

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

**MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA Y DESARROLLO
GUBERNAMENTAL**

TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA

Análisis sobre la Implementación del Proceso Único de
Información Integrada en el Sistema de Salud de la
Ciudad de Buenos Aires

AUTOR: JUAN LUIS TOSCANO

DIRECTOR: NORBERTO BALLESTEROS

BUENOS AIRES - ARGENTINA

[JULIO/2019]

EVALUACIÓN DEL COMITÉ

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar un profundo agradecimiento que siento con Dios, con mis padres y hermanos 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 más 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 maestra, en administración. A mis padres quienes me dieron la vida, educación, apoyo y consejos. A mis hermanos 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 lograría hacer esta tesis. A todos ellos les agradezco desde el fondo de mi alma.

RESUMEN DE LA TESIS

El desarrollo de tesis tiene la finalidad de analizar la viabilidad de la implementación de un **“Sistema Integrado de Información en el Sistema de Salud Pública para la ciudad de Buenos Aires”**, ya la ciudad ha experimentado un crecimiento acelerado de la población y se debe tener en cuenta que la salud es una preocupación permanente por parte de las poblaciones a través de todos los tiempos y en los últimos años ha venido incrementando fuertemente las expectativas de las personas por un servicio de calidad y de eficiencia por parte de los agentes prestadores de servicios públicos.

Este trabajo realiza un estudio de las necesidades de manejo de la información de salud de los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires, teniendo en cuenta las nuevas políticas públicas de modernización por el gobierno para la incorporación de la tecnología en los procesos públicos y en especial en la salud, se crea la necesidad de diseñar un sistema de información que se adapte a las necesidades de la tendencia de la modernización estatal como política pública.

Los resultados de este trabajo de tesis nos muestran que existen algunas insatisfacciones por parte de los usuarios interno en el manejo, almacenamiento y toma de las decisiones con la información generada dentro de las actividades de los hospitales públicos, en vista que la generación y recolección de la información es muy eficiente pero el proceso del manejo de la información a su vez se puede evidenciar que se encuentra con algunas dificultades. Finalmente, el usuario interno se mostró favorable a la implementación del sistema que generaría cambios en la productividad originados desde la instalación de los equipos y sistemas tecnológicos, mejoras en eficiencia técnica y cambios en el modelo de administración de la información, donde el bienestar de las personas sean el núcleo central todas las actividades.

PALABRAS CLAVES

Tecnologías de la Información y de las Telecomunicaciones (TIC)

Sistema de Información Sanitaria (SIS)

Cultura Organizaciones

Normas y Reglamentos

Equipos

Infraestructura

Estándares

Indicadores

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO 1	18
1.1. Descripción del problema de investigación	18
1.2. Análisis de la Problemática en Buenos Aires	21
Sistema Sanitario Buenos Aires	21
1.3. Justificación del Problema.....	37
1.4. Esquema del Problema.....	41
1.4.1. Hipótesis	41
1.4.2. Objetivo General.....	42
1.4.3. Objetivo Especifico	42
1.5. Pregunta de Investigación.....	42
1.6. Alcance de la Investigación.....	43
1.7. Limitaciones de la Investigación.....	44
CAPÍTULO 2	47
MARCO TEORICO.....	47
2.1. Administración Pública	47
2.1.1. Modelo de Administración Burocrático	47
2.1.2. Modelo Antiguo de Administración Hospitalaria.....	49
2.1.3. Modelo de Nueva Gestión Pública	52
2.1.4. Modelo de Administración Estratégica Hospitalaria.....	53
2.1.5. Plan de Modernización en Salud	55
2.1.6. Teoría de inclusión de las TIC en la Administración de Salud Pública....	56
2.1.7. OFICINA NACIONAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN (ONTI):.	57

2.2.	Normativa de la Organización Mundial de la Salud	59
2.2.1.	Estándares e Indicadores	59
2.2.2.	Ley Basica de Salud de la Ciudad De Buenos Aires	64
2.2.3.	Ley de Sistema Único de Salud	65
2.2.4	Plan Estratégico de Desarrollo de Salud.....	64
2.2.5	Sistemas de Información de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.....	68
2.3.	Normativas Legativas	73
2.4.	Normas de Acreditación Canadiense	88
2.5.	Modelo de Sistema de Información Sanitaria.....	90
CAPÍTULO 3	94	
3.1.	Situación Actual	94
3.2.	Tendencias	96
3.3.	Estructura.....	97
3.4.	Factores Intervinientes	97
3.5.	Factores Políticos	98
3.6.	Factores Económicos	99
3.7.	Factores Sociales.....	100
3.8.	Factores Tecnológicos	100
CAPÍTULO 4	101	
4.1.	Enfoque de la Investigación	101
4.2.	Enfoque cualitativo	101
4.3.	Enfoque cuantitativo.....	101
4.4.	Modalidad de la investigación.....	101
4.5.	Modalidad de Campo	101
4.6.	Modalidad Bibliográfica- Documental.....	101
4.7.	Nivel o Tipo de Investigación	101
4.8.	Nivel de Investigación Exploratorio.....	101

4.9. Nivel de Investigación Descriptivo	102
4.10. Nivel de Investigación Correlacional	102
4.11. Población y Muestra	102
4.12. Recolección de información.....	103
4.13. Encuesta	103
4.14. La entrevista.....	103
4.15. Procesamiento y Análisis	103
CAPÍTULO 5	106
5.1. Resultados de la Investigación	106
CAPÍTULO 6	121
6.1. Conclusiones de la Investigación	121
6.2. Recomendaciones de la Investigación	123
BIBLIOGRAFÍA	125
ANEXOS	133

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Pirámide de Maslow: la jerarquía de las necesidades humanas	15
Ilustración 2: Red Integral de Salud	23
Ilustración 3: Modelo Burocrático: evolución en el diseño de las organizaciones	48
Ilustración 4 Mapa Sectorial de Salud.....	97

LISTA DE TABLAS

Tabla1: Instituciones de Salud de Buenos Aires	24
Tabla 2: Procesamiento de la información	104
Tabla 3: Sexo	106
Tabla 4: Edad	106
Tabla 5: Tiempo que trabaja en la institución.....	108
Tabla 6: Utiliza la información generada por la institución.....	109
Tabla 7: Utilidad del almacenamiento de datos.....	110
Tabla 8: Calificación del manejo de la información	111
Tabla 9: Conoce el uso del almacenamiento integral de datos	112
Tabla 10: Calificación de la información hospitalaria en digital.....	113
Tabla 11: Conoce el uso de almacenamiento de información	114
Tabla 12: Experimenta problemas con la historia clínica existente	115
Tabla 13: Cree Ud. que se pierde o se registra inadecuadamente la información.....	116
Tabla 14: Influencia que tiene un sistema de información en la toma de decisiones..	117

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Establecimientos de Salud en Buenos Aires.....	23
Gráfico 2: Sexo.....	106
Gráfico 3: Edad.....	107
Gráfico 4: Tiempo que trabaja en la institución	108
Gráfico 5: Utiliza la información generada por la institución	109
Gráfico 6: Utilidad del almacenamiento de datos	110
Gráfico 7: Calificación del manejo de la información	111
Gráfico 8: Conoce el uso del almacenamiento integral de datos.....	112
Gráfico 9: Calificación de la información hospitalaria en digital	113
Gráfico 11: Conoce el uso de almacenamiento de información.....	114
Gráfico 11: Experimenta problemas con la historia clínica existente	115
Gráfico 12: Cree Ud. que se pierde o se registra inadecuadamente la información ...	116
Gráfico 13: Influencia que tiene un sistema de información en la toma de decisiones	117

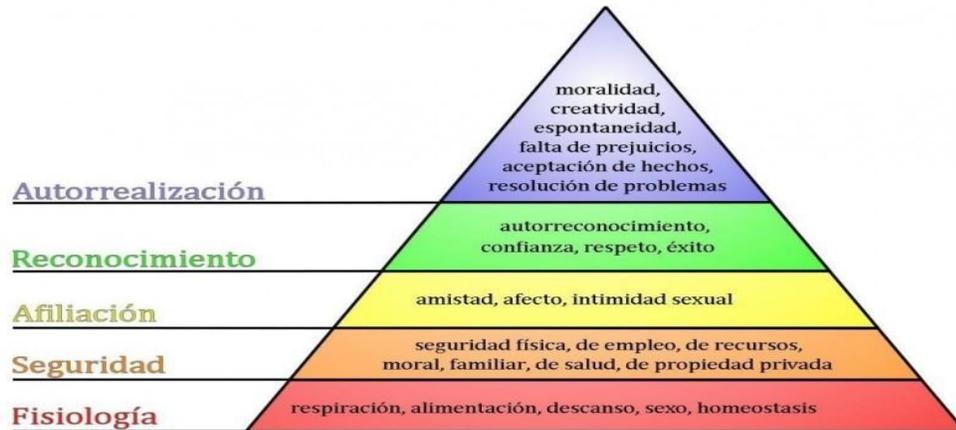
INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido profundos cambios dentro de la administración pública y las obligaciones de los gobernantes como se analiza en la maestría de Gestión Pública y Desarrollo Gubernamental, debemos reconocer que la gestión en el sector público han aumentado el interés por el funcionamiento y el control de la salud pública y de esta forma se identificó una serie de problemas en la gestión de la información en los centros de salud en la población latinoamericana, puesto que cuenta con recursos limitados con los que debe satisfacer las necesidades de cobertura de salud de los ciudadanos.

Para los mandatarios centrales al igual que para los seccionales la administración de la gestión sanitaria de las secretarías de salud y el manejo de la informática médica se puede definir como una disciplina que se enfoca en la adquisición, almacenamiento y uso de la información en salud y medicina.

Es por tal motivo que conceptualmente para la administración pública, la administración sanitaria ha sido una preocupación, en vista que es un tema sensible para el bienestar de las personas según lo menciona Weber (1944) y la teoría de la pirámide de Maslow (1943), que sostiene que la salud es una necesidad de seguridad de todas las personas, y de igual forma una constante preocupación de cobertura para los encargados en administrar el funcionamiento de los servicios sanitarios, tanto en lo concerniente al sector privado y más aún en el sector público de los países a nivel mundial; que debido a sus aspectos naturales del fenómeno actual que se genera desde la perspectiva de la magnitud de crecimiento poblacional, y por ende paralelamente a este efecto se puede señalar el incremento de la diversidad de enfermedades presente en las poblaciones por distintas razones.

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



Fuente: Maslow. (1943). A Theory of Human Motivation. Toronto.

En relación al estudio que realizó la OMS (2016), manifestó que la cobertura universal está sólidamente basada en la Constitución de la OMS de 1948, en la cual se expresa claramente que la salud en toda las poblaciones es un derecho humano fundamental, así como en el programa de Salud para todos establecido en 1978 en la declaración de Alma-Ata. En la cual su principal sustento está basado en el principio de la equidad como un aspecto primordial de la prestación del servicio.

Mediante la normativa señalada en párrafos anteriores se reglamenta, normatiza y regula a que los países deban evaluar los progresos dándole un marco de acción en el conjunto de la población nacional, sino también realizando su respectiva segmentación originada desde los diferentes grupos que se los pueden clasificar tomando en consideración los distintos criterios como son: para la agrupación, por los niveles de ingresos, sexo, edad, lugar de residencia, condición de migrante u origen étnico.

La cobertura sanitaria universal implica la necesidad de reconocer la función crucial que desempeñan para la población los servicios sanitarios públicos, dadas sus

características particulares. Es en este contexto de circunstancia que exige una gestión responsable de los administradores y una eficaz respuesta de los funcionarios a las demandas poblacionales planteadas. También se debe tomar en cuenta por otra parte, que la crisis económica actual ha agravado aún más esta situación, haciendo estrictamente necesario el control del gasto público sanitario.

La cobertura sanitaria universal y la gestión pública están directamente relacionadas en las consecuencias para la salud de la población. Es por ello que mediante una adecuada gestión pública desde la premisa del manejo de la información se puede mejorar la característica de la cobertura de los modelos sistemas públicos, puesto que en algunos casos se percibe reducida capacidad de respuesta relativa, coexisten con instituciones estatales y de seguridad social que, separadamente, brindan atención a las familias cuyos ingresos se asocian con los aportes de los trabajadores en empleos formales u obras sociales. Esto a su vez reduce el gasto del fondo público o social, atentando contra su calidad de atención y abriendo la posibilidad de mayor fragmentación. Subsidios cruzados no deseados, doble cobertura teórica, inconsistencia entre paquetes ofrecidos a distintas poblaciones ante similares necesidades, son el producto de sistemas segmentados de salud (Meceira, 2003).

En virtud de la interacción y las situaciones estatales cambiantes y dinámicas en el segmento de la salud. Los Estados y sus autoridades en todos los niveles en la actualidad se encuentran introduciendo los Nuevos Modelos de Gestión Pública con la incorporación de herramientas que respalden una mejor toma de decisiones con el manejo adecuado de la información generada desde las instituciones sanitarias.

Por ello, la administración y los hospitales públicos en Argentina están cada vez más centrados en la gestión; las prácticas de control y herramientas de gestión que se utilizan se deben de modernizar, para lograr controlar y mejorar el destino del gasto, los responsables como administradores del sistema sanitario requieren herramientas útiles que posibiliten una gestión eficiente de los recursos y toma de decisiones. Considerando sus características específicas, entre estas herramientas podrían encontrarse los sistemas para la planificación de recursos empresariales. De hecho, existen numerosas evidencias de implementación de sistemas ERP (Planificación de Recursos Empresariales), que han permitido conseguir mejoras considerables para las empresas. En este sentido, es conveniente conocer los efectos derivados de la implementación y uso de los ERP en el sector público, con especial atención en cómo y por qué determinadas variables influyen en este proceso. Y con una mayor comprensión ayudaría a superar los obstáculos que encuentran en los procesos de salud y lo que representan las innovaciones en la práctica, y su vez facilitaría su divulgación y la implementación de proyectos similares.

CAPÍTULO 1

1. EL PROBLEMA Y SUS GENERALIDADES

1.1. Descripción del problema de investigación

La tesis se encuentra enmarcada dentro de los parámetros correspondientes al programa de Maestría de la Universidad de Buenos Aires, en la cual tiene como finalidad el estudio y análisis de la IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN DE GESTIÓN DE SALUD, puesto que en la actualidad los establecimientos de salud pública tienen problemas para la gestión de su información pues: i) poseen escasos elementos integradores de datos los que se encuentran dispersos en diversos archivos, ii) pocos elementos que aseguren la calidad del ingreso de los datos estimándose que sean escasos, trayendo como consecuencia que la generación de reportes estadísticos se realicen con un margen de error, iii) poca utilización de tecnologías adecuadas para la gestión de la información, usando diseños de software de décadas pasadas.

En tal sentido que, relacionando las deficiencias mencionadas y la tendencia actual de un sistema público de salud eficiente, se han creado leyes y normativas por parte de algunos gobiernos nacionales y seccionales en muchos de los países en los que se trata de implementar la visión de automatización de los procesos y servicios estatales en todos los niveles, es por ello, que esta visión de automatización del sector público favorece a la implementación de un nuevo sistema y la mejora de la tecnología para el manejo de la información generada para la atención de salud, y que se ha tornado esencial para prestar una adecuada asistencia sanitaria enmarcada en los parámetros de calidad y eficacia en relación con la delegación del presupuesto y en la mayoría de las ocasiones tomando como referencia el indicador en la cobertura de la población.

Es en tal sentido la tendencia de algunos países ha tomado medidas con la finalidad de aprovechar los avances tecnológicos y establecer gobiernos que posean estructuras cada vez más planas, las cuales se centra en la aplicación de sistemas de información integrada, que ha contribuido a mejorar el actual modelo de gestión en todas las áreas al igual que en los servicios de salud, así mismo como en la prestación de asistencia

sanitaria. La información obtenida dentro de las entidades de salud pública es la principal fuente para la toma de decisiones de las diversas unidades como la oficina ejecutiva de apoyo administrativo, dirección de medicina y la dirección de estadística e informática. Siendo esta última la dirección encargada de administrar la información de entrada y los sistemas que la utilizan, y en tal entorno llegar a la finalidad de la creación de un ambiente favorable que propicie el mejoramiento de la accesibilidad y la calidad de la asistencia a los pacientes y por otra parte contribuye a la base de conocimientos necesaria para la toma de decisiones clínicas y administrativas.

- **Entorno de América Latina y Argentina**

Dentro del análisis en América Latina, y principalmente en Argentina se está estableciendo la tendencia de cambios de las estructuras de las instituciones para poder estar a la vanguardia del mundo actual, en lo cual se debe ajustar al desarrollo y crecimiento en post del entorno tecnológico, para lo cual también se están realizando modificaciones de las normativas y estructuras que involucran como mecanismo de acceso a la información bajo parámetros de rapidez, privacidad, confiabilidad y eficiencia, que permitan un desarrollo conveniente dentro de las instituciones y contribuya al desarrollo nacional.

Esta tendencia que actualmente es una realidad está siendo asumida por las organizaciones mundiales, entre ellas, las instituciones de educación superior, establecimientos generadores y promotores de conocimiento que asumen la tecnología, como herramienta fundamental para optimizar sus procesos internos. Es por ello que desde esta perspectiva de la implementación de sistemas automatizados se constituyen en una alternativa real y eficiente para mejorar los resultados de la gestión y un mejor desempeño laboral.

Es así como se podría manifestar que se ha establecido como un reto que radica en determinar la infraestructura de la prestación de servicios de salud y sus necesidades de información, y que permite decidir dónde se necesitan principalmente los sistemas de información prioritaria, estableciendo que es en los centros secundarios y terciarios o en

los establecimientos de atención primaria en la comunidad y el nivel local de las poblaciones de América Latina y por ende en Argentina.

- **Entorno de Argentina**

En Argentina se está tomando medidas en el ámbito de centrarse en la atención del paciente y el desarrollo de sistemas de información sanitaria basados en los pacientes y dirigidos a la comunidad, ya que son las nuevas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que tiene cobertura a nivel mundial. Esta perspectiva de la nueva administración pública en todos los ámbitos, al igual que los sistemas sanitarios, recomienda la OMS que debe ser la base de nuestro modelo de planificar para elaborar soluciones estratégicas en materia de información para atención de salud. Además, se puede mencionar que la información básica acerca de la salud de los ciudadanos y las comunidades dentro del contexto de la administración pública, debe constituir la información medular para la formulación de las políticas sanitarias y a su vez para la prestación y cobertura de servicios a todos los niveles.

Es por ello, que los objetivos esenciales del desarrollo de sistemas de información y administración de los mismos en el marco de los modelos públicos estatales y a su vez en los sistemas de salud son: facilitar los aspectos logísticos de la atención de salud; permitir que las instituciones de salud funcionen eficientemente; ayudar a los prestadores de asistencia a actuar eficazmente; mejorar el acceso a los datos administrativos, clínicos y epidemiológicos; tanto individuales como colectivos; y simplificar el acceso a las referencias biomédicas.

Los objetivos se materializan mediante la gestión pública automatizada de datos del paciente y los datos hospitalarios; el apoyo a los servicios de diagnóstico y terapéuticos; los sistemas de imagenología; la gestión de los recursos; la integración de los datos administrativos y clínicos; el acceso distante a la información médica; el acceso a las bases de conocimientos institucionales; y la administración adecuada de los recursos

1.2. Análisis de la Situación Sanitaria en Buenos Aires

Sistema Sanitario Buenos Aires

En relación a la problemática de investigación del proyecto se ha tomado como marco de análisis el escenario de la problemática del sistema sanitario de la ciudad de Buenos Aires.

En virtud del análisis del marco de desarrollo y de acuerdo a los estudios realizados se podría decir que los ciudadanos de menores recursos acceden principalmente a la atención curativa y utilizan el subsistema público de salud, mientras que la población de mayor ingreso son los que realizan más prácticas preventivas por medio de las obras sociales y la medicina prepaga. De acuerdo a los estudios del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), el sistema público de atención de la salud en Buenos Aires se organiza bajo un esquema complejo y muy desigual e inequitativo entre la población establecida en CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires). En CABA, se puede mencionar que dentro de los subsistemas de financiamiento no estatales se diferencian las obras sociales (nacionales y provinciales) y las prepagas. Las obras sociales cubren a los trabajadores formales y se financian principalmente a través de aportes de los beneficiarios y contribuciones patronales y son obligatorios para todos los trabajadores en la modalidad de relación de dependencia. Las prepagas son empresas de seguros que dan cobertura a partir de la contratación voluntaria e individual. El presente tiene por objetivo describir los recursos con los que cuenta la ciudad para dar respuestas a las necesidades en salud de la población. Se entiende por recursos en salud a los recursos físicos, humanos y materiales que utiliza el sector en todos sus subsistemas (OMS, 2017). El conocimiento de los mencionados recursos sanitarios con los que cuenta la Ciudad de Buenos Aires, resulta fundamental para planificar acciones en salud. En el marco del Plan de Salud 2016-2019 para la Ciudad, se sostiene que es central en el fortalecimiento de una política sanitaria, construir una red integrada de cuidados progresivos basada en las necesidades de la población.

La oferta asistencial está limitada por la disponibilidad de recursos físicos, humanos, insumos y tecnología. Los recursos físicos están influenciados por la oferta derivada de

la propia organización gremial de los profesionales, que cumplen funciones de autorregulación de sus prácticas. Estas diferencias en la disponibilidad de recursos de toda orden producen brechas y desigualdades en la atención a la salud entre provincias (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud [ISAGS], 2012).

De acuerdo con la Ley Básica de Salud N°153, el Sistema de Salud “está integrado por el conjunto de recursos de dependencia estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. (CABA, Ley 153, art. 10°). En Buenos Aires existen tres grandes sistemas de cobertura:

- El subsistema público, que proporciona cobertura universal y gratuita mediante centros de atención primaria de la salud y hospitales, y con una delegación provincial. Lo utilizan en su mayoría personas de bajos recursos o en caso de accidentes y catástrofes.
- La seguridad social, que incluye a las obras sociales sindicales y al PAMI con una representación nacional, y a las provinciales que tienen una gestión provincial, pero con criterio federal.
- El subsistema privado, compuesto por las prepagas y mutuales. La **Ley 23.661**, promulgada el 5 de Enero de 1989 del Sistema Nacional del Seguro de Salud, mediante un sistema federal, delega a las provincias las competencias públicas del cuidado de la salud.



Ilustración 2: Red Integral de Salud

Figura: Niveles de Atención de la Red de Salud

Fuente: Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, (2014).

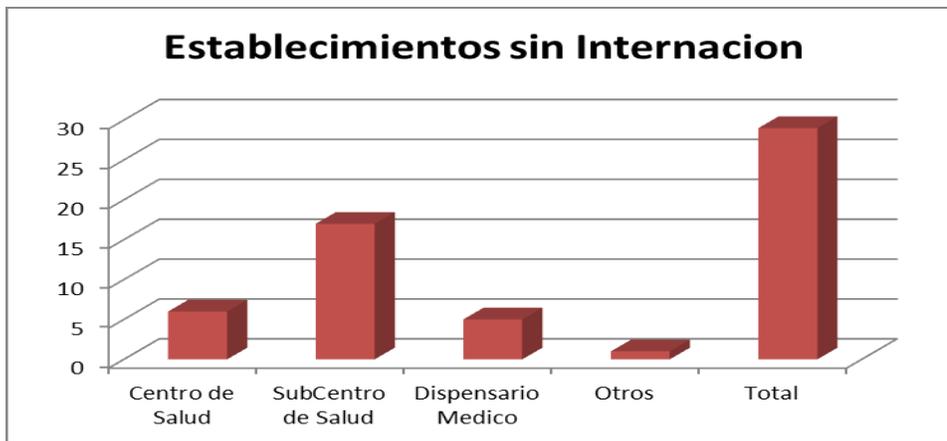


Gráfico 1: Establecimientos de Salud en Buenos Aires

Fuente: INEC. (2015). Establecimientos de Salud en Buenos Aires

Elaborado por: Toscano. (2018).

De acuerdo a lo establecido en la Ley Básica de Salud N°153, el Sistema de Salud “está integrado por el conjunto de recursos de dependencia estatal, de la seguridad social y

privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. (CABA, Ley 153, art. 10°) Se puede señalar que, esta visión integral no fue aún asumida por el Gobierno de la Ciudad; lo que se debe en parte a que las autoridades nacionales no han transferido a la Ciudad la totalidad de las competencias sanitarias. Es por ello que la mayor parte de los análisis y propuestas relacionados con el Sistema de Salud de la Ciudad siguen limitados a su carácter original de un gran municipio que aporta una cuantiosa capacidad instalada propia de hospitales al subsector prestador público (Cuadro 1).

Tabla 1: Instituciones GCBA

Cuadro 1.- INSTITUCIONES DE SALUD DEL GCBA		
Con Internación	13 H. Grales. Agudos	Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Penna, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Tornú, Vélez Sarsfield, Zubizarreta
	2 H. Grales De Niños	Elizalde, Gutiérrez
	14 H. Especializados	Alvear, Borda, Moyano, Tobar García, Sardá, Udaondo, Muñiz, Oncología, Quemados, María Ferrer, IREP, Rocca, Santa Lucía, Lagleyze,
Sin Internación	3 H. Odontológicos	Dueñas, Carrillo, Infantil Quinquela Martín
	C.S.M. Ameghino	
Atención Primaria	38 CESAC	
	Centros Médicos Barriales, Médicos y Odontólogos de Cabecera	
Otros Efectores	C. De Zoonosis, Talleres Protegidos, Hogar M. Ferrer.	
	H. Garrahan (bijurisdiccional Nación-GCBA)	
Movimiento Hospitalario 2008: 7364 camas disponibles. 186696 egresos. 9143989 consultas		
(Fuente: Dirección de Estadísticas en Salud – MSGCBA. Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/2008/)		

Tabla 2: Instituciones de Salud en Buenos Aires Fuente:
 Dirección de Estadísticas en Salud – MSGCBA **Elaborado por:**
 Dirección de Estadísticas en Salud – MSGCBA.

En los últimos años, se han desarrollado diversos proyectos en busca de un sistema más integrado con criterio organizativo tales como: la estrategia de Atención Primaria, las áreas programáticas, las más recientes regiones, la organización por niveles, las redes de servicios, entre otros.

En la actualidad, los efectores del GCBA brindan atención a millones de personas, en especial a aquéllas sin cobertura de salud, con prestaciones de todos los niveles y complejidades. Conforme a lo anterior, la transformación del Sistema de Salud para contribuir a la accesibilidad, equidad y calidad de atención sigue siendo un desafío permanente y dinámico en la Ciudad. Esto no se debe solamente a la histórica inexistencia de políticas de Estado en materia de salud sostenidas a nivel nacional y local. Además, los cambios de la situación social y económica de los problemas de salud y de la cobertura de la población; la modificación del conocimiento, la tecnología y las formas de organización; la necesidad creciente de trabajo en equipo, entre otros; exigen el replanteo constante del modelo de atención.

Este cambio es en general lento y complejo, ya que están involucrados múltiples actores e intereses, y cambios culturales profundos. Una de las variables de potencial transformación en la que haremos hincapié a continuación, es la cuestión territorial o espacial, es decir, la consideración de poblaciones residentes en espacios geográficos determinados, y su articulación con los servicios de salud. Esta cuestión pone en juego elementos demográficos, epidemiológicos, culturales, políticos, de participación poblacional; que permiten un abordaje más integral del proceso salud-enfermedad-atención, superando el principio organizativo del sistema restringido exclusivamente al saber médico.

✓ **Sistema de Información de Sanidad de Buenos Aires**

Un sistema de información es un conjunto integrado de recursos humanos y materiales mediante el cual se recolectan, almacenan, recuperan, procesan y comunican datos e información con el objetivo de utilizar los recursos de manera eficiente. Por consiguiente,

un sistema de información en salud corresponde a la infraestructura en recursos humanos y materiales que es esencial para integrar datos de salud, de modo de proveer información sanitaria de la población de forma oportuna y confiable permitiendo a los diferentes actores del sistema de salud responder a las necesidades de manera apropiada. Su principal objetivo es reducir al mínimo la incertidumbre en la toma de decisiones y colaborar con los organismos relacionados con la salud para alcanzar las metas (Manjarrez & Vinuesa, 2016).

En consecuencia, la información producida debe ser relevante en relación con el cumplimiento de ese objetivo. En la Argentina, el Sistema Estadístico Nacional (SEN) creado por la ley N° 17622/68 (Decreto Reglamentario N° 3110/70) constituye el instrumento jurídico para su funcionamiento y es coordinado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). En él se integran todos los organismos oficiales que generan estadísticas (Campos, 2014).

El SES comprende tres subsistemas, todos referidos al subsistema público nacional, provincial y municipal: – Subsistema de estadísticas vitales que registra nacimientos, defunciones, defunciones fetales y matrimonios. – Subsistema de estadística de servicios de salud que contiene el Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) de interés nacional e incluye información sobre: Estadísticas de pacientes internados. Estadísticas de movimiento de pacientes y utilización de camas. Estadísticas de consultas médicas ambulatorias. f Estadísticas de recursos de salud. – Subsistema de cobertura, demanda, utilización de servicios y gasto directo en salud basado en encuestas a la población (Manzano & Aldás, 2018).

Un Sistema de Información Sanitaria (SIS), cuya creación responde a la necesidad de establecer un sistema de vigilancia y evaluación del estado de salud de la población y de las actividades de promoción, prevención y de asistencia sanitaria, ha sido definido tradicionalmente como un mecanismo para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y docencia. Esta definición

posibilita la aparición de diferentes concepciones del SIS. Así, dentro de un área de salud o en una institución sanitaria, la gerencia entiende al SIS como una herramienta capaz de proveer una continua información del estado de su gestión y del grado de adecuación entre el producto sanitario ofertado y los recursos consumidos. Sin embargo, este subsistema de información no debiera llevar el apelativo de sanitario. Creemos que lo idóneo sería identificarlo con el nombre de sistema de información para la gestión y administración (Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires, 2017).

La aplicación de las TIC en nuestra institución comienza a fines de la década del 70. Al inicio del proyecto, el HIBA tenía un sistema de información administrativo y desintegrado, compuesto por múltiples sistemas independientes, administrados por diferentes grupos no coordinados y con infraestructuras tecnológicas diversas de *hardware* y el *software*. No existían diccionarios comunes ni tablas maestras, por lo cual la interoperabilidad de estos sistemas era imposible:

- ✓ En la capa administrativa el ERP desarrollado internamente.
- ✓ Preexistían también sistemas departamentales (laboratorio, radiología, etc.) aislados.
- ✓ El plan de salud tenía su propio sistema para la gestión de los socios.
- ✓ En los servicios médicos, existían sistemas de registro de patologías (cohortes).
- ✓ En el Departamento de Docencia e Investigación con servicio de correo electrónico con dominio propio

PLAN ESTRATÉGICO OMS (Organización Mundial de la Salud)

Nos planteamos una planificación quinquenal, que podemos describir en tres etapas:

La primera etapa comenzó en 1998 que comienza con la presentación del plan estratégico y la creación de las bases que serán el sustento del proyecto y la implementación inicial de una HCE en el ámbito ambulatorio.

La segunda etapa comenzó en 2004 y es la etapa de diseminación del proyecto, generalización de los aplicativos asistenciales a todos los ámbitos y servicios e integración de fuentes de información clínicas aisladas gracias a la implementación de estándares y de los servicios terminológicos. También se sumó la posibilidad de dar acceso a pacientes a través del portal de salud.

La tercera etapa comenzó en 2010 y se caracteriza por ser una etapa de innovación y desarrollo del proyecto, con la incorporación de nuevas tecnologías, integración del usuario en el diseño de las interfaces del sistema, la orientación a la atención a distancia e incorporación de tecnologías móviles en la asistencia institucional.

Los sistemas complejos deben ser estudiados como múltiples componentes no lineales, emergentes y de comportamiento dinámico que interactúan entre ellos. Una metodología que refleja estas interacciones es un modelo sociotécnico de ocho dimensiones , que ofrece un marco conceptual diseñado para analizar las variables sociotécnicas involucradas en el diseño, desarrollo, implementación, uso y evaluación de las TIC. Estas dimensiones son:

- ✓ Hardware, software e Infraestructura: esencialmente técnica. Son los equipos y aplicaciones utilizados para interactuar con el sistema.
- ✓ Contenido clínico: todos los tipos de datos e información (texto, datos numéricos, imágenes, señales biológicas, etc.), que constituyen el “lenguaje” de las aplicaciones clínicas.

- ✓ Interfaz humano-computadora: aspectos de la computadora que los usuarios puedan ver, tocar o escuchar, ya que interactúan con él.
- ✓ Gente: representa a los humanos, todos los que interactúan de alguna manera con el sistema (desde desarrolladores hasta el usuario final, incluyendo a los pacientes).
- ✓ Comunicación y procesos: entiende que el cuidado continuado se logra a través del trabajo en equipo, y para eso es necesaria la comunicación. También analiza los procesos asistenciales, de forma que los sistemas los representen correctamente.
- ✓ Características organizacionales y políticas internas: políticas, procedimientos y cultura de la organización.
- ✓ Regulaciones: normativas y reglamentos externos, los cuales pueden facilitar o limitar muchos aspectos de las dimensiones anteriores.
- ✓ Medición y monitoreo: evaluación de consecuencias, tanto intencionales como no intencionales de aplicación de TIC y uso.

El personal sanitario, por otro lado, concibe al SIS como aquel instrumento del que obtiene una utilidad asistencial, docente y de investigación y le posibilita, además, la labor de evaluación. En este sentido, la explotación de la información de las historias clínicas y de otros documentos derivados de la atención médica es una pieza clave de este subsistema, cuya denominación más acertada debiera ser la de sistema de información clínica. Es en el mismo sentido que se podría mencionar que el acceso a la información ayuda a la hora de tomar decisiones en cualquier ámbito de la vida. En Salud no es distinto, médicos y pacientes pueden tomar mejores decisiones si acceden a la información clínica en el momento y el lugar que lo necesitan. En el contexto actual de la implementación de una Historia Clínica Electrónica (HCE) en los establecimientos de salud de la Ciudad Autónoma de Bs. As., integrada al sistema de turnos de la ciudad y a un plan de Salud Móvil que facilite el cumplimiento de controles de salud y prácticas preventivas; es menester que el sistema de salud porteño cuente con recursos humanos calificados, que puedan comprender las necesidades de información en el sistema de salud y conocer las soluciones estándares que brinda las disciplina en pos de un sistema de salud más eficiente.

En cambio, para los epidemiólogos conscientes de que las políticas de salud deben descansar en un modelo de interrelación entre la salud y otros factores, el objetivo de un SIS es ofrecer un buen conocimiento del estado de salud de los individuos y grupos sociales, del valor agregado de la misma y del impacto que sobre ella tienen los diversos factores que la afectan. Todo lo mencionado se basa, precisamente, en esta última acepción, perfectamente reflejada en la afirmación de Weber , según la cual un SIS es una combinación de personas, métodos y servicios cuya misión es recoger, procesar, analizar y transmitir datos e información sobre la situación de salud, los factores (social, económico, ambiental, etc...) que la determinan, los recursos disponibles y la utilización que se hace de estos recursos, datos todos ellos necesarios para la planificación sanitaria y para la toma de decisiones intersectoriales (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud [ISAGS], 2012).

Por lo que se refiere al objetivo general de un SIS, este debe ser el de informar al público, a sus representantes políticos, a las personas con poder decisorio, a los administradores y a los encargados de la prestación de servicios sanitarios sobre la naturaleza y alcance de los problemas de salud de la población y sobre las repercusiones de una gran variedad de influencias y servicios en la solución de dichos problemas. En efecto, al ser la salud de los individuos y de la población una de las necesidades y aspiraciones de la comunidad, y puesto que hay diversas formas de alcanzarla, existe una competencia entre la salud y otros objetivos sociales para la obtención de los recursos. Los elementos básicos de la salud individual y colectiva, como el grado de desarrollo de las relaciones de producción en un momento dado, la legislación, la oportunidad de participación ciudadana en las actividades de planificación así como en el control de la ejecución, la nutrición y otros requerimientos biológicos básicos, la vivienda, la educación, y el propio sistema sanitario, requieren que la finalidad principal del SIS sea obtener el máximo provecho posible de la asignación de recursos, tanto entre sectores sociales como económicos en competencia como dentro del sector salud.

El contenido y usos del SIS han ido evolucionando a lo largo del tiempo. En un primer momento, las estadísticas vitales, con finalidad administrativa, eran complementadas con sistemas de información que recogían los casos de enfermedades infecciosas y cuyo objetivo era el rápido control de éstas por parte de la Administración pública. Este sistema de vigilancia epidemiológica, junto a las estadísticas demográficas, nos ha permitido conocer la evolución del estado de salud de la población a lo largo del tiempo, aunque no fuera ésta su finalidad inmediata (Domínguez, 2015)

A partir de estas fuentes de información se pudo constatar el descenso de la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas y se posibilitó un extraordinario avance en el conocimiento de las causas de enfermar y morir lo. Posteriormente, el gran desarrollo de los centros asistenciales -hospitales fundamentalmente- a partir de la segunda mitad de este siglo, supuso un surgimiento de los subsistemas basados en la actividad de estos servicios de salud. La información que empezó a interesar entonces era la referente a los recursos sanitarios, utilización de estos recursos, costes y resultados. El objetivo principal de estos sistemas era ayudar a la gestión de los servicios de salud en todos los niveles (Oficina Nacional de Tecnologías de Información, 2013).

La implantación de sistemas de información para la gestión en los servicios de salud nos permitió obtener un subproducto de gran interés sanitario como era la morbilidad atendida. Sin embargo, la tendencia a lo largo del tiempo de este tipo de patología presenta problemas de validez (cambios en los instrumentos de recogida y procesamiento de la información, modificaciones de los criterios diagnósticos, incremento de los recursos sanitarios, aumento de la población protegida por los seguros sociales, etc.), limitando su uso en los estudios de morbilidad (Petrella, 2015).

El cambio en el patrón de morbilidad en los países industrializados ha traído otros planteamientos en el diseño de los SIS con el objeto de poner de manifiesto los verdaderos problemas de salud de la población, En efecto, la patología principal que hoy predomina en nuestras sociedades es crónica o invalidante y no se traduce en una mortalidad inmediata. Es una patología contra la que nuestro sistema de cuidados de

salud poco o nada puede hacer. Por ello, centrarse únicamente en la información referente a los recursos sanitarios y en su utilización puede resultar irrelevante.

Hoy en día, conscientes de que los problemas de salud tienen unos determinantes precisos y son susceptibles de un análisis epidemiológico, se ha superado la tradicional concepción del fenómeno salud-enfermedad como una entidad nosológica aislado del entorno en que se produce. De hecho, ya se ha propuesto la introducción de cambios cualitativos en el SIS que sirve de soporte a otro de los grandes usos de la epidemiología, como es la Vigilancia Epidemiológica “, al identificar a la enfermedad como lo que realmente es, una señal de alarma la dimensión individual del acontecimiento- que refleja un riesgo específico en la comunidad (Camacho, 2016).

Esta hipótesis social de riesgo posibilita una adecuada y dinámica interpretación de los datos epidemiológicos que surgen desde diferentes subsistemas integrados en la estructura orgánica del sistema sanitario, superando de esta forma el mero registro de enfermedades en tablas estadísticas. Estas aportaciones que todo SIS realiza en cada momento concreto -históricamente determinadas en virtud del grado de desarrollo socioeconómico alcanzado y del cuerpo de conocimientos acumulados en la materia- son las que permiten a la epidemiología contribuir a la definición de objetivos de la política de salud, determinar las acciones necesarias para alcanzarlos y evaluar la eficacia de las mismas.

Así, para la medición de las necesidades de salud de la población y el establecimiento de prioridades en la planificación, se precisa que un SIS contenga los siguientes datos básicos:

a) demográficos (estructura de la población por edad y sexo, natalidad, fecundidad, mortalidad, migraciones), b) socioeconómicos (producto nacional bruto, renta per cápita, distribución de la renta, características del mercado de trabajo, nivel de instrucción de la población), de la organización sociopolítica (modo de ejercerse la soberanía popular, formas de participación ciudadana), datos referentes al sistema sanitario tanto desde el lado de la oferta (recursos humanos y materiales, porcentaje del producto nacional bruto dedicado a la sanidad, gasto público y gasto privado en sanidad, formas predominantes de la financiación y provisión de la asistencia sanitaria) como desde la demanda

(accesibilidad y utilización del sistema sanitario, cobertura sanitaria de la población por algún tipo de seguro público) (Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires, 2017).

Así como información sobre los resultados de las medidas preventivas y curativas establecidas, esto es, evaluación de la calidad, datos sobre determinado comportamientos sociales (nutrición, actividad física voluntaria, hábitos sexuales, alcoholismo, tabaquismo, otras toxicomanías) que promocionan la salud o bien suponen riesgo para ella, datos sobre la calidad ambiental y factores de riesgo medioambientales (equipamiento sanitario de las viviendas, vigilancia de la calidad de las aguas de consumo, de las aguas residuales, de los residuos tóxicos y peligrosos y de la calidad del aire), junto a la información más relevante de la vigilancia y evaluación del medio laboral y datos del estado de salud de la población: mortalidad por los grandes grupos de causas y por aquellas rúbricas de especial trascendencia socio-sanitaria, indicadores de mortalidad específicos (mortalidad infantil, mortalidad perinatal, mortalidad materna, esperanza de vida al nacer y a diferentes edades, años potenciales de vida perdidos), morbilidad atendida en los servicios asistenciales de salud (hospitalaria y extrahospitalaria), morbilidad procedente de los registros epidemiológicos de enfermedades y del sistema de vigilancia epidemiológica, situación inmunitaria de la población, morbilidad subjetiva o percibida, incapacidad temporal y permanente, así como cualquier otro indicador de salud positiva (estado nutricional de los niños, porcentaje de recién nacidos con peso superior a 2.500 gramos o la autovaloración del estado de salud). Al ser el proceso de enfermar un fenómeno eminentemente social, es imprescindible que toda la información arriba expuesta se encuentre desagregada por zonas geográficas, histórica y culturalmente delimitadas, y por la situación socioeconómica de los individuos (OMS, 2016).

La estructuración del SIS debe posibilitar además la integración de esa información en todos los niveles del sistema sanitario. Por último, debe quedar claro que un SIS no es algo altamente especializado, campo exclusivo de los técnicos; valores de los individuos y de la cultura en que éstos están inmersos, asunciones ideológicas, explicitadas o no, y diferentes elecciones que se hacen en un momento dado forman parte de la puesta en marcha y mantenimiento de cualquier SIS, así como del uso que la información se hace en todos los niveles del sistema sanitario (Bebea & Villarroel, 2016).

Existe la extendida creencia de que un SIS debe dar respuesta a todas las necesidades de información existentes en un momento dado. Así serían usuarios y, por tanto, los que definirían esas necesidades: políticos y ciudadanos interesados en el aumento de los presupuestos de salud que demandan este tipo de información; proveedores y gerentes de los servicios preocupados por garantizar la asistencia sanitaria a la comunidad con el mínimo de los recursos, que necesitan indicadores concretos; investigadores interesados en cuestiones muy específicas, cuyas respuestas requieren la mayoría de las veces estudios ad hoc; la Administración sanitaria, preocupada por los datos de base representativos de toda la población, así como de vigilar su tendencia; clínicos interesados en la enfermedad de los individuos y epidemiólogos preocupados por la salud de la población; en fin, profesionales responsables de servicios de salud, sobre todo aquellos que llevan a cabo un determinado programa sanitario (control de enfermedades transmisibles, planificación familiar, etc.) interesados en la difusión periódica de aquella información sanitaria que les permite evaluar los logros alcanzados. Ahora bien, hay que tener en cuenta que cualquier SIS no puede satisfacer todas y cada una de las peticiones que se hacen acerca de la realidad socio-sanitaria. Aparte de que un SIS así diseñado estará comprometido, seguramente, con la eficiencia, las diferencias en los términos, definiciones, períodos de referencia, instrumentos de medida y unidades de observación dificultan su utilización para diferentes propósitos (no olvidemos que puede haber objetivos que en algún momento estén enfrentados: entre los ciudadanos y gerentes de los servicios o entre investigadores y la administración sanitaria o entre clínicos y epidemiólogos) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015)

Siempre existen determinados pasos previos que hay que dar a la hora de exigir determinadas respuestas a un SIS, como son la valoración de la relación entre la utilidad de la información solicitada y el costo de conseguirla, la oportunidad y pertinencia de la información demandada y el ajuste entre la categoría de la información y el tipo de decisión posible. Para ello, deseamos ubicar el nivel jerárquico de decisión donde nos encontramos y que en el caso que nos ocupa hay que situarlo en el nivel central de la Administración sanitaria, entendiendo por tal aquel nivel competente para formular y llevar a cabo políticas y planes de salud, así como para tener una importante presencia en decisiones políticas intersectoriales. Así, a nivel local, la información oportuna y pertinente es la que surge de los individuos y se refiere a los brotes de enfermedades, riesgos ambientales o prestación de la asistencia sanitaria (Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires, 2017)'.

La oportunidad en este nivel significa “ahora mismo” en virtud del tipo de decisión basado en el control operativo o clínico. Ahora bien, a medida que ascendemos en el plano jerárquico de decisión, la información debe presentarse de forma agregada o resumida, preferentemente en forma de indicadores adecuadamente estandarizados que, sin perder la identidad de las diferentes comunidades, permitan una perfecta discriminación de áreas geográficas y grupos sociales. En este sentido, en el nivel central o superior responsable de las decisiones políticas, la planificación precisa información agregada de la realidad social y económica junto a la que refleja la situación sanitaria, los niveles y tendencias de los factores que influyen en la salud y la prestación de la asistencia sanitaria (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

- **SISTEMA DE SALUD FEDERAL**

Es un proyecto de tecnología de la información impulsado y financiado por el Ministerio de Salud de la Nación, pero de participación y concepción Federal, con etapas de implementación gradual de largo plazo. Cumplirá la función de rectoría del sistema de salud, para la mejora en la toma de decisiones de todos los actores del sistema a través de la optimización de la gestión en las organizaciones en los diversos subsectores y niveles mediante la integración y conformación de un sistema federal de información sanitaria (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 2014).

Su misión consiste en reducir la fragmentación de información sanitaria y hacer disponible la información en tiempo y forma para quienes la necesiten, integrando, construyendo y articulando los distintos registros federales en una misma plataforma de tecnología moderna y confiable. Desde el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina se acceden a los siguientes recursos: Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES): incluye a todos los establecimientos sanitarios del sector público privado, con y sin internación que se encuentran funcionando en cada una de las jurisdicciones provinciales según la reglamentación vigente en ellas.

Establece que la responsabilidad de actualización y mantenimiento de registro es de cada jurisdicción provincial. Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS): es el registro de profesionales de la salud del país. El componente central es la Ficha Única del Profesional de la Salud, con datos de identificación profesional, formación y registro de matriculaciones, especializaciones y residencias de cada uno de los profesionales de la salud. Cada jurisdicción personal es responsable de la actualización y mantenimiento del registro, cuyo diseño ha sido establecido en la Resolución 604/2005 del Mercosur. Registro Federal del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB): su objetivo principal es crear la Ficha del Ciudadano como unidad constitutiva de los registros federales de prestaciones de salud de los ciudadanos en el territorio argentino y poner a disposición de los Ministerios de Salud de la Nación y Provinciales y todos los actores involucrados, las herramientas para su mantenimiento, acceso, uso y análisis.

- **SISTEMA DE SALUD CABA**

Se utiliza la Ficha del Ciudadano para la articulación, relación e interoperabilidad de los registros provinciales, federales y nacionales existentes y las plataformas de implementación para los nuevos a desarrollarse. nuevos Mediante la ficha del ciudadano se garantiza la unicidad de los datos de identificación de las personas y permite centralizar los distintos registros asociados al ciudadano en un repositorio único e individual, pero con acceso restringido a los criterios y reglas que cada registro implemente. Registro Nacional de Investigaciones en Salud (RENIS): pone a disposición del público información actualizada acerca de las investigaciones en salud producidas, financiadas o reguladas por el Ministerio de Salud y/o sus organismos descentralizados dependientes. Incluye una base de datos de comités de ética en investigación, centros de investigación, investigadores y patrocinadores. Registro Nacional de Cardiopatías Congénitas (CCC) (Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires, 2017):

El Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas se creó por resolución del Ministerio de Salud (MSAL) 107/2008 con el objetivo de reducir las listas de espera para cirugías cardiovasculares pediátricas. El gobierno adiciona requerimientos de infraestructura, recursos humanos y número de cirugías realizadas anualmente como condiciones a cumplir por los establecimientos para que puedan participar el programa, determinando también el establecimiento que realizará la intervención de acuerdo a la urgencia, distancia, complejidad de la cardiopatía y capacidad de respuesta del establecimiento. Registro Nacional del Banco de Drogas Oncológicas (BNDO): centraliza la información relativa a los ciudadanos participantes en el programa de entrega de drogas oncológicas a pacientes sin cobertura social (Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires, 2017).

1.3. Justificación del Problema

Tomando en consideración el marco del incremento de la población a nivel de la República Argentina y concretamente en la Ciudad de Buenos Aires, se analiza en el periodo del año 2001 y el año 2010, la cual indica que la población de la ciudad tuvo un incremento promedio anual de 4,5 personas cada 1.000 habitantes y con una proyección sostenida para los siguientes años de acuerdo a estudios realizados por la Dirección General de Estadística y Censos (DGEyC), dentro de lo cual se evidencia los datos de un total de egresos de 117597 en el 2014 y que en el 2015 llegaba a 168422 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) 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 por ello que se consideró importante analizar la información del sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires, el presente trabajo se inserta dentro de la línea de investigación iniciada por Cabello, M. (2009), que sostiene que la información le permitirá a todo el personal que labora dentro del área Servicio Sanitario Público contar con el acceso recurso tecnológico que facilite el desempeño de sus labores, y mediante esta herramienta de automatización minimizar la duplicación de trabajo, contiene una base de datos actualizada para almacenar información y permite visualizar e imprimir reportes necesarios para la agilización de los todos procesos administrativos. La implementación de estos modelos de software contribuirá y trabajará coordinadamente con todos los sistemas que se desarrollen futuramente los organismos ministeriales y por ende gubernamentales.

Es en este entorno que se hace necesario desarrollar o adoptar un sistema para el manejo electrónico de la diferentes fuentes de información en los hospitales o centros de salud, es en tal sentido que para el desarrollo de la tesis se toma como parte del campo de estudio un Hospital Público referencial, como ejemplo de una de las casas de salud representativa de la Ciudad, en el mismo que se analizaran las falencias encontradas en un primer análisis son: escritura ilegible, información incompleta e incoherente, consignación de contradicciones, falta de identificación de los responsables de su elaboración, decisiones tomadas sin explicación, pérdida de datos; tales falencias dificultan la interpretación del mensaje y la continuidad de la

toma de decisiones por parte de los responsables de la misma, ya que la información sanitaria debe ser una herramienta de calidad ya que contiene datos que nos ayudaran a mejorar la calidad de atención y poder utilizar de forma efectiva los recursos asignados que se ponen en servicio del paciente/ciudadano.

Es por este motivo que la incorporación sistematización de los datos electrónicos lo cual mejora la gestión y permitió re-direccionar la información para un mejor ordenamiento y control de la gestión.

La información sanitaria 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 los sistemas electrónicos en sanidad 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 información sanitaria debería ser más que la simple digitalización de sus datos un valor añadido como resultado de una interoperabilidad de los actores de la salud para mejoras en todos los aspectos.

Es por ello que los sistemas de información deben estar relacionados con las necesidades sanitarias, exactamente de la misma manera que los servicios de salud deben regirse más bien por las necesidades que por lo que decidan los prestadores de esos servicios. Por eso debe ser la primera tarea e imprescindible al establecer todo sistema de información, determinar los problemas de atención de salud que se van a considerar y los factores que pueden influir en ellos, para así poder definir las necesidades adecuadas de información.

En el caso de los servicios de salud, dicha finalidad es mejorar el estado de salud de los ciudadanos en forma individual y la salud de las comunidades, mediante el mejoramiento de los sistemas sanitarios y de atención de salud. Esto debe tenerse presente en todo momento cuando se diseñan los sistemas de información, pues es importante que los gerentes sanitarios dejen que el personal técnico de sistemas informáticos adopte decisiones cruciales en el diseño

de sistemas que se apoyan en razones técnicas, ya que será una base fundamental en el desarrollo de las aplicaciones informáticas.

Las decisiones que se toman sin contar con buena información pueden ser adecuadas o inadecuadas, y la necesidad y el valor de la información guarda una relación directa con su contribución a la toma de decisiones. Es por tal motivo que contar con información pertinente y adecuada es el ingrediente esencial que transforma una decisión en una decisión fundamentada, la cual tiene en consecuencia muchas más probabilidades de ser correcta.

Es importante comprender la forma como el recurso de la información se relaciona con los datos y con el conocimiento. Los datos son elementos en bruto: una cifra de presión arterial, una temperatura, el nombre de un producto farmacéutico, la fecha del egreso del hospital de un paciente. Por sí solos, los datos no tienen ningún significado; son elementos totalmente aislados. La información se produce cuando los datos son agrupados de acuerdo con un conjunto determinado de factores comunes.

Por lo tanto, un conjunto de datos biométricos se convierte en información acerca de los signos vitales de un paciente o un grupo de fechas de egreso relacionadas con un paciente dado se convierte en sus antecedentes de hospitalización; por su parte, las fechas de egreso de diferentes personas en un período determinado indican la tasa de actividad de un hospital. En muchas circunstancias, la información ocupa la parte media de un proceso continuo, y es tanto un producto como un insumo.

El conocimiento se crea cuando la información se pone en un contexto general. Por ejemplo, se relaciona con las características previstas de los signos vitales para una enfermedad particular, los productos farmacéuticos disponibles y sus efectos colaterales comprobados, o el nivel de actividad del hospital relacionado con su presupuesto y la población a la que atiende. Comentarios introductorios.

La clave es, por consiguiente, el contexto: la información puede describirse como datos puestos en un contexto determinado, mientras que el conocimiento es la información puesta en un contexto general. Por lo tanto, la definición del contexto para el cual se requiere la información es esencial para crear sistemas adecuados de información y se relaciona directamente con los procesos decisorios más generales. Desde el punto de vista de los servicios de salud, tres niveles generales de la información son necesarios para dar respaldo a las decisiones: clínico,

operativo y estratégico. Estos pueden subdividirse en cinco funciones centrales: manejo de casos, manejo de la carga de casos, manejo operativo, manejo estratégico y rendición de cuentas por responsabilidad política. La utilización real de la información por los gerentes clínicos y administrativos puede especificarse más considerando las áreas particulares de aplicación. Habiendo definido la naturaleza y el papel de la información, se debe considerar el desarrollo de un enfoque sistemático para su producción y uso. Esto es importante por dos razones:

En el sector de la salud, la responsabilidad y la carga de casi toda la captura de datos recae directamente en los niveles clínico y operativo. El personal encargado de capturar los datos primarios quizá no comprenda los objetivos o los problemas que van a abordarse, o no los considere importantes. Además, los datos originales suministrados pueden ser incorrectos y, por lo tanto, la información recabada será incorrecta o tendrá una utilidad limitada.

La recopilación especial de datos para una decisión particular es difícil, costosa y pesada para el personal de apoyo, de manera que no debe hacerse sino en raras ocasiones.

En muchas situaciones decisorias, muchas veces relacionadas con la propia situación de salud, una técnica clave es el análisis y la interpretación de las tendencias. Esto significa que la información debe recopilarse y compararse en forma sistemática con definiciones estandarizadas. Para superar ambas dificultades, es preciso un enfoque metódico de la información para lograr que los datos fluyan regularmente y sin tropiezos para alcanzar los objetivos deseados y la finalidad de los sistemas implantados.

1.4. Esquema del Problema

1.4.1. Hipótesis

“La implementación de un sistema integrado de información en la Administración Pública Sanitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires mejorara el proceso de tomar decisiones.”

1.4.2. Objetivo General

Analizar el manejo y registro de la información general de los datos de los hospitales públicos, que permita generar la confiabilidad de la información que facilite la toma de decisiones en la gestión hospitalaria de la Ciudad de Buenos Aires.

1.4.3. Objetivo Especifico

- a) Identificar los actuales procesos en el manejo de los datos generados por los hospitales públicos, para luego transformarlos en información que permita la toma de decisiones.
- b) Examinar las dificultades experimentadas por los usuarios internos en el sistema de registro de información.
- c) Indagar las expectativas de los directores del hospital respecto a un sistema de información integrado de salud en el manejo de la información.

1.5. Pregunta de Investigación

Para desarrollar la Tesis sobre la Implementación de un Sistema de Información nos realizaremos la siguiente pregunta:

- ¿Cómo ha evolucionado la prestación de los servicios de salud?
- ¿Cuál es el impacto de la gestión de la Información Sanitaria en los Sistemas de Salud Públicos de Buenos Aires?
- ¿Cuál es la importancia del usuario/paciente como eje central del Sistema de Información de Salud?
- ¿Cómo mejorar el Modelo de Administración de la Información Hospitalaria con la finalidad de satisfacer al usuario/paciente?

1.6. Alcance de la Investigación

El presente proyecto se llevó a cabo por medio de la investigación científica cuantitativa y de estudio de campo que se desarrollara en la aplicación juiciosa de los conceptos y las recomendaciones detalladas en la aplicación de un sistema de información integrada de los sistemas de sanidad públicos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que la presente publicación contribuya a mejorar las decisiones de los funcionarios del sistema de sanidad.

La implementación de sistemas y tecnología de información a todos los niveles de los ámbitos administrativo y clínico. El material de tesis se preparó teniendo en cuenta las necesidades de los directivos y profesionales sanitarios y de los profesionales de sistemas de información interesados en definir las necesidades de los usuarios, alcanzar el consenso en lo referente a las funciones deseadas en las aplicaciones informáticas, e involucrarse por completo en el proceso complejo de la adquisición de equipo y servicios de información.

Aunque cabe señalar que este documento enmarca los análisis y aceptabilidad de la implementación del sistema, es decir los principios para el análisis de requisitos y la adquisición pueden aplicarse a cualquier sistema de información sanitaria dentro del sistema de sanidad en la Ciudad de Buenos Aires, para lo cual se desarrolló teniendo en cuenta específicamente las necesidades de los profesionales de la atención de salud.

Es por ello que en este documento queda asentado las variables del sistema de sanidad y la factibilidad de la implementación del sistema como una herramienta de gran utilidad para quienes intervienen en la formulación de políticas o desean formarse una idea crítica de los sistemas de información para atención de salud y la tecnología relacionada.

En el presente trabajo aspira a equilibrar la preparación para las tomas de decisiones a largo plazo en el sistema sanitario con las prácticas de las diversas necesidades institucionales de la atención de salud de hoy. La obra está destinada a servir de guía en la planificación y el inicio de la implementación de SIIS para atención de salud. Con ese fin, debe considerarse una fuente general de información, con referencias a las

fuentes pertinentes donde se pueden encontrar más detalles. No se pretende que el trabajo proporcione normas sumamente específicas para sistemas o usuarios particulares, ni tampoco que respalde normas concretas más bien se pretende dejar asentado el análisis de aceptación a los avances tecnológicos por parte del personal sanitario.

1.7. Limitaciones de la Investigación

Dentro del desarrollo del presente trabajo se tuvieron presentes los siguientes aspectos prácticos para su desarrollo que formarían parte de las variables de limitaciones en el momento de llevar a ejecución el proyecto, y las hemos clasificado en dos grandes grupos que son:

- Las variables de la investigación
- Las variables limitantes del proyecto

Entre las limitantes de la investigación podrías señalar el poco acceso a la información del modelo de manejo de información por parte del personal hospitalario, el limitado manejo de los tiempos de los actores claves en el manejo de la información, infraestructuras obsoletas y plataformas informáticas ineficientes y por último la resistencia a los cambios tecnológicos de algunos actores.

Dentro de las limitantes del proyecto podemos señalar que la selección de la plataforma sobre la que se basaría el sistema debía hacerse en la fase inicial, antes de realizar mi propio análisis de las organizaciones, para permitir que me capacitara en ésta. Debido a que mi conocimiento previo de soluciones que se ajustaran a los requisitos planteados era medianamente limitado, y que el proyecto se debía ejecutar, desde el primer análisis hasta la última formación, en un máximo de un año (era el tiempo que disponía, además de que no es bueno que los proyectos se eternicen), debería estar capacitado, u tener una preparación, instrucción previa, etc....

La herramienta a implementar debía ser una solución integral, que se acoplara a los procesos de la organización para generar el máximo de información posible que después se pudiera extraer y analizar. Además, debía permitir una implementación por fases ya que en este proyecto no se podría abarcar todas las funcionalidades requeridas. En el propio documento de especificación previa se orientaba hacia la selección de una solución de tipo ERP (Planificación de Recursos Empresariales). Si el producto elegido es suficientemente potente, éstos ofrecen la modularidad y flexibilidad necesaria para esta implementación por partes y para adaptarse a prácticamente cualquier necesidad funcional. Para minimizar el riesgo de que la herramienta no pudiera ser mantenida y extendida una vez que se diera por terminado este proyecto, ya en esta primera etapa propuse que buscaran un técnico informático de la propia entidad (o próximo a ésta) para que tomara parte en la elección de la solución y en su implementación posterior. Con esto buscaba que la elección tuviera en cuenta las capacidades y limitaciones del técnico que heredaría el sistema.

Este punto no fue resuelto satisfactoriamente, por lo que a los requisitos de la solución a buscar había que añadir una curva de aprendizaje asumible.

Además de la limitación técnica, también existía una limitación económica importante. No disponían de ningún tipo de infraestructura de servidores ni personal informático, y cuando pregunté por el presupuesto su respuesta fue: No tenemos una evaluación desde el punto de vista presupuestal para implementar esto, no obstante, somos conscientes que implicará dedicar algunos recursos. En este punto nuevamente las estimaciones en cuanto a las necesidades nos ayudarán a tener las previsiones claras. Esta falta de un criterio presupuestal ya me hizo suponer que éste debía tender a 0, ya que es habitual en las entidades sociales que no exista una partida (o que sea mínima) para cuestiones de infraestructura.

Dentro del análisis por departamentos también encontramos que la falta de una fuente global de referencia -- Hay muchas publicaciones que pueden ser usadas por los profesionales de atención de salud y de sistemas de información para apoyar su trabajo en el análisis de requisitos de los usuarios, la especificación técnica y la adquisición de

sistemas y tecnología de información. Por desgracia, pocas están relacionadas con el sector de la salud como esfera de aplicación. Es por ello que en estas instituciones de salud existen en muchas ocasiones diferentes fuentes de manejo de la información provocan diversidad de manejo de los datos en plataformas distintas y he ahí la necesidad de reunir en una sola fuente de consulta las características funcionales deseadas de las aplicaciones computarizadas para el funcionamiento y la administración de servicios de salud, a fin de usarla como punto de partida para el análisis de los requisitos de los usuarios y como una plantilla para la preparación de solicitudes de propuestas y evaluación de cotizaciones, propuestas y productos de los proveedores.

Los rápidos adelantos en la industria de la tecnología de la información -- Las mejoras en todos los aspectos de las computadoras y las comunicaciones están generando que las instituciones sanitarias y las organizaciones de atención de salud tengan inconvenientes por los equipos instalados en vincular las fuentes diferentes de datos, compartir información por medios electrónicos salvando distancias y fronteras anteriormente infranqueables, y poniendo al alcance de los profesionales de salud una cantidad y una variedad de información clínica y administrativa.

En algunos departamentos, aún no se lleva a cabo la automatización inicial de sistemas departamentales de información bien establecidos, individuales y relativamente sencillos como los de laboratorio, radiología, farmacia, registros médicos y otros de carácter básico.

CAPÍTULO 2

MARCO TEORICO

2.1. Administración Pública

2.1.1. 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 (Petrella, 2015).

Uno de los elementos constitutivos del orden simbólico es la jerarquía, ya que este opera mediante la distinción y la regulación. El establecimiento de límites y la organización, tanto en la construcción del mundo cultural como del sujeto, la jerarquización simbólica se produce de muchas formas y generalmente se realiza a través del poder (Serret, 2015, págs. 69-70). En palabras de “el poder significa la posibilidad de imponer la propia voluntad, dentro de una relación social, aun en contra toda resistencia”. Desde esta perspectiva se piensa, que no pueden seguirse sosteniendo como explicaciones de la subordinación femenina ni las tesis biologicistas que atribuyen a las diferencias corporales y genéticas entre géneros la asignación natural de roles sociales, ni la tesis de origen marxista que concibe a la subordinación social femenina como efecto de la instauración de la propiedad privada, sino más bien la elaboración de la categoría de género y esta a su vez está estrechamente relacionada con el poder (Serret, 2015).

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



Fuente: Serret, (2015).

Es en este sentido que el sistema weberiano en todos los sistemas públicos al igual que en la salud específicamente se incorporan con la finalidad de establecer en cierta medida una garantía para los ciudadanos frente a las arbitrariedades de los gobernantes y autoridades correspondientes (Weber M., 2006).

Weber (2006), sociólogo alemán, analiza la burocracia empleando un enfoque de “tipo ideal”, para extrapolar del mundo real, el núcleo central de los aspectos característicos de la forma burocrática como organización plenamente desarrollada. El diletantismo e intereses de actores y oportunismos políticos para evitar la evaluación de su gestión, son efectos del poder sobre la burocracia.

El ensayo de Weber sobre la burocracia es más bien una identificación, más que un modelamiento, de las principales variables o rasgos que caracterizan a las burocracias,

que no llega a ser una descripción de la realidad ni el reconocimiento de preferencias normativas. Más bien con esta herramienta al verificar la presencia y fortaleza de estos rasgos, y su aplicación real y efectiva, indicaría el grado de madurez de la burocracia, y no, si es o no una burocracia. Todos estos desarrollos requieren que exista en la persona el sustento cognitivo que soporten las actitudes y conductas de un cambio; tal como se desarrollan las normativas burocráticas (Morcillo, 2015).

Temas que pueden ser tratados, con racionalidad instrumental (normativas y regulaciones) y otras con racionalidad sustantiva que involucra las estructuras y formas del poder con su sociología y psicología. El juicio científico no está libre del juicio de valor que guía toda investigación científica. El interés metodológico de la racionalidad para la investigación científica engendra precisamente la irracionalidad. (Patiño, 2000) La racionalidad instrumental, tecnológica, se ocupa de elegir los medios más adecuados para fines ya dados, dominando la clase tecnócrata y expertos en aplicar los medios y evaluar esas consecuencias, dando lugar a que el mismo hombre pase a ser el medio y el instrumento, pero no el fin. Por otra parte, la racionalidad sustantiva ordena la acción en patrones de valor, únicos y válidos, y a los cuales toda realidad empírica debe referirse (González, 2016)

2.1.2. Modelo Antiguo de Administración Hospitalaria

El cambio tecnológico es considerado uno de los principales impulsores del crecimiento a largo plazo. En las décadas que vienen, es probable que las grandes innovaciones, tales como la Internet móvil, la Internet de las Cosas y la Computación en la Nube, causen una revolución en los procesos de producción y mejoren los estándares de vida, sobre todo en los países que estén creciendo (Organización de las Naciones Unidas Para el Desarrollo Industrial [ONUDI], 2016).

El actual es “Desarrollar infraestructuras fiables, sostenibles, resilientes y de calidad, promover una industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación” implica que, sin tecnología e innovación, la industrialización no tendrá lugar, y sin industrialización, no habrá desarrollo (Beserra, Calderón, Camcho, & Castrillón, 2016) .

Dentro de su aporte en el manejo de las habilidades y la mejora de la productividad de los trabajadores, es lo que se debería implementar en cualquier organización que desee ser eficiente, pero en lo concerniente específicamente a los sistemas de salud en general se organizaron en niveles jerárquicos, con responsabilidades y competencias definidas para cada nivel de la institución. Este clásico modelo hospitalario reproducía lo universalmente conocido como la más antigua tradición hospitalaria desde su concepción original de creación bajo los conceptos de dos instituciones establecidas como son las de las fuerzas militares y religiosas de la época del renacimiento (Organización de las Naciones Unidas Para el Desarrollo Industrial [ONUDI], 2016).

Es por ello que dentro de los conceptos de Taylor como base de los principios de la Administración en general antes de sus propuestas, los trabajadores eran responsables de planear y ejecutar sus labores. A ellos se les encomendaba la producción y se les daba la “libertad” de realizar sus tareas de la forma que ellos creían era la correcta. El autor lo describe de esta manera: “encargados y jefes de taller saben mejor que nadie que sus propios conocimientos y destreza personal están muy por debajo de los conocimientos y destreza combinados de todos los hombres que están bajo su mando. Por consiguiente, incluso los gerentes con más experiencia dejan a cargo de sus obreros el problema de seleccionar la mejor forma y la más económica de realizar el trabajo”. De ahí que sus principios “vistos en su perspectiva histórica, representaron un gran adelanto y un enfoque nuevo, una tremenda innovación frente al sistema”. Se debe reconocer aquí que Taylor representa el sueño de una época, como lo es Estados Unidos de los primeros años del siglo XX donde era imperativo alcanzar la mayor eficiencia posible, cuidando el medio ambiente aunado a una explosión demográfica acelerada en las ciudades, una demanda creciente de productos.

Existe una diferencia muy particular entre la teoría de Taylor y Henri Fayol, es el uso del tiempo, ya que Fayol se enfoca más en la estructura general de la organización, mientras que Taylor se enfocaba más en el método y herramientas del trabajo para una mejor eficacia. Otra diferencia entre Taylor y Fayol es el área de la pirámide de la organización

que estudiaban, una es el nivel operario que es el área de estudio de Taylor mientras que Fayol se dedicó al estudio del área superior de la organización, como él decía “el arte de gobernar” (Carro & Caló, 2014).

Ahora, es preciso retomar los cuatro principios del autor que darían el giro a la manera de cómo se hacía el trabajo en aquella época, es así como las personas que administran la producción deben adquirir nuevas responsabilidades como se verá a continuación. Según él, los managers:

- Elaboran una ciencia para la ejecución de cada una de las operaciones del trabajo, la cual sustituye al viejo modelo empírico.
- Seleccionan científicamente a los trabajadores, les adiestran, les enseñan y les forman, mientras que en el pasado cada trabajador elegía su propio trabajo y aprendía por sí mismo como podía mejorar.
- Colaboran cordialmente con los trabajadores para asegurarse de que el trabajo se realiza de acuerdo con los principios de la ciencia que se ha elaborado (Carro & Caló, 2014).
- El trabajo y la responsabilidad se reparten casi por igual entre el *management* y los obreros. El *management* toma bajo su responsabilidad todo aquel trabajo para el que está más capacitado que los obreros, mientras que, en el pasado, casi todo el trabajo y la mayor parte de la responsabilidad se echaban sobre las espaldas de los trabajadores (Turan, 2015).

El deseo de Taylor en aplicar su venerado “*scientific management*”, iba en la noble dirección de conseguir la máxima prosperidad del empresario, así como la máxima prosperidad para el trabajador aun así, después contradice esta afirmación diciendo que ha visto como los trabajadores que empiezan a tener aumentos en su sueldo en más de un 60% se convierten “tomadores de trago” y empiezan a disminuir su producción y, así, su calidad de vida; de ahí que el 60% en el aumento de sueldo sea para él el tope máximo a pagarle al que él califica como un trabajador tipo buey (Turan, 2015). Taylor describe una profunda diferencia entre los que deben pensar y los que deben ejecutar “Un hombre mentalmente despierto e inteligente

es, por esta misma razón, completamente inadecuado para el trabajo de esta clase ... el hombre más idóneo... es incapaz de comprender la ciencia real de este tipo de trabajo” (pág. 61), más adelante apoda a este tipo de personas vigorosas pero sin formación académica alguna como “empleados tipo buey” (pág. 63), es decir, personas idóneas para trabajos que implican la mayor fuerza muscular (Turan, 2015).

2.1.3. Modelo de Nueva Gestión Pública

En los nuevos tiempos de la gestión pública, los ciudadanos cada vez más asumen el rol de evaluadores desde la optimización de resultados, es decir por el GPR14, el cual cada vez más optimiza su rol como protagonistas al ser consultados, atendidos y satisfechos frente a las necesidades que demanda las sociedades modernas, así el enfoque de la New Public Management pone énfasis precisamente en la eficiencia y la eficacia del gobierno. No basta con la legitimidad de origen, otorgada por el voto popular sino por un nuevo modelo pragmático de votación de la ciudadanía (Pliscoff, 2017).

Una reinención de la gestión pública permite considerar al usuario en el sector público como “cliente”, en la que este pasa de una “administración de potestades”, a una administración moderna de servicios por lo que J. López y A. Gadea señalan: La nueva legitimidad sobre la cual deben recomponerse las administraciones públicas en la presentación de servicios a los ciudadanos. Se trata de un profundo y trascendental cambio de su sentido e identidad, así como de sus objetivos. Ya no se trata tanto de administrar el bien común, como de prestar servicios a los ciudadanos (Valdez, 2017). Es decir, que el New Public Management introduce una nueva visión de los servicios públicos, donde el ciudadano se constituye como “cliente”, para muchas personas no se dan cuenta que en la administración pública existe clientes como manifiesta Al Gore ex vicepresidente de los EEUU, en la publicación de su segundo capítulo muchos no se dan cuenta de que la administración tiene clientes. Tenemos clientes (Pont, 2016).

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 (Valdez, 2017).

Es decir que los elementos principales de la administración pública concebida como “moderna empresa de servicios”, vienen a ser los siguientes:

- a) Filosofía empresarial como visión; en donde la administración pública pasa a ser una empresa de servicios eficaz para sus clientes.
- b) Estructura de consorcio (holding) como principio organizativo; aquí la administración pública es organizada desde los principios de Holding en sus dos niveles (nivel central) y (nivel de servicios).
- c) Sistema de Controlling como instrumento de regulación; en el cual la toma de decisiones políticas y administrativas esta evidenciada a través de objetivos (management by objectives), presupuestos orientados a productos y las competencias. Por consiguiente en el New Public Management está inspirado claramente desde los conceptos de gestión en el sector privado (Pont, 2016)..

2.1.4. Modelo de Administración Estratégica Hospitalaria

Una estrategia es un modelo o plan que representa una buena proporción del rol y del trabajo de los altos directivos de una organización; desde una perspectiva cohesiva, esta se integra en las políticas, planes, normas, objetivos, prioridades, programas, secuencias y distribución de los recursos de la organización y se expresa en su relacionamiento interno y externo con el fin de satisfacer el mercado actual y de adaptarse a las exigencias del futuro (Sallenave, 2015). La estrategia combina los fines y metas con los medios y políticas, concibiendo acciones defensivas o proactivas frente a las fuerzas competitivas del sector de interés; sin embargo, es flexible en función de la información o los acontecimientos sobrevinientes, pues se basa en el conocimiento profundo del entorno y las capacidades de la entidad (Tissen, Anderessen, & Lekanne, 2014). En síntesis, son decisiones internas que llevan a emprender acciones acordes con los medios disponibles y las demandas del entorno.

La institución hospitalaria está encaminada a la recuperación de la salud de la población bajo la responsabilidad de un equipo humano preparado y seleccionado de manera adecuada ; por ende, la gestión hospitalaria implica atender las expectativas y demandas de los usuarios, por lo general relacionadas con diferentes aspectos de la calidad, aplicando criterios de planificación, organización, satisfacción del trabajador, eficiencia, mejora permanente, retroalimentación y ética, de tal manera que se responda a las expectativas de todas las partes interesadas (Camacho, 2016).

El hospital refleja la cultura sanitaria de una sociedad en un momento determinado; así las cosas, en el siglo XX se consolida el hospital universitario moderno al compaginar tres funciones básicas: asistencia, docencia e investigación, es decir, se comprometen las funciones esenciales de la universidad: formación, investigación y extensión (Tames, Aldeguer, & Díaz, 2013).

En Argentina, el hospital debe expresar de forma explícita su vocación de sitio para la docencia y la investigación, poseer una certificación de habilitación y acreditación, disponer de convenios de formación con instituciones de educación superior, garantizar que el personal de la institución desarrolle el componente de prácticas formativas de los programas de pregrado y posgrado de las diferentes disciplinas del área de la salud, contar con las especialidades médicas básicas, cumplir con los criterios de evaluación de las prácticas formativas, esforzarse por ser reconocido en cuanto a las investigaciones que se realizan en su interior, disponer de espacios y equipos adecuados para la docencia y la enseñanza que estén acorde al número de estudiantes en proceso de formación, establecer los requisitos de vinculación que garanticen la idoneidad de los colaboradores que asumirán funciones docentes y disponer de procesos que estén orientados a la formación investigativa por parte de los estudiantes, tales como la generación de publicaciones que permitan la difusión del conocimiento generado por la institución (Carro & Caló, 2014).

Lo anterior exige la aplicación de los principios del enfoque estratégico en la gestión del hospital, ya que permite una mejor comprensión del entorno externo, así como un mayor conocimiento de las capacidades internas para afrontar las demandas de todas las

partes interesadas. Sin embargo, por las particularidades de una organización como lo es un hospital, se requiere que la gestión estratégica a implementar se ajuste a dicha realidad. Es por esta razón que el objetivo de este trabajo es presentar una propuesta de perfil estratégico para un hospital universitario.

2.1.5. Plan de Modernización en Salud

En los últimos años, los países de América Latina han tenido trascendentales evoluciones en la organización del Sistema Nacional de Salud, que han involucrado a la calidad como una de las columnas fundamentales de la prestación de servicios de salud. Así se puede apreciar que la calidad es un exigencia fundamental, dirigido a conferir seguridad a los usuarios, empequeñeciendo los peligros en la prestación de servicios; lo cual conlleva a la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad en todas las instituciones prestadoras, que puede ser monitoreado habitualmente para obtener mejoras (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

En cuanto a la calidad, a manera de comentario general sobre este segmento del marco teórico la mejora continua de la calidad conduce a la disminución de los costos de producción y un mejor uso de los recursos lo que asegura la supervivencia de la institución y el desarrollo de una mayor oferta. El mejoramiento de la calidad permite también, utilizar los recursos mínimos para alcanzar óptimos resultados, una máxima satisfacción de los pacientes involucrados en el proceso asistencial y evitar las muy comunes maniobras iatrogénicas (Campos, 2014) .

Los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho y señalan las características del sistema nacional de salud que actuará dentro de principios de universalidad y equidad, con la red pública integral de salud y con la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. La modernización del sector salud en Argentina sigue esta misma dirección con la finalidad de optimizar la calidad de la prestación de los servicios.

En un estudio ejecutado por el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud y la Sociedad Argentina para la Calidad de la Atención de la Salud se comprobó que los resultados de una encuesta que investiga la inaceptabilidad de los pacientes con

relación a las diversas dimensiones de la atención ambulatoria, se analizó los diferentes resultados a través del tiempo y se compararon los del ámbito público con los del privado; pudo confirmarse la capacidad de la herramienta de descubrir dificultades, al igual que su sensibilidad para absorber las variaciones resultadas de las intervenciones ejecutadas; los valores más elevados de inaceptabilidad en ambos sectores, se dieron en el ítem referente a turnos; además, la dimensión que más frecuentemente surgió como la de mayor valor fue, en el ámbito público, el trato del personal administrativo; en el ámbito privado se le sumó enfermería (Sacas, 2015).

2.1.6. Plan Estratégico Ciudad de Buenos Aires.

Es un instrumento de planificación elaborado en conjunto por el Estado y los principales actores sociales y económicos de la Ciudad de Buenos Aires. Mediante la participación, la colaboración y el compromiso de todos los actores públicos y privados, diseña una visión integral sobre la Ciudad que queremos construir, con objetivos clave que tiendan a alcanzar este horizonte y mejorar la calidad de vida de la población.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, El Consejo de Planeamiento Estratégico se convierte en un organismo multisectorial y consultivo cuyo fin es la elaboración de los Planes Estratégicos Consensuados para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su creación está estipulada en el artículo 19 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, norma que fue reglamentada por la Ley 310.

2.1.7. Plan Estratégico 2016-2020.

Llegó el 2016 con la necesidad de reflexionar sobre nuestro futuro, refrescar nuestro compromiso. Este proceso, se analizaron alternativas, se definieron prioridades y se consensó sobre la metodología a utilizar para sistematizar su desarrollo, tal como viene sucediendo desde el año 2010 en que se decidió que “la herramienta de gestión” del Hospital fuera la calidad, siendo las sucesivas planificaciones cada vez más participativas y con recursos cada vez más capacitados en el uso y control de la misma.

En este nuevo ciclo de mejora continua, se reconfirmaron los principios del modelo de gestión clínica y gestión de calidad, y alineados con los mismos se desarrolló la etapa

filosófica, analítica y operativa de esta planificación. En esta Planificación estratégica seguimos reafirmando una premisa fundamental que los resultados financieros solo se pueden conseguir si los pacientes están satisfechos, solo se consiguen pacientes satisfechos si los procesos internos les generan y aportan valor y solo se logran mejoras en los procesos internos mediante la innovación y el aprendizaje y lo que no se puede medir no se puede controlar, lo que no se puede controlar no se puede gestionar; lo que no se puede gestionar no se puede mejorar.

El propósito es orientar el proceso decisorio con dos objetivos generales:

1-Consensuar y definir el rumbo organizacional, coordinando esfuerzos hacia un objetivo común.

2-Monitorear el desarrollo de las acciones planificadas y evaluar su impacto. En base a estos dos lineamientos, se definieron cinco etapas, las que incluyen desde la revisión y redefinición de misión, visión, valores y políticas, hasta el desarrollo del diagnóstico y posterior enunciación y operacionalización de objetivos, sin dejar de lado su monitorización y la correspondiente evaluación de los resultados obtenidos:

Revisión de Misión, visión, valores, políticas.

Definición de Diagnóstico y Ejes Estratégicos: Matriz FODA.

Operacionalización de Ejes Estratégicos en objetivos, indicadores, proyectos, actividades, producto esperado de cada actividad, responsables, equipo de trabajo, plazos y recursos.

- Implementación y monitoreo de avance de tareas y presupuesto.

-Evaluación, seguimiento y medición de resultados.

2.1.8. DESARROLLO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (UPA)

Analizar las relaciones político institucional que habilitaron el desarrollo territorial de las Unidades de Pronta Atención en el Gran Buenos Aires, donde se intenta indagar sobre modelo de atención de las Unidades de Pronta Atención y cuál es su rol en la red de servicios del sistema público en el Gran Buenos Aires entre el 2011 y 2015.

Busca la reconstrucción de la dimensión Política Institucional analizando diferentes escenarios, y realizando una sistematización sobre datos demográficos, de estructura sanitaria y del financiamiento.

La situación socio sanitaria de la provincia de Buenos Aires, particularmente del conurbano demandaba la resolución de la atención de la “emergencia” por la dinámica de la complejidad social en el territorio. • En este un contexto se tornaba central responder a las a la falta de servicios locales o a la saturación de los existentes

UNIDAD DE PRONTA ATENCION UPA

Las UPAS se constituyen en la nueva en la oferta de servicios de mediana complejidad, es un nivel intermedio entre los CAPS y los Hospitales. Su objetivo es brindar atención de la urgencia de modo más cerca del barrio. Su objetivo es que los vecinos estén más cerca de los centros de salud para poder ser atendidos en patologías de demanda espontánea, como pueden ser ACVs (accidentes cardiovasculares) o infartos.

Basándose en el modelo de Salud brasileño, Buenos Aires implementó hace 7 años estos establecimientos que buscan descongestionar la demanda sanitaria de los grandes hospitales. En el año 2010 se instala la prima en Lomas de Zamora para dar respuesta a más de 300.000 habitantes sin cobertura de obra social o privada. Son construcciones industrializadas modulares que cuenta con detalles técnicos donde las instalaciones van por separado de la construcción del edificio. Los módulos son fabricados 100% en talleres y montados en el terreno donde funcionará la UPA. Los módulos son de fácil montaje y luego se montan las instalaciones. Su arquitectura modular facilita el desarrollo orgánico del funcionamiento, al frente se ubica la guardia, los consultorios y la recepción, la administración. Unida al sector de la guardia se encuentra en sector de diagnóstico, en la edificación se identifican 4 sectores vinculados a las áreas de funcionamiento orgánico de lo servicios; Administración, Consultorios, Guardia y Diagnostico.

Se priorizó la implantación de UPA en el GBA por sobre el resto de la provincia indicando:

- La UPA se desarrollaron en municipios con indicadores socio sanitarios preocupantes que se encontraban por debajo de la media del conjunto del GBA
- Para la instalación de la UPAS se priorizaron municipios del la RSVI coincidentes con la tercera sección electoral que abarcan el área del conurbano sur
- Se produjo un reconocimiento de las UPA como nueva modalidad de servicios en la agenda publica.
- Los cambios de gestión en los gobiernos locales no atravesaron tanto en promedio a los municipios con UPAS como al conjunto de la Provincia.
- Las UPAS se desarrollaron en Municipios con baja estructura de servicios locales del segundo nivel Fu

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

El uso de las TIC, en la atención en salud constituye una herramienta para mejorar el impacto de las intervenciones en la comunidad, permitiendo un acceso más equitativo y eficiente a los servicios, mejorando la oportunidad de la atención y la costo-efectividad de los tratamientos. Se llevó a cabo una revisión del marco conceptual y normativo de la situación actual de la implementación de TICs en el Sector Salud en Colombia, caracterizando el manejo vigente de TICs, comparando esta experiencia, con la alcanzada en otros países de Latinoamérica. Teniendo en cuenta los hallazgos de la revisión, es mandatorio que se formulen políticas y estrategias por parte de los países Latinoamericanos, en las cuales se priorice la incorporación de TICs, ya que éstas constituyen una herramienta potencial para reducir las limitaciones de acceso así como mejorar la eficiencia de los servicios de salud (Robledo, 2013).

Actualmente el país se enfrenta con enormes retos en salud, dados principalmente por la inserción de las tendencias globales del mercado, la reducción de la inequidad y la innovación social orientadas a lograr una sociedad más incluyente, equitativa y sustentable, y una prestación de los servicios de salud eficiente, novedosa y eficaz. En los últimos años se ha observado una tendencia al aumento de la demanda de los servicios de salud en escenarios que podrían ser considerados poco tradicionales, al incorporar el concepto de salud extramural

dicho aumento se manifiesta como una causalidad del crecimiento urbano, acentuado por las barreras geográficas (Gómez, Ángeles, & Garduño, 2016).

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), en el caso de la atención en salud son una herramienta para mejorar el impacto de dichos factores, brindando un acceso más equitativo, efectivo y eficiente a los servicios de salud, mejorando sustancialmente la oportunidad de la atención y la costoefectividad de los tratamientos, impulsando la generación de conocimiento (Meisel, Bermeo, & Oviedo, 2016).

Las tecnologías de la Información y las comunicaciones (TIC) son una gama amplia de servicios, aplicaciones, y tecnologías, que utilizan diversos tipos de equipos y de programas informáticos, y que a menudo se transmiten a través de las redes de telecomunicaciones; y cuyo principal fundamento radica en fortalecer e impulsar el desarrollo económico y social de un país (Gómez, Ángeles, & Garduño, 2016).

El uso de TICs en salud, supone la integración del trabajo de profesionales, pacientes y la misma sociedad para dar un uso correcto y eficiente a estas tecnologías; se requiere además el trabajo interdisciplinario de varias áreas del conocimiento, no sólo de las de las ciencias de la salud, si no de la ingeniería, de la tecnología, de las ciencias económicas y administrativas entre otras. La implementación de innovaciones tecnológicas en el sector salud se debe reflejar de manera positiva en la optimización de los recursos del Sistema de Salud Argentino; lo anterior por medio de la implementación y posterior evaluación del uso de Tecnologías en Salud, como instrumento para la toma de decisiones en sus diferentes niveles (Meisel, Bermeo, & Oviedo, 2016).

2.1.10. OFICINA NACIONAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN (ONTI):

Esta oficina Fija los estándares para garantizar la seguridad de la información en toda la Administración Pública Nacional, controlan su cumplimiento en todos los sistemas del Estado y coordina las respuestas ante los intentos de ataque o penetración a las redes informáticas de los organismos públicos. La ONTI interviene también en la implementación y control de uso de la certificación digital en el Estado para la tramitación electrónica de expedientes (Oficina Nacional de Tecnologías de Información, 2013).

Estándares Tecnológicos para la Administración Pública (ETAP Argentina): Su objetivo es brindar a los distintos organismos de la Administración Pública Nacional (APN) una herramienta que les posibilite avanzar en los procesos de racionalización, estandarización y homogeneización de las contrataciones de las diversas tecnologías informáticas. A estos fines, los ETAPs deberán ser utilizados como guía para la redacción de los pliegos de especificaciones en las áreas que cubren. Plan Integral de Comunicaciones e Informatización de la Salud (Picis): Se está comenzando a desarrollar el Plan Integral de Comunicaciones e Informatización de la Salud (Picis) entre el Ministerio de Salud y el de Planificación¹⁸ para brindar conectividad a las dependencias del sistema de salud pública a nivel nacional, provincial y municipal (Manual de procedimientos política única de certificación de la AC ONTI, 2016).

Uno de los objetivos de esta iniciativa es generar la Historia Clínica Electrónica para cada ciudadano, lograr una mayor articulación entre los programas de salud y promover la utilización de sistemas para informatizar la carga y encriptación de datos de los beneficiarios del Plan Nacer (seguro público de salud para embarazadas y niños menores de 6 años sin obra social), el Programa Remediar (provisión gratuita de medicamentos para 15 millones de personas a través de la red de Centros de Atención Primaria de la Salud), el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA) ¹⁸ Ministerio de Salud: <http://www.msal.gov.ar> Maestría en Gestión de Servicios Tecnológicos y Telecomunicaciones ⁸⁰ y el Sistema Nacional de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA) (ONTI, 2016).

2. Normativa de la Organización Mundial de la Salud

2.2.1. Estándares e Indicadores

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual es la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), encargada de los temas sanitarios para América Latina y el Caribe mediante el desarrollo de los documentos de Programas de Acreditación se trata de garantizar la calidad de los servicios de atención sanitaria procurando un cambio progresivo planificado de los hábitos hospitalarios, a fin de promover en los profesionales de todos los niveles y servicios un nuevo estímulo para evaluar las debilidades y fortalezas de la Institución, así como el establecimiento de metas y movilización constante para el logro de los objetivas para poder finalmente alcanzar la calidad en las prestaciones de servicios de salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015)

Es por ello que, para implementar un programa de garantía de la calidad, hospital o la clínica debe estar sometida permanentemente a observación gerencial, redistribuyendo los recursos según las prioridades contingentes de los servicios, manteniendo un equilibrio constante entre los desarrollados como objetivos a corto y largo plazo. Los nuevos programas desarrollados desde la perspectiva de la calidad favorecen la renovación de ideas, reemplazando antiguos conceptos o hábitos instaurados en todo el funcionamiento institucional.

Es por ello como lo menciono en el manual de “Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe” la OMS/OPS trata de promover o desarrollar a verdaderos líderes hospitalarios que aprovechen los estímulos para la introducción de nuevos conceptos sobre la misión social de las organizaciones para brindar servicios de excelente calidad, en donde la responsabilidad de la calidad del servicio prestado sea responsabilidad de todos los profesionales y personal que conforma la institución hospitalaria (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

El manual en esencia enfatiza que el establecimiento de objetivos específicos que puedan ser medibles tanto en el corto y largo plazo con una constante supervisión de los mismos, permitirá una adecuada orientación para los planes de acción, la determinación de la estrategia para la institución y la implementación de programas (Moraes & Paganini, 2012).

Los directores de los hospitales que aspiran a iniciar un movimiento de mejoramiento de la calidad en todas las áreas, se deben de integrar en el proceso y comprometerse con el mismo.

Por otra parte para que la institución puede llegar a la acreditación es necesario que el personal médico este calificado y este factor como lo menciona Lorenzo Luzuriaga , sea el mayor desafío ya que la contratación, promoción, evaluación y retención del personal hospitalario, más en específico los conocimientos y destrezas adquiridas son una parte fundamental de los programas de mejoramiento de la calidad en la Región de América Latina y el Caribe (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

La garantía de la calidad es el factor dentro de la acreditación por el cual se garantiza que cada paciente sin importar su condición, raza, sexo, pueda recibir la misma atención de diagnóstico y terapéutico, para alcanzar un resultado óptimo, para lo cual se emplearan de manera eficiente y eficaz los recursos disponibles en las instituciones. Esta optimización de los recursos generara

un nivel bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades debido a los tratamientos, para alcanzar la máxima satisfacción de los servicios de salud (Moraes & Paganini, 2012).

Es así también que muchas casas de salud desvían la atención de la garantía de la calidad institucional global ya que es una tarea compleja y difícil de realizar, es por ello que muchas ocasiones las directivas de los hospitales centran las evaluaciones en aspectos secundarios (Moraes & Paganini, 2012)..

Las comisiones para la acreditación en América Latina de acuerdo a la recomendación por la OPS están debería estar conformadas por:

- La representación de los sectores públicos (Ministerio de Salud y la Seguridad Social) y los sectores privados
- La participación de las asociaciones profesionales
- La representación de los más distinguidos consejos o academias medicas del país (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

La disparidad de los niveles de calidad existente, se puede decir que esta generada por una variedad de normas y legislación de habilitación, que en algunos casos estaban medianamente actualizadas y en otros eran totalmente obsoletas o aplicadas inadecuadamente. Es por ello que la OPS para tratar de homogenizar el proceso de certificado de acreditación enlisto los siguientes criterios a evaluar:

- Análisis costo/beneficio no debe ser ajeno a la consideración de los procedimientos de evaluación de calidad de atención médica.
- Los indicadores de calidad no deben procurar una descripción exhaustiva de los servicios hospitalarios, sino una verificación de datos representativos.
- Utilización de indicadores cualitativos, que permitan suponer condiciones de calidad.
- Indicadores seleccionados que sean fácilmente verificables, evitando revisión extensa de documentación.
- Los estándares evaluaran estructura, proceso y resultados, buscando indicadores dinámicos que reflejen con la mayor amplitud la calidad de las prestaciones.
- Cada estándar debe prever distinto grado de satisfacción, con el fin de abarcar el amplio espectro de la oferta de servicios existentes.
- Los estándares deben ir de un mínimo hasta un óptimo que no debe de ser un ideal, sino más bien lo mejor que la realidad existente permita.

- Los grados de satisfacción de un estándar deben de ser correlativos entre sí, no corresponden a distintas características de jerarquías paralelas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Dentro del análisis de las distintas áreas de funcionamiento de los hospitales, clínicas y casas de salud con los requisitos mínimos para poder obtener la certificación se podrían citar las siguientes:

- Infraestructura Adecuada, tanto para el usuario interno como para el usuario externo.
- Señalética debidamente establecida
- Continuidad de la Atención, con la supervisión y organización de la dirección médica.
- Consultorios Externos, cuenta con la disponibilidad de turnos en el día.
- Urgencias, Cuenta con personal médico y de enfermería las 24 horas además con el apoyo de radiología, laboratorio y hemoterapia.
- Laboratorio de análisis clínico, capacidad para procesar los análisis correspondientes a la actividad de la institución y con el profesional de guardia pasiva.
- Diagnóstico por imágenes, habilitado de acuerdo con los requisitos de Servicio de Radiofísica Sanitaria o la autoridad correspondiente.
- Hemoterapia, contar con el servicio de banco de sangre disponible cercano.
- Atención del nacimiento, Contar con los profesionales indicados medico obstetra y médico pediatra en guardia pasiva.
- Área quirúrgica de circulación restringida, diferenciada y exclusivamente para este fin, el mismo que cuenta con local de apoyo para lavado, enfermería y vestimenta.
- Los anestesiistas acuden en relación a la demanda de los cirujanos y confeccionan los protocolos anestésicos.
- El control de infecciones hospitalarias cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de las infecciones, las mismas que son el lavado de manos, antisépticos y desinfectantes, higiene hospitalaria, precauciones universales con sangre y fluidos corporales, curación de heridas, cuidados de catéteres intravasculares y urinarios, de apoyo respiratorio y procedimientos obstétricos.
- Listado de la alimentación en relación a las patologías, confeccionado por un nutricionista.
- Proceso de lavado y cambio de ropa debidamente normatizado para el tratamiento de la ropa contaminada.

- Todos los pisos deberán ser limpiados al menos una vez al día con jabón, detergente y lavandina. Prohibición del barrido en seco.
- Determinación de un lugar para la preparación y esterilización de todos los materiales de la institución.
- El manejo de medicamentos un deposito propio y contara con una heladera para la conservación de drogas. Estará a cargo del responsable de área. Y tiene la función de proveer medicamentos a los pacientes internados en horario determinado y con un debido control del stock.
- El departamento de enfermería deberá contar con la responsable, la cual debe tener el título de enfermera. El personal realiza la tarea de registrar los parámetros vitales de los pacientes internados con una frecuencia de no mayor a ocho horas y los datos son registrados en la historia clínica, suministran los medicamentos a los pacientes.
- Las Historias Clínicas es el documento en donde se debe registrar la totalidad de las personas atendidas en las instituciones tanto ambulatorias como internadas. La Historias Clínicas deben de ser uniformes, legibles, contener diagnóstico, tratamiento, evolución, controles y firmas del médico tratante. Las Historias Clínicas deben de estar ajustadas a las normas de confección.
- La institución debe llevar la estadística de su actividad en donde se desarrollen los indicadores en base a consultas, egresos clínicos y quirúrgicos, nacimientos, promedio de estadía, intervenciones quirúrgicas, fallecimientos.
- La dirección del hospital debe estar designada a la autoridad de una persona que sea la responsable de fijar las políticas de la institución y controlar su ejecución, con una permanencia mínima de seis horas diarias.
- La administración de la institución debe contar con un responsable, al igual que con un manual de procedimientos en el cual se estandariza los procesos de adquisiciones, distribución y control de insumos y materiales, manejo de haberes, control de recursos humanos, administración de recursos financieros, facturación, cobranza y control del presupuesto.
- La seguridad e higiene laboral deberá estar regida por el programa de control sanitario del personal, de acuerdo a la legislación vigente.
- La institución debe contar con un plan de evacuación en el cual estén definidas las salidas de emergencia, al igual que el entrenamiento correspondiente del personal para la prevención de cualquier situación de riesgo.

- La garantía de la calidad debe estar definida por la evaluación de la atención a los demandantes del servicio (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

La OPS utiliza los programas de Acreditación para realiza en forma de recomendación para de alguna medida garantizar la calidad de atención hacia los ciudadanos, la presencia de todas estas variables antes mencionadas que deben de estar presente en las instituciones de salud para poder alcanzar las acreditaciones correspondientes.

La instituciones se benefician de las evaluaciones de acreditación ya que por medio de las mismas les facilita el establecimiento de metas claras y realizar las estrategias necesarias para la obtención de los objetivos a fin de garantizar la calidad de atención (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

2.2.2. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires

El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) como ente regulador y administrador de los servicios hacia la ciudadanía en lo cual se garantiza la atención de servicios de salud como un derecho fundamental de los ciudadanos nacidos o establecidos en el territorio de Buenos Aires.

“Artículo 1º - Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin. Art. 2º - Las disposiciones de la presente ley rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires.”

Este enfoque lleva al concepto de salud integral que se lo enmarca en el Art. 3 de la Ley 153, por el que el nivel de salud está asociado no sólo a la atención médica, sino a la satisfacción del conjunto de necesidades de las personas, tales como alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. (CABA, Ley 153 Art. 3 inc. a)

“Art. 3º - Definición. La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

a. La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.” ...

En el desarrollo de la misma Ley 153 en virtud del fortalecimiento de una política sanitaria podemos identificar como se encuentran definidas la estructura del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires de acuerdo a los siguientes Artículos:

“Art. 10º - Sistema de Salud. Integración. El Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia: estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad.

Art. 11º - Recursos de Salud. Entiéndese por recurso de salud, toda persona física o jurídica que desarrolle actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, investigación y docencia, producción, fiscalización y control, cobertura de salud, y cualquier otra actividad vinculada con la salud humana, en el ámbito de la Ciudad.

Art. 12º - Autoridad de aplicación. Funciones. La autoridad de aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud. Son sus funciones:” ...

2.2.3. Ley de Sistema Único de Salud

Por medio de este proyecto que se basaba en un sistema integrado que se denominó Ley Sistema Único de Salud se pretende, que se garantice e institucionalice en la Constitución el legítimo derecho a la atención de la salud gratuita, en los niveles primario, secundario y terciario, prestada por un sistema nacional de salud (Giobanella, 2013).

A partir de ese enfoque, la salud debe de pasar a ser una de las más importantes metas de la sociedad mundial y que para ser alcanzada, necesita estar integrada y articulada con los diversos sectores sociales, económicos y políticos.

Es en tal sentido que la propuesta pretende una implantación de un proceso igualitario en todos los niveles con la información disponible para los actores intervinientes en los

procesos para poder obtener como uno de los resultados la descentralización y, consecuentemente, en la expansión del acceso a los servicios de salud, en especial en los servicios de atención básica, por medio de la Estrategia de Salud de la Familia como núcleo de la sociedad.

“Art. 1º.- La presente ley tiene por objeto contribuir a garantizar la accesibilidad, la equidad y la calidad y la participación en la atención integral de su salud a todos los habitantes del territorio nacional, mediante el ordenamiento de los recursos públicos prestacionales y económicos en un Sistema Único de Salud (SUS).”

“Art. 2º.- Los recursos prestacionales, a los fines de la presente ley, comprenden el conjunto de efectores que ejecutan actividades de salud, incluyendo promoción, prevención, atención básica y especializada, rehabilitación, diagnóstico y tratamiento, de salud pública, de producción sanitaria, de investigación en salud y de fiscalización sanitaria, pertenecientes al Estado nacional, provinciales y municipales, a las obras sociales nacionales y provinciales, a las universidades nacionales y a las fuerzas armadas y de seguridad.”

“Art. 3º.- Los recursos económicos son todos aquéllos destinados a inversión, desarrollo y funcionamiento en materia de salud por el Estado nacional, las provincias y municipios, las obras sociales nacionales, provinciales, universitarias, y las fuerzas armadas y de seguridad.”

“Art. 4º.- Los efectores del sector privado pueden incorporarse voluntariamente al SUS establecido por la presente ley, quedando en tal caso obligados al cumplimiento de sus disposiciones.”

“Art. 5º.- Los efectores del sector privado no incorporados al SUS quedan igualmente bajo el control y fiscalización de las respectivas autoridades sanitarias

jurisdiccionales en las materias de su competencia” (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2017).

Es por ello que los Artículos citados anteriormente generan las disposiciones generales que deben ser aplicadas para el desarrollo del programa en la integración perfecta entre las instituciones y el personal operativo y también el administrativo.

2.2.4. Plan Estratégico de Desarrollo del Sistema de Salud

El presente Plan Estratégico de Desarrollo del Sistema de Salud representa una preocupación a nivel global, puesto que tiene origen en la República Argentina en diciembre del 2015, para lo cual en el mandato del Presidente Ing. Mauricio Macri se decidió establecer 8 objetivos nacionales que se presentan en todos los ámbitos de la Nación y en la cual están contenidos alrededor de 100 prioridades en el marco de la transformación de la Administración Nacional Pública, la misma que tiene como finalidad cumplir con los lineamientos establecidos para el cumplimiento de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, es en tal sentido que el Plan Estratégico de Desarrollo (PED), en lo que concierne al área de la salud se puede expresar como una respuesta para tratar de equiparar las desigualdades existentes entre los demandantes y los oferentes del servicio que en este caso serían todos profesionales que por sus actividades se encuentran en los campos dedicados al servicio de salud en los diferentes niveles existentes.

Para poder obtener el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. Se han obtenido grandes progresos en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muertes más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna. Se han logrado grandes avances en cuanto al aumento del acceso al agua limpia, el saneamiento, la reducción de la malaria, la tuberculosis, la poliomielitis y la propagación del VIH/SIDA. Sin embargo, se necesitan muchas más iniciativas para erradicar por

completo una amplia gama de enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud.

Es por tal motivo que dentro de la página de la Organización Panamericana de la Salud como la filial regional de la Organización Mundial de la Salud podemos encontrar la reseña del convenio y el compromiso Estratégico:

“La Estrategia de Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) con la Argentina (ECP-Argentina) 2017- 2021 representa el trabajo intersectorial bajo el liderazgo del Ministerio de Salud de la Nación en colaboración con la OPS/OMS y refuerza el compromiso del país con la promoción de la salud. El documento refleja una estrategia de mediano plazo de la OPS/OMS y es un valioso ejercicio de planificación ascendente, a través del cual se definen prioridades locales intersectadas con estrategias y mandatos globales y regionales. La ECP está enmarcada en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Marco de Sendai sobre la Reducción de Riesgos de Desastres 2015-2030. Tiene como base el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, el Marco Estratégico de Cooperación del Sistema de Naciones Unidas para el Desarrollo (MECNUD) en Argentina y su Plan de Trabajo 2016-2020 y enfoca la cooperación de la OPS/OMS en las realidades de Argentina y sus prioridades expresada en el Plan de Desarrollo Gubernamental de la nueva gestión política del país iniciada en 2015 y asimismo su nuevo Plan de Salud Nacional. Es un honor presentar esta nueva ECP, producto de un proceso de diálogo y participación, cuyas prioridades representan el acuerdo alcanzado para promover el derecho a la salud. Las prioridades y las áreas de enfoque buscan avanzar hacia un sistema de salud con acceso y cobertura universal a servicios de calidad; mejorar la gestión de riesgos para la salud derivados del ambiente, el cambio climático, las actividades humanas, así como las amenazas infecciosas, químicas, toxicológicas, nucleares y/o radiológicas; reducir inequidades con enfoque prioritario en áreas geográficas y poblaciones en situación de

vulnerabilidad y siguiendo un abordaje integral del curso de vida; enfrentar eficaz y eficientemente los cambios epidemiológicos y demográficos del contexto, en particular las enfermedades o condiciones crónicas no transmisibles; y potenciar y facilitar el rol de Argentina en la Cooperación para el Desarrollo Sanitario tanto en la Región como globalmente. Es el deseo común que esta ECP sea norte y faro que contribuya a guiar de modo efectivo la cooperación de la OPS/OMS con el país y contribuya con la salud y bienestar de los argentinos.”

En tal sentido que el mencionado plan trata de cumplir con el objetivo principal, el cual es configurar una red tanto a nivel local, como federal -nacional en la cual se traten de cubrir el déficit del acceso a la salud desde una perspectiva de derecho desde lo asistencial en todos los aspectos como en la formación, capacitación e investigación.

Es por tal razón, que los Hospitales deben buscar consolidarse como espacio de modos de integración de toda la información generada desde los mismos centros de atención, es por ello que el Dr. Rivero, quien mencionó: *“el objetivo principal del Departamento de Salud Integral es garantizar la atención sanitaria esencial para alcanzar el grado más alto de salud, no sólo para cualquier usuario que forma parte del Hospital, ya sea internados o ambulatorios, sino también para las familias, la red social y comunitaria, y la apertura de las puertas a cualquier persona de la comunidad”*.

Para poder consolidar el Plan Estratégico de Desarrollo de Salud se trazaron por parte del Gobierno y el Ministerio de Salud los siguientes Objetivos para el año 2030:

- ✓ *“Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos*
- ✓ *Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos*

- ✓ *Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles*
- ✓ *Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar*
- ✓ *Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol*
- ✓ *Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo*
- ✓ *Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales*
- ✓ *Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos*
- ✓ *Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo*
- ✓ *Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda*
- ✓ *Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual*

Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos

- ✓ Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo*
- ✓ Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.”*

2.2.5. Sistemas de Información de los Sistemas de Salud

Los Sistemas de Información en Salud (SIS) son la nueva tendencia dentro de los sistemas Sanitarios y constituyen el núcleo principal de soporte para la toma de decisiones y las proyecciones en las instituciones sanitarias. Dentro de los SIS, los indicadores de salud (IS) se reflejan numéricamente todos los datos de los acontecimientos medidos en el *continuum* salud-enfermedad, atenciones y cobertura. El sistema integrado de información en salud tiene por objetivo normalizar, integrar y organizar toda la información en salud disponible en sus sistemas de información, en un repositorio accesible y seguro, así como la distribución de la información de la forma más conveniente, para facilitar la toma de decisiones.

Los **sistemas de información hospitalaria** **sistemas de información en salud** (siglas: **SIH**, o **HIS**), en algunos países son denominados "expediente electrónico", pese a que este último es sólo la parte clínica del proceso.

Consiste en un programa o programas de cómputo instalados en un hospital, lo que permite una gestión integrada de todos los factores que inciden en el sistema sanitario.

En lo concerniente al territorio, es decir en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires podemos mencionar que tenemos los siguientes sistemas entre los que podemos mencionar el sistema SIGEHOS y también el sistema Buenoscompras.com.ar .

· **SIGEHOS**

El sistema SIGEHOS es parte del programa del estado SUMAR, el sistema fue un desarrollo de la Dirección General de Sistemas Informáticos del Ministerio de Salud, cuyo objeto es el de proveer de una herramienta informática integral, y unificada para la gestión de los hospitales del GCBA.

Este programa de información está en algunas localidades del GCBA como es Liniers, Villa Lugano, Caba, en algunos hospitales de su localidad. Para lo cual se vienen haciendo mejoras e incremento de los servicios.

· **Buenoscompras.com.ar**

Los procesos de compras institucionales dentro de los organismos estatales están lleno de muchos parámetros, normativas y procedimientos a cumplir por parte de los funcionarios y al estar divididos en la segmentación de las jurisdicción de dichos organismos, se vuelve un poco complejo realizar una homogeneidad del proceso que garantice unas compras efectivas por parte de las instituciones, es en tal sentido que por parte del gobierno de Buenos Aires se creo el programa “ Buenoscompras.com.ar .

Es por lo antes expuesto que la Dirección General de Compras y Contrataciones en su carácter de Órgano Rector del Sistema de Contrataciones de esta Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tiene el compromiso primordial de organizar las políticas de adquisiciones en el ámbito de la Ciudad, coordinando las propuestas elevadas por cada Jurisdicción o Entidad respecto de las Unidades Operativas de Adquisiciones que se desarrollarán en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. A tales fines, es el receptor de sus respectivos Planes Anuales de Compras y Contrataciones.

Entre sus funciones como Órgano Rector se encuentran, entre otras, las de sugerir políticas de contrataciones, proponer el dictado de normativa reglamentaria en la materia, administrar el sistema de información, proporcionar los precios de referencia, catalogación, supervisar y evaluar el diseño y operatividad del sistema de contrataciones y aplicar sanciones a oferentes y adjudicatarios en caso de corresponder.

3. Normativas Legales

1. Normativas Legales para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Código de Ética

Es por ello que dentro de este análisis en la aplicación del sistema, el Estado como ente regulatorio tiene la facultad de dictar las herramientas necesarias de regulación, control y protección de la información de y hacia la ciudadanía en lo cual se garantiza la atención de servicios de salud en conformidad con el Art. 42 de la Constitución de la Nación Argentina, “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud...” (Galli, Pagés, & Swieszkowski, 2017).

En tal sentido que la Comisiones Directivas de la Asociación Médica Argentina y de su filial la Sociedad Argentina de Ética Médica realizó la 2° Edición del Código de Ética en el año 2011, en el cual podemos extraer como esencia favorecen que van en favor de las buenas prácticas profesionales

“PRINCIPIOS GENERALES.- En su actuación los asociados deberán: 1- Respetar los derechos humanos y sociales de las personas, sus valores, costumbres y creencias, sin discriminar a nadie en razón de su nacionalidad, sexo, raza, religión, condición socioeconómica, ni ideología política, teniendo en cuenta el principio de autonomía. 2- Atender a los pacientes de acuerdo a su dignidad humana. 3- No utilizar sus conocimientos profesionales contra las leyes de la humanidad. 4- Combatir el charlatanismo, el curanderismo y cualquier práctica profesional que genere falsas expectativas, en cualquier forma que se presente, recurriendo a todos los medios legales disponibles, siendo oportuna la intervención de las organizaciones científicas, de las entidades gremiales y de la justicia. 5- Ajustar su conducta a las reglas de circunspección, probidad y honor en el ejercicio de su profesión, así como en los demás actos de la vida. 6- Respetar el secreto profesional, guardando reserva de toda confidencia a la que tenga acceso. 7- Fomentar el progreso científico y tecnológico de la medicina evitando desvirtuar el humanismo esencial de la profesión. 8- Velar por la prestación de asistencia de calidad tanto a nivel personal como institucional, en cualquier ámbito de su trabajo. 9- Denunciar el ejercicio de la medicina y/o delegación de sus funciones por parte de personas ajenas a la profesión. 10-Respetar los derechos esenciales del paciente: Asistencia, Trato digno y respetuoso, Intimidad, Confidencialidad, Autonomía de la voluntad, Información sanitaria, Interconsulta médica”.

- Ley de protección de datos 25.326

De igual forma la Ley de Protección de los Datos Personales, Promulgada Parcialmente en Octubre 30 de 2000 y discutida en El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, en el cual sostiene por medio de un consenso nacional y ajustándose a las normativas internacionales para el manejo de datos promueve el

desarrollo de programas y normas que garanticen la calidad del manejo de los datos de los ciudadano y en este caso en particular de los usuarios de los sistema de salud pública.

El concepto de protección de datos nació como una mera contraposición a la interferencia en la vida privada de las personas facilitada por el avance tecnológico. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, esa concepción fue evolucionando hasta llegar al momento actual en el que la doctrina internacional lo entiende como la protección jurídica de las personas en lo concerniente al tratamiento de sus datos personales, tanto en forma manual como automatizada. Por otro lado, como dice Correa (12), también ha evolucionado la concepción del derecho a la vida privada, pues ha dejado de concebirse como la libertad negativa de rechazar u oponerse al uso de la información personal para convertirse en la libertad positiva de supervisar su uso.

“ARTICULO 1° — (Objeto). La presente ley tiene por objeto la protección integral de los datos personales asentados en archivos, registros, bancos de datos, u otros medios técnicos de tratamiento de datos, sean éstos públicos, o privados destinados a dar informes, para garantizar el derecho al honor y a la intimidad de las personas ,..”

Es en tal sentido como lo menciona el Art. 2 de la presente en donde se definen más a profundidad el enfoque y a su vez el entorno descriptivo del manejo de la información.

*“ARTICULO 2° — (Definiciones). A los fines de la presente ley se entiende por: — Datos personales: Información de cualquier tipo referida a personas físicas o de existencia ideal determinadas o determinables.
— Datos sensibles: Datos personales que revelan origen*

racial y étnico, opiniones políticas, convicciones religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información referente a la salud o a la vida sexual.”

Como enseña Cifuentes, multiplicadas son las facultades de la persona para reaccionar frente al manejo y apropiación del derecho a los datos personales. Por la importancia y la trascendencia que tienen como instrumentos para proteger la intimidad de las personas es necesario estudiarlos separadamente, con la incidencia que la ley tiene en el reconocimiento de cada uno de ellos en particular.

“ARTICULO 6° — (Información). Cuando se recaben datos personales se deberá informar previamente a sus titulares en forma expresa y clara: a) La finalidad para la que serán tratados y quiénes pueden ser sus destinatarios o clase de destinatarios; b) La existencia del archivo, registro, banco de datos, electrónico o de cualquier otro tipo, de que se trate y la identidad y domicilio de su responsable; c) El carácter obligatorio o facultativo de las respuestas al cuestionario que se le proponga, en especial en cuanto a los datos referidos en el artículo siguiente; d) Las consecuencias de proporcionar los datos, de la negativa a hacerlo o de la inexactitud de los mismos; e) La posibilidad del interesado de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos.”...

En estas líneas he intentado reseñar lo que considero son los principios básicos de la protección de datos a la luz de la nueva legislación argentina.

Para finalizar, y a modo de corolario, considero de utilidad resumir, en un intento de definición, en qué consiste el sistema de protección de los datos personales, que no es más el poder de disposición y control sobre los datos personales que faculta a las personas para decidir cuáles de esos datos quieren proporcionar a terceros, sea el Estado o un particular, o qué datos pueden esos terceros recabar, y permite saber quién posee esos datos personales y para qué, pudiendo inclusive oponerse a esa posesión o uso.

Estos poderes de disposición y control sobre los datos personales, se concretan jurídicamente en la facultad de consentir la recogida, la obtención y el acceso a los datos personales, su posterior almacenamiento y tratamiento, así como su uso o usos posibles, por un tercero, sea el Estado o un particular. Y ese derecho a consentir el conocimiento y tratamiento, informático o no, de los datos personales, requiere como complementos indispensables, por un lado, la facultad de saber en todo momento quién dispone de esos datos personales y a qué uso los está sometiendo, y, por otro lado, el poder oponerse a esa posesión y usos.

- Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Se podría mencionar a manera de un breve bosquejo que la Ley 26.529 se trata de una compleja norma que consta de 25 artículos distribuidos en 5 capítulos y aborda importantes temas de la bioética, la misma que fue promulgada El 20 de noviembre de 2009 se publicó en el Boletín Oficial de la República Argentina. Para lo cual se realizara un análisis crítico de las disposiciones más sensibles que contiene la misma.

Derechos del paciente: el artículo 2 establece lo que denomina “derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate” e incluye los siguientes: asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria e interconsulta médica. En este sentido, la norma explicita, desde una perspectiva que acentúa la autonomía de la voluntad por sobre el derecho a la vida

o el principio de libertad y responsabilidad, diversas situaciones que corresponden a una justa relación entre médico y paciente.

“ARTICULO 2º— Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:”...

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significarán la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente. (Inciso sustituido por art. 1º de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.”

Información sanitaria: en los artículos 3 y 4 la ley define qué se entiende por información sanitaria y establece que la misma sólo podrá ser dada a conocer a terceras personas con autorización del paciente.

Consentimiento informado: el capítulo III de la ley está dedicado al tema del consentimiento informado. Al respecto, se lo define en el artículo 5 como "...la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados".

"ARTICULO 5º — Definición. Entiéndase por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a..."

En lo correspondiente a la Obligatoriedad del consentimiento informado: El artículo 6 establece, "con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria", la obligatoriedad del previo consentimiento informado del paciente. Por su parte, el artículo 8 exime al profesional de la salud de requerir el consentimiento cuando mediare "grave peligro para la salud pública" o "una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales".

En relación a la Forma del consentimiento: en el artículo 7 se establece que, por regla, el consentimiento informado será verbal, salvo en los siguientes casos en que será escrito: "a) Internación; b) Intervención quirúrgica; c) Procedimientos diagnósticos y

terapéuticos invasivos; d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley; e) Revocación”.

6) Exclusión de la eutanasia: en el artículo 11 se regula lo relativo a las denominadas “directivas anticipadas” y se excluye de manera expresa la eutanasia: “Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes”.

7) Historia clínica: la nueva ley define la historia clínica como “el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud” (artículo 12). Regula la historia clínica informatizada (art. 13) y reconoce que “el paciente es el titular de la historia clínica” (art. 14). Fija los contenidos que se deben asentar en la historia clínica (art. 15) y los documentos forman parte de la misma (art. 16). Establece su unicidad (art. 17) y su inviolabilidad (art. 18). Señala los legitimados para solicitar la historia clínica (art. 19), concediendo acción de “habeas data” en caso de negativa (art. 20) y disponiendo sanciones por incumplimiento de las normas fijadas por la ley (art. 21).

“ARTICULO 12. — Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

ARTICULO 13. — Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o

cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma...”

Ideología de género: Debe señalarse críticamente que se incorpora de manera explícita el “género” como pretendida categoría jurídica en lugar de la noción de “sexo” (artículo 2 inciso b). En el mismo sentido, en el artículo 19 se equipara al matrimonio con las uniones de hecho de personas del mismo sexo cuando se incluye entre los legitimados para solicitar la historia clínica, a “la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación”.

Como cierre de esta Ley podemos manifestar que el consentimiento informado forma parte del principio de libertad y responsabilidad en la bioética personalista. Por eso, como reflexión final, ante el acento que la nueva ley pone en la “autonomía de la voluntad”, nos parece oportuno señalar que en esta materia está en juego la relación médico- paciente y, por tanto, si bien es positivo explicitar “derechos del paciente”, debe darse primacía a la relación médico-paciente en un contexto de “beneficencia en la confianza”, donde se resalte tanto la libertad de la persona del paciente y del médico, como sus respectivas responsabilidades en el cuidado de la vida.

- Ley 26.742, ley que garantiza el derecho a la muerte digna

Realizando el análisis de la realidad actual el Senado de la Nación convirtió en ley la iniciativa que garantiza el derecho a la muerte digno a los pacientes terminales. La nueva norma otorgaba a los pacientes la posibilidad de "aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos con o sin expresión de causa, así como también a revocar posteriormente su manifestación de voluntad".

Así, a partir de la sanción de la norma los pacientes que "padecen una enfermedad irreversible, incurable o terminal o hayan sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación" pueden negarse a recibir procedimientos, cirugías y "medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría".

Para ello, deberá expresar su voluntad al médico, quien antes debe haberlo informado sobre su real estado de salud, los tratamientos posibles y sus consecuencias.

También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando estos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa no significará la interrupción de otras acciones destinadas al adecuado control y alivio del sufrimiento.

“ARTICULO 1º — Modifícase el inciso e) del artículo 2º de la Ley 26.529 — Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud. En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

ARTICULO 2º — Modifícase el artículo 5º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 5º: Definición. Entiéndase por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representante legales...

ARTICULO 3º — Modifícase el artículo 6º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 6º: Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médicosanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente”...

En conclusión —y siguiendo el consejo de Antón Chejov que decía que “el arte de escribir, es el arte de abreviar”— la ley es un avance en el respeto a la persona del paciente, de sus valores, de su historia y proyecciones de vida, que también incluyen las circunstancias en las que anhelaría morir. Desde el reconocimiento del derecho, hace posible los cuidados paliativos integrales y permite que tengamos una herramienta para demandar al sistema de salud su responsabilidad subsidiaria y solidaria de ocuparse de la persona moribunda. La imprecisión en cuanto al tipo de hidratación y/o alimentación que puede ser rechazada, expone al riesgo de interpretación unilateral o inducción subjetiva por parte del equipo de salud, no obstante, esto podría salvarse con el conocimiento de la responsabilidad de ofrecimiento de medios que tenemos los que trabajamos en salud, de manera tal que sea la persona que padece, su familia o el subrogante, quien decida cuán ordinaria es nuestra propuesta, siempre hecha por sobre los mínimos imprescindibles.

- Ley 25.506, Ley de Firma Digital

Firma Digital

La ley define la firma digital como “el resultado de aplicar a un documento digital un procedimiento matemático que requiere información de exclusivo conocimiento del firmante, encontrándose ésta bajo su exclusivo control”, y se presume, salvo prueba en contrario, que el documento suscripto mediante firma digital no ha sido modificado desde el momento de su firma.

El art. 3º de la ley dispone como principio general que cuando los preceptos legales requieran la firma manuscrita del titular de un documento, la misma se tendrá por cumplida con la firma digital, otorgándole el mismo valor probatorio a ambos tipos de firma.

Sin embargo, la utilización de la firma digital tiene ciertas restricciones. Es decir, la ley establece ciertos casos en que la misma no podrá ser utilizada, como por ejemplo, en las disposiciones por causa de muerte, para actos jurídicos del derecho de familia, actos personalísimos en general, entre otros.

Para que la firma digital tenga plena validez, se requiere el cumplimiento de ciertos requisitos, como la necesaria emisión del correspondiente certificado digital por un certificador licenciado a tal efecto.

Certificado Digital

El Certificado Digital deberá estar emitido conforme las disposiciones legales y tendrá una validez limitada en el tiempo, correspondiendo al Ente Certificador establecer la fecha de vencimiento de cada certificado que emita.

La propia ley reconoce la validez de los certificados emitidos por certificadoras extranjeras, cuando los mismos reúnan los requisitos mínimos establecidos en la misma.

Firma Electrónica

La firma electrónica es el conjunto de datos integrados, ligados o asociados de manera lógica a otros datos electrónicos, utilizado por el signatario como su medio de identificación y que no llega a cumplir los requisitos establecidos por la ley para ser considerado firma digital.

Es decir, la firma electrónica actuaría como el género, mientras que la Firma Digital sería la especie.

Certificadores Licenciados

Los Certificadores Licenciados serán las personas jurídicas autorizadas a actuar como tales por la Autoridad de Aplicación y los organismos públicos que expidan tales certificados, liberándose el mercado a la libre competencia entre las Certificadoras privadas existentes, sujetas a control y auditoría periódica de la Autoridad de Aplicación.

Autoridad de Aplicación

Se establece como Autoridad de Aplicación de la presente ley a la Comisión Asesora para la Infraestructura de la Firma Digital, dependiente de la Jefatura de Gabinete de Ministros, organismo a crearse en un futuro próximo.

Régimen de Responsabilidad

El régimen de responsabilidad del Certificador Licenciado establece que:

- (i) frente al titular del certificado digital, la misma se regirá bajo las condiciones contractuales pactadas entre las partes;
- (ii) frente a terceros, el Certificador Licenciado responderá por los daños y perjuicios que se deriven como consecuencia del incumplimiento de sus deberes legales, o por los errores u omisiones que presenten los certificados digitales que éste emita; y
- (iii) la Autoridad de Aplicación podrá imponer sanciones por dicho incumplimiento, que se establecen entre el mero apercibimiento hasta la caducidad de la licencia para actuar como tal.

Disposiciones Complementarias

Las disposiciones complementarias de la ley establecen que el Estado Nacional promoverá el uso de la firma digital dentro del ámbito de la propia administración, obligándose a utilizar esta tecnología en un plazo máximo de 5 años para todas las leyes, decretos, decisiones administrativas, resoluciones, etc. que la misma emita.

4. Normas de Acreditación Canadiense

El Sistema de Salud Nacional Argentina al igual que otros países de América Latina ingreso en un proceso de mejoras tanto en el sector público y también en el sector privado en todo lo concerniente en infraestructura como en los procesos de capacitación de los actores en las diferentes áreas interviniente en el proceso de servicio de atención de salud (Ugaz, 2015).

Es en tal sentido que el gobierno ingresa al proceso de Acreditación Canadá es una organización independiente, sin fines de lucro que tiene la atención de salud ayudado proveedores a mejorar la calidad y la seguridad de más de 55 años. Utilizando normas nacionales basadas en las mejores prácticas, que proporcionan acreditación que evalúa cómo toda una organización proporciona atención médica de principio a fin. Al igual que nuestros clientes, Acreditación Canadá participa en acreditación a través de la Sociedad Internacional para la Calidad de la Atención de Salud. En la que menciona como espíritu fundamental la mejora de los resultados de los pacientes/clientes y el rendimiento del sistema de salud y a su vez ayudan a toda la organización de las instituciones en la organización del trabajo para enfocarse en la seguridad y calidad (Thompson, 2016).

Conceptos Básicos de la Acreditación

El proceso es un proceso continuo. Las organizaciones utilizan este programa para identificar lo que hacen bien y donde podrían hacerlo mejor, y hacer mejoras basadas en los resultados. Los colaboradores, llamados inspectores, visitan la organización cada cuatro años para evaluar el grado en que se está cumpliendo con los estándares, compartir sus conocimientos y hacer recomendaciones (Accreditation Canada, 2015).

Acreditación Canadá luego evalúa los resultados de la revisión por pares para determinar si se acredita a la organización, y facilitará un informe de acreditación que identifica los puntos fuertes y áreas de mejora. La organización utiliza el informe para crear y poner en práctica planes de acción, continuando el ciclo de mejora continua de la calidad (Accreditation Canada, 2015).

Enfoque de la Acreditación

- ✓ Evaluar sus servicios y saber dónde enfocar sus esfuerzos de mejora.
- ✓ Desarrollar procesos estandarizados para mejorar la eficiencia y reducir los costos
- ✓ Mitigar el riesgo y apoyar la adopción de las mejores prácticas
- ✓ Construir una cultura de la calidad, la seguridad y la excelencia
- ✓ Promover públicamente su compromiso de ofrecer servicios, seguros y de calidad

Normas de la Acreditación

1. La seguridad del cliente
2. Prevención y control de infecciones
3. Administración de medicamentos
4. La prestación de servicios seguros y apropiados
5. Vida laboral seguro y saludable
6. Gestión de la información
7. Entorno físico y equipo
8. Mejoramiento integral de la calidad
9. Liderazgo
10. Criterios específicos del sector (Accreditation Canada, 2015).

Estándares de Calidad

Los estándares para la Acreditación se encuentran basados en los siguientes parámetros:

1. Liderazgo la Excelencia Clínica
2. Las personas
3. Los procesos
4. La información
5. El rendimiento

En relación a la Acreditación que está de acuerdo a (Qmentum International, 2014) el Programa de Acreditación Qmentum International tiene tres niveles (Oro, Platino, Diamante):

- ✓ Oro: dirigido a estructuras básicas y procesos relacionados a elementos de orientación de mejora de seguridad y calidad.
- ✓ Platino: Se basa en los principios de calidad y seguridad, y destaca los elementos clave en el cuidado del cliente, creando consistencia en la prestación de servicios mediante procesos estandarizados, con la participación de los clientes y del personal en la toma de decisiones.
- ✓ •Diamante: enfoca su atención en el logro de la calidad supervisando los resultados, utilizando la evidencia y las mejores prácticas para perfeccionar los servicios, y competimos con organizaciones similares para mejorar nuestros sistemas. (p.1)

Debido a la relevancia que tiene el manejo de medicamentos, se han creado normas para garantiza el buen uso de los mismos. El manejo de medicamentos debe de ser seguro y efectivo. Estas normativas son basadas en los estándares que tienen por objetivo la prevención de eventos adversos que se pueden dar en el proceso de la administración del mismo (Qmentum International, 2014).

5. Modelo de Sistema de Información Sanitaria

Los datos, por sí solos, no son sinónimo de información, estos deben ordenarse de forma lógica y considerar aspectos tales como: los objetos de estudio, las diferentes ideas y los eventos que se relacionan. De este modo, se crea una secuencia de datos afines que puedan ser analizados. Hasta ese momento, se cuenta con los datos para el cumplimiento de objetivos. El análisis permitirá establecer controles, tomar decisiones, mejorar la calidad de la información y transmitir el mensaje a todos los involucrados.

Los componentes de un sistema de información le permiten al administrador de los sistemas de salud controlar los resultados; para ello, es necesario contar con procedimientos específicos en cada componente que sean del conocimiento y dominio de los usuarios del sistema. Por ejemplo, en el caso del componente de entrada, la calidad de los registros y la recopilación de datos son relevantes; en el componente de proceso, la tabulación, la consolidación de información y la revisión de los datos se deben llevar a cabo con mucha precisión para que; en el componente de salida, los resultados sean de fácil análisis, oportunos y veraces. Esos resultados (informes, indicadores, entre otros) son los que le permitirán al administrador tomar decisiones y considerar la posibilidad de realizar ajustes en los diferentes componentes que admitirán la retroalimentación, con el fin de mejorar la calidad del sistema (Fernández, 2016).

La Organización Mundial de la Salud define un Sistema de Salud a “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Considera que este sistema debe proporcionar buenos tratamientos y servicios sanitarios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero, necesitando personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. De acuerdo al documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizado en el 51° Consejo Directivo Washington en septiembre del 2011 (Organización Mundial de la Salud, 2011), la Salud o ciber salud consiste "en el apoyo que la utilización costo eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de

los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud" (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). Este documento considera que el uso y la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación en la salud pública proporcionan los siguientes beneficios:

- Innovación: permite transformar los procedimientos de trabajo y mejorar las comunicaciones, la gestión del riesgo y la seguridad del paciente.

- Socio sanitarios: la aplicación de las TIC's en los procedimientos sanitarios mejora la calidad de vida de los pacientes y de la población, los servicios son más personalizados, integrados y continuos, superando las limitaciones geográficas y temporales, reduciendo los tiempos de espera y el acceso a los profesionales de salud.

- Económicos: la aplicación de las TIC's mejoran la eficiencia en el uso de tiempo y recursos, mejorando la toma de decisiones complejas y permiten la asignación de prioridades en las pruebas científicas.

El sistema de salud argentino se caracteriza fundamentalmente por la descentralización del sistema público hacia el nivel provincial y la importancia de la financiación de la salud por parte de las denominadas Obras Sociales dependientes de las entidades sindicales.

El Ministerio de Salud está representado en las provincias por las delegaciones del Ministerio de Salud, Superintendencia de Servicios de Salud, la Superintendencia de Riesgos de Trabajo y la Superintendencia de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones. El Consejo Federal de Salud (COFESA) constituido por los ministros de Salud de todas las jurisdicciones del país es la institución encargada de establecer consensos, metas y políticas y decisiones compartidas entre sectores y jurisdicciones.

El sistema en general resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público (nación, provincia y municipios), el de Seguridad Social a través de Obras Sociales y el privado (aseguradores y prestadoras), que difieren en cuanto a la población objetivo, los servicios que prestan y las fuentes de financiación.

Este escenario plantea importantes desafíos a la formulación de políticas y estrategias de parte de los Estados en las cuales no podrán estar ausentes decisiones relativas a la incorporación de tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Su potencial en la reducción a las limitaciones de acceso, así como en mejoras de eficiencia en el sector, son algunos de los elementos a considerar para afrontar decididamente las complejidades y resistencias que otros sectores ya han abordado (Ariel, 2016).

La Salud considera el uso de las TIC para apoyar y habilitar servicios de atención médica y acciones de salud, mientras que la interoperabilidad se refiere a la capacidad de los sistemas y las organizaciones que les permite comunicarse, intercambiar datos, compartir e integrar información, conocimiento y procesos de manera fácil, segura y fluida, comúnmente haciendo uso de estándares y prácticas de trabajo comunes y compatibles. Cuando existe una aprobación y acuerdo entre sistemas y organizaciones de la aceptación de la información y servicios intercambiados se da la interoperabilidad, entonces se identifican sus diferentes dimensiones más allá de la técnica. Se contemplan e incluyen la semántica y la operativa (Bebea & Villarroel, 2016).

La interoperabilidad técnica se limita a la capacidad de dos o más sistemas para intercambiar información y hacer uso de ésta considerando los estándares tecnológicos de red, seguridad y sintaxis principalmente. La estandarización de sintaxis permite acordar cómo estructurar el lenguaje y los mensajes de intercambio. Los estándares semánticos constituyen los acuerdos para el significado de los términos empleados en el intercambio de información. La interoperabilidad operativa incluye el ámbito organizacional e implica la existencia de prácticas y protocolos comunes que se enlazan transparentemente con procesos de órdenes y servicios entre otros (Fernández A, 2016).

CAPÍTULO 3

SISTEMA DE INFORMACION HOSPITALARIO EN CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

6. Situación Actual

Dentro del manejo de los sistemas de salud es importante reconocer que un sistema de información es un conjunto integrado de recursos humanos y materiales mediante el cual se recolectan, almacenan, recuperan, procesan y comunican datos e información con el objetivo de utilizar los recursos de manera eficiente. Por consiguiente, un sistema de información en salud corresponde a la infraestructura en recursos humanos y materiales que es esencial para integrar datos de salud, de modo de proveer información sanitaria de la población de forma oportuna y confiable permitiendo a los diferentes actores del sistema de salud responder a las necesidades de manera apropiada. Su principal objetivo es reducir al mínimo la incertidumbre en la toma de decisiones y colaborar con los organismos relacionados con la salud para alcanzar las metas. En consecuencia, la información producida debe ser relevante en relación con el cumplimiento de ese objetivo (Alvear & Ronda, 2015).

El Ministerio de Salud ha creado varios sistemas informáticos a nivel nacional para generar información, entre los que destacan los siguientes:

El Sistema Estadístico de Salud (SES) fue creado por una ley específica y tiene una estructura que sigue la organización federal del país, con niveles provinciales y locales interrelacionados. Con relación a su continuidad histórica y cobertura territorial es el de mayor importancia; cuenta con información proveniente básicamente del sistema público de provisión de servicios, aunque algunos registros tienen una base más extendida. La información elaborada por el sistema tiene fines esencialmente estadísticos y es coordinada en el nivel nacional por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación (García, 2014).

Las grandes líneas de acción para obtener información y manejarla son consensuadas con las jurisdicciones provinciales y locales que mantienen su autonomía para la

producción y difusión de la información. El SES comprende tres subsistemas, todos referidos al subsistema público nacional, provincial y municipal (García, 2014):

– Subsistema de estadísticas vitales que registra nacimientos, defunciones, defunciones fetales y matrimonios.

– Subsistema de estadística de servicios de salud que contiene el Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) de interés nacional e incluye información sobre:

- ✓ Estadísticas de pacientes internados.
- ✓ Estadísticas de movimiento de pacientes y utilización de camas.
- ✓ Estadísticas de consultas médicas ambulatorias.
- ✓ Estadísticas de recursos de salud.

– Subsistema de cobertura, demanda, utilización de servicios y gasto directo en salud basado en encuestas a la población (Alvear & Ronda, 2015).

A su vez, el sistema de información en salud cuenta con otros sistemas de información tales como el Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante (SINTRA) desarrollado por el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) y el sistema del programa Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial (Plan Nacer). Otros programas nacionales como Remediar, Médicos Comunitarios, PROFE y otros han formulado sus propios sistemas de registro e información específicos para su gestión (García, 2014).

Es por ello, que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) el sistema de información en salud, se enfoca en el análisis de la información generada desde las casas hospitalarias y toda su red complementaria con el objetivo de detectar oportunidades de mejora que permitan la implementación de diseños para acompañar los procesos sanitarios. Teniendo en consideración que el acceso y manejo de la información es fundamental para la mejora en la toma de decisiones tanto para médicos como para pacientes, si se accede en el momento y en el lugar en que se necesitan.

En el contexto actual de la mejora del manejo de la información de los sistemas de salud se realiza una primera fase que es la implementación de una Historia Clínica Electrónica (HCE) en los establecimientos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires., el mismo que deberá ser integrada al sistema de turnos de la ciudad y a un plan de Salud Móvil que facilite el cumplimiento de controles y prácticas preventivas de salud; es menester que el sistema de salud de CABA cuente con el personal calificado, que puedan comprender las necesidades de información en el sistema de salud y conocer las soluciones estándares que brinda las disciplina en pos de un sistema de salud más eficiente.

Por otra parte, todas las provincias han generado sistemas de información para la gestión y evaluación sanitaria con diferentes alcances y desarrollo tecnológico. En síntesis, los sistemas de información, informatizados o no, que actualmente utilizan los diversos programas -áreas de prestación de servicios, instituciones dependientes y direcciones del Ministerio de Salud de la Nación y en las provincias- presentan importantes dificultades de integración de los sistemas antes mencionados, lo que implica problemas de calidad y completitud de los datos (Alvear & Ronda, 2015)

7. Tendencias

Los sistemas han existido desde hace mucho tiempo. Aunque no eran automatizados ni mucho menos sistematizados. En la historia humana siempre ha habido sistemas, como lo son el social, el natural (sistema solar, sistema ecológico), el cultural, económico, científico entre otros (Camacho, 2016). Es decir, como lo menciona el autor citado existen de forma natural sistema en muchos aspectos que lo que se requiere es la intervención del hombre para hacerlos sistematizados para implementarlos en relación al requerimiento o la necesidad específica de la actividad.

Los datos se generan día con día, se hallan dispersos, se procesan, analizan e interpretan para convertirse en información. A raíz del surgimiento de las computadoras, comenzaron a crearse sistemas sencillos de información, tanto con fines administrativos como financieros. Pero fue hasta en la década de los 70's cuando en el ámbito médico se perfilan los primeros sistemas de información "médica" que, posteriormente, habrán de dar lugar a los Sistemas de Información Hospitalaria, tan indispensables en la actualidad. Su impacto en las instituciones de salud es fuerte, ya que busca elevar la calidad de la atención del paciente, de los servicios brindados y aplicar la información obtenida a las áreas de la investigación, la clínica, la docencia, la administración y desde luego abatir costos y elevar la productividad (Domínguez, 2015). Como lo expresa el autor Domínguez, los procesos de manejo de la información se vienen mejorando a partir de su implementación que fue por la época de los 70 en la cual se ha procurado realizar los procesos de mejora continua en todos los aspectos en las instituciones de salud y en el entorno que se desenvuelven.

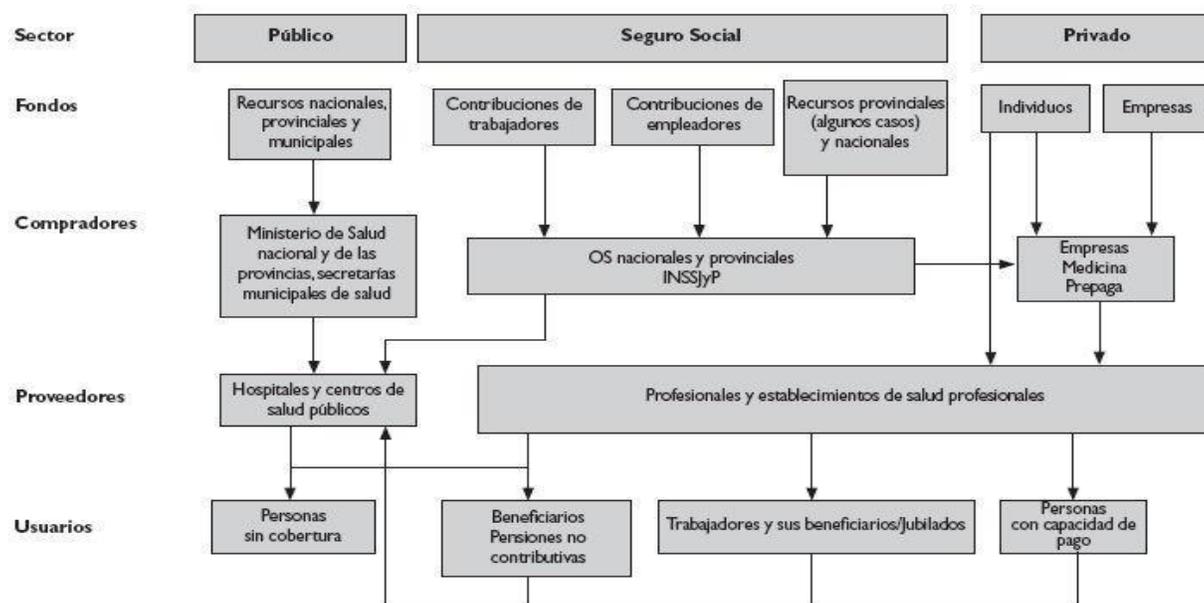
Los Sistemas de Información Hospitalaria (HIS) en Argentina ya existen, aunque no ha habido la suficiente difusión e intercambio de experiencias. La meta es construir un HIS estandarizado donde el paciente sea el más beneficiado, y los profesionales de la salud encuentren en estos sistemas un recurso idóneo, amigable y flexible que responda a las necesidades de información de la institución hospitalaria o de salud (Carro & Caló, 2014). Es fundamental como lo mencionan los autores que la información hospitalaria no solo exista de forma independiente o en un mecanismo aislado, sino que la información

generada sea integrada y con la confiabilidad para poder tomar decisiones adecuadas para optimizar y mejorar el sistema hospitalario en las ciudades y el país.

La función de un sistema de información hospitalaria (HIS) es la de apoyar las actividades en los niveles operativos, tácticos y estratégicos dentro de un Hospital. Para tal efecto se utilizan las computadoras para recabar, almacenar, procesar y comunicar información clínica y administrativa. Existen diferentes tipos de sistemas de información dentro de un hospital, pero es importante considerar tres grandes grupos: Los que apoyan a prestar los servicios de salud (frontoffice) Los que soportan el funcionamiento de las diferentes áreas del hospital (backoffice) Los que automáticamente recaban datos clínicos del paciente (sistemas clínicos) (Domínguez, 2015).

8. Estructura

Ilustración 4 Mapa Sectorial de Salud



Fuente: (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2017)

9. Factores Intervinientes

Se trata de todas las causas ajenas a la institución pero que a su vez, afectan de manera considerable en el momento de implementación del proyecto de manejo de información hospitalaria al ser consideradas como variables no controlables como pueden ser Fuerzas Políticas, Estructura Legal, Clima Económico y Factores Tecnológicos en el país de origen, para lo cual obteniendo el panorama para las institución ayudara a analizar y obtener conclusiones que permitan direccionar a una adecuada toma de decisiones estratégicas en el plano de la administración pública hospitalaria (Sanchez, 2012).

Para desarrollar estrategias competitivas y sostenibles en el tiempo, se considera esencial tener un conocimiento del entorno de la institución o del ámbito en que se

desarrolla, por lo que la herramienta que vamos a utilizar en nuestro análisis es el concepto de nivel de gestión. En la cual por medio de esta herramienta se analizará mediante una visión panorámica de los directores de los organismos públicos encargados de desarrollar y planificar la acción que les ha sido encomendada en función de las directrices fijadas en el nivel político. Así, este nivel se limita a realizar los ajustes técnicos necesarios y reforzar una actitud favorable ante la decisión previamente adoptada en el plano operativo (Pulpeiro, 2015).

Es por ello que mediante esta herramienta pública podemos realizar el análisis situacional estructurado por cuatro factores, los cuales se podrían encontrarse relacionados entre sí. Los cuatro factores son los siguientes:

10. Factores Políticos

Se refiere al análisis de factores político-legales que afectan las instituciones de salud que son administradas por los gobiernos locales y centrales, las actitudes de los usuarios hacia las instituciones, así como los esfuerzos de las normativas (Sanchez, 2012).

Aquí, también se incluye un análisis legal acerca de las regulaciones que deben cumplir las empresas, los clientes, canales y consumidores, así como sus posibles cambios (Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires, 2017).

Que la actual administración del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene por objetivo desarrollar diversas políticas públicas para mejorar la eficiencia y la eficacia de su gestión, siendo la implementación y mejora constante de sus estructuras organizativas una de las acciones centrales para la consecución de ese objetivo (Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires, 2017).

Que dichas políticas, entre otros aspectos, se han enfocado en pos del desarrollo de un plan operativo estratégico creando nuevas políticas de recursos humanos, promoción de una nueva cultura de trabajo, modernización de procesos y mecanismos administrativos, así como la creación y el establecimiento de nuevas estructuras orgánico funcionales; Que por la Ley N° 5.460, se sancionó la Ley de Ministerios del Gobierno de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires, contemplándose entre ellos al Ministerio de Salud (Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires, 2017)..

Que por el Decreto N° 684/09 y sus modificatorios, se aprobó el régimen gerencial para la Administración Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Que mediante el Decreto N° 363/15 y sus modificatorios, se aprobó la estructura orgánico funcional dependiente del Poder Ejecutivo del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, hasta el nivel de Dirección General; Que mediante el Decreto N° 315/16, se aprobó la estructura correspondiente al régimen gerencial del Ministerio de Salud, en sus dos niveles, Gerencia y Subgerencia Operativa; Que en virtud de la experiencia de gestión de gobierno, es menester realizar modificaciones en la estructura organizativa del Ministerio de Salud, a los fines de viabilizar un mejor desarrollo técnico-operativo y una mayor eficiencia de sus competencias (Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires, 2017).

Paralelamente, se observa un aumento significativo de compras directas (Resol. 241; 244; 245; 249; 250; 253; 265; etc.) para abastecer al sector público de salud, ente otros insumos, de medicamentos. En relación al Plan Integral de Salud del GCABA, que es el que define las políticas de salud en la ciudad, el mismo es una combinación de enunciados de distinto estatuto que aparecen intercalados (económicos/ de gestión/de administración/de organización/ y de lineamientos generales de política de salud), y cuyos principios rectores parecen inscribirse en torno a un modelo de gerenciamiento de la salud, donde costos/ satisfacción usuarios /cifras /gestión/presupuesto/ "responsabilidad del vecino" parecen ser las palabras "claves" que lo enmarcan. Si bien la Ley 153 establece, cómo hemos mencionado, a todas las acciones promotoras de salud cómo INVERSION social prioritaria, el plan de Salud sólo utiliza la palabra gasto, al referirse a los costos/ erogaciones (Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires, 2017).

11. Factores Económicos

En este componente, se analiza la distribución y uso de los recursos económicos de la sociedad. Se trata, por supuesto, de un aspecto muy importante pues los hábitos de

consumo reciben una fuerte influencia de la tasa de desempleo, el ingreso disponible, el tipo de cambio, ciclo económico, evolución del PNB, tipos de interés, oferta monetaria, tasa de desempleo, nivel de desarrollo, inflación, ingresos disponibles, entre otros (Jiménez, 2015).

Conociendo la evolución de cada uno de estos factores, la empresa puede introducir medidas de prevención para reducir ciertos riesgos.

12. Factores Sociales

El componente social del entorno contiene factores como la tasa de analfabetismo, la cultura de la sociedad, las normas éticas, las costumbres, el estilo de vida, el nivel educativo, la distribución etérea, etc. Estas variables muchas veces terminan evolucionando hacia factores políticos (Manjarrez & Vinuesa, 2016).

13. Factores Tecnológicos

Son los derivados de los avances científicos y desarrollo de disponibilidad de la tecnología en el entorno son estimulados por las consecuencias económicas favorables del empleo de la tecnología como instrumento para competir (Jiménez, 2015)..

CAPÍTULO 4

14. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

15. Enfoque de la Investigación

Esta investigación utilizó un estudio de tipo mixto, debido a que por medio del análisis cualitativo se logrará obtener información por medio del uso de instrumentos documentales, digitales o informes críticos, libros o artículos que contribuyan a obtener información sobre el sistema hospitalario; mientras que por medio del cuantitativo se hará uso de formularios de encuestas previamente estructurados que serán aplicados a los usuarios tanto internos como externos de los sistemas de salud, los resultados obtenidos serán sometidos a análisis estadístico descriptivo que facilita la interpretación y análisis de la información recopilada.

16. Enfoque cualitativo

Es cualitativa porque se estudió las variables en una realidad existente dentro de la organización, analizando las características de las mismas y por ende las consecuencias al no ser atendidas, información obtenida durante el proceso investigativo.

17. Enfoque cuantitativo

Su enfoque es cuantitativo pues se otorgó valores numéricos a la información obtenida en el desarrollo de la investigación mediante el análisis y la tabulación de datos así a la comprobación de la hipótesis planteada.

18. Modalidad de la investigación

19. Modalidad de Campo

Se trabajó con modalidad de campo pues se mantiene contacto directo con los pacientes que asisten a los hospitales seleccionados de la ciudad de Buenos Aires. Obtuvo información mediante la aplicación de encuestas que facilitó datos fiables que aportó al desarrollo de la investigación.

20. Modalidad Bibliográfica- Documental

Se hace referencia a la modalidad bibliográfica – documental pues sustentamos la investigación en fuentes y estudios previos sobre las variables investigadas, obteniendo información de libros, artículos científicos revistas, lecturas bibliográficas, sitios web que nos permitieron fortalecer el análisis sobre clima organizacional y desempeño laboral.

21. Nivel o Tipo de Investigación

22. Nivel de Investigación Exploratorio

El proceso de investigación realizado es exploratorio pues permitió conocer las causas que desencadenan el problema que afecta a los hospitales de la ciudad de Buenos Aires, mediante la indagación e investigación de información referente al tema a estudiar.

23. Nivel de Investigación Descriptivo

La aplicación de una investigación descriptiva es necesaria pues permitió conocer, analizar e interpretar las características más sobresalientes que afecten a los hospitales de la ciudad de Buenos Aires y por ende el desempeño de su personal, mediante la observación y el análisis del comportamiento de los usuarios y los funcionarios.

24. Nivel de Investigación Correlacional

Se utilizó la investigación correlacional que establece la relación existente y el grado de afectación entre las variables de estudio.

25. Población y Muestra

Su enfoque es cuantitativo pues se otorgó valores numéricos a la información obtenida en el desarrollo de la investigación mediante el análisis y la tabulación de datos así a la comprobación de la hipótesis planteada.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Donde:

n=159

Z = nivel de confianza

N = Universo

P = probabilidad a favor

Q = probabilidad en contra

E = error de estimación

n = tamaño de muestra

Reemplazando los datos:

$$n = \frac{1,65^2 * 0,4 * 0,7 * 217.644}{0,06^2 * 217.644 + 1,96^2 * 0,4 * 0,7}$$

$$n = \frac{1,65^2 * 0,4 * 0,7 * 217.644}{0,06^2 * 217.644 + 1,96^2 * 0,4 * 0,7}$$

n

26. Recolección de información

Las técnicas de investigación utilizadas son

27. Encuesta

Es un instrumento que permite recolectar información de un determinado grupo de personas con el objetivo de obtener resultados, esto bajo cierto parámetro establecido para el caso se tomó en consideración el tipo de preguntas cerradas y de selección múltiple.

La encuesta permitió conocer las actitudes y opiniones del personal hospitalario la cual aplicó al grupo de estudio, está brinda información precisa sobre la problemática. Es una encuesta de tipo cerrada con preguntas específicas dirigidas a las personas que laboran en estas instituciones (Anexo).

28. La entrevista

Para Beltre (2013) la entrevista no se considera una conversación normal, sino una conversación formal, con una intencionalidad, que lleva implícitos unos objetivos englobados en una investigación. La entrevista es una conversación entre 2 personas, con el fin de obtener información. Será necesario realizar entrevistas sobre las posibles problemáticas que existen acerca de la Implementación del Proceso Único de Información Integrada en el Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

29. Procesamiento y Análisis

El proceso de la investigación que se llevó a cabo en las instituciones hospitalarias seleccionadas para poder alcanzar los objetivos propuestos en el presente trabajo, se realizara mediante un enfoque cuantitativo a partir de un diseño exploratorio y descriptivo.

En el desarrollo del diseño exploratorio en primer lugar se analizó los datos y protocolos existentes para luego fijar como objetivo realizar la identificación de las variables

importantes en las relaciones potenciales entre los intervinientes en el proceso del Sistema de Información Integral y que luego nos ayudó para establecer las variables a definir en el proceso de recolección de los datos en las encuestas y entrevistas que se realizara a informantes claves como son los directores, jefes departamentales, analistas.

La investigación en la posterior etapa descriptiva en la que se emplearon técnicas de recolección de datos en la institución de salud por medio de la encuesta al usuario interno como al usuario externo.

El desarrollo de la investigación se llevó a cabo en la Ciudad de Buenos teniendo como universo de la red de 34 Hospitales Públicos del Ministerio de Salud que se encuentran distribuidos estratégicamente en toda la ciudad.

Para lo cual se realizó un análisis en el Hospital Donación Francisco Santojanni, ubicado en Pilar 950, Mataderos y en el Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, ubicado en Av. Varela, 1301, Flores, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich ubicado en Av. Almirante Brown 240 Corbeta Pi y Margall 750, se seleccionaron estas instituciones por los criterios de posibilidad de acceso a la información y por la ubicación geográfica para de esta forma no concentrar los datos de un sector de la Ciudad. Es por ello que en las cuales se encuestó a una muestra no probabilística entre los usuarios internos y externos de los hospitales señalados.

Tabla 1: Procesamiento de la información

Objetivo específico	Instrumento de Recolección	Población/muestra	Técnicas de procesamiento
A	Fuentes Secundarias	Personal Hospitalario y Datos existentes	Tablas de Excel, textos de Word
B	Encuesta	Personal Hospitalario	Programa spss

C	Encuesta	Personal Hospitalario	Programa spss
D	Encuesta	Personal Y Usuarios del Hospitalario	Programa spss

Elaborado por: Toscano. (2018).

CAPÍTULO 5

30. Resultados de la Investigación

Pregunta 1: ¿Cuál es su sexo?

Tabla 3: Sexo

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	83	55,3
	Masculino	67	44,7
	Total	150	100,0

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

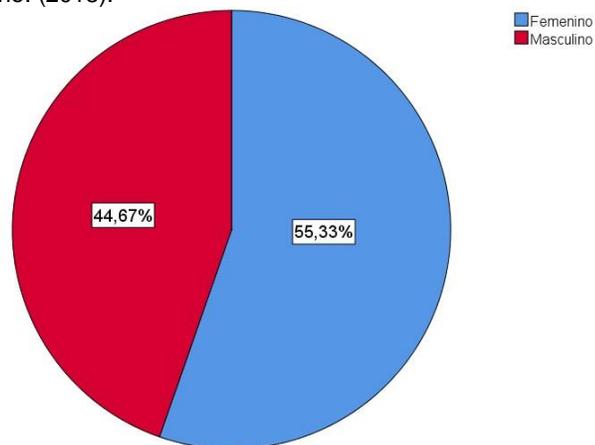


Gráfico 3: Sexo

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

Análisis

Según los resultados obtenidos en la tabla 2 obtenidos del personal hospitalario se visualiza que 83 que representan el 55,3% son del género femenino y 67 que equivalen al 44,7% son del sexo masculino.

Tabla 4: Edad

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Válido	18 años	12	8,0

18 a 30 años	72	48,0
31 a 45 años	45	30,0
46 a 60 años	16	10,7
Más de 61 años	5	3,3
Total	150	100,0

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

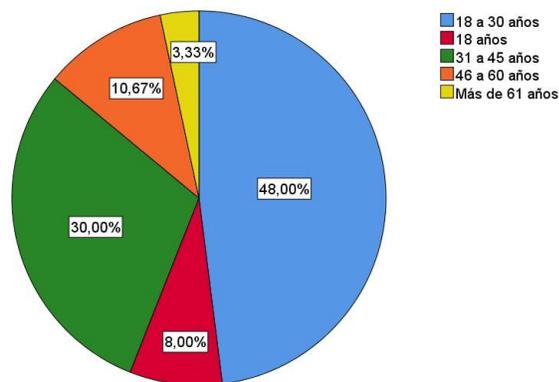


Gráfico 4: Edad

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

Análisis

De acuerdo con los datos obtenidos se observa que 72 que corresponden al 48% presentan una edad de 18 a 30 años de edad siendo esta la mayoría, 45 que equivalen al 30% poseen una edad de 31 a 45 años, 16 que figuran el 10,7% muestran una edad de 46 a 60 años, 12 que simbolizan el 8% poseen una edad de 18 años y 5 que equivalen al 3,3% tienen una edad mayor a los 61 años.

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

Tabla 2: Tiempo que trabaja en la institución

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Válido	0 a 2	63	42,0
	3 a 5	38	25,3
	6 a 8	28	18,7
	9 a 11	13	8,7
	Más de 11	8	5,3
	Total	150	100,0

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

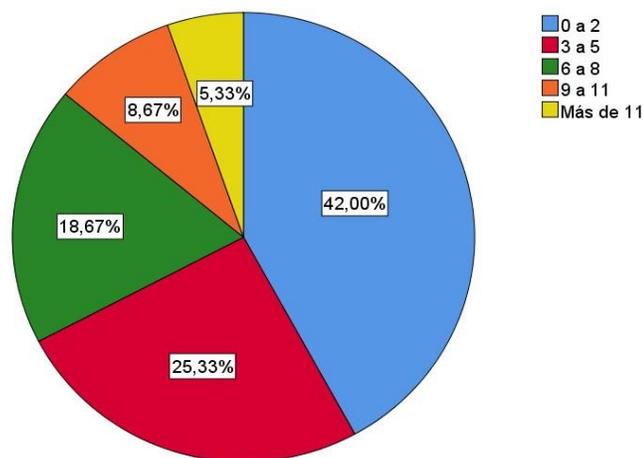


Gráfico 5: Tiempo que trabaja en la institución

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

Análisis:

Se observa que 63 que equivalen al 42% trabajan de 0 a 2 años en el sector hospitalario, 38 que simbolizan el 25,3% laboran de 3 a 5 años, 28 que representan el 18,7% resaltan que trabajan de 6 a 8 años, 13 que figuran el 8,7% comunican que de 9 a 11 años y 8 que representan el 5,3% más de 11 años.

Pregunta 4: ¿Con qué frecuencia Ud. utiliza la información generada por la institución?

Tabla 3: Utiliza la información generada por la institución

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Válido	A veces	57	38,0
	Casi Nunca	13	8,7
	Casi siempre	45	30,0
	Rara Vez	35	23,3
	Total	150	100,0

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

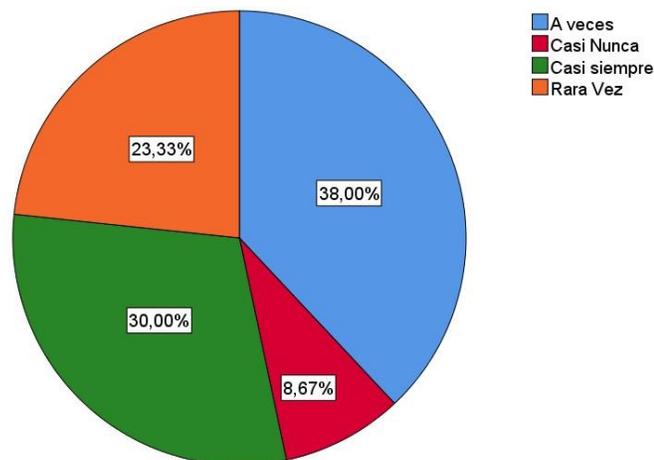


Gráfico 6: Utiliza la información generada por la institución

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

Análisis:

Según los resultados obtenidos se visualiza que 57 que representan el 38% mencionan que a veces utilizan la información generada por la institución, 45 que equivalen al 30% resaltan que casi siempre, 35 que simbolizan el 23,3% comunican que rara vez y 13 que corresponde al 8,7% indican que casi nunca.

Pregunta 5: ¿Qué tan útil Ud. considera que son el almacenamiento de datos?

Tabla 4: Utilidad del almacenamiento de datos

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Muy útil	81	54,0
	Nada útil	12	8,0
	Poco útil	57	38,0
	Total	150	100,0

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

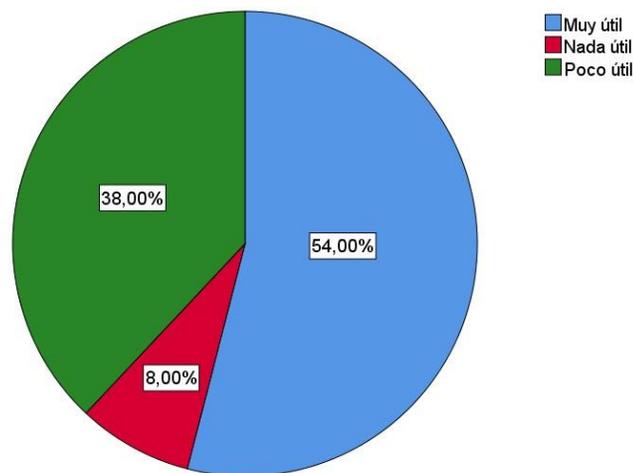


Gráfico 7: Utilidad del almacenamiento de datos

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

Análisis:

En base a la Tabla 6 se observa que 81 que representan el 54% indican que es muy útil el almacenamiento de datos, 57 que equivalen al 38% recalcan que poco útil y 12 que simbolizan el 8% comunican que nada útil.

Pregunta 6: En general de la Institución, ¿cómo calificaría el manejo de la información generada por la actividad?

Tabla 5: Calificación del manejo de la información

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Buena	78	52,0
	Mala	9	6,0
	Muy Buena	19	12,7
	Regular	44	29,3
	Total	150	100,0

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

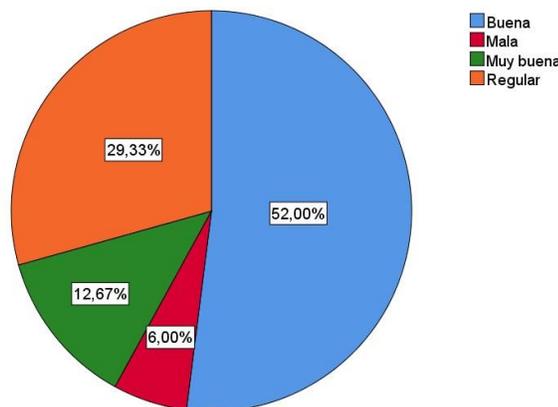


Gráfico 8: Calificación del manejo de la información

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

Análisis:

De acuerdo con los datos obtenidos se visualiza que 78 que representan el 52% califican como bueno el manejo de la información generada por la actividad, 44 que equivalen al 29,3% indican que regular, 19 que corresponden al 12,7% resaltan que muy buena y 9 que figuran el 6% que es mala.

Pregunta 7: ¿Conoce el uso del almacenamiento integral de datos para convertirse en información?

Tabla 6: Conoce el uso del almacenamiento integral de datos

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	87	58,0
	Si	63	42,0
	Total	150	100,0

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

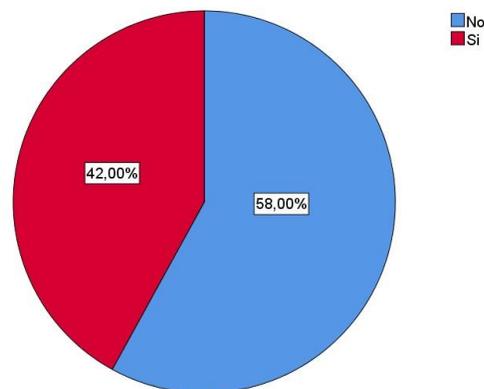


Gráfico 9: Conoce el uso del almacenamiento integral de datos

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

Análisis:

En base a los resultados se observa que 87 que representan el 58% indican que no conocen sobre el uso del almacenamiento integral de datos para convertirse en información, por otro lado, 63 que equivalen al 42% mencionan que si tienen conocimiento de esto.

Pregunta 8: En general, ¿cómo calificaría el manejo de la información hospitalaria en digitales?

Tabla 7: Calificación de la información hospitalaria en digital

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Buena	72	48,0
	Mala	7	4,7
	Muy Buena	36	24,0
	Regular	35	23,3
	Total	150	100,0

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

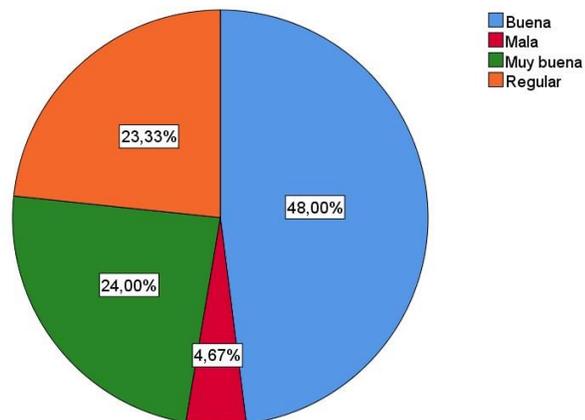


Gráfico 10: Calificación de la información hospitalaria en digital

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

Análisis:

Según los resultados obtenidos, 72 que representan el 48% califican como buena la información hospitalaria en digitales, 36 que corresponden al 24% resaltan que es muy buena, 35 que equivalen al 23,3% mencionan que regular y 7 que figuran el 4,7% señalan que mala.

Pregunta 9: Conoce el uso de almacenamiento de información?

Tabla 8: Conoce el uso de almacenamiento de información

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	81	54,0
	Si	69	46,0
	Total	150	100,0

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

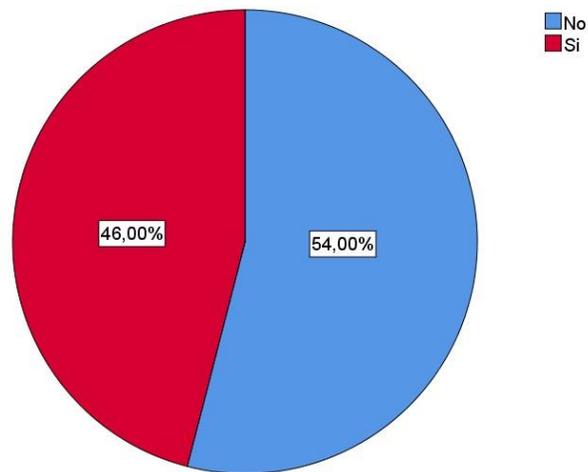


Gráfico 11: Conoce el uso de almacenamiento de información

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

Análisis:

Del total de personas encuestadas, 81 que equivalen al 54% mencionan que no conocen sobre el uso de almacenamiento de información, no obstante, 69 que representan el 46% si poseen conocimiento sobre esto.

Pregunta 10: ¿Con qué frecuencia experimenta problemas con la historia clínica existente?

Tabla 9: Experimenta problemas con la historia clínica existente

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Válido	A veces	96	64,0
	Rara Vez	24	16,0
	Siempre	30	20,0
	Total	150	100,0

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

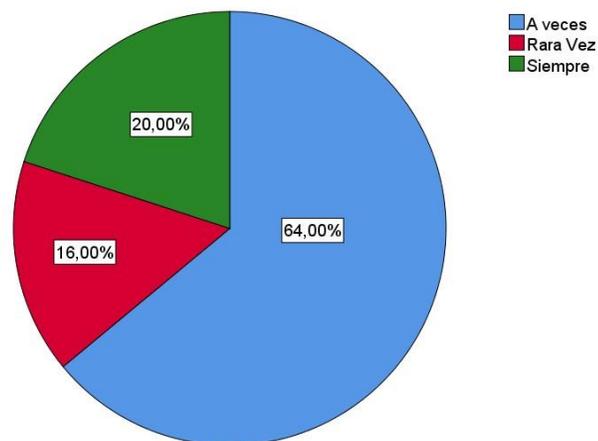


Gráfico 12: Experimenta problemas con la historia clínica existente

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

Análisis:

De acuerdo con la tabla 11, se observa que 96 que representan el 64% indican que experimentan problemas con la historia clínica existente, 30 que equivalen al 20% mencionan que siempre y 24 que simbolizan el 16% comunican que rara vez.

Pregunta 11: En general, ¿con qué frecuencia cree Ud. que se pierde o se registra inadecuadamente la información?

Tabla 10: Cree Ud. que se pierde o se registra inadecuadamente la información

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Válido	A veces	72	48,0
	Nunca	43	28,7
	Siempre	35	23,3
	Total	150	100,0

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.
Elaborado por: Toscano. (2018).

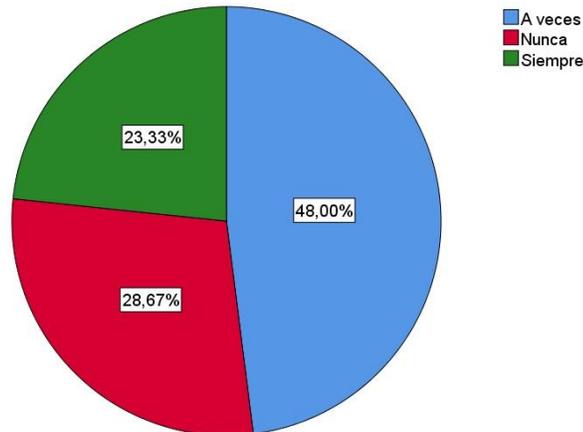


Gráfico 13: Cree Ud. que se pierde o se registra inadecuadamente la información

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.
Elaborado por: Toscano. (2018).

Análisis:

En base a los resultados obtenidos, 72 que equivalen al 48% resaltan que a veces creen que se pierde o se registra inadecuadamente la información, 43 que representan el 28,7% mencionan que nunca y 35 que simbolizan el 23,3% indican que siempre.

Pregunta 12: En general, ¿cuánta influencia considera que tiene un sistema de información en la ejecución de toma de decisiones?

Tabla 11: Influencia que tiene un sistema de información en la toma de decisiones

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alguna Influencia	58	38,7
	Mucha influencia	84	56,0
	poca Influencia	8	5,3
	Total	150	100,0

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

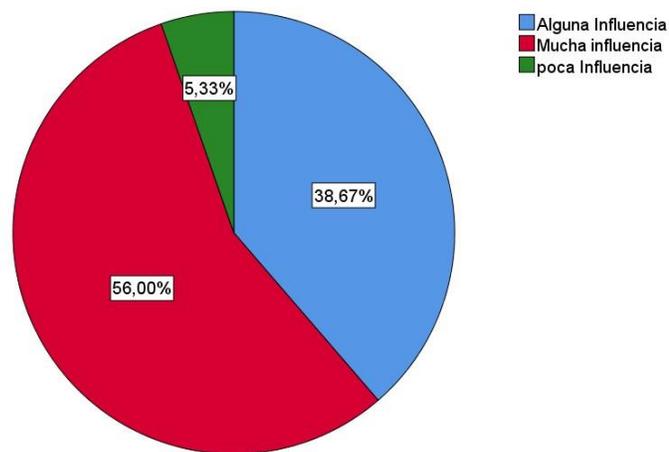


Gráfico 14: Influencia que tiene un sistema de información en la toma de decisiones

Fuente: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich.

Elaborado por: Toscano. (2018).

Análisis:

Se observa que 84 que representan el 56% consideran que un sistema de información en la ejecución de toma de decisiones es de mucha influencia, 58 que simbolizan el 38,7% resaltan que posee alguna influencia y 8 que corresponden al 5,3% comunican que tiene poca influencia.

Entrevista

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

Según la mayoría de los entrevistados indican que llevan trabajando cerca de 2 años en las instituciones hospitalarias.

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

En base a la entrevista la gran parte de las personas mencionan que llevan en su cargo un promedio de 1 años.

3. ¿Cuéntenos como es el actual registro de información hospitalaria?

La situación actual del sistema sanitario requiere un manejo racional y eficaz. Es una de las actividades socio – económicas de mayor importancia, que genera sensibilidad en nuestra sociedad, con tendencia a seguir aumentando. Las innovaciones tecnológicas, la mayor expectativa de vida, el nivel de información de la sociedad en su conjunto y por lo tanto la mayor exigencia justifican elaborar sistemas con alto grado de eficiencia y eficacia. Una herramienta fundamental es el manejo de información que pueda respaldar la toma de decisiones.

4. ¿En cuánto al registro de información como es el manejo del flujo de la misma?

La gran mayoría menciona que el flujo de registro de la información es constante ya que a diario esta se sigue incrementando debido a la alta demanda de pacientes.

5. ¿Me podría contar las dificultades frecuentes con el manejo de la información generada?

Una de las dificultades más frecuentes es el registro inadecuado de la información, debido a que no poseen las herramientas físicas y softwares que puedan almacenar la información de manera correcta.

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

La mayoría de los entrevistados resalta que utilizan el Sistema Digital Enterprise y el historial clínico de cada paciente.

7. ¿Pudiendo ser el caso que opinaría sobre la implementación del Sistema Integrado de Información Sanitaria?

Sistema Integrado de Información Sanitaria sería de gran utilidad ya que el intercambio digital en tiempo real de la información mejorará el seguimiento de la situación médica de los pacientes.

8. ¿En su perspectiva cuales serían los inconvenientes de implementar el SIIS?

El implementar el SIIS tendría un poco de inconvenientes ya que algunas áreas de los hospitales no cuentan con el servicio de internet ni los equipos para el uso de las mismas.

9. ¿En general consideraría que la implementación del SIIS ayudaría a mejorar los proceso en la institución?

Es importante para el sistema público de salud que nuevas tecnologías de comunicación ayuden al fortalecimiento de la atención médica de una forma unificada.

Discusión

Interpretación de la encuesta dirigida al personal hospitalario del Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich, Hospital de Clínicas José de San Martín.

La seguridad médica de pacientes en hospitales a nivel mundial representa un grave problema. Estudios indican que alrededor de 100000 personas mueren cada año en Estados Unidos debido a errores médicos que pueden ser prevenidos (Manzano & Aldás, 2018). A nivel nacional se puede expresar que son pocos estudios realizados que ayuden a la evaluación cuantitativa de la mala práctica médica, al igual que la seguridad de pacientes, ya que es un proceso tedioso y muy complicado de comprobar ya que intervienen muchos factores.

Para tratar de garantizar la seguridad de los pacientes, se utilizan sistemas de identificación. En Ecuador el sistema más utilizado es el de la manilla, en la cual se registran los datos primordiales del paciente; Sin embargo, este sistema no está unificado a nivel nacional y cada hospital maneja su propia norma (Soratti, 2017). Esta solución es muy limitada ya que no permite un monitoreo constante y por tanto no es posible garantizar la seguridad del paciente en todo momento.

A causa de esta problemática se ha decidido desarrollar esta investigación la cual permitirá asistir la seguridad de los pacientes dentro del área hospitalaria. El sistema monitorea constantemente la localización del paciente, y lleva un registro de la misma y de su historial médico. De esta forma se puede mejorar la seguridad y eficiencia en el centro de salud.

Interpretación de las entrevistas dirigida al personal hospitalario del Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital General De Agudos Parmenio Piñero, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich, Hospital de Clínicas José de San Martín.

De acuerdo a la entrevista realizada al personal de los hospitales, se manifestó que la investigación debe hacer énfasis en la operatividad del sistema de referencia y contrareferencia que es un sistema que adolece de limitaciones en la transmisión bidireccional de la información entre las dependencias de salud.

En los hospitales se debe contar con un Sistema de Información Integrada de Salud que facilite el intercambio de información en forma segura, idéntica e instantánea a través de una plataforma electrónica de datos médicos.

CAPÍTULO 6

31. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

32. Conclusiones de la Investigación

En el transcurso de la investigación, Después de realizar las evaluaciones correspondientes y utilizar los métodos ya conocidos y mencionados con anterioridad, se concluye que:

- ✓ Al tener un Sistema Integrado de Información de Salud que se ajuste periódicamente y se analicen objetivamente los datos que se generen en los centros sanitarios de la Ciudad de Buenos Aires, brindando la información necesaria a las autoridades, que permita tomar las mejores decisiones en los aspectos de equipamiento, infraestructura, cobertura, contrataciones y demás modificaciones de mejoras.

- ✓ El manejo adecuado de la información del SIIS (Sistema Integrado de Información de Salud) mejoraría el Sistema Sanitario, desde la perspectiva de la eficiencia y eficacia ya que los datos se codificarían para convertirla en información tanto en la parte operativa y administrativa como una estructura homogénea a fin de cumplir con los propósitos de desarrollo estratégico de las naciones.

- ✓ El sistema hospitalario de la ciudad de Buenos Aires presenta una buena gestión de los datos públicos algunos de estos comparten su información por medio de: correos electrónicos, páginas web, además de los servicios tradicionales de comunicaciones como telefonía fija y telefonía móvil. Con respecto a la confiabilidad se observa que algunas veces la información se

pierde esto debido a que no cuentan con Sistemas Integrados de Información de Salud adecuados.

Los actuales procesos en el manejo de los datos generados por los hospitales públicos, para luego transformarlos en información son el Sistema Digital Enterprise y el historial clínico de cada paciente.

- ✓ Los sistemas de identificación de pacientes que existen en nuestro medio están desactualizados en relación a la actualidad; en que las TIC están tan implantadas en la sociedad, por eso se ha presentado esta alternativa que implementa varias tecnologías para lograr brindar los servicios antes mencionados.
- ✓ Las dificultades experimentadas por los usuarios internos en el sistema de registro de información, es la escasa capacitación para el uso de las mismas, así mismo no todas las áreas de los hospitales cuentan con los SIIS por lo cual el manejo de la información se dificulta.
- ✓ Las expectativas de los directores del hospital en lo referente al sistema de información integrado de salud relacionado al manejo de la información es alta, debido a que se registra de manera adecuada los datos del área médica con la finalidad de mejorar la atención de los pacientes.
- ✓ El manejo adecuado de la información del SIIS mejoraría el Sistema Sanitario, desde la perspectiva de la eficiencia y eficacia ya que los datos se codificarían para convertirla en información tanto en la parte operativa y administrativa como una estructura homogénea a fin de cumplir con los propósitos de desarrollo estratégico de las naciones.

Recomendaciones de la Investigación

- ✓ Todo nuevo proceso debe ser documentado para el conocimiento de todos los usuarios y su posterior análisis e implementación.
- ✓ Para garantizar la seguridad de la información, sabiendo la gran cantidad de registros diarios, se recomienda la generación de respaldos diarios, los cuales almacenados en tapes de preferencia ubicándolos fuera del hospital.
- ✓ Para la administración, mantenimiento y configuración del SIIS se requiere personal con conocimientos informáticos en análisis y diseño de procesos orientado a objetos, base de datos y conocimientos de plataforma de desarrollo JAVA.
- ✓ El usuario debe conocer su proceso normalizado de trabajo, siendo este verificado por su jefe inmediato, que garantice la utilización de la información que va a incidir en la toma de decisiones.
 - Los usuarios internos del SIIS deben tener el equipamiento tecnológico y las capacitaciones necesarias para poder manejar de manera eficiente el sistema.
- ✓ En cuanto al uso de los SIIS estos podrían mejorarse implementando un sistema de mensajería entre médicos y enfermeras, para evitar traslados innecesarios de personal en el hospital.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

Accreditation Canada. (2015). *informe de acreditación*. Argentina.

Alvear, T., & Ronda, C. (2015). *Sistemas de Información para el Control de Gestión*. Buenos Aires - Argentina: Ministerio de Salud.

Ariel. (2016). *Las TIC y el Sector Salud en Latinoamérica*. Buenos Aires: Fundación Telefónica.

Bebea, I., & Villarroel, V. (2016). *TIC y Salud*. Madrid - España: ONGAWA.

Beltre, J. (junio de 2013). *Conceptos básicos de estadística*. Obtenido de Estadística : <http://lainformacionesdetodos.blogspot.com/2013/06/conseptos-basicos-de-estadistica.html>

Beserra, F., Calderón, G., Camcho, L., & Castrillón, Ó. (2016). *Desarrollo Organizacional Económico e Industrial*. Colombia: Plan Global de Desarrollo .

Camacho, M. (2016). . *Dirija su hospital: un acercamiento práctico al direccionamiento estratégico y a la labor gerencial*. . Washington: Centro de Gestión Hospitalaria.

Campos, F. (2014). *Aplicación de un sistema de planificación estratégica y control de gestión en una organización sin fines de lucro: caso ONG psicólogos voluntarios*. Santiago: Universidad de Chile.

Carro, F., & Caló, A. (2014). *La administración científica de frederick w. taylor: una lectura contextualizada*. La Plata - Argentina: VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata.

Domínguez, P. (2015). Las tecnologías de la información y la comunicación: sus opciones, sus limitaciones y sus efectos en la enseñanza. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 1(8), 1-68.

- Fernández, A. (2016). Salud y TIC. *Newsletter*, 12(1), 1-24.
- Fernández, J. (2016). *SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD*. Ecuador: UNED.
- Galli, A., Pagés, M., & Swieszkowski, S. (2017). *Normativa y Protocolos del Sistema Nacional de Salud*. Buenos Aires - Argentina: Congreso Nacional.
- García, G. (2014). *Estudio sobre la implantación de un sistema de información adaptado a las necesidades de los establecimientos de salud*. Buenos Aires - Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Giobanella, L. (2013). *Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: MERCOSUR.
- (2017). *Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires*. Buenos Aires: Decreto N° 289/GCABA/17.
- Gómez, D., Ángeles, G., & Garduño, M. (2016). *Modelo de dirección de hospitales por enfermeras*. Buenos Aires: Universidad de La Sabana.
- Gómez, M. (2016). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Argentina: Editorial Brujas.
- González, J. (2016). En las fuentes de Max Weber. *Revista de Libors*, 15(6), 230.
- INEC. (2015). *Establecimientos de Salud en Buenos Aires*. Buenos Aires: INEC.
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud [ISAGS]. (2012). *Plan de Trabajo Trienal*. Quito: UNASUR.
- Jiménez, F. (2015). *Elementos de Teoría y Política Macroeconómica para Economía abierta*. Perú: Editorial Fondo.
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. (2014). Quito - Ecuador: Asamblea Nacional.

- Manjarrez, P., & Vinueza, M. (2016). *Plan de mejoramiento del área administrativa-financiera basado en planeación estratégica con la aplicación del modelo de Capital Intelectual Skandia De La Empresa Selsilvert S.A. De La Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires - Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Manual de procedimientos política única de certificación de la AC ONTI*. (2016). Argentina: Oficina Nacional de Tecnologías de Información .
- Manzano, V., & Aldás, N. (2018). *Sistema de Information Integrado para el Monitoreo y Control de estaciones de transporte publico urbano en la ciudad de Ambato*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Maslow, A. (1943). Classics in the History of Psychology, a Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(1), 370-396.
- Meceira, D. (2003). *Estructura de Mercado y Mecanismos de Pago en Salud*. Argentina: Experiencias en la Provincia de Mendoza, Argentina.
- Meisel, C., Bermeo, H., & Oviedo, L. (2016). Generación de valor a través de la gestión estratégica del conocimiento, de la innovación y la mejora continua “un modelo de aplicación al sistema de operaciones de una pyme manufacturera”. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portuga*, 7(31), 165-170.
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2017). *Políticas de Salud*. Buenos Aires - Argentina: Presidencia de la Nación.
- Moraes, H., & Paganini, J. (2012). *Estandares e indicadores para la acreditación de hospitales en américa latina y el caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Morcillo, Á. (2015). El estilo de Max Weber. Sobre su participación en política y sobre el modo científico de escribir sociología. *Revista Estudios Sociologos*, 33(98), 409-427.

- Oficina Nacional de Tecnologías de Información.* (2013). Argentina: ADMINISTRACION PUBLICA NACIONAL.
- OMS. (2016). *Constitución de la organización mundial de la salud.* Nueva York: OMS.
- ONTI. (2016). *DICTAMEN TÉCNICO.* Buenos Aires: Ministerio de Modernización.
- Organización de las Naciones Unidas Para el Desarrollo Industrial [ONUDI]. (2016). *Informe sobre el Desarrollo Industrial 2016.* Viena: ONUDI.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* New York.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS.* Chile: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). *Salud en las Américas.* Washington, D.C.: OPS, OMS.
- Petrella, C. (2015). *Análisis de la teoría burocrática.* Uruguay: Universidad Católica del Uruguay .
- Pliscoff, C. (2017). Implementando la nueva gestión pública: problemas y desafíos a la ética pública. El caso chileno. *Revista de Ciencias Sociales*, 1(73), 141-164.
- Pont, J. (2016). Modelos innovadores de administración y gestión pública: Hacia la emergencia de nuevos paradigmas. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 1(16), 1-22.
- Pulpeiro, A. (2015). *La metodología del Aprendizaje Basado en Problemas.* Buenos Aires - Argentina: Editorial Universidad de Palermo.
- Qmentum International.* (2014). Canada: Prácticas Organizacionales Requeridas, Publicado por Accreditation Canada. .

- Robledo, R. (2013). *Tecnologías de la información y la comunicación (tics) en el sector salud*. Argentina: Universidad Nacional.
- Sacas. (2015). *Estudio ejecutado por el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud y la Sociedad Argentina para la Calidad de la Atención de la Salud*. Argentina: Editorial Solas, S.A.
- Sadki, R. (2016). *La atención primaria de salud Más necesaria que nunca*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Sallenave, J. (2015). *Gerencia y planeación estratégica*. Bogotá: Editorial Norma.
- Sanchez, M. (2012). Indicadores de gestión hospitalaria. *REV INST NAL ENF RESP MEX*, 18(2), 132-141.
- Serret, E. (2015). *La constitución imaginaria de la identidad femenina*. Oaxaca -México: Instituto de la Mujer Oaxaqueña.
- Soratti, M. (2017). *Proyecto SISA: consolidación de un sistema integrado de información sanitaria en Argentina*. Argentina: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino, Ministerio de Salud de la Nación.
- Tames, J., Aldeguer, V., & Díaz, J. (2013). *Manual de gestión hospitalaria*. Madrid: McGraw Hill.
- Thompson, L. (2016). *Accreditation Canada*. Canada: CEO.
- Tissen, R., Anderessen, D., & Lekanne, F. (2014). *El valor del conocimiento para aumentar el rendimiento en las empresas*. Madrid: Prentice Hall.
- Turan, H. (2015). Taylor's "Scientific Management Principles": Contemporary Issues in Personnel Selection Period. *Journal of Economics, Business and Management*, 1102-1105.
- Ugaz, C. (2015). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina*. Buenos Aires - Argentina: OPS.

Valdez, A. (2017). La nueva gestión pública basada en rankings: de la planeación a la evaluación. *Revista Opera*, 1(21), 79-94.

Weber, M. (1944). *Economía y Sociedad*. México: Fondo de cultura económica .

Weber, M. (2006). *Estructuras del poder*. México: Ediciones Coyoacán.

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_TS_SA.pdf Consultado 13/02/16 2:05 pm

Información obtenida del sitio GOOGLE MAPS. Ubicación del local. Documento en línea disponible en: <https://maps.google.es>. Fecha de consulta 10/07/2016 3:20pm .

Información obtenida del sitio web <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>, recuperado el 04/09/2016. 5:12 pm

Información obtenida del sitio web INEC, [<http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>] Ecuador en cifras, sector salud, recuperado el 04/09/2016 3:15pm

Información obtenida del sitio web CFN <http://www.cfn.fin.ec/manuales-y-documentos-de-credito>, recuperado el 04/010/2016 10pm

Información obtenida del sitio web CFN <http://www.cfn.fin.ec/2-tasas-de-interes-2/>, recuperado el 04/010/2016 10pm

Información obtenida del sitio web MSP <http://www.salud.gob.ec/>, recuperado el 04/08/2016 7:25pm

Información obtenida del sitio web MSP <http://www.salud.gob.ec/>, recuperado el 04/08/2016 7:25pm

Información obtenida del sitio web IESS <https://www.iess.gob.ec/>, recuperado el 08/08/2016 7:25pm

Información obtenida del sitio web www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechosocietario/2013/05/14/sociedad-anonima_17/09/2016 7:25pm

Información obtenida del sitio web https://www.oas.org/juridico/pdfs/arg_ley25326.pdf, recuperado el 04/08/2019 6:25am

Información obtenida del sitio web <https://centrodebioetica.org/2009/11/analisis-de-la-ley-sobre-derechos-del-paciente/>, recuperado el 05/08/2019 7:25am

Información obtenida del sitio web <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70749/norma.htm>, recuperado el 05/08/2019 5:25am

Información obtenida del sitio web <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70749/norma.htm>, recuperado el 06/08/2019 6:25am

Información obtenida del sitio web <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Ley-26.742-Muerte-Digna.pdf>, recuperado el 05/08/2019 7:25am

ANEXOS

CUESTIONARIO 1

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

MASTER EN GESTION PÚBLICA y DESARROLLO GUBERNAMENTAL

Grupo objetivo:

Personas que son usuarios del sistema de salud público en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

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?

- Masculino
- Femenino

2. ¿Cuál es su edad?

- 18 años
- 18-30
- 31-45
- 46-60
- Más de 61

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

- 0-2

- 3-5
- 6-8
- 9-11
- Más de 11

4. ¿Con qué frecuencia Ud. utiliza la información generada por la institución?

- Casi siempre
- A veces
- Rara vez
- Casi nunca

5. ¿Qué tan útil Ud. considera que son el almacenamiento de datos?

- Muy útil
- Poco útil
- Nada útil

6. En general de la Institución, ¿cómo calificaría el manejo de la información generada por la actividad?

- Muy buena
- Buena
- Regular

Mala

7. Conoce el uso del almacenamiento integral de datos para convertirse en información ?

SI

NO

8. En general, ¿cómo calificaría el manejo de la información hospitalaria en digitales?



Muy buena



Buena



Regular



Mala

9. Conoce el uso de almacenamiento de información ?

SI

NO

¿Cuáles?.....

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

Siempre

A veces

Rara vez

11. En general, ¿con qué frecuencia cree Ud. que se pierde o se registra inadecuadamente la información?

- Siempre
- A veces
- Nunca

12. En general, ¿cuánta influencia considera que tiene un sistema de información en la ejecución de toma de decisiones?

- Mucha influencia
- Alguna influencia
- Poca influencia

MUCHAS GRACIAS

CURRÍCULUM VITAE

Datos Personales:

Nombres	Juan Luis
Apellidos	Toscano Segura
Lugar de Nacimiento	Esmeraldas
Nacionalidad	Ecuatoriana
Fecha de Nacimiento	17 de Oct. 1983
Estado Civil	Casado
Teléfono	47842276 ; 1159288136
DNI	95214570
CI	0802396218
E-mail	juilan24@hotmail.com

Preparación Académica:

Primaria	Unidad Educativa “Particular Francés”
Secundaria	Unidad Educativa “Particular Francés Titulo obtenido: Bachiller en Comercio Especialización “Comercialización”
Superior	Universidad Católica Facultad de Ciencias Económicas Escuela: Economía Carrera: Economía (3er ciclo)

Universidad Espíritu Santo
Facultad de Ciencias Económicas
Carrera: Economía
Título: Economista

Menciones: Economía Empresarial
Relaciones Económicas Internacionales

Maestrías: Gestión Pública y Desarrollo Gubernamental
Universidad de Buenos Aires (actualmente)
Master en Dirección de Empresas
Universidad de Palermo (egresado)

Cursos realizados:

Mantenimiento de Computadoras	Unidad Educativa "Particular Francés"
Programador Junior	T&T
Taller de Procedimientos Aduaneros	Universidad Espíritu Santo
Taller de Clasificación Arancelaria	Universidad Espíritu Santo
Taller de Auditoria Forense (Fraude)	Universidad Espíritu Santo
Taller Uso de Funciones Financieras (Excel)	Universidad Espíritu Santo

Conocimiento

Programas Computación:

Word, Excel, Power Point, Access, Project
SPSS (estadístico)

Experiencia Laboral:

La Vajilla Familiar

Administrador

Piedrahita y Bolívar
Esmeraldas
Telf.062-726726

Banco Internacional

Cajero

Av. Chile y Colon
Guayaquil

Creditreport

Asesor de Ventas

Av. Víctor Manuel Rendón y córdoba
Guayaquil

Hostal La Ronda

Administrador

Barrio Unidos somos más
Esmeraldas- Sector Codesa
Telf. 062-700-468

Hospital Delfina

Coordinador de Talento Humano

Torres de Concha

Av. Libertad y Manabí

Esmeraldas

Telf. 062-726-008

Clínica RenalCentro

Administrador

Av. Colon y 9 de Octubre

Esmeraldas

Telf. 062713-207

Referencias Profesionales:

Lic. Marcela Mai

Secretaria Legal y Técnica

Presidencia de la Nación

Telf.: 1157543079

Lic. Carlos Valdez

Auditoria General de la Nación

Telf.:1135920094

Referencias Personales:

Dr. Tony Sancan

Medico Cardiólogo

Telf. **48246731**

Ec. Mario Arauz

Presidente CEA

Comunidad Ecuatoriana en Argentina

Telf. 1169368369