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

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN DESARROLLO GUBERNAMENTAL

PROYECTO TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN

Investigación del Manejo de las Historias Clínicas Manuales y la aplicación de las Historias Clínicas Electrónicas en Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

AUTOR: [JUAN LUIS TOSCANO SEGURA]

TUTOR: [HÉCTOR NIETO]

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar un profundo agradecimiento que siento con Dios, con mis padres y esposa y de igual manera a mis maestros de la facultad que cada uno de ellos me ha apoyado y ayudado significativamente como colaboradores importantes para la obtención de este logro como profesional. Y a amas de ello también agradezco a la Universidad de Buenos Aires por haber sido el gestor principal para alcanzar este objetivo.

Dedicatoria

Dedico esta tesis a DIOS, a Santa Narcisa de Jesús, beata milagrosa y a la Santísima Virgen María, quienes inspiraron a mi espíritu para la conclusión de esta tesis maestral, en administración. A mis padres quienes me dieron la vida, educación, apoyo y consejos. A mi esposa amada por ese optimismo que me impulso a seguir adelante y a más de ello por los días y horas que hizo el papel de padre y madre, a mis maestros y amigos, quienes sin su ayuda no lograrían hacer esta tesina. A todos ellos les agradezco desde el fondo de mi alma.

RESUMEN DE LA TESIS

El presente trabajo de investigación trata de realizar un análisis de la importancia de la información que se maneja en la salud para poder cumplir con las premisas de un servicio de calidad y de eficiencia por parte de los agentes prestadores de servicios de salud, es por ello que partiremos la investigación en primer lugar del uso de la información de las Historias Clínicas y a su vez establecer la viabilidad de la implementación de un sistema de Historia Clínica Electrónica en el Sistema de Salud Pública.

Es por ello que en su desarrollo se analizaran de igual forma las Tecnologías de la Información (TIC) abren nuevas oportunidades para la modernización institucional, proveen de herramientas que ayudan a mejorar la disponibilidad, la calidad y la seguridad en la atención de la salud. Hay un crecimiento potencial en el uso de las TIC en Salud, el aumento de las enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población son un punto de partida para un mercado grande y creciente.

Para lo cual se tomara como se tomó como población de análisis al usuario interno del El Hospital General de Agudos "Parmenio Piñero", tanto en el área de atención directa con el paciente, como en la parte administrativa. Lo cual tenía como finalidad determinar lasmúltiples variables que sirvieron para poder determinar la viabilidad de la implementación de las historias clínicas electrónicas en los hospitales públicos.

Los resultados muestran que existen insatisfacciones del usuario interno por el manejo de la información de las historias clínicas en los hospitales públicos, ya que existen algunos inconvenientes con el manejo actual. Finalmente loa funcionarios se mostraron favorables a la implementación de un sistema informático de historias clínicas en vista de mejoras de la productividad y eficiencia originadas desde la implementación de los avances tecnológicos para el mejor manejo de la información.

Palabras Claves

- Historia Clínica
- Historia Clínica Electrónica (HCE)
- Receta Electrónica
- Tecnologías de la Información y de las Telecomunicaciones (TIC)
- Sistema de Información Sanitaria (SIS)
- Estándares

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN
Origen de la Historia Clínica
Evolución de la Historia Clínica
Justificación del problema de investigación
Análisis de la Problemática1
Pregunta de Investigación12
Hipótesis12
Objetivo General12
Objetivo Especifico12
CAPÍTULO 1MARCO TEORICO14
1.1. Administración Pública14
1.1.1. Modelo de Administración Burocrático1
1.1.2. Modelo de Nueva Gestion Publica20
1.1.3. Plan de Modernización en la Salud20
1.1.4. Teoría de inclusión de las TIC en la Administración de Salud Pública29
1.2. Historias Clínicas Electrónicas

CAP	ÍTULO 2	.38
2.1.	Justificación de la Investigación	.38
2.2.	Planteamiento del Problema de Investigación	.38
2.3.	Objetivo de la Investigación	.39
2.4.	Diseño de la Investigación	.39
2.5.	Desarrollo de la Investigación	.40
2.6.	Determinación de la Población	.42
2.7.	Calculo de la Muestra	.42
CAP	ÍTULO 3	.43
3.1.	Resultado de Encuesta al Usuario Interno	.44
3.2.	Resultado de la Entrevista	.53
CAP	ÍTULO 4	.55
4.1.	Conclusiones de la Investigación	.55
4.2.	Recomendaciones de la Investigación	.56
CAP	ÍTULO 5	.57
5.1.	Desarrollo de Propuesta	.57
BIBL	JOGRAFÍA	.61
ANE	XOS	.66

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Pirámide de Maslow: la jerarquía de las necesidades humanas2				
Ilustración 2: Movimiento de Pacientes	9			
LISTA DE TABLAS				
Tabla 1: Pregunta 1 de Encuesta Usuario Interno	44			
Tabla 2: Pregunta 2 de Encuesta Uuario Interno	45			
Tabla 3: Pregunta 3de Encuesta Usuario Interno	45			
Tabla 4: Pregunta 4de Encuesta Usuario Interno	46			
Tabla 5: Pregunta 5de Encuesta Usuario Interno	47			
Tabla 6: Pregunta 6de Encuesta Usuario Interno	47			
Tabla 7: Pregunta 7de Encuesta Usuario Interno	48			
Tabla 8: Pregunta 8 de Encuesta Usuario Interno	49			
Tabla 9: Pregunta 9 de Encuesta Usuario Interno	49			
Tabla 10: Pregunta 10 de Encuesta Usuario Interno	50			
Tabla 11: Pregunta 11de Encuesta Usuario Interno	51			
Tabla 12: Pregunta 12de Encuesta Usuario Interno	52			

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pregunta 1 de Encuesta Usuario Interno
Gráfico 2: Pregunta 2 de Encuesta Usuario Interno
Gráfico 3: Pregunta 3 de Encuesta Usuario Interno; Error! Marcador no definido
Gráfico 4: Pregunta 4 de Encuesta Usuario Interno
Gráfico 5: Pregunta 5 de Encuesta Usuario Interno
Gráfico 6: Pregunta 6 de Encuesta Usuario Interno
Gráfico 7: Pregunta 7 de Encuesta Usuario Interno
Gráfico 8: Pregunta 8 de Encuesta Usuario Interno
Gráfico 9: Pregunta 9 de Encuesta Usuario Interno ¡Error! Marcador no definido.9
Gráfico 10: Pregunta 10 de Encuesta Usuario Interno ¡Error! Marcador no definido.o
Gráfico 11: Pregunta 11 de Encuesta Usuario Interno
Gráfico 12: Pregunta 12 de Encuesta Usuario Interno

INTRODUCCIÓN

En el transcurso del tiempo y como se lo ratifico por medio de lo estudiado en el desarrollo de la maestría de Gestión Pública la salud es una de las principales preocupaciones tanto para la población como para las autoridades como responsables de ser los proveedores de los servicios elementales a sus mandantes.

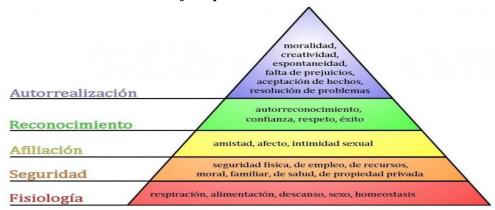
Es en tal sentido que desde un inicio de los tiempos el tema de la salud ha sido una preocupación para todas las poblaciones a nivel mundial ya que es un tema sensible en el bienestar de las personas según lo menciona Weber (1944) ¹ y la teoría de la pirámide de Maslow (1943)² que sostiene que la salud es una necesidad de seguridad de todas las personas, y es de igual forma una contante preocupación de cobertura para los encargados en administrar el funcionamiento de los servicio sanitario tanto en lo concerniente al sector privado y más aún en el sector público de los países, que debido a sus aspectos naturales de magnitud de crecimiento poblacional y el incremento de la diversidad de enfermedades presente en las poblaciones por distintas razones.

1

¹ En esta perspectiva, el Estado en la conducción de la política fiscal, debe establecer un conjunto de derechos sociales, formadores de la ciudadanía, tomando en cuenta las garantías individuales, la seguridad individual y familiar, y la seguridad de todos los

²La existencia de una jerarquía de las necesidades humanas, y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados.

Ilustración 1: Pirámide de Maslow: la jerarquía de las necesidades humanas



Fuente: https://es.wikipedia.org/wiki/Pirámide de Maslow (1943)

Es por ello como lo manifiesta la OMS³ la cobertura universal está sólidamente basada en la Constitución de la OMS de (1948)⁴, en la cual se expresa claramente que la salud es un derecho humano fundamental, así como en el programa de Salud para todos establecido en 1978 en la declaración de Alma-Ata⁵. En la cual su principal sustento está basado en el principio de la equidad como un aspecto primordial de la prestación del servicio. Eso le da el significado que en los países se deben de evaluar los progresos no solo enfocado en el conjunto de la población nacional, sino en los diferentes grupos que

Organización Mundial de la Salud es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

⁴Es un documento por el cual se formaliza la conformación de la OMS con la firma por parte de los representantes de 61 Estados que formaron parte de la Conferencia Sanitarias Internacional y entró en vigor el 7 de abril de **1948**.

⁵ Conferencia de Salud para todos en la cual se reafirma la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.

se los pueden clasificar por los distintos criterios como son, por los niveles de ingresos, sexo, edad, lugar de residencia, condición de migrante u origen étnico.

Es en tal sentido que dentro de los sistemas de salud y como lo mencionan los organismos internacionales reguladores, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal. En atención primaria, donde toma importancia los métodos de la promoción de la salud, la historia clínica se conoce como historia de salud o historia de vida. La historia clínica se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud en el que se atiende al paciente, ya sea en el Hospital o en el Centro de Atención Primaria, o en un consultorio. Es por tal sentido que a más de los datos clínicos que tengan relación con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, se debe de tener en consideración que la historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento del paciente; es tdesde tal perspectiva que la historia clínica sea electrónica a manual es un documento que se va haciendo en el tiempo, documentando fundamentalmente la relación y acción de médico-paciente (Claudia Díaz (2009)).

Por ello, que siendo un documento que recopila tanto procedimiento médicos como contenido legal es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que intervienen en las Historias Clínicas desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad, para

atender las demandas cada vez más exigentes de los pacientes/usuarios y de los prestadores de servicios de salud, personal y establecimientos de salud, más aún, si se tiene en cuenta la Ley N° 26.529 (Ley General de Salud) que revalora a los usuarios de los servicios de salud y los posiciona como eje de las organizaciones y de las prestaciones de salud.

Así mismo, nos indica la Ley N° 14828 de Modernización del Estado en el Ministerio de Salud se vienen desarrollando procesos de modernización que buscan dar mayor autonomía y lograr mayor eficiencia en los establecimientos de salud partiendo desde una lógica gerencial, que permita lograr mejores resultados. Estos nuevos desarrollos obligan necesariamente a adecuar el funcionamiento institucional, de la cual podemos mencionar que el manejo de las Historias Clínicas no es ajeno. En tal sentido, la presente Norma Técnica busca dar respuesta a estos nuevos desafíos, contribuyendo a resolver las principales situaciones que para todos los pacientes usuarios, personal y establecimientos de salud, plantea la Historia Clínica.

Origen de la Historia Clínica

Se podría decir que el origen de las historias clínicas se da desde la antigüedad en la época de Hipócrates con el primer episodio de registro de enfermedad o control de salud, ya que a Hipócrates se lo considera el padre de la medicina las historias clínicas hipocráticas o catástasis, eran las que en sus tiempos consideraban la totalidad del

hombre, su ambiente y época en la que estaba transcurriendo su vida. Dentro de los criterios de Hipócrates el dio una gran importancia a la anamnesis y a la observación, y también practico la percusión y la auscultación inmediata. Aconsejaba el método de la interrogación al enfermo sobre la naturaleza y duración de sus sufrimientos.

Es por ello que podemos mencionar que posteriormente se preocupó de la nosología, con un criterio netamente tipificador, en discrepancia con el carácter individualista de la medicina hipocrática.

Ya en el siglo XVII se evidenciaron dos corrientes importantes, una de ella considerada como la de la clínica pura, representada por Thomas Sydenham(1624-1689), muy cuidadoso de no escribir sino sobre lo que era producto de una cuidadosa observación, y la otra corriente estaba representada por la tendencia de la medicina anatomoclínica.

Ya en el siglo XVIII, las Historias Clínicas adquieren la estructura que conocemos hoy en día, y es en ese recorrido histórico ya en el siglo XIX, se observa un giro desde los inicios de la historia clínica en vista que apoyan al desarrollo de la ciencia con la recogida de la vida del paciente como condicionante de la patología, pasando por el inicio del siglo XX con la introducción de la historia clínica para cada paciente en el St. Mary's Hospital por los hermanos Mayo, hasta la extensión en los años 80 de este modelo de recogida y agrupamiento de información en atención primaria. En la actualidad, la historia clínica es el elemento fundamental de trabajo en la práctica

clínica, y la historia clínica informatizada facilita de forma importante la labor asistencial.

Pero podemos mencionar que el elemento fundamental en la historia clínica es la persona o paciente. Se origina la historia clínica con el primer contacto que se establece con el sistema sanitario, bien sea por enfermedad o cualquier tipo de control o inicio de un proceso. El nacimiento de un niño marcaría el punto de inicio de la historia clínica de esa persona en el momento en el que contacta con su pediatra y que supondría una recogida de datos (sexo, peso, talla, valoración tras el parto, etc.) más una primera exploración, no hablando aún de paciente. Hasta que se generalice esta forma de atención sanitaria al cien por cien de la población y la historia pediátrica tenga su continuación con la historia del médico de cabecera/de familia/general, la historia clínica «nace» en esa primera consulta o revisión de la persona. A nivel hospitalario la historia clínica se origina ante el estudio y atención del paciente por una determinada patología, como un traumatismo, una fiebre o un dolor, o el inicio del seguimiento de un proceso, como por ejemplo el embarazo, en ambos casos pudiendo causar ingreso hospitalario o no. La actividad asistencial de un sistema sanitario está basada en un sistema de información que además suponga un registro de la actividad generada por la asistencia a un paciente, de donde se deriva la trascendencia del documento desde el punto de vista legal, ético, clínico, asistencial y epidemiológico.

Evolución de la Historia Clínica

Las Historias Clínicas desde su creación han sufrido muchas modificaciones, pero siempre conservando la perspectiva de los fundamentos del concepto tradicional de la historia clínica en papel, como un documento exclusivamente médico, limitado a recoger una información de un proceso concreto, habitualmente de enfermedad, en un tiempo y lugar específico, hacia una nueva denominación capaz de integrar toda la información referida al estado de salud de una persona, acumulada a lo largo de la vida del individuo, referida a los diferentes estados de salud y enfermedad y generada por todos los responsables de atención a la salud con los que se ha relacionado la persona en los diferentes niveles asistenciales.

Pero cabe señalar que dados los avances tecnológicos experimentados en todos los ámbitos se ha busto como una alternativa la implementación de las TIC para tratar de solucionar la necesidad de registrar la información referente a un paciente se considera un problema antiguo e importante en la Medicina. Los avances en esta dirección dependen de la posibilidad de contar con el soporte técnico adecuado.

El avance de la ciencia computacional ha permitido mejorar la legibilidad, la accesibilidad y la estructura de la información contenida en la historia clínica, aunque demandan cuidados especiales en la recogida y conservación de los datos.

Es en tal sentido que se han ido desarrollando el registro de la información en las Historias Clínicas Electrónicas se considera en la actualidad una herramienta tecnológica que ayuda a la calidad, seguridad y la continuidad de la asistencia sanitaria, a más de ello en la actualidad favorece en el desarrollo de control sobre las acciones realizadas al paciente.

Es por esto que muchos estudios actuales han demostrado que la aparición e incorporación de la historia clínica electrónica ha mejorado la calidad y cantidad de información de la historia clínica y al ser la historia clínica un eje de la gestión en salud sobre la cual se forma o construye la información se verá reflejado en mejoras no solo en la atención del paciente ya que se contara con más información, sino también en el ámbito de la docencia, investigación, en la gestión permitiéndonos redirecionar las estrategias de salud.

Justificación del problema de investigación

Teniendo en cuenta el marco de el incremento de la población a nivel de Argentina y concretamente en la Ciudad de Buenos Aires alrededor entre 2001 y 2010 la población de la ciudad creció a un promedio anual de 4,5 personas cada 1.000 habitantes y con un proyección sostenida para los siguientes años según la Dirección General de Estadística y Censos (DGEyC)⁶, dentro de lo cual se evidencia una total de egresos hospitalarios de

 6 La DGEyC coordina y dirige los servicios que conforman el ${\bf Sistema~Estad}$ ístico ${\bf de~la~Ciudad~(SEC)}$ como lo establece

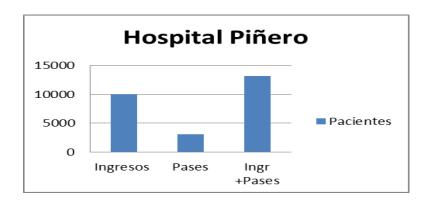
la Ordenanza 35.386/79. Además realiza censos y encuestas dentro del ámbito geográfico de la Ciudad.

11,7597en el 2014y que en el 2015 de 16,8422 es decir un incremento de la demanda del 43% de la atención de salud que según los datos publicados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)⁷ por parte de las hospitales o casas de salud de la ciudad de Buenos Aires y del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Es en este entorno que se hace necesario desarrollar o adoptar un sistema para el manejo electrónico de las historias clínicas en los hospitales o casas de salud, es en tal sentido que para el desarrollo de la tesina se toma como campo de estudio al Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, como ejemplo de una de las casas de salud representativa de la Ciudad.

Hospitales d	el Ministerio	de Salud			
Hospital General de Agudos Parmenio Piñero					
Año 2016					
	Ingresos	Pases	Ingr +Pases		
Total Hospita)		Ingr +Pases 13150		

Ilustración 2: Movimiento de Pacientes



⁷**Producir**, **difundir** y **analizar** estadísticas relacionadas con condiciones de vida y problemas de salud, suministrando datos sobre Hechos Vitales (Nupcialidad, Natalidad y Mortalidad), Morbilidad y Rendimientos Hospitalarios, y disponibilidad y utilización de los Recursos de Salud.

Es por ello que debido a la cantidad de movimientos de pacientes que se analizaran las falencias generadas en las historias clínicas encontradas en estudios históricos como pueden ser : escritura ilegible, información incompleta e incoherente, consignación de contradicciones, falta de identificación de los responsables de su elaboración, decisiones tomadas sin explicación; tales falencias dificultan la interpretación del mensaje y la continuidad de la asistencia, ya que la historia clínica debe ser una herramienta de calidad ya que contiene datos que nos ayudaran a mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente.

Es por este motivo que la incorporación de la historia clínica electrónica se realizó un nuevo sistema de gestión de las historias clínicas que permitió re direccionar la información para un mejor ordenamiento y control de la gestión.

La Historia clínica electrónica permite tener indudables ventajas no solo para la atención de la persona, sino también en la docencia, investigación, así como también en la gestión y planificación sanitaria y de la salud pública. Pero es necesario mecanismos de seguridad, confidencialidad y disponibilidad para cumplir con las leyes y estén con plena validez legal.

Frente al crecimiento de la implantación de la historia clínica electrónica a distintas velocidades en los diversos países, se ha creado una Red para la cooperación y desarrollo de acciones que permita compartir experiencias y soluciones la cual es ejecutada por la fundación Julio Ricaldoni de Uruguay. Cuya misión es ayudar a los

países a compartir experiencias y que esta repercuta en mejores resultados en el sector salud.

El fin último de la historia clínica electrónica debería ser más que la simple digitalización de sus datos un valor añadido como resultado de una interoperabilidad de estos para mejoras en todos los aspectos.

Análisis de la Problemática

Entre los principales problemas que se generan por las Historias Clínicas Tradicionales están la ilegibilidad de la letra debido a que son en la actualidad millones de pacientes pasan cada año por los hospital públicos. Es en tal sentido que se presentan problemas como la perdida de información de las historias clínicas, la publicación de las mismas y así también se puede mencionar que en los hospitales otro problema es el de almacenar esa ingente cantidad de papeles y datos en millones de historias clínicas. En la mayoría de los casos, los hospitales se encuentran desbordados. La falta de espacio, de capacidad humana y de soporte tecnológico dificulta la gestión, justo cuando las nuevas tecnologías pueden ofrecer soluciones. Varios hospitales están ensayando, con diversa fortuna, nuevos procedimientos para gestionar las historias clínicas. Los más avanzados incluyen la digitalización de todos los datos que figuran en un historial clínico.

Es en tal sentido desde la perspectiva de una mejora en la gestión pública, los cambios y reformas tecnológicas apoyarían a una mejor gestión y reafirmarían el proceso de modernización de la ciudad.

Pregunta de Investigación

Para elaborar la Tesina de Gestión Publica la interrogante sería la siguiente:

¿Medir la aceptación de la implementación de las Historias Clínicas Electrónicas en un Hospital Público con la finalidad de mejorar el manejo de la información del usuario interno para la toma de decisiones?

Hipótesis

Es viable la instalación de las historias clínicas electrónicas en los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivo General

Indagar sobre el funcionamiento del registro de información de medico/paciente en las historias clínicas y a su vez la perspectiva de la confiabilidad y dificultades del manejo de información tanto para el personal hospitalario del hospitalParmenio Piñeiro en 2017.

Objetivo Especifico

- Determinar el grado de satisfacción por parte del personal hospitalario y de los pacientes y familiares con el sistema actual de historias clínicas.
- Identificar las dificultades experimentadas por los usuarios internos en el sistema de registro de historias clínicas.
- Identificar las expectativas de los pacientes sobre el manejo de sus historias clínicas.

Metodología de la Investigación

En el proceso de la investigación que se llevaría a cabo en las instituciones hospitalarias seleccionadas para poder alcanzar los objetivos propuestos en el presente trabajo se realizara mediante un enfoque cuantitativo y respectivamente para lo cual tendrá un diseño con características de exploratoria y descriptiva.

En el desarrollo del diseño exploratorio se tendrá como objetivo realizar la identificación de las variables importantes en las relaciones potenciales entre los intervinientes del proceso de satisfacción del manejo de las historias clínicas existentes actualmente en los hospitales públicos y ayudara a establecer las variables para luego definir la técnica de recolección.

La investigación en el diseño descriptivo en la que se emplearan técnicas de recolección de datos en la institución de salud por medio de la encuesta al usuario externo. Métodos de investigación Para el desarrollo de la presente investigación aplica métodos empírico pues la principal fuente de información fue el uso de bibliografía nacional e internacional, utilizando como principal medio las publicaciones del estadísticas del además, se realizarán entrevistas con personas que labora en dichas institución hospitalaria para la adquisición de información y la confrontación de ideas.

CAPÍTULO 1

MARCO TEORICO

1.1. Administración Pública

1.1.1. Modelo de Administración Burocrático

La idea fundamental de la denominada como burocracia planeada por Weber es interesante para poder situar el desarrollo de los modelos empresarios de mantenimiento del status quo, que generan puntos de apalancamiento para que no se puedan generar transformaciones no programadas y debidamente controladas.

El modelo burocrático constituye un pilar fundamental de la teoría tradicional de la organización moderna para impulsar los grandes procesos administrativos en los sectores industriales pero por sobre todo, en los servicios públicos administrados por los gobiernos nacionales o locales en la órbita del Estado. La teoríaweberiana se asemeja a la teoría clásica de la organización, en cuanto el énfasis puesto en la eficiencia técnica y en la estructura jerárquica de la organización, como también en el predominio de la organización industrial, proponiendo una solución al problema con un enfoque centrado en el producto.

El modelo tradicional de gestión por normas y actividades o modelo jerárquico burocrático weberiano como lo expreso Weber (1981), es integrante de una teoría

general más amplia de la organización social y económica. Finalmente la teoría clásica presenta una orientación normativa, prescriptiva, mientras que la orientación de Weber es más descriptiva y explicativa de las formas "mejores" opciones de funcionamiento.

En la parte administrativa es jerárquica como lo menciona Gordillo (1974), en donde la forma de tomar decisiones, actuar y controlar los recursos públicos es netamente en una forma de asignación vertical de roles y una división especifica del trabajo.

Ilustración 3: Modelo Burocrático: evolución en el diseño de las organizaciones



Fuente: http://slideplayer.es/slide/21101//Max Weber (1864-1920)

Es en este sentido que el sistema weberiano en todos los sistemas públicos de los países y de igual manera en la salud específicamente se han incorporado con la finalidad de establecer en cierta medida una garantía para los ciudadanos frente a las arbitrariedades de los gobernantes y autoridades correspondientes.

Es por tal hecho que en los sistemas de salud la implementación de las políticas públicas y las necesidades de los ciudadanos generan una demanda de servicios basados en la eficiencia y eficacia, así como una adecuada integración de la gestión por objetivos y la gestión por valores.

La propuesta del modelo burocrático no se limitó a definir una estructura y una forma arquetípica de funcionamiento en términos de las mejores prácticas de administración modernas. Este abordaje, siguiendo al mismo autor, planteó además: "El resurgimiento de la sociología de la burocracia. Según esta teoría, se puede pagar a un hombre para que actúe y se comporte de cierta manera predeterminada, la cual debe explicársele exacta y minuciosamente, impidiéndosele, que sus emociones interfieran con su desempeño. La sociología de la burocracia propuso un modelo de organización y los administradores no tardaron en intentar aplicarlo a sus empresas." En esencia se procura rescatar los mejores aportes del racionalismo para ayudar a administrar mejor las organizaciones estableciendo reglas que dificulten el manejo emocional de las decisiones.

Esta corriente de pensamiento aparece a fines de los años cincuenta y está integrada por un grupo de psicólogos y sociólogos que se dedican a estudiar el comportamiento humano. La corriente estructuralista pretende equilibrar los recursos de la empresa, prestando atención tanto a su estructura como al recurso humano, abordando aspectos tales como la correspondencia entre la organizaciónformal e informal, entre los objetivos de la organización y los objetivos personales y entre los estímulos materiales y sociales. Tiene como objetivo principal estudiar losproblemas de las empresas y sus causas prestando especial atención a los aspectos de autoridad y comunicación.

Pero debemos de aclarar en este punto que para la opinión pública ciudadana, la burocracia implica en general, lo contrario que planteaban Max Weber y sus defensores. Es que se origina en criterio de la población, los cuales parten de muchos ejemplos que desnudan ineficiencias del sistema público en lo que se han generado asociaciones de criterios de la burocracia y los burócratas con un modelo rígido, ineficiente, inhumano, mecanicista, lento y antieconómico. Esto ha generado múltiples críticas a la perspectiva burocrática tradicional. Es importante acotar que aunque Weber reconoció la importancia de la estructura informal en las organizaciones, no la incluyó en su tipo ideal de burocracia. La estructura y funcionamiento de una organización burocrática es ciertamente influenciada por factores vinculados al comportamiento humano, que no fueron tomados en cuenta por el autor. Es por ello que curiosamente, desde la primeraconcepción sociológica y luego administrativa, la burocracia es todo lo contrario

de lo que el sentido vulgar pregona en su contra. El ciudadano pasó a dar el nombre de "burocracia" justamente a los defectos (las disfunciones) del sistema y no al sistema en sí mismo, que también tiene sus virtudes. La burocracia, para Max Weber (1993), es precisamente la organización eficiente por excelencia, la organización llamada a resolver racional y eficientemente los problemas de la sociedad y, por extensión, de las empresas tanto públicas como privadas. La organización burocrática está diseñada científicamente para funcionarcon exactitud, con el objetivo de lograr los fines para los cuales fue creada, no más, no menos, es por ello que hay que apreciarla en su justa dimensión.

Es por ello que para lograr consolidar estas formas sofisticadas de funcionamiento social y sobre todo, en contextos los que se requiere eficiencia en el manejo de los recursos humanos, materiales y de infraestructura, es necesario lograr cierto grado de estabilidad y uniformidad en los patrones de acción, de manera que el funcionamiento colectivo se imponga sistemáticamente sobre las improntas individuales. Por supuesto que esto puede realizarse con un conjunto de reglas empíricas sobre estructuras ideales y mejores prácticas que se impongan por el peso de la autoridad o con el poder de las costumbres. Sin embargo, sería mejor poder utilizar un modelo conceptual de referencia y una teoría que respalde estas formas de analizar y actuar sobre la realidad. Ello contribuiría mejor a entender la realidad en el marco de una aproximación teórica de las organizaciones. Además importa situar el rol de Estado como director, regulador o facilitador de la sociedad. Roldan Tomas Suárez Litvin (1998) sostiene que: "Hay que destacar, ante

todo, que la función central del Estado, tal como éste es pensado por Kant, es la de definir y hacer respetar los derechos humanos —que no son otra cosa que privilegios asociados a la dignidad de la condición humana. Un ingrediente importante de estos derechos es la garantía de un espacio de holgura en el que el individuo pueda desenvolverse desembarazadamente. Porque sólo al disponer de tal holgura el individuo puede abordar la tarea de construirse a sí mismo en torno a su destino esencial: la racionalidad." Este es un encuadre que refuerza la conductaracional de los individuos, que no siempre es la que opera en todos los contextos y circunstancias.

1.1.2. Modelo de Nueva Gestión Pública

En relación con el escrito por el Dr. Bonifacio la Nueva Gestión Pública expresa que las modificaciones incursionaron con fuerza en todos y cada uno de los procesos estatales, aunque en sus inicios fueron presentadas como la adaptación en el sector público de los principios de la administración privada empresarial.

Esta tendencia se da en el contexto de la crítica al sistema burocrático desde la perspectiva de la inflexibilidad y simplemente el cumplimiento de normas para lo cual se pretende la modificación de la administración pública de tal manera que aún no sea una empresa, pero que se vuelva más empresarial. La administración pública, como prestador de servicios para los ciudadanos, no podrá librarse de la responsabilidad de

prestar servicios eficientes y efectivos dentro de la economía, sin embargo, tampoco mostrará una orientación hacia la generación de utilidades, como es la obligación indispensable de una empresa que quiere mantenerse competitiva dentro del mercado.

Los motivos que hacen interesante la NGP para la política y la administración son muy diversos y más bien difusos: la administración espera lograr con ella más autonomía y una disminución de la burocracia; los políticos de economía y finanzas desean sanear de esta manera rápidamente la economía doméstica; los gobiernos y algunos parlamentos esperan más y nuevas posibilidades de dirección. Muchos políticos temen que el gobierno y la administración se quieran librar mediante los presupuestos globales de la obligación de justificarse y de esta manera retirarle al parlamento la competencia de decisión a través de presupuestos insignificantes. Los encargados del cumplimiento de prestaciones de servicios se desalientan cuando surgen recortes presupuestales, consecuencia de la comparación entre el rendimiento y el costo (benchmarking). Los indicadores de rendimiento son declarados como "insuficientes" o todo el asunto es definido como "aberración económica errada" o como una ofensa a la gestión profesional de administración. la Se debe tener en cuenta en cuenta que para la implementación del modelo de Nueva Gestión Pública sólo deberá intentarse cuando exista una masa "crítica" lo suficientemente numerosa de promotores de una reforma. Estos promotores deberán ubicarse en la administración y en la política.

En la ciudadanía existe generalmente tanta crítica al débil rendimiento de la administración, que no es de esperar que aquí exista resistencia. Sin embargo, la reforma deberá ser apoyada de forma eficiente dentro del ámbito público, para que especialmente aquellos ciudadanos puedan ejercer presión sobre los políticos y sobre la administración, para poder concluir exitosamente el proceso de reforma. Tiene que quedar claro que una reestructuración de este tipo tiene su precio; pero que, sin embargo, los ahorros provenientes de la reforma refinanciarán fácilmente esa inversión.

Antes de poder llevar a cabo las medidas de la Nueva Gestión Pública, se deberán crear ciertas condiciones previas, que por un lado son las delimitaciones de responsabilidades entre la unidad estratégica y operativa (política y administración) y por el otro lado el equipamiento descentralizado de recursos.

Adicionalmente determinará la frecuencia con la que las áreas verdes serán limpiadas, regadas y el pasto será podado. La unidad operativa, que es la administración, calculará el costo requerido para poder realizar este trabajo. En este sentido realizará una oferta al plano estratégico en forma de una requisición financiera.

Si éste otorga su consentimiento, se celebrará un acuerdo. Si en cambio no acepta y opina que el presupuesto es demasiado elevado, existen varias posibilidades para llegar a un acuerdo: puede reducir los requerimientos de calidad o puede solicitar a la administración que busque presupuestos comparativos y, de ser necesario, solicitar a la

administración que no realice ella el trabajo, sino contratar a proveedores particulares para que lleven a cabo dicha tarea.

Este asunto también puede terminar de tal manera, que en el plano estratégico decida proporcionar al plano operativo más recursos financieros para que pueda aceptar la oferta inicial de la administración. Empero, el plano operativo siempre permanecerá como parte decisiva de un acuerdo cuando exista la duda de cómo será realizado un servicio. Esto se encuentra dentro del área de la denominada adjudicación de recursos, es decir, el área de constitución de recursos dentro del sector de personal de inversiones y de materiales. En el contexto de América Latina podemos establecer que la administración estatal productiva en los países latinoamericanos es un requisito previo para lograr mayor democratización, desarrollo económico y una distribución justa de los recursos. Aunado a esto, la gestión de la reforma representa un papel especialmente importante para mejorar el gobierno y la capacidad productiva del Estado.

En muchos países ya se han iniciado los preparativos para una reforma de la administración pública, o incluso ésta ya ha sido implementada. Se ha tenido diversas experiencias, pero ante todo se ha reconocido que no existe un paradigma generalizado. Esto lo demuestra una serie de estudios comparativos. Sólo en casos aislados el servicio público en América Latina cumple con los requerimientos de una administración profesional. Tanto el acceso al servicio público, como las prácticas de ascensos, están prácticamente sometidas por la política y no se fundamentan ni en la productividad ni en

la calificación del empleado. Esto se refiere tanto a las funciones productivas como a un gran número de empleados que trabajan en el servicio público. El servicio público siempre ha representado para los gobernantes un recurso que permite promover empleos para los militantes más activos del partido y, por consiguiente, está totalmente sobrepoblado. Por tal motivo, habrá que contar con que, cuando se realice un análisis de las necesidades, las cifras reales de puestos de trabajo para los servicios prestados se encontrarán claramente por encima de los puestos de trabajo realmente necesarios. Aquí podemos contemplar dos posibilidades: que el servicio público se reduzca al número de empleados realmente necesario, lo cual políticamente no sería viable, o que, con el número de funcionarios existente se procure incrementar de manera importante el rendimiento. Sin embargo, para lograr esto, probablemente se requiera de inversiones fuertes para efectos de capacitación y calificación. Un freno adicional a la implementación de la Nueva Gestión Pública es la saturación de reglamentos, imposibles de abarcar y que además son aplicados de manera aleatoria. Esta reglamentación se caracteriza por un fuerte sentido del orden y no ha se ha orientado hacia la prestación de servicios. Esto significa que la administración pública en América Latina posee fuertes tendencias a reglamentar a los ciudadanos, pero no provee los servicios necesarios, lo que ocasiona barreras mentales, ya que la NGP implica que todo lo que no beneficie al ciudadano, representa un derroche. Al mismo tiempo, América Latina se destaca por rígidas leyes administrativas, que no pueden ser manejadas con

flexibilidad una vez que se elimina la injerencia de la corrupción. Dentro de las administraciones prevalece un marcado orden jerárquico que es de suma importancia para la autoestima de los directivos, independientemente de su nivel. En este punto la implementación niveladora de la Nueva Gestión Pública generará problemas. Con lo anteriormente mencionado, las oportunidades para la Nueva Gestión Pública en general no son alentadoras. Por otro lado, actualmente ya se encuentran millones de ciudadanos que padecen la ineptitud de sus gobiernos y requieren de la urgente prestación de servicios. Con la fragilidad de la democracia en América Latina y la tendencia a caer en situaciones extremas, por un lado el poder populista o por el otro el autoritarismo, presenta una gran oportunidad para implementar un trabajo administrativo que sí muestre resultados.

En definitiva, la NGP trata de introducir en la acción de la Administración técnicas gerenciales propias del sector privado pero prestando atención a las particularidades propias del sector público como por ejemplo las dificultades para individualizar los productos de la acción administrativa o para identificar el grado de rendimiento de esa acción.

La transformación de la Administración se opera en una doble vía: por un lado el sector público se acerca a los mecanismos del sector privado en materia de personal, salarios y métodos de actuación (Down Group) y de otro lado se disminuyen los límites de

actuación que la rigidez de las reglas y procedimientos de actuación imponen a la acción de la Administración.

Los principales cambios que ha sufrido la Administración son:

- Contracting out, se produce la desagregación de tareas de modo que es posible externalizar las mismas. Consiste en la provisión indirecta, por parte de la Administración, de los bienes y servicios a través del sector privado.
- Tendering, se fomenta la competencia entre los entes públicos y entre estos y las
 empresas privadas y organizaciones no lucrativas que concurren a la oferta de un
 determinado servicio público
- 3. Descentralización de la provisión, se produce un acercamiento de la Administración al ciudadano que ha pasado de ser un usuario a convertirse en un cliente que como tal puede optar entre distintos proveedores.
- Modificación de las técnicas presupuestarias, para tratar de dotar a los servicios públicos de una mayor transparencia y aumentar la eficiencia de los fondos de la Administración.

1.1.3. Plan de Modernización en la Salud

El proceso de modernización argentino basados en el decreto de El PLAN DE MODERNIZACIÓN DEL ESTADO, aprobado por el Decreto 434/2016, establece que la modernización del Estado será abordada a partir de la instrumentación de un conjunto metódico sistemático, integral de acciones concretas. El proceso de modernización del Gobierno ha incluido varios aspectos: uno de ellos es el de mayor eficiencia, buscando gastar menos y mejor. Las sobredimensionadas estructuras públicas fueron un objetivo claro de ajuste. Por lo tanto, muchas iniciativas en las reformas del sector público focalizaron en considerar la mano de obra pública como una parte central de la ecuación modernizadora. En este marco, los planes de reestructuración económica llevados adelante desde fines de los '80, la administración pública estaba dedicada a controlar la cantidad del personal de servicios públicos, e imponer restricciones a los gastos que generaban (García 2001). Argentina, sin una confianza persistente y con cierta preocupación, trató durante diez años de modernizar su Administración Pública, construida sobre los principios de eficiencia, efectividad y economía, pero las condiciones políticas fueron un gran obstáculo. La fase del ajuste estructural iniciada en 1989, fue la piedra angular en el camino hacia la modernización del Estado, pero no estuvo acompañado de cambios gerenciales en la Administración Central. Las ineficiencias operativas aparecieron muy evidentemente luego de décadas de tolerancia fiscal. Advertidos de estas condiciones, los sucesivos gobiernos se comprometieron a sostener los esfuerzos para la consolidación fiscal, y la mejora estructural, como medidas necesarias para reducir el peso de la deuda pública sobre la economía nacional. De todas formas, si bien parte de las medidas pueden resultar positivas en cuanto a la mejora de los servicios a los ciudadanos, al no estar éstos englobados en una integral transformación, pasan a ser una gota de agua en el océano. Los cambios culturales también han mantenido la tensión entre los modelos weberianos y las nuevas herramientas introducidas.

Ya en lo concerniente en el área de la salud como lo expresa el convenio entre el Ministerio de Modernización y El Ministerio de Salud en el que se promueve la estrategia de Cobertura Universal de Salud (CUS). Dicha cobertura tiene por objetivo que todos los individuos tengan acceso a los servicios de calidad que necesiten (promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos), sin tener que pasar dificultades financieras para hacer frente a ellos. La CUS es una meta abarcadora para nuestro sistema de salud, con el fin de asegurar que todos los individuos tengan acceso a servicios de calidad, integrados y basados en la atención primaria de salud, a lo largo de su ciclo de vida. Esta tarea deberá desarrollarse en acción conjunta con los gobiernos

La CUS le da un foco renovado a los determinantes sociales de la salud y al compromiso de otros sectores de la sociedad civil para promover la salud y el bienestar de la sociedad.

Las acciones de cobertura en materia de atención médica deberán complementarse con la tarea de las otras áreas de gobierno sobre los determinantes sociales y el compromiso de toda la sociedad civil para promover la salud y el bienestar.

Se ha dicho que es, en esencia, una declaración del compromiso ético permanente de los sistemas de salud con los derechos de las personas, representando una oportunidad para reactivar y relanzar el conocimiento adquirido y las lecciones aprendidas de las experiencias de los países en expandir su acceso al cuidado de la salud. La CUS es más un proceso que una meta, que trata de identificar caminos para mejorar la vida de las personas

Para implementar esta estrategia cardinal de la CUS, resulta necesaria la identificación individual de los beneficiarios y su correspondiente cobertura o financiación. La identificación de los beneficiarios permitirá confeccionar y brindarles un DOCUMENTO NACIONAL de SALUD, que lo identifique e individualice el subsector responsable de su cobertura, como así también permita acceder a una HISTORIA CLÍNICA ÚNICA en la cual se encuentren registrados toda la información del usuario-paciente.

1.1.4. Teoría de inclusión de las TIC en la Administración de Salud Pública

Los Sistemas de Información enfocados al área de Salud han venido desarrollándose de forma autónoma, no comparten criterios homogéneos y disponen de enormes volúmenes de datos que suponen flujos de información extremadamente complejos. Con este escenario estamos convencidos de que la aportación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC´s) es absolutamente necesaria para la sociedad. Las posibilidades que las TIC ponen a disposición de la comunidad ayudan a una mejora de la calidad de vida de la misma y el bienestar de las personas, lo que ayuda también a disminuir los desequilibrios y las desigualdades del acceso a los servicios de salud de los ciudadanos, optimización de la relación coste-beneficio, a la vez que favorecen su desarrollo y crecimiento. En definitiva, unos Sistemas de Salud más integrados y no solo mas interconectados. El sector salud tiene unas características que lo diferencia de otros sectores y que es necesario tener en cuenta a la hora de desarrollar estrategias para promover y fomentar la introducción de las TIC.

Dentro del área de la tecnología como lo manifiesta la CEPAL en el Volumen del 12 Julio 2010 Ocho dimensiones de contribución han sido identificadas: acceso, eficacia, eficiencia, calidad, seguridad, generación de conocimiento, impacto en la economía e integración. Cada una de ellas se vincula a los diferentes ámbitos de aplicación: prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, educación sanitaria, gestión de los servicios y comercio electrónico en el sector salud. Los beneficios y externalidades

positivas se extienden tanto a los pacientes y ciudadanos en general, como a los profesionales de salud y al conjunto de la sociedad por sus efectos en términos de crecimiento económico. Acceso, eficacia, eficiencia y calidad interactúan positivamente en aplicaciones de telemedicina. Específicamente, y a modo de ejemplo, la teleconsulta y la teleradiología permiten reorganizar recursos médicos para favorecer el incremento del acceso a prestaciones de salud más oportunas y de mejor calidad, con mejoras de eficiencia en el uso de los recursos implicados, tanto de los servicios de salud como de los propios pacientes. Igualmente evidente es el potencial de tales aplicaciones en la reducción de brechas geográficas, facilitando el acceso a recursos, diagnósticos o al conocimiento de especialistas escasos mediante la interconexión de centros de salud de diferente nivel. Esta capacidad no sólo hay que considerarla a partir de la dicotomía urbano - rural sino, también, entre ciudades y poblados de distinto tamaño. Bien conocida es la concentración de recursos en la ciudad capital o metrópolis de cada uno de los países de la región. Del mismo modo, con el sostenido envejecimiento de la población, las aplicaciones de televigilancia adquirirán cada vez más relevancia para el control de pacientes crónicos. Así, se reducen las brechas de acceso a la capacitación continua de los equipos de salud distribuidos en los territorios, favoreciendo tanto su establecimiento en éstos como la calidad de la atención. Por otra parte, sobre la base de que el excesivo contacto, exámenes y derivaciones constituyen un obstáculo para pacientes que no hablan la lengua oficial, se plantea la capacidad de la salud-e para crear

sistemas centrados en el ciudadano que, al mismo tiempo, respeten las distintas tradiciones contribuyendo a reducir las barreras culturales en la prestación de los servicios. Otro ámbito de beneficios dice relación con la gestión integrada de la información administrativa, clínica y de salud, con un alto potencial de mejoras en la eficiencia del sistema de salud. La mayor capacidad de almacenamiento, agregación y análisis de datos contribuye a la toma decisiones tanto de optimización de procesos como en la priorización de los diversos destinos del gasto público en salud.

En un contexto de gran heterogeneidad, tanto entre países como al interior de ellos, se aprecia un relativo rezago de la incorporación de TIC en salud respecto de otros sectores, como educación y gobierno. No obstante, se observa una "explosión" de iniciativas, públicas y privadas, tanto nuevas como expansión de anteriores, pero de las cuales no existe registro sistemático. Sin embargo, a pesar de la variedad de proyectos, se aprecia una ausencia de políticas específicas, por lo que dichas iniciativas no están, en general, articuladas con una estrategia nacional. Entre otras consecuencias, se observa un escaso avance en la definición de estándares y, por lo tanto, dificultades para la interoperabilidad, así como una desalineación con políticas de salud pública que orienten decisiones de inversión. De hecho, aproximadamente la mitad de los países se encuentra desde hace años en etapa de diseño de su política pública, o agenda digital en salud, y muy pocos pueden mostrar avances significativos en esta materia. El logro de los objetivos de salud se vincula estrechamente con la reducción de las inequidades en esa

área, para lo cual las TIC constituyen una potente herramienta. Sin embargo, para que ésta sea efectiva es condición necesaria avanzar, de manera coherente y sostenida, en el desarrollo de infraestructura e implementación de aplicaciones, validadas e interoperables, tanto en los ámbitos de la educación sanitaria como de la prevención de enfermedades, de la asistencia médica y de la gestión de los servicios. Dicha coherencia y sostenibilidad requieren del decidido liderazgo de las principales autoridades de salud y la concurrencia de los distintos actores implicados en torno a una agenda común sostenida por una política de estado.

1.2. Historias Clínicas Electrónicas

Como lo expresa González y Luna (González Bernaldo de Quirós & Luna D., 2012) el registro de historias clínicas en el mecanismo tradicional de papel por lo general atraen problemas de disponibilidad y accesibilidad, ya que por su características naturales solo pueden estar en un sitio a la vez, a más de ello se debe tener en cuenta las posibilidades de extravió y también de deterioro. Así mismo analizando el caso de los pacientes crónicos se presente un inconveniente adicional la cual es la acumulación de gran cantidad de papel a través del tiempo de atención, se dificulta la disponibilidad de la información clínica de los ciudadanos en el momento y los lugares en que sea necesaria, en vista que no es posible el acceso inmediato y concurrente de varios profesionales, además, el soporte empleado y su transporte es riesgoso para la seguridad y

confidencialidad. Luego de la aparición de las computadoras se comenzó a utilizar el formato electrónico, principalmente en áreas clínicas y de exámenes complementarios pero sin integración entre ellas. El surgimiento de los sistemas de registro médico por computadora permitieron la inclusión de funciones de apoyo a la toma de decisiones, habilitando otras mejoras que no serían posibles con los sistemas basados en papel, permitiendo un enfoque más activo en la atención del paciente (*Aspden, Corrigan, Wolcott, Erickson, & Comittee on Data Standards for Patient Safety, 2004*). El doctor Mariano Nuñez (Nuñez, 2013) explica que hasta hace poco tiempo se fueron desarrollando sistemas de Historia Clínica Electrónica centrados en el médico. Estos sistemas aún se utilizan en consultorios particulares y permiten mejorar la gestión administrativa.

El objetivo de estos desarrollos es brindar al médico una herramienta tecnológica que le facilite las tareas administrativas, con emisión de informes, estadísticas y reportes que le ayudan en su gestión. La mayoría de estos sistemas eran versiones monousuario y se instalaban en una pc en el consultorio médico, con acceso mediante un código de usuario y una clave. Para ser más competitivos en el mercado del software fueron adicionando módulos con herramientas de apoyo en la atención médica. Por ejemplo el Sistema de Historia Clínica Electrónica eDoktor está centrado en el médico y permite mejorar la gestión administrativa, con emisión de informes de facturación, estadísticas y reportes, que además posee un módulo como herramienta de soporte para ayuda en el proceso de

la prescripción médica que proporciona alertas y recomendacionessobre interaccionesfarmacológicas.

El doctor Nuñez aclara que la evolución de este sistema de acuerdo a las nuevas necesidades de médicos y pacientes es el desarrollo de un portal web con acceso seguro, utilizando certificados digitales, centrado en el paciente y orientado a problemas, que permita el acceso de médicos y pacientes e incluya un sistema de turnos médicos. En el caso de "eDoktor" se espera el lanzamiento del Portal Web para el año 2014 y se está evaluando el ingreso de la información por medio de la voz y de dispositivos ópticos de escritura.

La historia clínica deja de ser simplemente un registro con información médica, permitiendo mejorar el cuidado de la salud e incluyendo actividades que promueven la salud y ayudan a prevenir enfermedades (Aspden, Corrigan, Wolcott, Erickson, & Comittee on Data Standards for Patient Safety, 2004). La información generada por los sistemas departamentales se integraba en el repositorio de datos clínico (Clinical Data Repository o CDR) común, esto llevó a la creación de sistemas de información clínicos basados en componentes, respetando los procesos asistenciales y tomando el acto médico como eje central de su modelo de información. La descentralización de la atención médica en redes asistenciales generó nuevamente la necesidad de conectar múltiples sistemas, más allá de los muros de una institución, posibilitando la fluida comunicación de la información clínica (Fernán González Bernaldo de Quirós, 2011). El

doctor Maggini (Maggini, 2013) opina que la Historia Clínica Electrónica permite la gestión de servicios de salud de manera más eficiente, mejora la atención del paciente, se pueden cruzar sus antecedentes, efectuar mejores diagnósticos, se mejora la eficiencia del servicio y los beneficios cuando su uso se extienden a nivel nacional. Su interés es poder desarrollar en base a la Historia Clínica Electrónica y en el ámbito de las prescripciones y medicamentos un Plan Integral de Desarrollo de Drogas. Tomando la información de la HCE y las prescripciones se podría determinar a nivel nacional de manera inmediata el consumo de medicamentos, cuáles son las drogas que se necesitan, cuál es el motivo, la infraestructura necesaria y quienes las podría elaborar. Para esto sería necesario contar con el apoyo del Gobierno quien también se beneficiaría con la producción y utilización de estos medicamentos, ya que en muchos casos se trata de productos importados con altos costos.

En el Informe "La identificación, un requisito previo a la historia de salud electrónica" (Carnicero Jiménez de Azcárate & Vázquez López, 2003) se establecen las principales funciones que deben cumplir las historias clínicas:

- La función Asistencial, ya que en ella se almacena la información del paciente, registrándose todo lo actuado por el equipo de salud con el fin de asegurar la continuidad en su proceso de atención.
- En la docencia sirve como fuente de información para el aprendizaje de casos clínicos, siempre y cuando refleje adecuadamente el proceso asistencial.
- Es una importante fuente de datos para la elaboración de análisis y estudios retrospectivos tanto a nivel individual como poblacional, posibilitando la investigación clínica y epidemiológica.
- Posibilita la gestión clínica y administrativa, sirviendo de soporte para la facturación de actos médicos y administrativos, sirviendo en la evaluación y administración de los recursos sanitarios y de la calidad de los servicios proporcionados.
- Sirve como constancia legal de la conducta y diligencia de la asistencia prestada.

Si bien en América Latina y el Caribe la Historia Clínica Electrónica (HCE) recién está comenzando a utilizarse, en Estados Unidos ya se están evaluando los beneficios de compartir la HCE con los pacientes, como una oportunidad para involucrarlos en el cuidado de su salud. Se han evaluado positivamente las experiencias de los pacientes y familiares autorizados que han podido ver y descargar contenidos en su Historia Clínica Electrónica.

incluyendo notas clínicas, exámenes de laboratorio e informes de diagnóstico por imágenes (Woods, 2013).

De acuerdo al informe "Patient Safety" del Institute of Medicine (Aspden, Corrigan, Wolcott, Erickson, & Comittee on Data Standards for Patient Safety, 2004), se ha detectado que se pueden producir daños a los pacientes debidos a fallas humanas o de sistemas durante su atención médica.

Muchos de estos errores no provocan graves daños, por ejemplo cuando el paciente recibe un medicamento contraindicado, pero no experimentó una reacción adversa, o se prescribió una sobredosis de medicamento letal pero una enfermera identificó el error antes de administrarla. Pero una pequeña proporción de errores dan lugar a eventos adversos que causan daño a los pacientes, imponiendo una carga considerable en términos de lesiones, discapacidad y muerte. En respuesta a esta situación el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (DHHS) lanzó en el año 2000 un importante proyecto federal para reducir los errores médicos y mejorar la seguridad del paciente conformando el Centro de Mejoramiento de la Calidad y Seguridad del Paciente. De esta forma se ha hecho evidente la necesidad de un enfoque más coherente y estandarizado, que permita que los sistemas sean más fáciles de usar, utilizando los sistemas de información para permitir la identificación temprana de estos tipos de errores.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DE MERCADO

2.1. Justificación de la Investigación

Para el desarrollo del trabajo de investigación de aceptación de la incorporación de las historias clínicas electrónicas en el servicio de salud pública, se desarrolló el análisis en las instalaciones del Hospital General de Agudos "Dr. Parmenio Piñero" de la ciudad de Buenos Aires envista de la posibilidad de acceder a la opinión del usuario interno.

Además los hospitales que conforman la red de salud pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tienen la necesidad de modernizar los procesos de registro de información para de esta forma solventar las deficiencia del sistema de salud actual, a más de ello en vista de las cualidades de concentración de la población genera un escenario favorable para el proyecto de investigación.

2.2.Planteamiento del Problema de Investigación

Identificar por medio del proceso de investigación los inconvenientes en el registro y manejo de la información de las historias clínicas tradicionales por parte del usuario interno en los hospitales de la red de salud pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2.3. Objetivo de la Investigación

Determinar por medio de los instrumentos de investigación en la población interna del Hospital Piñeros si existe la aceptación de la implementación de las Historias Clínicas Electrónicas.

La investigación nos proporcionara las variables necesarias para poner establecer la aceptación en la implementación de las TIC en el sistema de salud pública. Además para tener un panorama global de los diversos factores que influirán en ello.

2.4.Diseño de la Investigación

La metodología que se usará en el desarrollo de la investigación de las Historias Clínicas Electrónicas, serán los métodos de investigación exploratoria debido a que se requiere conocer de manera más profunda el estado actual del sector de la salud y de la competencia privada, ya que este tipo método de investigación facilita la identificación de los problemas u las oportunidades, para en relación a esto establecer las prioridades de acuerdo a la importancia de los problemas y permite reunir información sobre problemas asociados con la realización de una investigación concluyente.

Además de la metodología de la investigación exploratoria se empleara también la investigación concluyente descriptiva, ya que se necesita obtener información de los hábitos de consumo, y los hábitos en las redes sociales del segmento potencial al que se va a dirigir.

2.5.Desarrollo de la Investigación

Se puede decir que la investigación tiene como objeto el descubrir algo, indagar, dar respuesta de manera sistemática a las múltiples preguntas que se hace el ser humano.

Es por ello que en esta investigación del plan de negocio se combinaran los siguientes métodos:

<u>Método Científico</u>: La esencia del método científico consiste en el planteamiento de preguntas y búsqueda de respuestas, las cuales deben ser susceptibles de comprobación, es una manera de recopilar información comprobar ideas y hallar respuestas a sus interrogantes sobre la naturaleza.

El Método Descriptivo: El hombre parte de numerosos datos particulares y llega a una proposición ley o regla que explica un fenómeno determinado, en el método inductivo. Mediante el método deductivo, sin embargo, se procede en sentido contrario. Aceptadas algunas proposiciones extraídas de la experiencia, aceptadas algunas verdades dictadas por el recto juicio, por la intuición e incluso por la imaginación, se procede a deducir de ellas otras verdades.

<u>El Método Exploratoria</u>: Es el razonamiento que, partiendo de casos particulares, se eleva a conocimientos generales. Este método permite la formación de hipótesis, investigación de leyes científicas, y las demostraciones.

Fuentes primarias

Cuestionarios: el mismo que nos ayudará para recoger los datos que nos

proporcionan los encuestados a través de un conjunto de preguntas o cuestiones

que constituye el tema de la encuesta.

Entrevistas: es una técnica orientada a establecer contacto directo con las

personas, esta si bien puede soportarse en un cuestionario muy flexible, su

propósito es obtener información más espontánea y abierta además que se puede

profundizar sin problema

Fuentes secundarias

Bibliográficas: es una ficha especial que contiene fundamentalmente los datos

relativos a un autor, tanto en lo que se refiere a la biografía como a su producción

literaria.

Hemerográficas: es una ficha que contiene datos de diarios y publicaciones

periódicas a investigar.

Fuentes Electrónicas: información que se obtiene por medio de Internet.

41

2.6.Determinación de la Población

La población que se seleccionará del personal tanto operativo como administrativo del Hospital General de Agudos "Dr. Parmenio Piñero" los cuales representan una población aproximadamente de 1800 funcionarios.

2.7. Calculo de la Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizara el universo de la población usuarios internos del hospital, ya que nos permitirá un análisis integrado de la posibilidad de aceptación de la implementación de las historias clínicas y los indicadores necesarios para la ejecución del proyecto.

Es por ello que con la finalidad de maximizar a la eficacia de la investigación se tomará un nivel de confianza del 95% (equivalente a 1.96). Ya que no se posee información exacta de probabilidad de ocurrencia del evento se asignará el máximo valor a P (0.05) y se trabajará con un error del 4%

$$n = \frac{Z^2 * P * Q * N}{e^2 * N + Z^2 * P * Q}$$

$$n = \frac{1,96^2 * 0,4 * 0,5 * 2111}{0,04^2 * 2111 + 1,96^2 * 0,4 * 0,5}$$

n=57

Z = nivel de confianza N = Universo P = probabilidad a favor

Q = probabilidad en contra E = error de estimación n = tamaño de muestra

CAPÍTULO 3 RESULTADOS DELA INVESTIGACION

Para realizar el estudio de la investigación por medio de las encuestas se realizó en primer lugar una aproximación a tamaño de la muestra que fue de $57 \approx 60$, es decir con la muestra de 60 se realizó la siguiente segmentación para poder recolectar la información muestral:

- 25 encuestas al personal Médico
- 15 encuestas al personal de Enfermería
- 13 encuestas al personal de Administrativo
- 7 encuestas al personal de profesionales de la Salud

Dentro de los resultados de las encuestas realizadas al usuario interno del Hospital Piñeros, del cuestionario en el Anexo N° 1 podemos determinar lo siguiente de cada pregunta realizada.

3.1.Resultado de Encuesta al Usuario Interno

Cuál es su sexo?

Gráfico 1: Pregunta 1 de Encuesta a Usuario Interno



Fuente: (Investigación de Campo, 2017) **Elaborado por:** Juan Luis Toscano

Tabla 1: Pregunta 1 de Encuesta Usuario Interno

		Masculino	Femenino
medico	25	14	11
administrativo	7	4	3
enfermería	15	8	7
profesionales	13	7	6
	60	33	27

Fuente: (Investigación de Campo, 2017) Elaborado por: Juan Luis Toscano

¿Cuál es su profesión y cargo?

Gráfico 2: Pregunta 2 de Encuesta a Usuario Interno



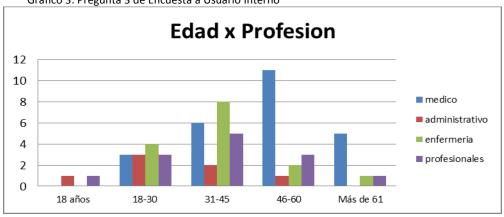
Tabla 2: Pregunta 2 de Encuesta Usuario Interno

			Muestra
Medico	883	42%	25
Administrativo	247	12%	7
Enfermería	528	25%	15
profesionales	453	21%	13
	2111	1	60

Fuente: (Investigación de Campo, 2017) **Elaborado por:** Juan Luis Toscano

¿Cuál es su edad?

Gráfico 3: Pregunta 3 de Encuesta a Usuario Interno



Fuente: (Investigación de Campo, 2017) **Elaborado por:** Juan Luis Toscano

Tabla 3: Pregunta 3 de Encuesta Usuario Interno

	medico	administrativo	enfermeria	profesionales
18 años	0	1	0	1
18-30	3	3	4	3
31-45	6	2	8	5
46-60	11	1	2	3
Más de 61	5	0	1	1
	25	7	15	13

Aproximadamente, ¿cuántos años tiene trabajando en esta institución?

Gráfico 4: Pregunta 4 de Encuesta a Usuario Interno



Fuente: (Investigación de Campo, 2017) Elaborado por: Juan Luis Toscano

Tabla 4: Pregunta 4 de Encuesta Usuario Interno

	medico	administrativo	enfermeria	profesionales
0-2	1	1	0	1
3-5	2	1	3	3
6-8	2	2	4	6
9-11	8	1	1	2
Más de 11	12	2	7	1
	25	7	15	13

Fuente: (Investigación de Campo, 2017) Elaborado por: Juan Luis Toscano

¿Con qué frecuencia Ud. utiliza la información de las historias clínica?

Gráfico 5: Pregunta 5 de Encuesta a Usuario Interno

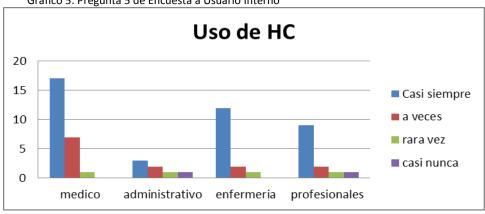


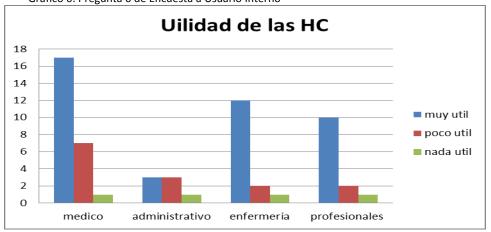
Tabla 5: Pregunta 5 de Encuesta Usuario Interno

	medico	administrativo	enfermeria	profesionales
Casi siempre	17	3	12	9
a veces	7	2	2	2
rara vez	1	1	1	1
casi nunca	0	1	0	1
	25	7	15	13

Fuente: (Investigación de Campo, 2017) **Elaborado por:** Juan Luis Toscano

¿Qué tan útil Ud. considera que son las historias clínicas?

Gráfico 6: Pregunta 6 de Encuesta a Usuario Interno



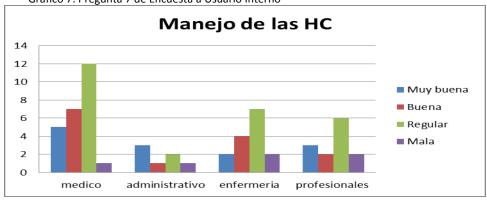
Fuente: (Investigación de Campo, 2017) Elaborado por: Juan Luis Toscano

Tabla 6: Pregunta 6 de Encuesta Usuario Interno

	medico	administrativo	enfermeria	profesionales
muy util	17	3	12	10
poco util	7	3	2	2
nada util	1	1	1	1
	25	7	15	13

En general de la Institución, ¿cómo calificaría el manejo de las historias clínicas?

Gráfico 7: Pregunta 7 de Encuesta a Usuario Interno



Fuente: (Investigación de Campo, 2017) Elaborado por: Juan Luis Toscano

Tabla 7: Pregunta 7 de Encuesta Usuario Interno

	medico	administrativo	enfermeria	profesionales
Muy buena	5	3	2	3
Buena	7	1	4	2
Regular	12	2	7	6
Mala	1	1	2	2
	25	7	15	13

Fuente: (Investigación de Campo, 2017) Elaborado por: Juan Luis Toscano

En general, ¿cómo calificaría el manejo de historias clínicas electrónicas?

Gráfico 8: Pregunta 8 de Encuesta a Usuario Interno

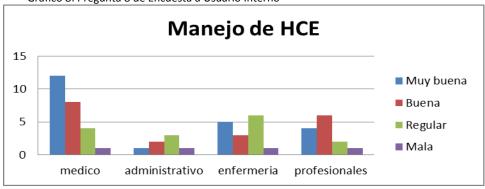


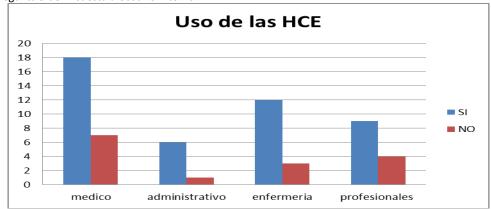
Tabla 8: Pregunta 8 de Encuesta Usuario Interno

	medico	administrativo	enfermeria	profesionales
Muy buena	12	1	5	4
Buena	8	2	3	6
Regular	4	3	6	2
Mala	1	1	1	1
	25	7	15	13

Fuente: (Investigación de Campo, 2017) Elaborado por: Juan Luis Toscano

Conoce el uso de la historia clínica digital?

Gráfico 9: Pregunta 9 de Encuesta a Usuario Interno



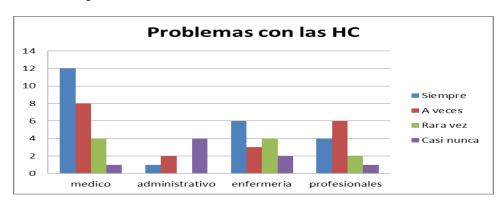
Fuente: (Investigación de Campo, 2017) Elaborado por: Juan Luis Toscano

Tabla 9: Pregunta 9 de Encuesta Usuario Interno

	medico	administrativo	enfermeria	profesionales
SI	18	6	12	9
NO	7	1	3	4
	25	7	15	13

¿Con qué frecuencia experimenta problemas con la historia clínica existente?

Gráfico 10: Pregunta 10 de Encuesta a Usuario Interno



Fuente: (Investigación de Campo, 2017) Elaborado por: Juan Luis Toscano

Tabla 10: Pregunta 10 de Encuesta Usuario Interno

	medico	administrativo	enfermeria	profesionales
Siempre	12	1	6	4
A veces	8	2	3	6
Rara vez	4	0	4	2
Casi nunca	1	4	2	1
	25	7	15	13

Fuente: (Investigación de Campo, 2017) **Elaborado por:** Juan Luis Toscano

En general, ¿con qué frecuencia cree Ud. que se pierde información de las historias clínicas?

Gráfico 11: Pregunta 11 de Encuesta a Usuario Interno Pérdida de Información en HC 16 14 12 Siempre 10 A veces 8 Rara vez 6 Casi nunca 4 2 o medico administrativo profesionales

Fuente: (Investigación de Campo, 2017) Elaborado por: Juan Luis Toscano

Tabla 11: Pregunta 11 de Encuesta Usuario Interno

	medico	administrativo	enfermeria	profesionales
Siempre	15	1	7	3
A veces	6	1	4	6
Rara vez	3	1	2	2
Casi nunca	1	4	2	2
	25	7	15	13

Fuente: (Investigación de Campo, 2017) **Elaborado por:** Juan Luis Toscano

En general, ¿cuánta influencia considera que tiene una historia clínica en la ejecución del tratamiento del paciente?

Gráfico 12: Pregunta 12 de Encuesta a Usuario Interno



Tabla 12: Pregunta 12 de Encuesta Usuario Interno

	medico	administrativo	enfermeria	profesionales
Mucha Influencia	18	5	13	8
Alguna Influencia	6	1	1	3
Poca Influencia	1	1	1	2
	25	7	15	13

3.2.Resultado de la Entrevista

La entrevista se llevó a cabo en el Hospital de Agudos Parmenio Piñero de la Ciudad de Buenos Aires a la Dra. Jefa del Departamento Técnico Administrativo Control de Gestión Auditoria y Planeamiento, quien es de profesión Tocoginecóloga con una maestría en Salud Publica y Administración de Hospitales.

1. ¿Cuánto tiempo tiene Ud. Trabajando en la institución?

En la institución tiene 47 años

2. ¿Cuánto tiempo tiene Ud. En este cargo?

Alrededor de 11 años en el cargo de Jefa del Departamento de Técnico Administrativo Control de Gestión Auditoria y Planeamiento

3. ¿Cuéntenos como es el actual registro de pacientes?

Es un registro por lo general en papel y lápiz, es decir en registro manual, además existe una dificultad en el manejo del volumen de manejo de papel por el tema de espacios, así como el manejo de las toneladas de peso de las historias clínicas.

- 4. ¿En cuánto a las historias clínicas como es el manejo del flujo de la misma?

 Se maneja en cada uno de los servicios por parte del paciente en cada uno de los procesos de atención de acuerdo al servicio que se atendió.
- 5. ¿Me podría contar las dificultades frecuentes con el manejo de las historias clínicas?

Entre las dificultades están toda la documentación complementaria que contiene las historias clínicas, así como el registro de firmas, hojas de enfermería y consentimientos legales requeridos. Existen los problemas con la caligrafía y la duplicación de las historias clínicas, registro de datos al igual que las fechas.

6. ¿Están utilizando algún sistema tecnológico en el manejo de pacientes?

Manejo de registros computarizados en las guardias, cirugías y maternidad, así como partes manuales es decir un sistema mixto dependiendo los servicios.

7. ¿Pudiendo ser el caso que opinaría sobre la implementación de las HCE?

Sería muy favorable la inclusión de la tecnología en el sistema de salud pública pero mediante un proceso adecuado de implementación por etapas es decir en infraestructura, equipamiento y capacitación.

8. ¿En su perspectiva cuales serían los inconvenientes de implementar las HCE?

Una de las principales dificultades es el equipamiento de las computadoras, debido a la seguridad de los equipos, además de la normal resistencia al cambio que se puede producir por parte del personal mayor.

9. ¿En general consideraría que la implementación de las HCE ayudaría a mejorar algún proceso en la institución?

Claro que ayudaría en todos procesos ya que mejoraría en el ahorro de tiempo y la lectura de las indicaciones por parte del personal médico. Peor con la especificidad de cada servicio.

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones de la Investigación

- En resumen podemos mencionar que dentro del análisis del personal interno las distribución de género en los segmentos seleccionados del hospital se encuentran en una relativa equidad, es decir con un 55% masculinos y un 45% femeninos.
- Se puede señalar que se dio un mayor peso de la muestra a los segmentos de médicos con un 42% y el personal de enfermería con un 25% de la muestra. Es así como el rango etario de la población se encuentra en el rango de 31-45, aunque en el personal de contacto directo con el paciente se encuentra en el rango de 46-60.
- Luego del proceso podemos mencionar que un 37% de la muestra tienen más de 11 años
 en la institución en la cual la mayor incidencia es del personal médico y de enfermería.
- En el ámbito de la utilización de las historias clínicas analizando todos los segmentos coinciden con un 68% de utilización con un grado mayor en los segmentos de atención directa y de igual forma los segmentos consideran que la utilidad es alta con un 70%.
- Los segmentos consideran en un 45% que el manejo de las historias clínicas es regular de las historias tradicionales y de igual forma los segmentos consideran 68% que el manejo de las historias clínicas electrónicas están en muy buena y buena.

- El 75% de los segmentos en algún momento han utilizado el sistema de las historias clínicas electrónicas, así mismo un 38% siempre han experimentado problemas con las historias clínicas y un 32% del segmento en algunas veces.
- La pérdida de información esta considera en un 43% por parte de los segmentos, y a su vez un 73% consideran que la historia clínica influyen en los tratamientos de los pacientes.

4.2. Recomendaciones de la Investigación

En vista de la inclusión de las tecnologías en los procesos de salud, podemos manifestar que la tecnología ayudaría en los procesos de registro de la información y mejoras en el almacenamiento de la misma para de esta forma agilitar los procesos de tratamientos de los pacientes y toma de decisión por parte de los usuarios internos.

Otro de los aspectos a considerar en el proceso y aceptación de la historias clínicas electrónicas esta dado desde la aceptación del personal en la implementación, ya que se debe hacer un proceso por etapas es decir desde la inversión en equipos , medios y capacitación a fin que el proceso logre tener los resultados esperados.

Es por ello que a través de la investigación podemos recomendar que los segmentos estén dispuestos a aceptar los cambios tecnológicos siempre y cuando se les brinde las condiciones necesarias para el manejo adecuado de las historias clínicas electrónicas.

CAPÍTULO 5 PROPUESTA

5.1. Desarrollo de Propuesta

Luego del proceso de investigación y análisis de la información recopilada de los usuarios internos se podría decir que el clima organizacional según Brunet, (1987), es en ese aspecto que todos los segmento analizados se encuentran con mucha expectativa por la medidas de reformas de las TIC por parte del Estado argentino en el sector público y en especial en el sector de la salud con la implementación de las Historias Clínicas Electrónicas.

Dentro del análisis en el hospital Piñeros como muestra de una casa de salud pública que podemos mencionar que las expectativas son favorables, aunque la resistencia al cambio se encuentra en una pequeña porción de usuario interno, es decir para reducir o minimizar este efecto se debe de integrar a los funcionarios como la teoría concibe a la integración como un *proceso* abierto, caracterizado por el *spill-over* de un área a otra. Aunque el punto final está supuestamente abierto, "es claro que deber ser institucional" (Mutimer, 1994: 31), en el proceso de implementación de las modificaciones.

Lo que se recomienda es realizar un proceso de incorporación mediante un cronograma específico de acciones que se inicien en el cambio de la matriz tecnológica del hospital,

equipamiento de sistemas y equipos de computación, y por ultimo pero no menos importante la capacitación y familiarización con el sistema por parte de los usuarios. También han de evitar que se difundan tecnologías dañinas y otras que, sin aportar mejoras de salud ni calidad de vida, aumenten los costos del sistema, particularmente si han de afrontarse con fondos públicos o de la seguridad social. El reto es conseguir conocer la efectividad de los tratamientos y diseñar incentivos a los proveedores para que los provean y a los pacientes para que los demanden. La tecnología médica y el gasto se determinan simultáneamente por las fuerzas del mercado y de la regulación. En la medida en que las nuevas tecnologías propulsan el gasto sanitario, los sistemas de salud y aseguradoras han de optar entre dar mucho a pocos o poco a muchos, suscitando problemas de eficiencia pero también de equidad.

Es importante señalar que dentro del proceso de investigación se evidencio que en el ámbito del cumplimiento de la normativa legal vigente, existe en la mayoría del usuario interno del Hospital Piñeros se encuentran dispuestos a la aceptación de un sistema de informatización de las Historias Clínicas, aunque existe también el fenómeno de resistencia al cambio por parte de un determinado grupo para lo cual se debería emplear las técnicas necesarias como lo menciona Kurt Lewis (1942) la que sostiene para disminuir lo más posible este efecto en la institución se debe realizar el siguiente proceso de:

"1. Descongelar.

Este paso comprende el hecho de crear conciencia de la necesidad de cambiar y de eliminar o reducir cualquier resistencia al cambio. Al iniciar el proceso de cambio la organización se encuentra en equilibrio. Esta primera etapa consistirá por tanto, en hacer tan evidente la necesidad del cambio que todos los integrantes del grupo lo acepten. Esta etapa es necesaria para superar la resistencia de las personas que dificultan el cambio y esto se podrá lograr de tres maneras: reforzando las fuerzas que favorecen el cambio, debilitando las que lo dificultan, o combinando las dos formas anteriores

2. El cambio.

Consiste en alterar la situación de la organización. En esta etapa se fomentarán nuevos valores, actitudes y comportamientos, tratando de lograr que los miembros de la organización se identifiquen con ellos y los interioricen. Entre las actividades que habrá que llevar a cabo para lograr que esta etapa se desarrolle de la manera más efectiva están las siguientes: trazar un claro proyecto para la implementación del cambio; comunicarlo a todos los afectados; plantear retos atractivos que inciten a los afectados a moverse; formarles y entrenarles en las nuevas habilidades requeridas y desarrollar mecanismos de retroalimentación que permitan un seguimiento sobre la marcha del proceso de implementación.

3. Recongelamiento.

Aquí se debe estabilizar a la organización después de que se ha operado el cambio. Convertir en regla general el nuevo patrón de comportamiento para que pueda arraigarse en los individuos y la nueva situación sea permanente."

CAPÍTULO 6

CONCLUSION

6.1. Conclusión

En conclusión luego del desarrollo del trabajo de tesina podemos señalar que en el proceso de implementación de las Historias Clínicas Electrónicas en los centros de salud públicos han presentado algunos problemas en el desarrollo del proyecto ya que se han desarrollado como proyectos descendentes sin tomar en consideración los requerimientos de los usuarios finales del sistema, ya que debe cumplir con los principios elementales de las historias clínicas como son la accesibilidad, universalidad y comodidad para el usuario. Es por ello que debe de tener una metodología correcta del trabajo, ya que se tiene que tener en cuenta el documento es un medio para que el personal de salud para que puedan ejercer eficientemente sus funciones.

Es por ello que para poder realizar una adecuada implementación de la Historias Clínicas Electrónicas se debe hacer un análisis de los factores claves como son los interno y externode la institución, disponer de la infraestructura adecuada, integración de las pruebas y documentos, análisis de los circuitos, establecer los roles, funciones de los usuarios y los respectivos soportes.

Para poder alcanzar el objetivo de las modernizaciones de lasinstitucionespúblicas de salud en la reducción de espacios físicos, aumentar la calidad, así como la eficiencia y eficacia en el servicio de salud pública a la población.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- Alonzo Lanza, José Luis(2005). La historia clínica electrónica: ideas, experiencias y reflexiones. ACIMED, vol. 13, no. 5, p.1-1. ISSN 1024-9435
- Certo, Samuel (1997). Dirección Estratégica. (3ª ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Criado del Río Mª T; Seoane Prado J (1999). Aspectos médicolegales de la historia clínica, Madrid:
- Cohen, William A. (2001). El plan de marketing Bilbao, España; Deusto
- Fajardo, Guillermo (2015). Gerencia y Administración Estratégica de la Atención Médica: Garantía Editorial Médica Panamericana.
- Fernandez, Pablo / Bajac, Hector (2003). La gestión del marketing de servicios: principios y aplicaciones para la actividad gerencial – Buenos Aires, Argentina; Gránica.
- Gala López B.(1999), Salud, proposición de un diseño y premisa teórica de una historia clínica computarizada para la atención hospitalaria. Rev Cubana EducMed Sup;13(1):46-55.

- Johnson, G., Scholes, K., Whittington, R. (2006). Dirección estratégica.
 Editorial Pearson Educación. Madrid. ISBN: 027368739.
- Krieger, Mario y Colaboradores (2013). Estado y Administración Pública.1^a
 edición, Buenos Aires, Errepar. Pags. 187-1995.
- Krieger, Mario y Colaboradores (2013). Estado y Administración Pública. 1^a
 edición, Buenos Aires, Errepar. Pags. 280-284.
- Krieger, Mario y Colaboradores (2013). Estado y Administración Pública. 1ª
 edición, Buenos Aires, Errepar. Pags. 480-482.
- Koontz, Harold / O'Donnell, Cyril (2003) Curso de Administración
 Moderna-Un Análisis de Sistemas y Contingencias de las Funciones
 Administrativas. México. Litográfica Ingramex SA.
- Koontz, Harold y Weihrich Heinz. (2004). Administración una Perspectiva Global, 12a edición, Editorial, McGraw-Hill Interamericana.
- López Mas, Julio (2006). Motivación laboral y Gestión de Recursos
 Humanos en la Teoría de Frederick Herzberg. México. Editorial LIMUSA.
- Malagón-Londoño, Gustavo; Galán Ricardo; Pontón Gabriel (2008).
 Administración Hospitalaria: Garantía Editorial Médica Panamericana.

- Malagón-Londoño, Gustavo; Galán Morera, Ricardo; Pontón Laverde,
 Gabriel (2006). Garantía de Calidad en Salud 2da Edición: Garantía
 Editorial Médica Panamericana
- Mazzáfero, V.; Nieto, R.: "Sistemas de Salud". Medicina en Salud Pública.
 Ediciones El Ateneo. Bs.As. 1987.
- Morera, GM (2002). Sistema de Información Hospitalaria. Administración Hospitalaria. 2º Edición. Panamericana. Pags. 493-494.
- Ortun, Vicente (1996). Innovación en sanidad: AES Barcelona.
- Peter, Joseph (1992). El proceso de planificación estratégica para hospitales. Masson. Barcelona.
- Pico JC. Et al. (1998). La historia clínica informatizada apreciaciones sobre su viabilidad. AMA. V 110. Nº 2.
- RUEDA-CLAUSEN PINZÓN. Christian Eduardo. La historia clínica informatizada. Evaluación de los casos colombiano y español. Edit. UNAB MEDUNAB. p. 63-71.
- Thompson, Athur, Strickland y Gamble (2007). Administración Estratégica.
 México: McGraw Hill

Páginas web:

- Información obtenida del sitio Conejo. Área de Salud Alajuela Norte. 2008"
 Tesis de Maestría.
 http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESINA/2008/Ugalde_Meza_Jose_Luis_T
 S_SA.pdf Consultado 13/02/2017 2:05 pm
- Información obtenida del sitio webhttp://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000164999/160432/norma.htm el 04/02/2017. 5:12 pm
- Información obtén ida del sitio web http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/6.hospital_general_de_agudo s_parmenio_pinero_0.pdfrecuperado el 04/04/2017 3:15pm
- Información obtenida del sitio web https://www.hcdiputados-ba.gov.ar/includes/ley_completa.php?vnroley=14828, recuperado el 04/01/2017 10pm
- Información obtenida del sitio web http://www.buenosaires.gob.ar/noticias/la-ciudad-incorpora-la-historiaclinica-electronica04/01/2017 10pm

- Información obtenida del sitio
 webhttps://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=57864, recuperado el
 04/04/2017 7:25pm
- Información obtenida del sitio webhttps://www.argentina.gob.ar/buscar/plan%20de%20modernizacion%20, recuperado el 18/03/2017 7:25pm
- Información obtenida del sitio web
 http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000 259999/259082/norma.htm, recuperado el 04/04/2017 7:25pm

ANEXOS

CUESTIONARIO 1

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

MASTER EN GESTION PÚBLICA Y DESARROLLO GUBERNAMENNTAL

Grupo objetivo:

Personas que son usuarios del sistema de salud público en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Buenos días/buenas tardes, mi nombre es Juan Luis Toscano. Quisiera poder contar con su colaboración. Toda la información que usted me proporcione será utilizada únicamente con fines estadísticos y no será revelada a persona alguna, su identidad será mantenida en el anonimato. Gracias.

1.	¿Cuál es su sexo?
0	Masculino
0	Femenino
2.	¿Cuál es su edad?
0	18 años
0	18-30
0	31-45
0	46-60
0	Más de 61

3. Aproximadamente, ¿cuántos años tiene trabajando en esta institución?

0	0-2
0	3-5
0	6-8
0	9-11
0	Más de 11
4.	¿Con qué frecuencia Ud. utiliza la información de las historias clínica?
0	Casi siempre
0	A veces
0	Rara vez
0	Casi nunca
5.	¿Qué tan útil Ud. considera que son las historias clínicas?
0	Muy útil
0	Poco útil
0	Nada útil
6.	En general de la Institución, ¿cómo calificaría el manejo de las historias clínicas?
0	Muy buena
0	Buena
0	Regular
0	Mala
7.	Conoce el uso de la historia clínica digital?

•	SI
•	NO
8.	En general, ¿cómo calificaría el manejo de historias clínicas digitales?
0	Muy buena
0	Buena
0	Regular
0	Mala
9.	Conoce el uso de la historia clínica digital?
•	SI
•	NO
¿Cı	uáles?
 10.	¿Con qué frecuencia experimenta problemas con la historia clínica existente?
0	Siempre
0	A veces
0	Rara vez
11.	En general, ¿con qué frecuencia cree Ud. que se pierde información de las historias clínicas?
0	Siempre

0	A veces	
0	Nunca	
12. En general, ¿cuánta influencia considera que tiene una historia clínica en la ejecución del tratamiento del paciente?		
0	Mucha influencia	
0	Alguna influencia	
0	Poca influencia	
MU	CHAS GRACIAS	

CUESTIONARIO 2

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

MASTER EN GESTION PÚBLICA Y DESARROLLO GUBERNAMENTAL

Entrevista:

Formulario de Preguntas para Entrevista

- 1. ¿Cuánto tiempo tiene Usted. Trabajando en la institución?
- 2. ¿Cuánto tiempo tiene Usted. En este cargo?
- 3. ¿Cuéntenos como es el actual registro de pacientes?
- 4. ¿En cuánto a las historias clínicas como es el manejo del flujo de la misma?
- 5. ¿Me podría contar las dificultades frecuentes con el manejo de las historias clínicas?
- 6. ¿Están utilizando algún sistema tecnológico en el manejo de pacientes?
- 7. ¿Pudiendo ser el caso que opinaría sobre la implementación de las Historias Clínicas Electrónicas?
- 8. ¿En su perspectiva cuales serían los inconvenientes de implementar las Historias Clínicas Electrónicas?
- 9. ¿ En general consideraría que la implementación de las Historias Clínicas Electrónicas ayudaría a mejorar algún proceso en la institución?

FOTOGRAFIA DE ALMACENAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

MASTER EN GESTION PÚBLICA Y DESARROLLO GUBERNAMENTAL

Imagen # 1



Imagen # 2



Imagen # 3

