bibliografía y las fuentes consultadas, relacionándolo con la normativa y legislación vigente y en pos de mejorar la calidad de la relación con el paciente, su seguridad y sus derechos, detecto que existe una oportunidad de mejora evidente en la puesta en ejecución de una HCEU que pueda ser participativa, accesible y comprensible a todos los pacientes, la cual pueda ser leída, comprendida, consultada, aceptada y, finalmente, aprobada por el paciente a su totalidad o revocando y rechazando todo aquello a lo que no desee ser sometido, satisfaciendo, de este modo, la obligatoriedad de mantener actualizada y completa la HCEU de cada paciente y su derecho a conocerla y llevarla consigo (a través de los diversos medios o dispositivos) (ROMERO, F. 2021).

Siendo este el TIF de un postgrado, en una especialidad de la salud y dado el nivel académico correspondiente a dicho status y dada la extensión del mismo, no considero necesario ni oportuno explicar el concepto de una Historia Clínica (HC) aquí; proponiendo solamente los ítems componentes y las conceptualizaciones integrantes de las relaciones que propongo establecer y/o verificar en este trabajo.

Si planteo la necesidad de la unicidad de una HC que sea articulada a través de tecnologías de la información y comunicación (TICs) y, denominada desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), como "electrónica", incluida dentro de la "*Red Nacional de Salud Digital*", llegando a conformar la HCEU que, según la nueva

disposición de la ley 27.706 del 28 de febrero del 2023, debe ser puesta en función en todo el territorio nacional (tal cual lo planteado en este trabajo, realizado con anterioridad), me veo en la obligación de recurrir a ciertos antecedentes bibliográficos y a fuentes contundentes que me permitan demostrar que, desde hace ya tiempo, en muchos países del mundo, vieron la necesidad, desde la salud globalizada, de unificar, estandarizar, coordinar y digitalizar (informatizar y/o, hasta, automatizar) la HC de cada paciente, con el fin de agilizar, efectivizar y eficientizar el acceso a los antecedentes, las correspondientes atenciones y las acciones, terapéuticas o alternativas propuestas, de y para su salud, estableciendo una transversalidad de acción inter-profesional total.

5- OBJETIVOS

Entre los objetivos de este TIF, realizado en el primer nivel de atención ambulatorio del sub-sector privado, he incluido:

Objetivo General:

- Analizar la utilización de la HCEU en diferentes instituciones sanitarias del sub-sector privado de la provincia de San Juan.

Objetivos Específicos:

- Evidenciar la necesidad de la obligatoriedad que la misma legislación actual dispone para el uso y aplicación de la HCEU en las instituciones auditadas.

- Investigar objetivamente la unicidad de las HC con una sola persona o paciente.

- Desarrollar una estrategia que permita mejorar el conocimiento y la comprensión de la HCEU por parte de los pacientes y profesionales de las instituciones auditadas, respetando sus derechos y las leyes vigentes.

6- MARCO TEÓRICO

Para comenzar con aquellas proposiciones referidas al inicio, quiero poner de manifiesto el concepto de la HCEU que brinda el MSAL y que puede ser leído en su página (<https://salud.gob.ar/dels/entradas/historia-clinica-electronica>), donde manifiesta que, la HCEU “es un documento **obligatorio** y **necesario** en el desarrollo de las prácticas de **atención sanitarias de personas humanas** y tiene diversas funciones que la constituyen en una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica. Busca que constituya una suerte de “patobiografía” del paciente, que permita el seguimiento de la evolución de su salud a lo largo del tiempo”. “Su confección debe sujetarse a los principios de **integridad, unicidad, inviolabilidad y confidencialidad**; siendo un documento o instrumento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada la narración de todos los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo médico, durante la asistencia de un paciente en un establecimiento público o privado”. “Integrado por los consentimientos informados (CI), las hojas de indicaciones médicas, las plantillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias o nutricionales, los estudios y prácticas realizadas o abandonadas, registradas mediante asientos efectuados con un breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante”.

Una de las dificultades, a mi criterio, fundamentales, que llevan a la falta de aplicación y unificación de la anterior disposición del MASL frente a la HC es el federalismo nacional y la extensa fragmentación de nuestro sistema de salud, que hace que, imponer (y hasta proponer) un sistema único y electrónico, sea un problema (ROMERO, C. 2022). Esta atomización del sistema, sumada a la formación académica-profesional que lleva a la super-especialización y la falta de reconocimiento, tanto económico como jurídico, por la superposición de beneficios y programas establecidos tanto desde la Nación como desde las Provincias, los Municipios y las Universidades y las complicaciones respecto de las acreditaciones, certificaciones y re-certificaciones exigibles dentro de las respectivas áreas de competencias, llevan a que, nuestro sistema de salud, sea, por mucho, muy complejo, administrativamente complicado y dispar (VILOSIO, J. 2015). Tan complejo es este tema que no será tratado en esta oportunidad, dada la extensión y la diversidad de aristas del mismo, que llevarían a hacer interminable mi exposición y podrían confundir tanto el objetivo académico como analítico y auditado, propuesto para este trabajo final.

Si a esto sumo la preponderancia y hegemonía médica sobre el resto de los profesionales y del equipo ampliado y auxiliares de la salud, lleva a un evidente desequilibrio tanto en las responsabilidades como en la exigibilidad y la aplicabilidad de una adecuada HCEU, así como del resto de los elementos que componen la HCEU y su relación con los derechos que, tanto la ley como el sentido común, brinda al paciente.

Incluyo en mi análisis, también, el desequilibrio que se da frente al conocimiento técnico-formal y que lleva a una asimetría constante entre los diferentes profesionales de la salud y entre cada profesional de la salud y el paciente, el cual, en su merma, se ve obligado a la “aceptación” de las disposiciones de los primeros. Esta situación, para que sea justa y ecuánime, debe encararse con empatía y amor, traducidos en relación e información de calidad (DONABEDIAN, A. 1993). Quien es poseedor de un mayor caudal académico (generalmente el profesional o auxiliar de la salud) debe predisponerse adecuadamente para llevar adelante una empatía cordial y amena, que permita una comunicación, una enseñanza y una explicación adecuada y comprensible (sea personalmente o a través de TICs) que acerquen posiciones y alejen o eliminen las imposiciones e imprecisiones (ALLENDE, S. 1939).

El talento humano, sus capacidades y habilidades, deberían ser suficientes para equilibrar el ejercicio adecuado de la profesión y las necesidades y derechos de los pacientes (GRACIA GUILLÉN, D. 1998). En esta misma perspectiva, la adecuación y articulación de una HCEU tiene que ser parte fundamental de este proceso porque, frente a la información que la misma brinda (tanto para el paciente como para el trabajador de la salud), pone a disposición una herramienta de integración y facilitación que, en vistas de un proyecto a gran escala, puede partir desde la aplicación de la HCEU en las instituciones relevadas y, luego de su aplicación (tanto para las instituciones, los profesionales de las mismas como para los administrativos y asistentes de salud y los pacientes), corroborar su utilidad.

Tanto la moral como las buenas costumbres son fuentes teóricas básicas para la producción de normas jurídicas y, al no ser este un caso ajeno, eventual, extraordinario o sin importancia, deberían ser, justamente, éstas, las que determinen la necesidad de implementar una HCEU que articule las normativas actuales con las necesidades y requerimientos de una sociedad global y en constante desarrollo y que, paralelamente, permitan al sistema de salud, actuar con la libertad, equidad y responsabilidad necesarias para poner al derecho a la salud en el lugar de preponderancia (junto con, para mi humilde criterio, la educación, la justicia y la seguridad) que le corresponde.

Solo falta agregar que, para llevar adelante este proyecto, es necesario revisar el sistema de comunicación virtual y adecuar el Internet a la necesidad de semejante proyecto, por lo cual es evidentemente obligada la dedicación de un fondo presupuestario acorde a la magnitud de esta planificación.

Esta perspectiva pone en evidencia que, sin un adecuado abordaje sistémico (DEMING, E. 1989), se hace imposible la articulación de una adecuada HCEU y, sin un análisis adecuado y una aplicación articulada y eficiente, la puesta en acción de la HCEU será imposible.

Vista la necesidad, para dicha adecuada comprensión y aplicación, es fundamental tomar un abordaje sistémico (siguiendo las sugerencias y aplicaciones del maestro Donabedian) que incluya tanto la estructura, como los procesos y los resultados y que, desde el paradigma no sistémico (que incluye la efectividad, la eficacia, la eficiencia, la equidad, la accesibilidad y la aceptabilidad) me obliga a establecer, también, un nuevo paradigma de obligatoriedad que, posteriormente, intentaré justificar y que parte de una atención basada en el paciente, la evidencia de sus necesidades y el respeto por sus derechos y se continua con los beneficios que produce la unicidad y la digitalización de la HC para su transmisibilidad, aplicabilidad y utilización permanente, constante, actualizada y eficiente.

Ante esta intención de demostrar que, una HCEU de calidad y que pueda aplicarse con equidad, también es necesario un previo reconocimiento de la misma como elemento indispensable para un adecuado desempeño profesional y un buen seguimiento de cada paciente por todos y cada uno de los profesionales intervinientes en la salud individual y comunitaria. Así, cada uno de los involucrados debe empaparse en la nueva confección y utilización de la HCEU para darle la utilidad que, de aplicarse con corrección, tendrá para el paciente y los participantes del sistema de salud en particular y para toda la población en general.

Este TIF tiene, como punto de partida, los elementos jurídico-normativos que en la actualidad rigen el desempeño del profesional de la salud, como son el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina (CCyCN - Ley 26.944 del 2014), el cual incluye, entre sus capítulos y artículos (como el capítulo 3, artículos 59° y 60°), las Leyes 26.529 (de derechos del paciente y su relación con los médicos y con las instituciones de la salud) y su modificatoria, la Ley 26.742, prácticamente en su totalidad, así como las normativas dispuestas desde el MSAL (tanto la Ley 17.132 como la Ley 24.004, la Ley 24.301, la Ley 24.317 y del resto de los elementos intervinientes en el proceso de atención de la salud); la Ley 27.706 y los planteos que, tanto desde la salud como desde la calidad, aportan diversos autores, en relación al tema tratado.

Con un fin didáctico he confeccionado una línea de tiempo que incluye un resumen sintético de las fechas y los hitos que, desde lo jurídico, elevaron a la HC al lugar que hoy ocupa: ⇒**1967: Ley de Ejercicio de la Medicina**, en donde queda plasmada la obligatoriedad de llevar un registro de los asistidos y atendidos (1). ⇒**1995**: la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) publicó las guías de buena práctica clínica (GPC) para regular la investigación farmacológica con seres humanos e incluye allí la HC (2). ⇒**2009: Ley 26.529**, de derechos del paciente (3). ⇒**2012: Ley 26.742**, modificatoria de la Ley anterior (4) y ⇒**2012: el decreto 1089/12** que la reglamenta (5). ⇒**2014**: el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (**CCyCN**) en sus artículos 59 y 60 (6). ⇒**2017**: el Plan Nacional de Garantía de Calidad en la Atención Médica (**PNGCAM**) que, por decreto 178/17 (7) y la resolución 856-E/17, ratifica la vigencia del programa creado por resolución secretarial 432/92 y refrendado por el decreto 1424/97 y ⇒**2023**: la Ley 27.706 del Programa Federal Único de Informatización y Digitalización de Historias Clínicas de la República Argentina (8) del 28 de febrero de 2023.



7- METODOLOGÍA

La metodología de este trabajo fue de tipo descriptiva simple, de naturaleza documental, retrospectiva y longitudinal, macro social, obtenida luego de la selección de, entre varias, tres instituciones de salud del primer nivel de atención ambulatoria del subsector privado de la provincia de San Juan (una del ámbito privado (KuidArte) y dos colegiadas (Hospital Privado y CIMYN) con hasta tercer nivel de atención), con las que colaboro y coopero y en las cuales tengo acceso a las HC; realizando la auditoría y seleccionando para el estudio, las HC de pacientes atendidos en los servicios de Consultorio Externo y Guardia o Urgencias, en los meses de abril y mayo de 2022.

Dado que todas las HC se encontraban completas, finalizadas y cerradas (con objeto de su próxima facturación) y que, las instituciones que cuentan con digitalización de su documentación, cuentan ya con la parte electrónica de mi análisis, es que verifiqué que, tanto las anteriores como las HC manuscritas fueran acordes con lo que la ley requiere. Asimismo, se investigó la unicidad de cada HC (sea E o no) con el paciente en cuestión, de modo de objetivar si la HC era o no única.

Tomo, en muchas oportunidades, frases, términos y/o expresiones de autores dignísimos, con la sola intención que puedan ser leídas con el amor y la dedicación con la que sus autores las volcaron y con el que, en mi intención de ser claro y específico, las plasmo en este trabajo, siendo un completo reflejo del talento, el trabajo y la vocación sublime de éstos, que solo pongo de manifiesto y en evidencia en forma objetiva, sin que puedan ser mal interpretadas o consideradas como plagio, apropiación o ventaja alguna de mi parte. Así también, dejo claro, que no presento ningún tipo de conflicto de interés y quiero expresar que, el lenguaje neutro que utilizo, es inclusivo y abarcativo, no discriminatorio ni sexista, respetuoso y amable para con quienes lean esta revisión.

Partiendo de los conceptos, aportes bibliográficos y fuentes de la cursada (ver Bibliografía y Fuentes o Referencias), queda claramente documentada la obligatoriedad de la confección de una HC que, además de cumplir con las normativas vigentes y las cuestiones formales aplicables desde la práctica profesional, sea confeccionada de modo que pueda ser compartida con las TICs electrónico-digitales actuales y, por sobre todo (además de respetando los preceptos legales), única, de modo que el paciente pueda acceder a la misma (su propia HC) cuando lo desee o necesite y que, cada uno de los profesionales de la salud intervinientes en la relación con el paciente y bajo su autorización, pueda acceder a la misma, documentando en ella cada acción o inacción, cada diagnóstico y cada terapéutica, de manera cronológica, lógica, comprensible y accesible, evitando discrepancias, disfunciones, discriminaciones e irregularidades.

Según manifiesta el MSAL (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. 2023), la HC se compone, básicamente, de los siguientes elementos: "De acuerdo a lo establecido por la legislación y por la práctica médica, la HC debe contener: ① **Fecha**

correspondiente a cada uno de los asientos en ella efectuados, en orden cronológico y la identificación de cada uno de los profesionales o partícipes del proceso sanitario intervinientes que los realizan, con indicación de su especialidad; ② **Datos identificatorios** del paciente y de integrantes de su grupo familiar, representantes y/o tutores legales, apoyos (art. 43, CCyCN) en información social relevante; ③ **Antecedentes** médicos y sanitarios relevantes del paciente (genéticos, fisiológicos y patológicos); ④ **Registro** claro y preciso de **cada acto** realizado por los profesionales y auxiliares intervinientes, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas, realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la OMS; ⑤ **Instrumentos** que den cuenta del **CI** del paciente para prácticas que lo requieren o su revocación (art. 59, CCyCN) o de la negativa del paciente a recibir determinado tratamiento o a ser informado sobre su estado de salud; en el caso de pacientes adolescentes, debe agregarse la información relativa a su información y opinión respecto de las prácticas médicas realizadas (art. 26, CCyCN); ⑥ **Registro** del **CI** del paciente o de sus representantes legales, así como del profesional interviniente, para la futura divulgación de datos vinculados con la atención del paciente con fines académicos, así como de su eventual revocación; ⑦ **Asiento** de las **directivas anticipadas del paciente** o del otorgamiento de mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad (art. 60, CCyCN), que el paciente hubiera dispuesto y que hubieran sido comunicadas al centro asistencial. Cada asiento por los profesionales intervinientes importa la certificación del hecho del que da cuenta”.

Entre las secciones de la HCEU, el MSAL, dispone: “Dado que la HC debe contener un registro unificado de la atención médica del paciente por las distintas áreas de un centro asistencial, lo habitual es que la historia clínica presente las siguientes secciones: 1) Información de identificación y datos personales del paciente, incluyendo los vínculos conocidos; 2) Hoja médico legal en la que se asientan los datos de apertura del registro, la información médica obtenida al tiempo de la interacción inicial médico-paciente en el centro asistencial, signos vitales, sintomatología, lesiones, motivo de consulta, etcétera, y provisión de información a los pacientes adolescentes (conf. art. 26, CCyCN y pautas de la OPS); 3) Hoja de guardia, en la que se detalla la información anterior en forma específica para los supuestos de ingreso por esa vía; 4) Antecedentes médicos, en la que se registran datos relevantes sobre enfermedades o intervenciones existentes en la biografía del paciente, antecedentes familiares, etc.; 5) Registros de evolución y tratamiento; 6) Interconsultas; 7) Hoja de enfermería, que debe guardar lógica correspondencia con las indicaciones terapéuticas establecidas en los asientos de evolución por el médico tratante; 8) Parte quirúrgico (con el “Check-List”) y el detalle de la evolución del paciente durante la intervención, hasta su estabilización y agregación del CI; 9) Hoja de epicrisis; 10) Ficha epidemiológica y 11) Otras informaciones relevantes en la atención del paciente, como, por ejemplo, el resultado de la consulta a un Comité de Ética Hospitalaria”.

Basándome en las disposiciones del MSAL respecto de la organización de la HCEU y sus normativas vigentes, no encuentro necesario (repito, para este nivel académico) agregar más aclaraciones respecto de la legislación (contenidas en las disposiciones antes mencionadas como el decreto-ley 6216/67, reglamentario de la ley 17.132, de ejercicio de la medicina en el ámbito nacional, y la resolución 454/2008 del MSAL y la sanción de la ley 26.529 (y su modificatoria, la ley 26.742), junto al decreto 1089/12 y el CCyCN que toma casi textualmente el capítulo III de la ley 26.529/26.742 y los transcribe en sus artículos 59° y 60°, dándole mayor firmeza (<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000239999/235975/norma.htm#6>).

Con los conceptos anteriores dejo plasmada la normativa, la legislación y las aplicaciones que nuestro país toma como medidas para la aplicación de la HCEU (Romero C. 2023) aunque, por diversas razones (que intentaré manifestar a continuación), aún no ha sido posible dicha aplicación (cuando menos en las instituciones auditadas), más allá de los elementos que, desde Nación, se proponen al respecto y en relación con el tema que aquí trato: la articulación necesaria a nivel sistémico y federal para alcanzar la aplicación de una HCEU, como veremos a continuación, con las propuestas desde el MSAL, la OPS y la OMS.

El Plan Nacional de Calidad en Salud 2021-2024 del MSAL dispone de un plan estratégico de calidad desde un enfoque sistémico, e incluye, entre sus cuatro líneas estratégicas, los planteos que aquí refuerzo, proponiéndolos como metas para agilizar, sintetizar y hacer más práctica la utilización del registro sanitario de cada una de las personas del país, como pacientes, registradas desde la perspectiva de los intervinientes en su salud. Sumado a esto, el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM), creado por resolución 432/92, refrendado por el decreto 1424/97 y ratificado por el decreto 178/17 y la resolución 856-E/2017 busca promover el desarrollo de procesos para asegurar la calidad de los servicios de salud para toda la población y garantizar la equidad en la atención médica, así como actualizar los ejes conceptuales del programa por el diseño de instrumentos, la capacitación, sensibilización, investigación y gestión de mejoras de los riesgos sanitarios en los establecimientos de todo el país. Uno de los requisitos de buenas prácticas para el funcionamiento de los servicios de salud es, por resolución 01/15, en todos los incisos del punto N° 5, una HCEU bajo las condiciones que la legislación vigente dispone.

Dentro de la gestión de calidad y seguridad del paciente, en, por ejemplo, el “Manual de Seguridad del Paciente y Registro de Eventos Adversos” figuran las acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria donde, igual que en el caso anterior, toma a la HCEU con la misma perspectiva.

Asociado a esto, la prevención cuaternaria, genera recomendaciones que, a mi humilde entender, de encontrarse habilitada y en uso la HCEU, podría, en esta misma, darse forma a la información y a las recomendaciones correspondientes así como, también, la utilización de las TICs y las redes sociales, se transformarían en una herramienta o medio eficiente de transmisión de conocimiento y certeza para el paciente y para los profesionales de la salud (similar a lo que hoy ocurre con la aplicación “Mi Argentina”). Haciendo más científica mi opinión, propongo que, a través de la evaluación de tecnologías sanitarias se valoren las propiedades, efectos e impactos de una HCEU en los diferentes sectores de los sistemas de salud y, a partir de este informe, se concluya la veracidad y aplicabilidad de lo expresado y expuesto en este trabajo.

Los temas antes mencionados pueden ser consultados accediendo a, por ejemplo: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/aplicalaley/mi-historia-clinica> por lo cual queda claro que la HCEU ya debería ser una realidad (aunque aún no sea así) y, mi innovación, consiste solamente en el aporte que puedo brindar a las instituciones auditadas para su aplicación, valoración y mejora posterior.

En la actualidad de nuestra realidad en salud, no existe una HCEU más allá de la obligatoriedad legislada a partir de febrero del 2023, en la ley 27.706. Desde el MSAL se propone la misma pero no se ha llevado adelante (al menos en forma obligatoria y definitiva) la confección de una HCEU que pueda ser propiedad de cada paciente y, que incluya todos y cada uno de los elementos antes descriptos y que, partiendo desde sus antecedentes, tanto familiares como obstétricos y/o genéticos, hasta el deceso y cierre de la misma. Solo se están proponiendo diferentes sistemas (tanto en el sub-sector público como en el privado y en la seguridad social) de archivo o de HC que puede ser

Electrónica pero que, en ningún caso es Única aún, dado que, las diferentes instituciones y sub-sistemas tienen distintas y diferentes HC para **un mismo paciente**.

Esto lleva a un torbellino de irregularidades que hace que, lo que aquí planteo, no sea puntualmente una novedad y sea, hasta la fecha, inaplicable, tanto por falta de voluntad de políticas estrictas al respecto como de intereses económicos sobre y superpuestos a la atención del paciente y su salud integral.

Si bien, la HCEU se encuentra dispuesta como obligatoria (como vimos en los antecedentes jurídicos planteados en la introducción) ya desde el año 2009, con la Ley 26.529, art. 13, luego de más de 12 años, no se ha conseguido la confección unificada y digital de la misma para todo el territorio nacional ni para cada persona. La actual ley 27.706 del corriente año, aún no se encuentra en aplicación en todas las provincias.

En relación con el marco legal vigente y la Ley nacional N° 27.553 (basada en la Resolución N° 21/19 se oficializó la creación del Plan Nacional de Tele-salud 2018-2024; la Resolución N° 282/20 SSS: plataformas de Tele-asistencia y la Resolución 696/20 MSAL: recetas digitales en el marco del Decreto 260/20 de emergencia sanitaria por COVID-19) que encuadró legalmente la asistencia por medio del empleo de las nuevas TICs y la implementación de la modalidad de “tele-asistencia en salud mental” (que luego se ampliara a otras consultas y que, en el futuro, podría hacerlo aún más).

Quiero agregar una perspectiva que me parece muy influyente pero que, no siendo un tema que pueda tratar en profundidad en este trabajo, solo mencionaré y es que, desde hace ya mucho tiempo (y por cuestiones que pueden discutirse extensamente pero que siempre rondan en relación con los honorarios y/o cobros de las prestaciones y/o prácticas de los profesionales de la salud), se ha desprestigiado a la profesión como tal (especialmente la medicina) que, para la mayoría de las comunidades, alcanzar un grado universitario de médico (luego de, por lo menos, seis años de intenso estudio y dedicación) no es suficiente para el ejercicio “adecuado” de la profesión, debiendo “someterse, prácticamente en forma obligatoria”, a una especialización que lleva, cuando menos, tres años más de capacitación (mientras se les imponen regímenes económico-laborales denominados, desde los sistemas filosóficos-contables actuales como “esclavizantes modernos”) para alcanzar un post grado de especialista que, luego, hay que certificar y acreditar para ser reconocido y, finalmente, al actuar en el ejercicio de la profesión, poder “cobrar no antes de los noventa días” por tan extenso sacrificio cuando, en el resto de las profesiones, la obtención del grado, no solo lo habilita sino, por lejos, lo pone en situación de cobro inmediato, contra prestación profesional, sin intermediarios. Tema para muchos otros trabajos, si se quiere, pero no para continuarlo aquí, siendo, este párrafo, una aclaración contundente de una realidad objetiva, que limita y manipula en extremo el ejercicio de la profesión y que, evidentemente, tiene relación con lo que estudio en este trabajo, fundamento por el cual lo expreso.

La ley 27.706 establece, para las instituciones públicas de la Argentina, la aplicación de una HCEU. Articulándola con la propuesta innovadora de mejora dispuesta en este trabajo, la misma podría ser puesta a disposición de todos los trabajadores, profesionales y equipos de la salud (tanto públicos como privados) de modo de conseguir la unificación total a través de un mismo sistema, con un mismo sitio para su archivo seguro (nube – DevOps – etc.) y, paralelamente a esto, preservar los datos volcados en las mismas en un sistema nacional único e inviolable.

Realizando un análisis de paradigmas de la calidad, claramente podemos visualizar a esta situación, desde la tríada sistémica de Donabedian, tanto desde la estructura, haciendo la valoración de los medios disponibles para brindar atención (por la falta física de la documentación legalmente exigible y la falta de una adecuada y

ordenada planificación estratégica para su detección y corrección (incluyendo al capital humano) tanto desde el profesional como institucional), donde, en más de una oportunidad, las HCE no están completas en tiempo y forma o no se correlaciona con la realidad o faltan informes o CI, por dar algunos ejemplos. Desde el proceso o procedimiento, observando y valorando los métodos (dado que los profesionales de la salud, por un lado, no brindan la importancia debida a la HCEU ni a las consecuencias que, la falta o mala confección de la misma, ocasionan, quedando a merced de situaciones conflictivas o complicadas a las que podrían exponerse por su falta, formando parte de posibles efectos adversos), claramente se requiere de un compromiso de todos los estamentos involucrados (desde los niveles superiores (gerenciales o jerárquicos) hasta el paciente) y, este compromiso, puede estar dado a través de la utilización y aplicación del PIN (Personal Identification Number en inglés o Número de Identificación Personal en español) requerido al paciente y que abre automáticamente la HCEU, de modo de obligar al profesional a completarla para poder dejarla en orden. Y, desde los resultados (el producto de cada atención) queda claro que, evidentemente, la calidad de la asistencia y la atención, así como la satisfacción del paciente, merman o, cuando menos, no alcanzan los estándares propuestos sin un adecuado registro mientras, paralelamente, el paciente no puede ejercer sus derechos.

Si a esta mirada la emparejamos con la de otros gigantes de la calidad como son Edward Deming, Joseph Juran, Kaoru Ishikawa, Diego Gracia Guillén y Masaaki Imai podemos sumarle que, para Juran, el no contar con un adecuado registro en la HC pondría en evidencia la falta de compromiso e involucramiento de los profesionales en la mejora de la calidad de la relación con los pacientes y de la calidad asistencial en definitiva, siendo también un impedimento para la mejora continua aunque, desde la perspectiva de su trilogía, queda claramente incluida, como ya lo mencionara, en una oportunidad de mejora, lo mismo que ocurre desde la mirada del Kaizen de Imai, quien propone la mejora continua como un compromiso continuo y constante de todos, en todo momento y lugar o, la visión desde los círculos de calidad de Ishikawa, que (a través de las normas ISO 9001-2015), proponen que, sin una HC adaptada a las condiciones jurídicas actuales, es imposible la mejora de la calidad. Todas estas genialidades se conjuran en el ciclo de la calidad de Deming, quien, desde la planificación, plantea la solución a través de la creación e implementación de una adecuada HCEU acorde a las necesidades, que sea puesta en marcha (como lo refiero en los párrafos anteriores), posteriormente verificada, corregida y mejorada para, luego, aplicar dichas mejoras en una nueva HCEU o una nueva metodología que continuará perpetuándose en la mejora continua, siempre partiendo de la ética profesional como fundamento de la relación médico-paciente que, desde la mirada de Gracia Guillén, propone como fundamento esencial en relación con lo que los autores anteriores proponen en su inmensa sabiduría.

Si vemos cada uno de los elementos involucrados en esta perspectiva, la propia conformación de la HCEU en todas sus partes y contenidos, con sus formas y componentes, conforman una base simple, ordenada y estructurada de los principios con los que podemos iniciar este proyecto. Todos los componentes del capital y talento humano interviniente deberían poder conocer la HCEU en su totalidad (quedando incluidos en la responsabilidad del correspondiente secreto y sigilo profesional), de modo que pueda ser utilizada y comprendida adecuadamente (POZ, M.; PORTELA, G.; FEHN, A. 2017), completada por cada una de las intervenciones de los profesionales y auxiliares de salud y ser vista por el paciente (propietario de la HC) y el resto de los interesados e involucrados según corresponda, tanto en los tratamientos como en las terapéuticas (incluyendo a las farmacias y la dispensa de los correspondientes medicamentos indicados) como a las planificaciones de servicios de salud individuales y comunitarios, utilizando también, a la misma HCEU, como elemento de difusión de políticas sanitarias (BEVERIDGE, W. 1943; GREGER, P. 1984; MACEIRA, D. 2010). Se evita así desinformación o inadecuada transmisión de conceptos, diagnósticos o

terapéuticas y se asegura que, cada interviniente, al identificarse, deba responsabilizarse de su accionar y sugerencia, pudiendo equilibrar cada profesional o auxiliar con su diagnóstico y terapéutica y así detectar, simplemente, tanto los aciertos como los posibles efectos adversos, errores y/o daños y, a través de su registro, intentar sus reparaciones o las debidas acciones compensatorias, asumiendo así las correspondientes consecuencias y llevando al sistema hacia la calidad buscada; incluyendo a la HCEU entre los elementos y herramientas de la calidad en y para la salud (JURAN, J. 2004).

Cuando esto no sucede, estando disponible la HCEU, es, básicamente, por la falta de reconocimiento y/o la negación de las aptitudes y beneficios de la herramienta o de las capacidades profesionales o de los trabajadores del sistema de salud, la falta de empatía entre quienes imponen los sistemas de salud y quienes deben llevarlos adelante y la presión y ponderación económica por encima de las necesidades y requerimientos de salud integral y de asociación e integración entre los trabajadores y profesionales de la salud y quienes, a priori, podrían ser considerados como sus propios pacientes.

Continuando con la perspectiva de la calidad involucrada en este trabajo, desde el año 2015, la OMS definió a la calidad en la asistencia sanitaria como el: "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". De esta definición se desprende que no es solo el médico sino **todos los involucrados en los servicios de salud**, quienes deben brindar calidad a la asistencia sanitaria y, a partir de esta misma, es que se impone la necesidad de adecuar la HCEU a la asistencia sanitaria y sus profesionales, de otro modo, sería imposible alcanzar una atención de calidad, vulnerando los derechos del paciente y quitando profesionalismo a cada una de las actividades relacionadas en dicha asistencia. Y, como lo expresa el artículo 11 bis de la Ley 26.742, en referencia a la responsabilidad: "Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma (Artículo incorporado por art. 7° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)", deslindando así de responsabilidades cuando se actúa adecuadamente, demostrando que, la legislación actual, con respecto a la HCEU y la calidad, están en consonancia con los requerimientos del sistema asistencial y sus intervinientes.

Como **Conclusiones de este desarrollo** recomiendo las siguientes pautas:

Conocido por todos es que, el paciente, frente al sistema asistencial, se encuentra en una muy distal y precaria situación respecto de la realidad jurídica y moral, siendo, en el mejor de los casos, el objeto de las prácticas y procedimientos necesarios para mejorar su salud, pero sin una participación activa (MERA, J.; STAFFA, D. 2008). Encontramos también una diametral oposición frente a la asimetría académica y de conocimientos y una pobre y paternalista comunicación bidireccional profesional-paciente que, en el mejor de los casos, deja al paciente con conocimiento, aunque sin integración del mismo ni integralidad de los procesos.

Existen también evidentes falencias (falta de adecuado registro de diagnóstico y/o terapéutica; error de interpretación de la letra o dosis (medicamentos LASA) (PAULETTI, H. 2022); suposición, por parte del profesional, de la comprensión de indicaciones verbales o falta de registro escrito y claro de las mismas; confusiones, apuros o desatenciones, entre las más frecuentes) respecto del registro en las HC, principalmente en los pacientes ambulatorios, ya que, de no ser necesaria una internación posterior a la consulta ambulatoria, en muchas oportunidades, la HC queda sin completarse o sin

registrarse, produciendo así un daño al paciente y un deterioro en su seguimiento sanitario.

Queda claro que todos los involucrados en el sistema son responsables de su funcionamiento, aunque cada uno, con diferente nivel de participación y, la distribución de los presupuestos y recursos son, a fin de cuentas, un factor esencial en este sistema.

Si bien, a la mayoría de los pacientes que asisten a los servicios revisados para este trabajo (pacientes ambulatorios de los servicios de Consultorio Externo, Guardia o Urgencias del sub-sector de gestión privada particular y/o colegiada), se realiza el llenado de una HC cuando quedan internados, la misma, no se les realiza adecuadamente o, cuando el paciente no se institucionaliza, solamente se les solicita la orden de consulta, intercambiándose, en el mejor de los casos, información verbal con el paciente pero sin una información escrita explicitada en su HC que, tanto el paciente como otro profesional, pueda y deba leer ante una nueva consulta así como la indicación terapéutica o la medicación propuesta que, más allá de registrarse por escrito, en muchas oportunidades no es claramente legible o comprensible (pudiendo ser confundida en tipo o dosis), en otras no se encuentra disponible y no se ha explicado la posibilidad de su reemplazo y, en última instancia, no se ha registrado adecuadamente la forma, horario y metodología para su ingestión y/o toma correcta (COMETTO, M. 2022), perjudicando siempre al paciente e involucrando al dispensante o farmacéutico en una situación también precaria y compleja que, con solo la digitalización y el uso de las TICs, se solucionaría con simpleza y agilidad.

Las instituciones revisadas, que cuentan con internación, poseen una HCE y, la misma, es completada exclusivamente si el paciente queda internado; caso contrario, solo pasa directamente a los respectivos servicios (como sucede con los pacientes ambulatorios recién descritos), sin la confección adecuada (ya que, en algunos casos, si se completa, como ya mencionara) de la HCE. Para el caso de la institución sin internación, si bien posee una HCU, la misma no es electrónica y, cuando se trata de transcripciones u otras atenciones simples, mayormente, no quedan registradas en la HCU, a excepción de los pacientes con medicaciones crónicas.

Estas falencias producen una pérdida en la calidad de atención al paciente y una vulneración constante a sus derechos, así como un riesgo y una exposición indebida e inexcusable contra los profesionales y asistentes de salud intervinientes (ROMERO, C. 2023). No puede ofrecerse una atención de calidad sin una sistematización adecuada del proceso de atención que incluya una HCEU con su correspondiente evolución y tratamientos y que posea, entre sus documentos, una indicación terapéutica y un CI claramente redactado y adecuado (DONABEDIAN, A. 1993; SANCHEZ-CASTAÑEDA, A. 2004).

Para alcanzar una buena calidad en la atención del paciente, es necesaria una adecuada planificación estratégica y una gestión que cuente con los instrumentos y elementos necesarios para dicho accionar, desarrollando y potenciando el uso de la HCEU en todos los nosocomios, para cada uno de los pacientes asistentes y para cada una de las atenciones, prestaciones o terapéuticas que requiera; cuando menos, en las instituciones auditadas y presentadas para este TIF (ONU-Informe del secretario general 2001). Conjuntamente, se debe poner en acción la puesta a disposición, para su lectura, de la HCEU del paciente con el correspondiente PIN, de modo que pueda leerla, comprenderla, consultarla o pedir aclaraciones, según considere. Una vez verificados los pasos anteriores y con la aprobación brindada por el paciente a través del uso de su PIN, cada interviniente dentro del sistema asistencial, a través del uso de su propio PIN, accederá a la HCEU, en la porción y forma asignada, de modo de poder completar los datos necesarios y/o requeridos para la atención y que, el profesional actuante, pueda

también acceder a la misma para leerla y completarla adecuadamente. Una vez llevado adelante el proceso, se verifica a través del guardado de la misma y su subida a la nube. Caso contrario, se interrumpe inmediatamente el proceso y se vuelve a consultar al paciente sobre su aceptación o retractación al respecto, con el fin de determinar, por su CI, la continuidad o finalización del mismo. Con estas acciones hemos puesto en función el ciclo de la calidad de Deming (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar) ya mencionado en la introducción y que se relaciona directamente con la calidad y la equidad como elementos necesarios para su aplicación y funcionamiento, que es uno de los objetivos de este trabajo.

De la mano con lo hasta ahora expuesto observamos, en la planificación estratégica y la gestión de la calidad, elementos fundamentales para todas las actividades, especialmente las sociales como lo son la educación y la salud (así como también lo son la justicia y la protección, aunque no sean temas que podamos tratar en este documento). Relacionando la calidad con la auditoría, la equidad, la medicina social y la asistencia sanitaria adecuadas al primer nivel de atención ambulatorio en el subsector de gestión privada (STARFIELD, B. 1998), he realizado una búsqueda bibliográfica y de fuentes o referencias que, al finalizar, pongo a disposición, para ser leída por quienes así lo quisieran hacer (según su interés y dedicación) y que puedan aclarar con mejor precisión, conceptos y definiciones para posibles aplicaciones de abordajes que se adecuen a cada lugar y tiempo de trabajo, según necesidad.

Para poder comprender en profundidad esta revisión y su relación con el concepto de calidad y que el mismo pueda ser acertado en su significación, tomo algunas de las definiciones aportadas por diferentes y distinguidos autores, a quienes menciono cronológicamente, a fin de evitar recelos en su jerarquía e importancia, dado que todos y cada uno tiene su particular importancia, como:

- **Ernesto “Ché” Guevara** (1963): hace referencia a la calidad como “el respeto al pueblo”, involucrando, de este modo, a todas las personas en cualquier tema.
- **Avedis Donabedian** (1980): calidad es "una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso". Calidad en salud es: "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención". “Es el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente”.
- **A. Parasuraman, V. Zeithaml y L. Berry** (1985, 1988): entendieron la calidad como aquella “discrepancia existente entre lo esperado y lo percibido”.
- **L. Berry** (1988): la calidad es “un tema de servicio, debe ser previsión, no una ocurrencia tardía. Debe ser un modo de pensamiento que influye en cada paso del desarrollo de nuevos servicios, nuevas políticas, nuevas tecnologías y nuevas instalaciones. Una nueva llamada a la acción”.
- **Kaoru Ishikawa** (1988): calidad es “desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto que debe ser el más económico, el más útil y resultar siempre satisfactorio para el consumidor final”.
- **Edwards W. Deming** (1988): calidad es “ese grado predecible de uniformidad y fiabilidad a un bajo coste. Este grado debe ajustarse a las necesidades del mercado”. La calidad no es otra cosa más que “una serie de cuestionamiento hacia una mejora continua”. La aplicación de su PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar) es, hoy en

día, una de las prácticas cotidianas y constantes de la gestión por procesos en calidad a nivel mundial.

- **Alan Williams** (1989): empareja e iguala la calidad a la eficiencia: “Hacer las cosas bien a la primera sin desperdiciar recursos”.
- **Harrington** (1990): definió la calidad como el “hecho de cumplir o exceder las expectativas del cliente a un precio que sea capaz de soportar”.
- **V. Feigenbaum** (1991): calidad es un “proceso que debe comenzar con el diseño del producto y finalizar cuando se encuentre en manos de un consumidor satisfecho”.
- **Roger G. Scholder** (1992) calidad es “incluir cero defectos, mejora continua y gran enfoque en el cliente”. Cada individuo tiene la facultad de definir la calidad.
- **Joseph M. Juran** (1993): calidad es el “conjunto de características que satisfacen las necesidades de los clientes”. Consiste en no tener deficiencias. La calidad es “la adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente”. La calidad de un producto “viene determinada solo por aquellas características que defina el cliente”.
- **Phil Crosby** (1996): calidad es el “cumplimiento de normas y requerimientos precisos”.
- **Diego Gracia Guillén** (1998): “la calidad no tiene características descriptivas, sino evaluativas. Los juicios de calidad no son, por tanto, juicios de hechos sino de valor ya que, la calidad, debe ser valorada y, su punto de encuentro con los conceptos de ética está en la “teoría de la excelencia” ya que no hay calidad posible sin la búsqueda de la excelencia y la promoción de la excelencia es el objetivo propio de la ética. Por consiguiente, la ética es el componente indispensable de todo programa de promoción de la calidad”.
- **NC/ISO 9001** (2005): Según la norma, la calidad es entendida como el “grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”.
- **Valls** (2007): calidad es “cumplir una serie de requisitos. Estos requisitos vienen demandados por el cliente”.
- **OMS** (2015): “la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.
- **ITAES** (2016): “la calidad es el conjunto de propiedades y características de un producto, proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer necesidades establecidas o implícitas”.

Evidentemente, podría decirse, que la calidad es una propiedad de, y un juicio sobre, un acto de atención y asistencia de salud, en donde se aplica ciencia y tecnología buscando el máximo beneficio para la salud sin aumentar los riesgos, a través de un proceso interpersonal enmarcado en valores, normas y principios éticos del profesional y de expectativas y aspiraciones del paciente, frente a una prestación.

Debe priorizarse la equidad por encima de la eficiencia en la consecución de dicho objetivo, lo más eficientemente posible y así se alcanzará una gestión efectiva de la organización (GRACIA GUILLÉN, D. 1998). Analizando y profundizando en el concepto

calidad según expresan los autores anteriormente mencionados, se puede llegar a la conclusión de que existen elementos comunes referidos a: ⇨Necesidades; ⇨Expectativas; ⇨Mercado; ⇨Cliente y ⇨Satisfacción. Estos elementos comunes se encuentran tanto explícitamente, como de forma implícita. Como conclusión puedo afirmar que la calidad de un producto viene determinada solo por **aquellas características que defina el cliente** y, en salud, esta calidad la determina el **paciente**. La diversidad de criterio se justifica en base a la complejidad y alcance de esta categoría, quedando la equidad para ser aplicada por el sistema de salud que en este caso nos convocara.

La complejidad de la categoría de la calidad viene dada por los distintos caracteres de esta categoría: ✓ **Carácter dual**: La actuación no es la misma cuando se es proveedor, que cuando se es cliente = paciente. Es más fácil recibir que ofrecer. ✓ **Carácter subjetivo y variable**: La percepción de los clientes ante un mismo producto es distinta ya que existen diferencias interpersonales. Es un juicio personal de cada paciente ante el servicio ofrecido, sea por el mismo o por distintos proveedores y al mismo prestador en el transcurso del tiempo. ✓ **Carácter dinámico**: Las necesidades y expectativas de los pacientes varían en el tiempo y las situaciones, cambiando constantemente. Encontramos clientes más exigentes, informados y conocedores que otros y, este dinamismo hace que, la percepción de la calidad, varíe y/o se modifique en diferentes momentos y en distintos pacientes. ✓ **Carácter participativo e integral**: Partiendo de la percepción propia del paciente, ésta involucra a cada una las personas de una entidad y abarca todas las etapas del ciclo de vida de la calidad de un producto. Por último, proponemos también el ✓ **Carácter económico**: Ya que la calidad es el indicador más importante para medir la eficiencia de cualquier empresa y esto se traduce en términos de riesgos, costos y beneficios y sustentabilidad del sistema sanitario.

Con las anteriores definiciones solo quiero dejar de manifiesto que, ante una situación sanitaria específica y particular como es una adecuada HCEU, que armonice con los derechos del paciente y la protección de los profesionales de la salud, existen muchas y complejas cuestiones que interaccionan y que, con el fin de brindar calidad y equidad, se hace necesaria la implementación de mejoras en el sistema de salud (cuando menos en el que hemos trabajado en este artículo) para aproximarnos a un marco de adecuación jurídica y a un paradigma de justicia social y comunitaria propia de una sociedad actual, evolucionada y civilizada, adecuándola al siglo en que vivimos.

Lo anteriormente expuesto demuestra mi perspectiva frente a diferentes posiciones (tanto profesionales como personales) y que me llevan a considerar que, una visión integral del paciente como persona y del médico (y el resto de los participantes del sistema sanitario) como integrante de un equipo, requiere de una transversalidad operativa coherente y cooperativa (TOBAR, F.; OLAVIAGA, S.; SOLANO, R. 2011) que se opone a la perspectiva egoísta de la imposición monetaria o de una super-especialización en desprestigio del médico o profesional sanitario como tal y el paradigma de la libre elección desde el paciente, sin intervención de los servidores de la salud, en el proceso de salud integral del ser humano.

El sistema sanitario, a causa de la globalización economicista, ha ido siendo direccionado, desplazado e impulsado hacia un sistema monetario y capital cuasi-destructivo, causando un detrimento y deterioro en la relación profesional-paciente, lo que concluye en una devaluación de la calidad y la empatía, llevando todo hacia un sistema de salud desvirtuado y caótico, tanto para el profesional como para el paciente (WAGSTAFF, A. 2007). Los “mediadores” o “intermediarios” involucrados entre el prestador de salud y el paciente, quienes inicialmente se presentaron como agentes organizadores, en lugar de mejorar la relación y la situación, fueron multiplicándose, complejizando el ejercicio y desatendiendo la calidad. Paralelamente, la complejidad de

las prestaciones fueron también incrementándose partiendo desde la base de solidaridad y subsidiaridad para luego, utilizar esto mismo y sumarle la “sustentabilidad” y “sostenibilidad del sistema” (temas que se manejan desde los sectores económico-contables) como excusa para reducir las prestaciones, disminuir las coberturas y prolongar los tiempos y formas de pagos de la prácticas y prestaciones, damnificando tanto a los profesionales como a los pacientes (TRABALLINI, G. 2021).

9- RESULTADOS

Tomando lo anterior, relacionándolo con lo visto durante el cursado y lo sumado por la bibliografía y fuentes referidas en el final de éste trabajo, en pos de mejorar la calidad de la relación entre los trabajadores de la salud y los pacientes y sus derechos, para poder alcanzar mis determinaciones, en este trabajo, he tomado, de una importante cantidad de instituciones de gestión privadas de la provincia de San Juan, tres instituciones de este sub-sector de gestión privada al que tengo acceso y he analizado y evaluado un conjunto de HC de los servicios de Consultorio Externo, Guardia y Urgencias de dichas instituciones auditadas. Las HC evaluadas fueron tomadas de entre un pool total de trece mil cuatrocientas cuarenta y cuatro (13.444) HC, revisando el servicio de Consultorio Externo, Guardia y Urgencias y constatando, en dichos servicios, la presencia, pertinencia y confección adecuada de la HC, evaluando si su contenido se ajusta y adecua a las normativas legales vigentes y a las condiciones institucionales previstas y, si las mismas, contaban con la unicidad correspondiente a uno y cada paciente, sin ser múltiples ni diferentes HC para un mismo paciente.

La observación realizada, de la práctica actual, en los servicios de Consultorio, Guardia y Urgencias, nos permite inferir que los pacientes, cuando menos, no son parte integral de la HCEU (ni del CI), sino exclusivamente signatarios obligados sin acceso a una pormenorizada y adecuada información ni posibilidad de conocimiento de la misma. Su rúbrica “autoriza” a la institución a realizar todo aquello que la misma disponga (siguiendo los pedidos y/o solicitudes profesionales) sin que el paciente pueda opinar, participar o proponer alternativas y siendo un mero observador de la evolución de su padecimiento.

Entonces, me pregunto: ¿Existe una verdadera HCEU entre las revisadas? ¿Es adecuado el registro y la información de las HCEU del primer nivel de atención (ambulatorio) del sub-sector en cuestión?

Realizando un análisis de la situación específica (en aquel momento), de las HC de las instituciones revisadas como de otras instituciones de similares características (Benchmarking) a las que pude acceder, se detectan disparidades y algunas coincidencias respecto del uso y aplicación. La mayoría de las HC revisadas en las instituciones seleccionadas son digitales o electrónicas (E), confeccionándose en una plantilla pre-establecida por un algoritmo predeterminado en un programa que es propiedad (ya que fue comprado) de la institución. El mismo tiene respaldo en una memoria centralizada pero no en “la nube” por lo que, en este punto, existe una discrepancia entre lo establecido por ley y la utilización de planillas, programas o gestores que no permiten su utilización sistémica sino solo sistematizada, encontrando aquí una de las oportunidades de mejora. Respecto de la unicidad (U), si bien en la institución, el paciente comienza a tener un registro de su historial, la misma no se unifica con lo anterior del mismo paciente, generando una nueva HC (con un nuevo número, el cual es, también, obligatorio para su posterior facturación y liquidación) cada vez que el paciente ingresa a la institución. En resumen, las HC no son únicas.

Para el caso de las HC manuales (o no electrónicas), cada paciente tiene la suya propia, a la que se acude y/o se pone a disposición en cada oportunidad que el paciente

se presenta en la institución, registrándose su asistencia (con fecha, pero no con hora), los estudio que se le hayan realizado, su medicación y su estado general, entre lo más frecuente. Siempre es escrita a mano (excepto los informes de estudios y análisis complementarios, que se van agregando foliadamente y en forma cronológica) y, en ocasiones, es de muy difícil lectura, ya que, algunos profesionales, escriben con mala y hasta muy mala caligrafía y/o utilizan abreviaciones y “recortes” para agilizar su registro. Ante esto, también hemos detectado otra oportunidad de mejora para dicha situación.

Dentro de las instituciones del primer nivel seleccionadas y los servicios escogidos, de las 13.444 HC revisadas, nueve mil ochocientos noventa y cuatro (9.894 = 73,6%) se correspondían al servicio de Consultorio y Guardia y tres mil quinientas cincuenta (3.550 = 26,4%) al servicio de Urgencias (como ingresos). Varios de estos pacientes quedaron internados (doce mil ciento sesenta y cinco (12.165) pacientes, el 90,5%), de los cuales, siete mil setecientos treinta (7.730 = 64%) pacientes quedaron ingresados en internación breve (antes denominada “observación”) o solo un día y fueron dados de alta con tratamiento y, el resto (cuatro mil cuatrocientos treinta y cinco (4.435 = 36,5%) pacientes), pasaron a quedar internados en alguno de los servicios de alguna de las instituciones que cuentan con hasta tercer nivel. Al 10% de los pacientes atendidos (unos mil trescientos treinta (1.330) pacientes) que no quedaron internados, no se les confeccionó HC sino exclusivamente se les tomó la orden de consulta como comprobante de atención y elemento de facturación, considerando esto también como otra oportunidad de mejora.

Tomando las HCE, puedo asegurar objetivamente que no hay unicidad entre las HC y cada paciente. Respecto de las HCU, si bien se encuentran unificadas (para cada paciente) solo lo están en la institución de menor caudal de asistencia (aquella que solo cuanta con primer nivel de atención y que, por sus características, tiene una atención más personalizada y cercana).

Si bien, todas las HCE y las HCU manuscritas revisadas se encontraban completas al momento de la verificación, dado el tiempo transcurrido y su necesidad para la adecuada facturación (lo cual hace lógico que así sea), como colaborador de dichas instituciones, en muchas oportunidades, debí notificar y solicitar la adecuación de la HC ya que la misma no se encontraba en condiciones. Ninguna de las HC auditadas (de las instituciones y los servicios seleccionados) cumple adecuadamente con lo que la Ley establece ni con lo que los derechos del paciente reclaman. Utilizando los datos obtenidos y aplicándolos a algunos indicadores (proporciones cuantitativas), los resultados son los expuestos a continuación:

Porcentaje de HC de Guardia y Consultorio Externo

$$\frac{\text{Cantidad de HC de Guardia y Consultorio}}{\text{Cantidad de HC Revisadas}} \times 100 = \frac{9.894}{13.444} \times 100 = 73,6\%$$

Porcentaje de HC de Urgencias

$$\frac{\text{Cantidad de HC de Urgencias}}{\text{Cantidad de HC Revisadas}} \times 100 = \frac{3.550}{13.444} \times 100 = 26,4\%$$

Porcentaje de HC de Pacientes Internados

$$\frac{\text{Cantidad de HC de Internados}}{\text{Cantidad de HC Revisadas}} \times 100 = \frac{12.165}{13.444} \times 100 = 90,5\%$$

Porcentaje de HC de Pacientes con Internación Breve

$$\frac{\text{Cantidad de HC de Internación Breve}}{\text{Cantidad de HC de Internados}} \times 100 = \frac{7.730}{12.165} \times 100 = 64\%$$

Porcentaje de HC de Pacientes con Internación en Diferentes Servicios

$$\frac{\text{Cantidad de HC de Internación en Servicios} \times 100}{\text{Cantidad de HC de Internados}} = \frac{4.435}{12.165} \times 100 = 36,5\%$$

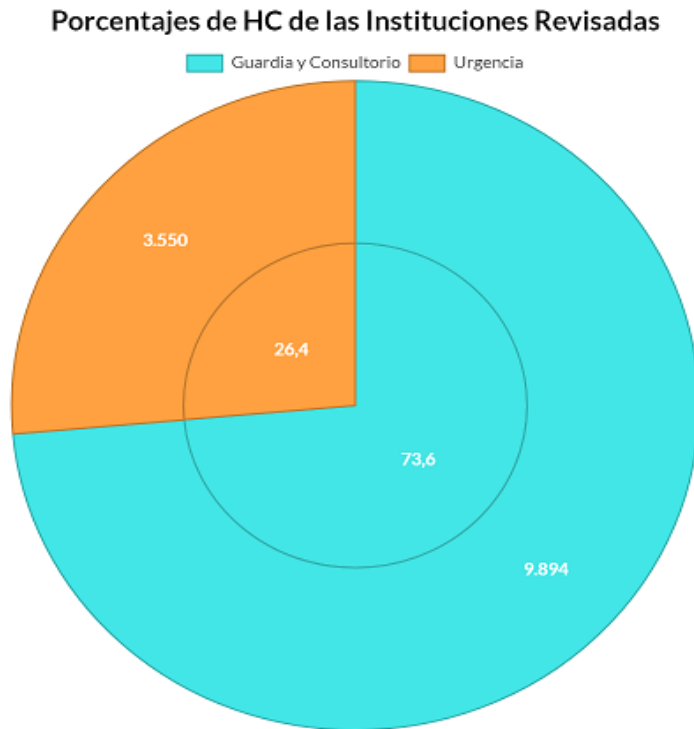


Gráfico N° 1

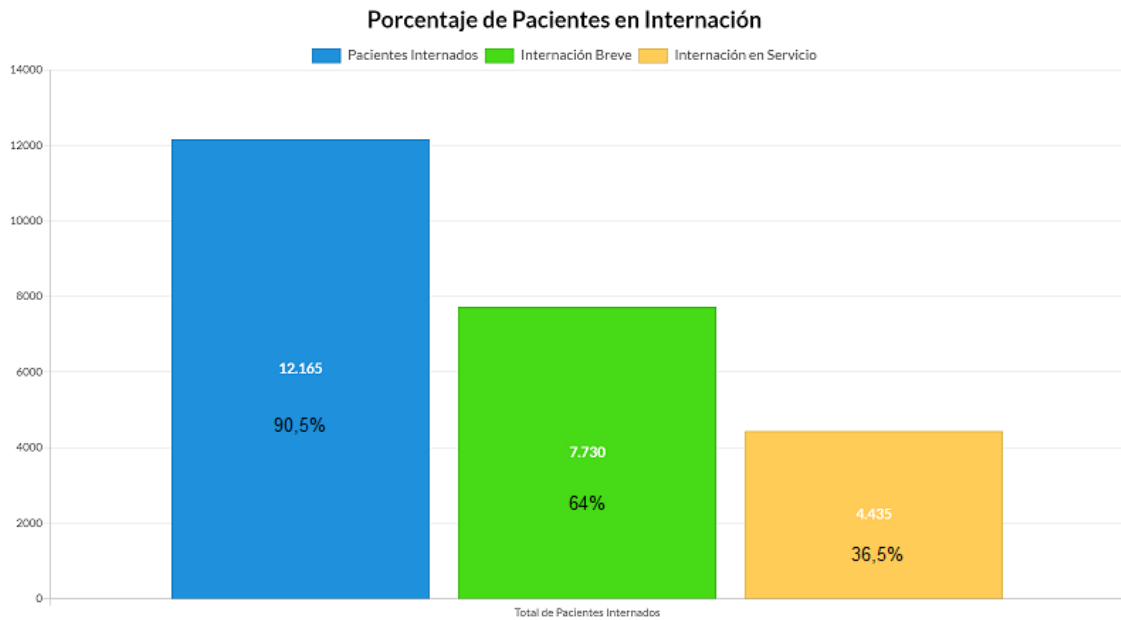


Tabla N° 1

Luego de conseguir visar un universo total de 13.444 HC entre las tres instituciones antes mencionadas (en sus servicios de Consultorio, Guardia y Urgencias), tomé las 12.165 (correspondiente al 90,5% del total) que contaban con la HC completa, aunque como explicara, la misma se encontraba cerrada para su facturación al momento de la revisión. No he utilizado otros indicadores (así como tampoco los de tipo cualitativos) ya que, para este trabajo, la finalidad y visión subjetiva, podría extenderlo en demasía.

No encontré la unicidad requerida por Ley ni una adecuación voluntaria a la misma.

En vistas de lo aprendido, articulado e interrelacionado en esta Especialidad, busco darle una solución, a través de un instrumento o herramienta, que nos permita auxiliar, cooperar y ponderar al paciente en el desarrollo de sus derechos y en el equilibrio de la asimetría académica y de conocimientos, permitiéndole al paciente decidir y elegir independiente y libremente, pero con conocimiento y comprensión, coordinando esto con el *lex artis* del profesional de la salud, en una sinergia productiva, efectiva y eficiente.

Se gesta ahora un nuevo interrogante que intentaré develar: ¿Es solo el médico quien debe confeccionar la HC? ¿Surge una contradicción entre la Ley 26.529 y el ejercicio del resto de las profesiones de la salud? ¿Cómo se involucran, el resto de los profesionales de la salud, quienes tienen contacto estrecho y hasta intervenciones, con el paciente?

Atento a los objetivos de este trabajo, las cuestiones planteadas en el párrafo anterior quedan resueltas con simplicidad desde la aplicación de la normativa y legislación vigente, la cual dispone que la HCEU es obligatoria en salud y que todos y cada uno de sus intervinientes tienen el deber de completarla, mantenerla actualizada y cronológicamente confeccionada, accesible en todo momento al paciente y con los debidos registros de las solicitudes e informes de las prácticas realizadas y/o rechazos por parte del paciente, a través del CI de lo solicitado. No puede ni debe haber una contradicción ni choque entre lo dispuesto por las correspondientes leyes del ejercicio profesional, las Leyes 26.529 y 27.706 ni el CCyCN ya que, el accionar de todo el sistema sanitario (y en este caso particular, de los servicios auditados en las instituciones relevadas) debe complementarse, coordinarse, mancomunarse y predisponerse a hacer todo y solo lo bueno para el paciente, con el amor y la empatía que esto requiere; pudiendo así, el paciente, conocer, comprender, acceder y aceptar o rechazar, con confianza, todas las intervenciones y acciones propuestas. La HCEU será el documento en donde queda registrado todo lo anterior (tanto de parte del sistema sanitario como a través del CI del paciente) de modo que, cada asiento, registro e informe, sea la documentación formal de la atención, tendiente a la salud integral del paciente.

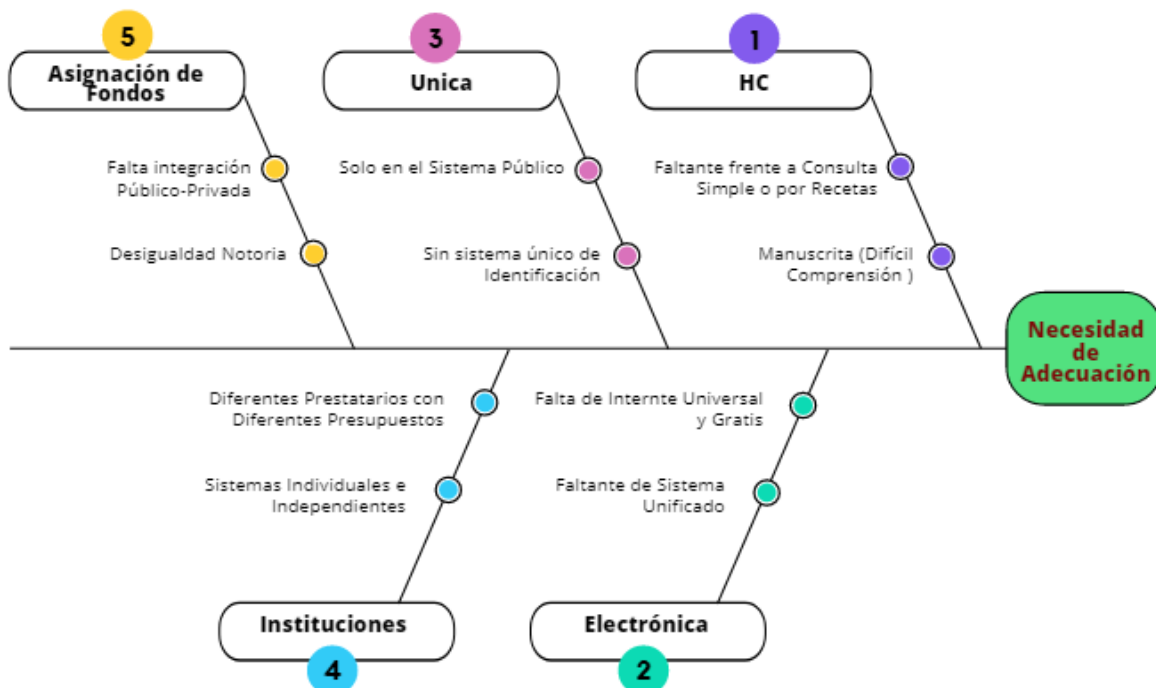


Diagrama de Ishikawa – Diagrama Causa-Efecto N° 1 – Autoría propia

El anterior diagrama de Ishikawa (espinas de pescado o causa–efecto) muestra algunos de los escollos que, previo a que la aplicación definitiva de la HCEU sea posible, deben ser considerados, estudiados, planificados y superados, si se quiere establecer un sistema unificado, electrónico y serio de HC para las instituciones auditadas y que, a posteriori, puedan también ser hermanados o emparejados con los de la provincia y, luego, para todos los habitantes de la Nación.

En coincidencia con lo anterior y entre los inconvenientes detectados (considerados y planteados como oportunidades de mejora) en los servicios de las instituciones revisadas, encontré:

⇒1°) Ningún paciente tiene una HC única (bajo las condiciones de unicidad planteadas como ideales y propuestas por las organizaciones superiores mencionadas).

⇒2°) Algunas HC podrían considerarse como HCU, aunque éstas, no son de tipo digital ni electrónica o informatizada, lo que las hace de difícil organización, lectura y coordinación. Presentan una cronología ordenada sumada a las copias de los informes de las intervenciones, estudios y/o procedimientos realizados, pero no pueden ser leída con claridad y facilidad.

⇒3°) Las anteriores HCU no pueden ser compartidas por medios digitales con otras instituciones (incluyendo las otras auditadas) y solo puede entregarse al paciente una fotocopia de la misma (a su requerimiento).

⇒4°) Los registros digitales (HCE), no llevan unicidad respecto del paciente (ya que la misma está orientada hacia la facturación y no predominante hacia el paciente).

⇒5°) Las HCE no reúnen los requisitos que la legislación requiere siendo, en la mayoría de los casos, exclusivamente un registro digital o por programas que no incluyen ni participan ni al paciente ni al resto de las instituciones.

⇒6°) No se posee (actualmente) apoyo de resguardo en la nube ni una unificación electrónica de sistematización informática con el resto de las HCE de las instituciones.

⇒7°) En algunos casos, dado que el paciente concurre exclusivamente para la confección de recetas o solicitudes puntuales o su atención es simple y rápida, no se registra en la HC y solo se recibe y toma la orden de consulta como comprobante.

TABLA DE ANÁLISIS DE LA PRIORIDAD DEL PROBLEMA							
	Concurrencia	Acceso	HC	E	U	Disposición Profesional	Disposición Personal
Institución Privada	Autoreferenciada	Personalizado Turno	Si	No	Si	Muy Buena	Muy Buena
Instituciones Colegiadas	Espontánea según necesidad	Obra Social o Número	Si	Si	No	Buena	Buena
Instituciones Públicas	Obligada	Orden de Llegada	Si	Si	Si	Pobre	Pobre

Tabla N° 2

Las situaciones que pueden observarse en la tabla anterior (Tabla N° 2), sumado al resto de las dificultades anteriormente mencionadas, hacen que, al no existir aún una HCEU de aplicación unificada y electrónica, nacional y que rija como obligatoria para todas las instituciones y los profesionales, el registro de las asistencias sanitarias sea desordenado, inadecuado, incompleto, desprolijo, variable y poco confiable, en detrimento del paciente y su salud y del profesional y su accionar.

Tabla FODA de alta frecuencia en las Instituciones Auditadas

	Puntos FUERTES	Puntos DÉBILES
De Origen INTERNO	FORTALEZAS ↓	↓ DEBILIDADES
	✓ Empatía con el paciente; ✓ Atención ordenada; ✓ Sistema de HC coordinado para facturación; ✓ Profesionales con buena disposición y carismáticos; ✓ Diálogo ameno constante; ✓ Manejo de sistemas y redes.	✓ Carencia de sistema electrónico-digital único; ✓ Carencia de HC única para cada paciente; ✓ Independencia de registros para facturación; ✓ Presión gremial; ✓ Egos personales y profesionales.
De Origen EXTERNO	OPORTUNIDADES ↓	↓ AMENAZAS
	✓ Interacción intra e inter-institucional; ✓ Profesionales interactuantes y activos; ✓ Sistematización normativo-jurídica; ✓ Aplicación legislación actual; ✓ Interés en mejora de la calidad.	✓ Imposiciones desde financiadores; ✓ Usos inadecuados y arbitrarios de la legislación por parte de efectores externos; ✓ Tiempos de aplicación; ✓ Incrementos en los costos y gastos.

Tabla N° 3

Al no existir dicha HCEU, mi propuesta, como oportunidad de mejora, es unificar la HCE en las tres instituciones y llevar adelante un registro prolijo y ordenado, permanente y constante, cronológico y metódico de las asistencias de cada paciente, sin importar su causa o motivo de consulta, si se trata de una internación o solo para la confección de una receta o pedido, interesándonos en la integridad del paciente a través de un documento confiable y simple, único y sistematizado, que permita conocer los diagnósticos y situaciones sanitarias previas del paciente y sumar la actual a la misma, permitiéndole al paciente el ingreso a su HCEU para poder leerla y conocerla, si así lo deseara.

Esta oportunidad de mejora puede llevarse adelante en forma simple. A través de una planificación estratégica sinérgica entre las tres instituciones, se pone a disposición el programa de HCE y se la unifica (HCEU) con el CUIT/CUIL del paciente y una clave PIN propia de cada usuario, de modo que queda identificado quien ingresa a la HCEU y que es lo que hace en la misma. El paciente también tiene su PIN, pero su ingreso se limita exclusivamente a la lectura y conocimiento de la misma y para la autorización de conformidad de la atención. Cada vez que el paciente asiste a alguna de estas tres instituciones, inmediatamente se ingresa al sistema y se pone a disposición, a través de las diferentes TICs, la HCEU del paciente para que pueda ser revisada y, al momento de atender al paciente, realizar y resolver la consulta y registrarla en la HCEU inmediatamente. Esto también puede ser utilizado para su facturación ya que es el paciente quien debe brindar su PIN para acceder a la HCEU, lo cual, puede ser utilizado como conformidad para el abono de la consulta (aunque esto no sea, por su extensión y complejidad, tema para este trabajo) y, coordinando la atención con la facturación y el registro en la HCEU, la utilidad de la misma, potencia sus funciones, convirtiéndose en el instrumento médico-legal, de atención, administrativo y de calidad que la ley dispone.

Veamos un poco más en profundidad los recursos que podemos alinear y articular para evitar efectos adversos, daños o acciones riesgosas, desde la estructura y el procedimiento, dentro de la triada sistémica de Donabedian:

- ✓ Unificar la HCE (confeccionando una HCEU) de las tres instituciones de modo de acceder a la misma cuando el paciente solicita su atención y, a través de su propio PIN, sumado al PIN del profesional y/o personal sanitario involucrado, desde los administrativos (quienes completan y contemplan solo datos personales, sin acceso al resto de la HCEU) hasta los auditores, quienes relevan, valoran y juzgan la información, según corresponda. La misma queda abierta para su lectura (para el paciente (quien, además, siempre que quiera puede leerla) y el profesional) y

- escritura (exclusivamente para el profesional). La misma no puede ser facturada ni vuelta a abrir sin antes concluir el episodio o consulta abierta.
- ✓ Adquirir un espacio de memoria en la nube, de modo de asegurar el resguardo de la información y el acceso remoto y a distancia en cualquier momento y desde cualquier dispositivo o TICs.
 - ✓ Capacitar a todo el personal sanitario respecto de la HCEU y uso, aplicación, bondades, beneficios a la calidad y obligatoriedad (tanto legal como administrativa) para la toma de conciencia de la sistemática.
 - ✓ Abonar cada atención registrada en la HCEU en forma inmediata, quedando supeditado a un sistema de auditoría posterior, según corresponda.
 - ✓ Facultar al paciente al conocimiento y comprensión de su historia sanitaria a través del registro completo, cronológico y adecuado en su HCEU.
 - ✓ Habilitar al paciente al uso de su HCEU en el lugar en donde se encuentre y/o la necesite, con el dispositivo o TICs que cuente, de modo de poder poner a disposición, sus antecedentes sanitarios para su atención en el lugar que fuera necesario, sea presencial, sincrónica o asincrónicamente, garantizando cada uno de los requisitos jurídicos plasmados en el CCyCN y en las legislaciones vigentes (como ser el CI, la privacidad, la protección de la información, etc.).

10- CONCLUSIONES

Si observamos con atención lo expuesto en este material, queda evidenciada la urgente necesidad de modificaciones paradigmáticas frente a la relación que establecemos los profesionales y asistentes de la salud con los pacientes, que preserve los derechos de todos, reduzca el paternalismo, acorte las asimetrías y mejore la relación en la “teoría de la agencia”, beneficiando las relaciones mutuas.

Como concepto de Calidad, sugiero el siguiente, desarrollado en base a lo aprendido: *“la calidad es el elemento que reúne adecuada y oportunamente a la bondad, la ética y la virtud, frente al conjunto de interacciones dependientes y que surgen de la relación entre el profesional y el equipo de la salud y el paciente y sus familiares, reduciendo al mínimo posible cualquier amenaza, riesgo o efecto indeseable, potenciando lo individual y sumando a lo colectivo”* (MARTÍN, G. – 2023).

Como mencionara al inicio de este trabajo, el respeto y el amor al y por el otro tienen que ser la base de este (y cualquier otro) proyecto de mejora y proceso de calidad. Partiendo de la adecuación de la estructura, con una planificación estratégica ordenada, estableciendo los procesos y procedimientos propios, adecuados y precisos, capacitando y buscando la toma de conciencia y el compromiso de todos los involucrados, resultando en un sistema de integración conjunta, mancomunada y sinérgica que centra sus acciones en el “kaizen” (mejora continua constante, permanente e interdependiente).

El egoísmo y la mezquindad no pueden formar parte de la relación entre el profesional de la salud y el paciente; persona necesitada y minusválida frente al sistema de salud; obligada a someterse a la voluntad y disposición del profesional, quien, cuando menos, debe poder confiar en quien lo asiste, de modo de poder volcar sus expectativas en una posible solución en equipo y no en una sumisión constante.

Esto, me parece, es una justificación suficiente para la aplicación de una HCEU que reúna los requisitos antes mencionados, cumpliendo con la ley y las exigencias cotidianas que se plantean en la actualidad y que sirva de medio o herramienta de

consolidación, conocimiento y veracidad para el discernimiento del paciente y el juicio de sus antecedentes médico–sanitarios y de sus tratamientos o terapéuticas. La adecuada utilización de la misma (cuando menos en el sub-sector de atención privada que he estudiado para este trabajo) pondrá, en manos de cada profesional y auxiliar del sistema de salud, un instrumento de información completo y actualizado que brindará seguridad al paciente, frente a sus procesos y necesidades de salud.

Basándonos en lo antes expuesto, propongo, con el fin de conseguir plasmar las oportunidades de mejora en elementos tangibles y aplicables en la atención ambulatoria de las instituciones auditadas, la aplicación de una HCEU que, basándonos en el propuesto por el MSAL, puesta a disposición del paciente y de los profesionales intervinientes, con su correspondiente PIN, a través del uso de los diferentes medios tecnológicos (TICs), inicialmente, de todos los asistentes a las instituciones del primer nivel de atención ambulatorio del sub-sector que hemos estudiado aquí, de modo que, la HCEU, pueda ser leída, consultada, comprendida, aplicada y aceptada, permitiéndole, al paciente, evacuar sus dudas y realizar las consultas que considere oportunas, de modo que, al momento de realizar su atención, esté consciente de lo que se le realizará, de la forma, modo y manera en que dicha institución y profesional procede y que esté en pleno conocimiento que es el propietario de su HCEU, la cual lleva consigo.

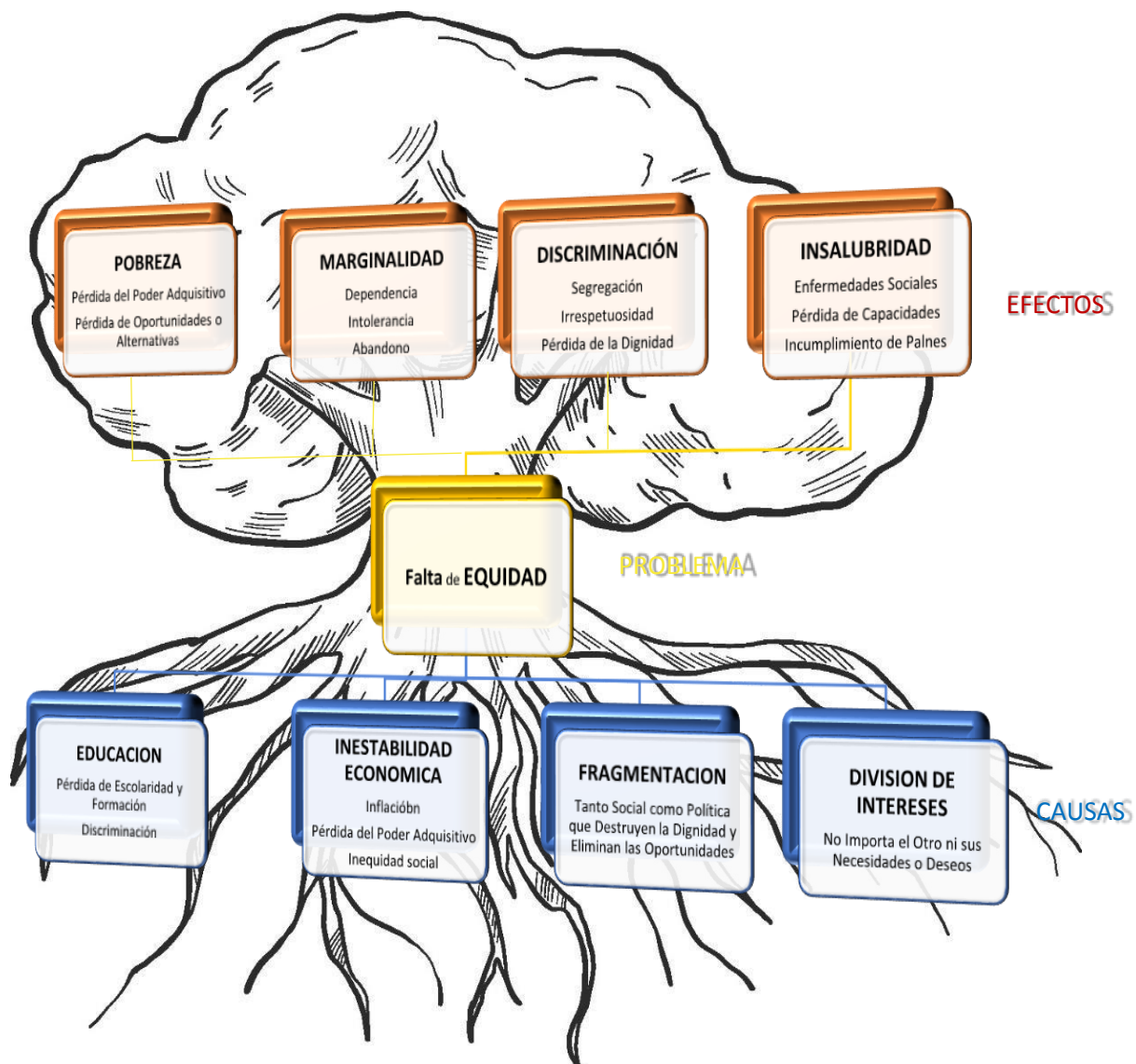


Gráfico N° 2; Árbol del Problema – Autoría propia

Si bien, la HCEU se encuentra dispuesta como obligatoria (como vimos en los antecedentes jurídicos planteados en la introducción) desde el año 2009, con la Ley 26.529, art. 13, luego de más de 12 años, no se ha conseguido la confección unificada y digital de la misma para todo el territorio nacional.

Comprendiendo la federalización de la República y las diferentes formas en que cada provincia puede desenvolverse, siendo, la HCEU, un virtuoso elemento para la salud nacional y un documento fundamental para la salud individual, considero que, con la confección y articulación nacional de una HCEU (siguiendo, por ejemplo el CUIT/CUIL o el DNI de cada ciudadano), cada paciente podría llevar su registro documentado en sus dispositivos y brindar el acceso con algunos de los sistemas de autorización actuales (como huella digital o clave personal PIN) de modo de permitir un acceso inmediato a la HCEU de cada paciente y a cada profesional, brindándole el acceso necesario a los datos del paciente, de modo de comprender cabalmente el estado, diagnóstico y terapéuticos del mismo, con el fin de realizar los procedimientos o diagnósticos adecuados y las terapéuticas o rehabilitaciones correspondientes.

11- RECOMENDACIONES

Como reflexión final y recomendaciones, componiendo, utilizando como cimientos y partiendo desde los elementos detectados como oportunidades de mejora, un programa o planificación acotada a las instituciones auditadas, propongo:

- Confeccionar un solo tipo de HCEU para las tres instituciones, de modo de minimizar la disparidad, optimizando su utilización.
- Capacitar a los profesionales y personal de salud respecto del uso de la HCEU.
- Fortalecer la transversalidad e interacción del equipo de salud.
- El PIN del paciente servirá (en estas instituciones) como determinante de la apertura de la HCEU de dicho paciente, registrándose en ella la novedad correspondiente (motivo y tipo de consulta, grado de complejidad, alternativas diagnóstico – terapéuticas y CI, entre otras) y siendo el elemento necesario para el cierre de la misma (habiéndose comunicado con claridad todo lo referente a la atención al paciente, según su elección y estando él en pleno acuerdo).
- El cierre (anteriormente mencionado, por parte del paciente, con su PIN) en la HCEU, de la atención o consulta realizada, es el elemento probatorio y el generador del abono de la misma en forma inmediata.
- Si el paciente solicita una copia de su HCEU, la institución propondrá (a fin de mejorar la sustentabilidad medio – ambiental) que la misma sea digital.

Con estos elementos se integra por completo al paciente (y sus derechos) al sistema sanitario (a través de la interacción de los profesionales y auxiliares de la salud), conformándose un todo equiparable a un equipo.

La evidente necesidad de implementación de la HCEU como obligatoria (según la legislación actual dispone para el uso y aplicación) en las instituciones auditadas podría ser el inicio de un camino de innovación hacia la mejora continua. Junto a esto, puedo sumar la articulación de las posibles fallas, riesgos o eventos adversos (EA) en y con la HCEU, de modo de poder identificarlos con sencillez, establecer sus causas-raíz y

prevenir su ocurrencia y concurrencia, haciendo hincapié en la bioética y la autonomía del paciente, llevando así, a la HCEU a un círculo virtuoso de mejora continua.

Es claro (según hemos visto en los diferentes autores mencionados en este TIF) que, la mejora de la calidad de las HCEU, llevará a una mejora en la calidad de las relaciones entre profesionales y pacientes propiciada a través del conocimiento y comprensión que dicha HCEU proporcionará para quienes asisten a las instituciones auditadas centrado en el respeto por los derechos del paciente y la necesidad de adecuación contextual al medio socio-cultural actual.

Se pueden plantear diferentes alternativas de control de la gestión que permitan valorar los resultados obtenidos y mejorar las posibilidades desde las estructuras, los procedimientos o procesos y desde la verificación del accionar profesional o bien, desde la capacitación y corrección del mismo, con corolario en la mejora continua.

Si aquellas oportunidades de mejora pueden ir planteándose como acciones correctivas, entonces podrían proponerse, a otros, los siguientes beneficios:

❖ Establecer para cada persona habitante de la República Argentina, como paciente, una HCEU como único medio de difusión, acumulación, registro, seguimiento y tratamiento de los diferentes procesos de salud y enfermedad.

❖ Exigir el uso de la HCEU en forma obligatoria para todas las instituciones, establecimientos y profesionales actuantes en el sistema de salud nacional, sea en el sub-sector público (donde ya se encuentra en implementación) o privado.

❖ Confeccionar un instrumento y/o herramienta que pueda ser aplicado bajo la legislación actual, consensuando transversalmente con todos los involucrados.

Para una atención de calidad y con equidad es fundamental el reconocimiento de su asociación directa entre la calidad y las necesidades y condiciones de vida y de trabajo, así como la educación y la comunicación compartida a través de una intersectorialidad uniforme e íntegra entre los distintos estamentos (sean públicos o privados) intervinientes en la atención sanitaria, de modo que todos “quieran querer”.

12- GLOSARIO

- Articulación: Desde el campo de la psicología social y la sociología, es la relación íntima entre dos o más ítems necesaria para una funcionalidad esperada.
- Historia Clínica (HC): Documento médico – legal que contiene toda la información sobre los antecedentes, las prácticas médicas, las intervenciones o procedimientos, los consentimientos informados y los tratamientos y terapéuticas que le conciernen al paciente.
- Historia Clínica Electrónica y Única (HCEU): Documento médico – legal digital o electrónico obligatorio, único de cada paciente, integral, auténtica, inalterable, perdurable, inviolable y que permite la recuperación de los datos que incluye en tiempo y forma, siendo temporal, individualizada y completa.
- Unicidad: Cualidad de lo único, irrepetible, solo o singular.

- Seguridad: Ausencia de riesgo o amenaza o confianza en algo o en alguien.
- Paciente: Cualquier persona que asiste y es atendida por un profesional de la salud debido a un problema de salud (sea físico, emocional o mental) o ante un sufrimiento de dolor o sensación de malestar.
- Empatía: Capacidad que tiene una persona de comprender las emociones y los sentimientos de los demás, basada en el reconocimiento del otro como similar o igual, es decir, como un individuo con mente, acción y libertad propia, siendo vital para la vida social.
- Vulneración: Acción o efecto de vulnerar: transgredir un mandato o norma.
- Paradigma: Teoría cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar, siendo la base y modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento.

13- BIBLIOGRAFÍA y FUENTES o REFERENCIAS

ACADEMINA NACIONAL DE MEDICINA (1992): *Calidad y Costo de la Atención Médica*. Boletín de la Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires. Editorial Estudio Sigma.

AGUILAR, S. (2022): *Enfermería y Gestión de Calidad*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

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

ANTICO, V. (2022): *Auditoría y Legislación Aplicable: La Responsabilidad Legal del Auditor*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

ANTICO, V. (2022): *Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. Gestión de Riesgo*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

ARCE, H. (2010): *El Sistema de Salud; de dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Editorial Prometeo.

ARCE, H. (2015): *Bases de concertación sectorial para implementar un Sistema de Salud integral*. Buenos Aires. Editorial País.

BAENA PAZ, G. (2022): *Metodología de la Investigación*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

BEVERIDGE, W. (1943): *Seguridad social y servicios afines. Informe presentado al parlamento de Gran Bretaña el 22 de noviembre de 1942* (versión castellana de José Arce). Buenos Aires. Editorial Losada.

BEVERIDGE, W. (1944): *Las bases de la seguridad social (The Pillar of Security and War-Time Essays and Addressese)*. México.

COMETTO, M. (2022): *Errores de Medicación y Farmacovigilancia: Concepto y Evolución*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

COMETTO, M. (2022): *Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente en Profesionales: Medicamentos LASA*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

D´ASTE, P. (2022): *Cuadro de Mando Integral en Servicios de Salud: Una ventaja competitiva*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

D´ASTE, P. (2022): *Gestión por Indicadores y el Cuadro de Mando Integral en Servicios de Salud*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

DEMING, E. (1989): *Calidad, Productividad y Competitividad: La Salida de la Crisis* (Internet). 3° ed. Madrid. España. Editorial Díaz de Santos S.A. Available from: https://books.google.com.co/books?id=d9WL4BMVHi8C&pg=PR5&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false

DEMING, E. (1990): *Qualidade: A revolução da Administração*. Rio de Janeiro. Editorial Marques Saraiva.

DI SALVO, G. (2022): *Arquitectura Hospitalaria: Teoría del Hospital de Ramón Carrillo*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

DONABEDIAN, A. (1993): *Actas del I Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica*. Argentina. Editorial Fundación Avedis Donabedian.

DONABEDIAN, A. (1969): *A Guide to Medical Care. Administration. Medical Care Appraisal – Quality and Utilization*. American Public Health Association.

GRACIA GUILLÉN, D. (1998): *Fundamentos de bioética. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud*. Madrid, Eudema, 1989, x David Hume, *An Enquiry Concerning Human Understanding*. In: Steven M. Cahn, ed.

GREGER, P. (1984): *Les principes fondamentaux du droit international et du droit Suisse de la sécurité sociale*. Réalités sociales. Lausanne.

IOM. Institute of Medicine. (1994): *America´s Health in Transition. Protecting and Improving Quality*. NAP. EUA.

JURAN, J. (2004): *Análisis y planeación de la calidad. Método Juran*. 5° ed. En español por McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A.

KAISER, Family Foundation (2000): *National survey on Americans as health care consumers: an update on the role of quality information*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation/Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en <http://www.kff.org/kaiserpolls/3093-index.cfm>.

KLIKSBERG, B. (2000): *Capital social y cultura: Claves olvidadas del desarrollo*. Buenos Aires. Instituto para la Integración de América Latina y el Caribe.

MACHADO, M. et al. (2021): *Lidando com a Força de Trabalho em Saúde em Tempos Pandêmicos*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. Disponible en: <<https://www.arca.FIOCRUZ.br/handle/icict/50217>>. Acceso en: 26 de feb. de 2022.

MACEIRA, D. (2010): *Ejes para un debate del sistema de salud en el Bicentenario*. Buenos Aires. Editorial CIPPEC.

MANZUR, B. (2022): *Auditoría Odontológica*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

MATTA, M. (2008): *Sistemas de salud en el mundo*. Tomo I. Buenos Aires. Editorial Dunken.

MERA, J.; BELLO, J. (2003): *Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina*. Buenos Aires. Editorial OPS.

MERA, J.; STAFFA, D. (2008): *Seguridad Social y Servicios Públicos de Salud en el Cono Sur*. Buenos Aires. Editorial OPS/OISS.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. (2023): *Ley 27.706 del Sistema Único de Registro de Historias Clínicas Electrónicas*. Programa Federal Único de Informatización y Digitalización de Historias Clínicas de la República Argentina. Dirección de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente. Argentina.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. (2023): *Manual de Seguridad del Paciente y Registro de Eventos Adversos*. Dirección de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente. Argentina.

MONTANÉ, V. (2022): *Implicancias de la Calidad en Servicios y Empresas de Salud – Normas ISO 9001:2015*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

OIT. (2000): *Informe sobre el trabajo en el mundo 2000*. Ginebra.

OMS. (2008): *World health report 2008 — primary health care: now more than ever*. Geneva: World Health Organization.

ONU – Informe del secretario general (2001): *El mejoramiento de la protección social y la reducción de la vulnerabilidad en el actual proceso de mundialización*. Comisión de Desarrollo Social. 39° período de sesiones.

PAULETTI, H. (2022): *Farmacovigilancia en Servicios de Salud*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

POGOLOTTI, G. (2015): *La calidad, derecho del pueblo*. Diario de la Juventud Cubana: <https://www.juventudrebelde.cu/opinion/2015-04-04/la-calidad-derecho-del-pueblo>

POZ, M.; PORTELA, G.; FEHN, A. (2017): *Recursos Humanos em Saúde: Crise Global e Cooperação Internacional em Saúde*. Río de Janeiro.

ROMERO, C. (2021-2023): *Auditoría de Calidad, Normativas y Aplicación en Servicios de Salud*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

ROMERO, C. (2022): *Bioética: Modelo Problematizador y Personalista*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

ROMERO, F. (2021): *Auditoría de Facturación y sus Procesos en Servicios de Salud*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

ROMERO, F. (2021): *Planificación Estratégica y la Auditoría de Calidad en Servicios de Salud*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

SANCHEZ-CASTAÑEDA, A. (2004): *Derecho a la seguridad social*. Enciclopedia Jurídica Mexicana. Tomo III. 2° ed. México. Editorial UNAM.

STARFIELD, B. (1998): *Balance Health Needs. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press.

SUMMERS, D. (2006): *Administración de la Calidad* (Internet). 2° ed. México D.F.: Pearson Educación. Available from: https://books.google.com.co/books?id=xBqQ9R2io5oC&pg=PA30&dq=crosby+calidad&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=crosby%20calidad&f=false

TAPARELLI, L. (1843): *Justicia Social: Ensayo teórico del derecho natural apoyado en los hechos*. Livorno.

TOBAR, F.; OLAVIAGA, S.; SOLANO, R. (2011): *Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino*. Documento de Políticas Públicas N° 99. Editorial CIPPEC.

TRABALLINI, G. (2021): *Auditoría y Economía de los Sistemas Sanitarios*. Bibliografía de la Cátedra de la Especialización en Auditoría en Servicios de Salud. Facultad de Medicina – San Juan. Universidad Católica de Cuyo.

VARO, J. (1993): *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid. Editorial Díaz de Santos.

VILOSIO, J. (2015): *Argentina tiene un seguro nacional de salud*. Mimeo s/d.DAL.

WAGSTAFF, A. (2007): *Social Health Insurance Reexamined*. Development Research Group, World Bank Policy Research Working Paper 4111, Washington D.C.