

TRABAJO DE INVESTIGACION FINAL

El avance de las Historias Clínicas Electrónicas y sus riesgos

Docente: Remesar Sergio

Alumno: Susanno Cecilia

Mail del alumno: ceciliasusanno@yahoo.com.ar

I N D I C E

CONTENIDO.

Aspectos preliminares.....	3-4
Resumen.....	3
Palabras claves.....	3
Abstract.....	4
Key words.....	4
Introducción	5-13
Justificación	5
Objetivos	6
Metodología.....	6
Marco Jurídico,,,,	7
Marco Teórico	9
Desarrollo	13-22
Introducción y Desarrollo.....	13
Problemática	18
Resultados.....	20
Conclusión.....	22-24
Conclusiones.....	22
Bibliografía.....	25

Resumen.

Si bien la ley 26.529 y su modificatoria, la ley 26.742 buscan regular los derechos del paciente, las obligaciones del médico y las responsabilidades de ambos a través de la conformación de un documento que contenga la información médica que de trazabilidad a un cuadro médico como así también a su tratamiento, vemos que a la hora de llevar esto al terreno aplicable nos encontramos con algunos obstáculos que la tecnología intenta sortear pero que no siempre es sencillo. Esta investigación estuvo enfocada principalmente en describir y entender el avance tecnológico de los últimos tiempos que sirvió para facilitar y agilizar en el área de la medicina y particularmente en el área de la recolección y documentación de los estudios y particularidades de cada paciente, como así también en la evolución de los tratamientos; en resumidas cuentas en lo que conocemos con el nombre técnico de “Historias Clínicas” que aplicada a la informática se convierten en “Historias Clínicas Electrónicas” y que se encuentran reguladas por la Ley 27.706. En ellas podemos encontrar más ventajas que desventajas, siendo una herramienta que da comodidad para el médico y para el paciente, se trata de un gran cúmulo de información que está disponible para ser consultada cuando se requiera desde cualquier sitio siempre y cuando se cuente con las autorizaciones correspondientes. Sin embargo, podemos evaluar que esta comodidad implica también una dependencia de la tecnología, y en algunos casos representa un incordio y una complicación el hecho de poder hacer que el paciente disponga de su Historia Clínica para llevarse consigo como antecedente o para visitar a otro profesional de la salud.

También existe un asunto importante en cuanto a la responsabilidad del llenado de las historias clínicas electrónicas, teniendo como ejes el problema de la firma digital del profesional, y el problema de donde es que se suben estas historias clínicas digitales para que las mismas estén seguras, pero estén disponibles.

Palabras Clave.

_HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA – DIAGNOSTICO - BIG DATA - DATOS PERSONALES – HISTORIA CLINICA

Abstract.

Although Law 26,529 and its amendment, Law 26,742 seek to regulate the rights of the patient, the obligations of the doctor and the responsibilities of both through the formation of a document that contains medical information that provides traceability to a medical chart as well as Also regarding its treatment, we see that when it comes to taking this to the applicable field we encounter some obstacles that technology tries to overcome but which are not always easy. This research was focused mainly on describing and understanding the technological advance of recent times that served to facilitate and expedite in the area of medicine and particularly in the area of the collection and documentation of the studies and particularities of each patient, as well as in the evolution of treatments; In short, in what we know with the technical name of “Clinical Records” which, when applied to computing, become “Electronic Medical Records”. In them we can find more advantages than disadvantages, being a tool that symbolizes comfort for the doctor and the patient, it is a great accumulation of information that is within the reach of the doctor, as well as the patient. However, we can evaluate that this convenience also implies a dependence on technology, and in some cases it represents a nuisance and a complication to be able to make the patient have their Medical History to take with them as a history or to visit another professional. Of the health.

There is also an important issue regarding the responsibility for filling out electronic medical records, having as its axes the problem of the professional's digital signature, and the problem of where these digital medical records are uploaded so that they are secure but available.

Key words.

ELECTRONIC HEALTH RECORD – DIAGNOSIS- BIG DATA - PERSONAL DATA – CLINIC RECORD

Justificación.

La problemática planteada en esta investigación, fue elegida en base a una consideración profesional. Debido a la situación a la que nos enfrentamos todos los días los profesionales y auxiliares de la salud, así como también los pacientes de los cuales se guarda información en las bases de datos de las HCE.

Como profesionales de la salud convivimos en el día a día con las Historias Clínicas y con la actualización de las mismas y podemos observar cómo vamos hacia una modalidad electrónica exclusiva, por lo que considero qué hay mucho de qué hablar respecto a su implementación.

Es necesario que intentemos hacer de este proceso lo más fructífero posible para ambas partes, médico y paciente, en el menor tiempo posible. Por lo que es necesario la colaboración de las partes involucradas en este caso.

Esta investigación fue planteada principalmente desde un punto de genuino interés por este avance, los aspectos positivos que ha traído y que llegará a traer, y los negativos o problemas a futuro que tenemos que prever para una transición más amigable de la historia clínica que se venía utilizando hasta ahora, a una electrónica. De esta manera fueron abordados los temas que a mi consideración representan los puntos más importantes para hacer frente a esta situación.

A nivel teórico el resultado a la resolución de la problemática planteada tendría como consecuencia una mejoría en el modo de obtener diagnósticos, una protección de datos eficiente, y un modo que facilite el acceso a los datos personales de los pacientes tanto ellos mismos como los profesionales de la salud.

Por el lado práctico estos resultados que se obtuvieren ayudarían no solo al ámbito de la salud, sino que también serían un antecedente para otras disciplinas que quisieran utilizar la tecnología para perfeccionar usos y aplicaciones.

En lo social el cambio simbolizaría una facilidad para el profesional de la salud a la hora de buscar historias clínicas, determinar un diagnóstico, contar con la información, e incluso recolectarla. Para el paciente también le proporcionaría un sistema en el cual puede consultar sus resultados médicos, su estado actual y su información personal centralizado en un solo lugar.

Objetivos.

Los objetivos buscados con esta investigación y con este enfoque es analizar las ventajas que tiene la historia clínica electrónica sobre la historia clínica convencional. Es necesario optimizar este sistema que, si bien se encuentra regulado y la idea es factible, a los modos prácticos hay algunos puntos a mejorar. Al encontrarnos en un punto de transición entre un sistema y el otro, es muy difícil que haya una unificación del sistema en donde varias instituciones se organicen para realizar, todos, un trabajo similar y llegar a los resultados más óptimos.

Sin embargo, es posible realizarlo tratando con los puntos más sensibles y mejorando lo que a la práctica los profesionales vemos que falta perfeccionar.

El objeto principal del planteo es marcar esos puntos poco prácticos que suceden en el ámbito laboral e intentar establecer un sistema que nos ayude a todos a conseguir lo que en definitiva se intenta con esta modalidad, que es un bien común para la organización de la institución, la facilidad del médico, la disponibilidad de la información para el paciente y la confidencialidad de datos.

Metodología

La metodología utilizada para este trabajo fue principalmente una investigación cualitativa, me enfoqué principalmente en las problemáticas que he visto en relación a este tema y he hablado de ello con mis colegas. Teniendo en cuenta esta razón de ser y el porqué de este enfoque, la metodología descriptiva se enfoca en describir de manera detallada y precisa las características, comportamientos o fenómenos de

interés en una población determinada, en mi caso hice un planteo que parte de una observación personal de una problemática vigente, de este modo he intentado recoger datos mediante esta observación directa a la situación en su práctica diaria, y no he manipulado de ninguna manera las variables o la intervención en el entorno que he estudiado de desenvolvura de esta práctica con la HCE. Sino que, todo lo contrario, este trabajo está hecho con una finalidad muy clara, que es la de poner en palabras y describir una situación que se da en mi ambiente laboral y que a los modos prácticos y bajo mi criterio puede mejorar.

Por otro lado, si bien no es en gran escala, he mencionado cuál es la población de interés en estos casos, cuáles son los intereses implicados y los intereses afectados. También he mencionado algunas estadísticas que reconocen la mejoría de esta tecnología en el ámbito médico, por lo que estaría encuadrando un análisis de datos a esta metodología descriptiva empleada.

La metodología descriptiva al fin y al cabo busca presentar una visión clara y completa de un fenómeno particular, proporcionando una comprensión detallada de sus características sin intentar explicar o modificar las variables estudiadas.

Marco Jurídico.

Tanto las historias clínicas como los derechos del paciente se encuentran reguladas y legisladas tanto a nivel nacional como por organizaciones internacionales.

A continuación, enumeraré las más importantes que se encuentran vigentes y sobre las que me he basado y consultado para el presente trabajo.

La ley 27.706 es la encargada de regular la historia clínica electrónica, y establece que el sistema de registro de HCE debe contener los datos clínicos del paciente desde que nace hasta su fallecimiento.

Se establece en sus artículos que el sistema es único y que se deja constancia en el mismo de toda intervención médico-sanitaria donde estuviesen a cargo profesionales

de la salud que fuere realizada en territorio nacional. Esta información no debe ser alterada, a no ser que se registre la modificación pertinente.

Además, el artículo 6 de dicha ley establece que el sistema único de historia clínica electrónica debe cumplir con los siguientes incisos:

“a) La información clínica contenida en el Sistema Único de Registro de Historias Clínicas Electrónicas debe tener, bajo la responsabilidad administrativa, civil o penal, carácter confidencial. La autoridad de aplicación establece los responsables de la administración y el resguardo de la información clínica.

b) La información clínica contenida en el Sistema Único de Registro de Historias Clínicas Electrónicas, su registro, actualización o modificación y consulta se efectúan en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad, acceso y trazabilidad.

c) Se deben garantizar los mecanismos informáticos para la autenticación de las personas, agentes, profesionales y auxiliares de la salud que intervengan en el Sistema Único de Registro de Historias Clínicas Electrónicas.

d) Se debe garantizar el libre acceso y seguimiento por parte del paciente.

e) El Sistema Único de Registro de Historias Clínicas Electrónicas debe contemplar la recuperación de archivos y la perdurabilidad de la información.

f) El Sistema Único de Registro de Historias Clínicas Electrónicas debe ser auditable y pasible de ser inspeccionado por las autoridades correspondientes.

g) La información contenida en el Sistema Único de Registro de Historias Clínicas Electrónicas constituye documentación auténtica y, como tal, es válida y admisible como medio probatorio, haciendo plena fe a todos los efectos, siempre que se encuentre autenticada.” Ley 27.706 inc.8 (2023).

Además de la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales de la cual hemos mencionado anteriormente, establece en su artículo 8 que Las instituciones de salud públicas o privadas y los profesionales de las ciencias de la salud podrán recabar y tratar datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes involucrados o que sean o hayan sido tratados, con sujeción a los principios de confidencialidad profesional.

También el artículo 9 de la misma ley sobre la seguridad de los datos dispone que ***“El responsable o usuario del archivo de datos debe adoptar las medidas técnicas y organizativas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales, de modo de evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, y que permitan detectar desviaciones, intencionales o no, de información, ya sea que los riesgos provengan de la acción humana o del medio técnico utilizado.”*** Ley 27.706 inc. 9 (2023).

La ley 26.529 de Salud Pública. **Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.**

Ley 26.742 de Salud Pública. **Ley sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.** Esta es modificatoria de los art. 2 – 5 – 6 – 7 y 11 de la ley 26.529, e incorpora el art 11 bis.

Marco teórico.

A. Exposición de la teoría para hacer frente a la problemática planteada.

Los registros clínicos son documentos personales confidenciales, registra la siguiente información: historia, antecedentes personales y familiares de salud y enfermedad del usuario, medidas, diagnósticos y tratamiento realizado; desarrollo de la enfermedad.

En la historia clínica, también llamado: expediente clínico que contiene datos e informes. Documentado por varios miembros del equipo de salud.

Existen estándares de gestión de historial médico, incluidos llamamos la atención sobre los siguientes puntos:

- Anote toda la información, nombres y datos de la asociación de usuarios y/o pacientes.
- Nombre completo.
- número de historial médico
- Número de cama o habitación
- Fecha actualizada
- historia clínica manejada prolijamente
- Pegar todos los resultados de laboratorio, exámenes, interconsultas, en las hojas correspondientes.

La historia clínica dispone de varias hojas, las que se añaden según los Servicios donde los pacientes reciben atención o donde los pacientes reciben tratamiento diagnóstico provisional o definitivo. Ejemplo: consulta ambulatoria para adultos, niños, mujeres embarazadas, etc.

Los registros médicos electrónicos implican la integración de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en los cimientos de las operaciones de atención médica. En consecuencia, los registros históricos ya no son registros de información generada en la relación entre un paciente y un profesional o institución de atención médica, sino que ahora forman parte de un sistema integrado de información clínica. Los registros electrónicos son registros multimedia personales unificados en los que toda la información sobre el paciente y su atención se archiva en formato electrónico. Está disponible en todos los entornos que requieren atención clínica (agudos, atención primaria, especialidades, pacientes hospitalizados, etc.), con las limitaciones apropiadas. El impacto de las historias clínicas electrónicas en la eficiencia médica se relaciona con la agilidad en el acceso a la información del paciente, la reducción de errores en la prescripción y el seguimiento de tratamientos, así como la

optimización de los flujos de trabajo clínico. La centralización de datos permite una atención más rápida y coordinada, agilizando los procesos y mejorando la toma de decisiones clínicas. [6]

La eficiencia médica con historias clínicas electrónicas abarca aspectos como la reducción del tiempo dedicado a buscar información, la mejora en la comunicación entre profesionales de la salud, la automatización de tareas administrativas y la capacidad de acceder a datos actualizados en tiempo real para tomar decisiones más precisas y rápidas en el tratamiento de los pacientes. Además, se han observado beneficios en la disminución de errores médicos y duplicidad de pruebas, lo que conlleva a una atención más efectiva y económica. Si bien los errores médicos disminuyen con las historias clínicas electrónicas, siguen siendo un área crucial de investigación. Estudiar cómo los sistemas electrónicos impactan la ocurrencia, detección y prevención de estos errores es fundamental. Se investiga cómo la usabilidad del sistema, la interoperabilidad entre plataformas y la capacitación del personal médico influyen en la reducción de errores, además de cómo la tecnología puede ser diseñada para identificar y mitigar riesgos potenciales en la atención al paciente.

Por otro lado, la seguridad del paciente en relación con las historias clínicas electrónicas es otro campo crítico de investigación. Se enfoca en cómo el uso de estas historias puede afectar directamente la atención y seguridad del paciente. Investigaciones buscan entender cómo los sistemas electrónicos pueden reducir errores de medicación, mejorar la precisión en los diagnósticos, minimizar los riesgos de interacciones medicamentosas y alergias, así como garantizar la precisión en la documentación de la información médica para evitar malentendidos que puedan afectar el tratamiento. [7]

Se exploran además estrategias para mejorar la comunicación entre profesionales de la salud, la accesibilidad de la información relevante en momentos críticos y cómo optimizar la usabilidad de estas plataformas para garantizar que los datos sean legibles, comprensibles y disponibles en situaciones de emergencia. [7]

En el marco teórico nos encontramos con las definiciones ya mencionadas anteriormente que son necesarias para entender todo este proceso de avance y como esto se ha llevado a la práctica. Entonces por un lado tenemos lo que es una historia clínica, y por el otro tenemos lo que es una historia clínica electrónica. Sus diferencias son abismales y marcan consigo un antes y un después en la metodología de la recolección de datos del paciente e incluso de su diagnóstico.

Debemos tener claro para lograr comprender la importancia de este cambio que estamos hablando de datos sensibles del paciente, datos que rondan el ámbito más privado de la persona y que van desde su nacimiento, hasta contener información filiatoria, de enfermedades, antecedentes, operaciones, datos de la salud mental, entre otros.

Entonces al tocar estos temas, es necesaria una regulación por parte del estado para poder establecer los límites y los protocolos necesarios para respetar y velar por los derechos tanto del paciente como del profesional. Es necesario que en esta regulación se proteja a ambas partes para, por un lado, ayudar al profesional o auxiliar de la salud a realizar su trabajo de la forma más eficiente posible, y por otro lado darle al paciente un sistema organizado que proteja sus datos y con el que se sienta seguro y resguardado.

B. Vinculación de la problemática planteada respecto al marco teórico expresado anteriormente.

Teniendo en cuenta los beneficios y riesgos planteados anteriormente, en todos ellos podemos decir que cada una tiene sus pros y contras. Por un lado la historia clínica común en la que utilizamos el papel tiene justamente eso como ventaja, no depende de un factor externo para funcionar, no es necesario ingresar a algún lado con un usuario y contraseña para acceder a los datos y a no ser que se arruine el papel o que se pierda el libro, nunca faltaría la información por una “caída de sistema”, sin embargo trae consigo también lo dificultoso que puede ser intentar retener tanta información en ese formato

papel, ya que los pacientes que pidan un centro de salud son muchos, y un historial médico de cada uno resulta engorroso para el profesional, tanto como para realizarlo, como para buscarlo en caso de que se necesitara la información. Simboliza un gasto de insumos, tiempo y una extrema organización por parte de la institución para tener esa información confidencial lo más segura y organizada posible.

Por otro lado, tenemos las historias clínicas electrónicas, las cuales plantean una solución a todas estas problemáticas, pero que al momento de llevar a la práctica estos formatos, también encontramos situaciones mejorables. Dentro de las ventajas de este “nuevo” formato encontramos que no son necesarios insumos para llevarla a cabo. También podemos decir que es mucho más sencillo tanto para el profesional como para el paciente el poder acceder a la información recolectada, no sólo es más fácil, sino que se encuentra mucho mejor organizado de esta forma. Pero por otro lado encontramos desventajas que aparecen en la práctica, es una gran herramienta, pero depende de un sistema operativo funcional, en caso de que este sistema no funcione, no es posible recolectar los datos. Además, si bien no hay un gasto de insumos, tiene que haber en un principio un gasto en recursos, ya que son necesarios aparatos electrónicos para poder llevar a cabo este sistema. Otra desventaja viene ligada a una de las ventajas, ya que, si bien es facilitador encontrar todos los datos de un paciente en un solo lugar, en caso de que este sistema fuese hackeado, la persona accedería a todos los datos personales de los pacientes.

Introducción y Desarrollo.

Para comenzar vamos a aceptar como un hecho factico que el problema de la documentación y registro de la atención de los pacientes es un hecho de relevancia y estudio en todas partes del mundo por lo que recurriremos a distintos estudios y publicaciones tanto de Argentina como de otros países.

Utilizaremos una serie de definiciones que nos permitan entender cabalmente que es una Historia Clínica desde distintos enfoques

Definición 1: La historia clínica (HC) es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen en una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica.

Modernamente, se procura que ella no sea un mero registro burocrático, sino que constituya una suerte de “patobiografía” del paciente, que permita el seguimiento de la evolución de su salud a lo largo del tiempo. [9]

Definición 2: **Definición y regulación legal.** La doctrina médica forense ha definido a la historia clínica como el documento o instrumento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada la narración de todos los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo médico, durante la asistencia de un paciente en un establecimiento público o privado desde su ingreso hasta el momento de su egreso por alta o por muerte. [10]

Dentro de las tareas del médico puede tomarse como un incordio el cumplimiento de e las leyes y normas legales referentes al llenado de la Historia Clínica, pero para encontrar la justificación que haga entender la importancia de este documento vamos a preguntarnos: **¿Por qué documentamos?** Y una respuesta que resulta completa y permite entender el concepto básico de este tema, es:

“La documentación está relacionada con la acción a la que se refiere y con la asignación funcional que corresponde a ese registro. Con la documentación se generan datos que luego son utilizados en diversas funciones. A saber:

- ***ASISTENCIAL: Es el principal repositorio de información que permite asegurar la continuidad en el proceso de atención de pacientes, ya que allí se registran todas las intervenciones del equipo de salud.***
- ***DOCENTE: Sirve como fuente de información para el aprendizaje a partir de casos clínicos.***



- **LEGAL: Es una constancia de la conducta y acción de los profesionales, así como del cumplimiento de normativas nacionales o regionales (informes).**
- **ADMINISTRATIVA: Sirve como apoyo para el manejo administrativo y la gestión económica y financiera de las prestaciones.**
- **INVESTIGACIÓN: Es una fuente de datos para la elaboración de análisis y estudios de investigación.”** [11]

Las historias clínicas son un asunto de importancia y que lleva a prestarle especialmente atención en todas partes del mundo y nuestro país no escapa a esta problemática, en España por ejemplo lo enfocan de la siguiente manera:

Una historia clínica es un documento en donde aparecen los antecedentes médicos de un paciente, entre otros datos que pueden ser incluidos por observaciones del profesional, interrogatorio al paciente, entre otros exámenes complementarios para conseguir un diagnóstico correcto del caso y determinar el tratamiento a seguir. La historia clínica comienza desde el primer episodio de enfermedad en el que se recibe la primera atención médica (fuere en un hospital, centro de atención o un consultorio médico) e intenta también reunir los apartados de filiación personal, antecedentes familiares, antecedentes personales, enfermedades actuales, etc. Con la finalidad de conseguir un diagnóstico en el momento en el que se lo requiere y contar con la información más precisa posible para el futuro. [1]

Existen varios modelos de historias clínicas, tenemos las cronológicas, las orientadas por problemas de salud (manejada normalmente por atención primaria) y la protocolizada (la cual se utiliza para seguimiento de enfermedades concretas).

La información que se recoge y que se organiza en la historia clínica es un rejunte de datos con mucha importancia para el desarrollo de la profesión. Es por eso que encontramos diferentes funciones las cuales se pueden catalogar en:

Clínica/asistencial: esta es la función principal ya que es la que le da origen a esta práctica y fomenta esta continuidad de la relación médico-paciente.

Docencia: esta función está encarada más por el lado del aprendizaje que se genera al poder percibir los errores y aciertos que se fueron dando en el tratamiento del paciente.

Investigación: a partir de la información que se plantea en las historias clínicas, se pueden plantear distintas hipótesis de investigación sanitaria y nuevos objetos de estudio, con la finalidad de buscar respuestas científicas razonables.

Epidemiología: con el rejunte de datos se puede determinar la distribución, frecuencia, magnitud y factores que pueden ser determinados de una enfermedad particular.

Mejora de calidad: hay una mejora continua en este ámbito ya que estamos hablando de una amplia relación médico-paciente, así como también un registro de la actuación médico-sanitario que le es presentada al paciente. Su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.

Gestión y administración: la HC es considerada uno de los elementos fundamentales para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.

Médico-legal: estamos hablando de un documento legal que se usa habitualmente para enjuiciar la relación médico-paciente, pero que también contiene datos personales que deben ser resguardados. [2]

En resumidas cuentas La historia clínica es un registro de la información obtenida de la práctica clínica de un paciente, que incluye todos los procedimientos a los que ha sido sometido. Se trata de un documento médico-legal que respalda la labor del personal médico.

Una gestión adecuada de las historias clínicas ayuda a mejorar la calidad de cuidado que reciben los pacientes. También contribuye a recopilar datos para investigaciones, crear estadísticas y se utiliza como herramienta educativa para estudiantes y profesionales.

La calidad de la atención prestada está directamente relacionada con la calidad de las historias clínicas, lo que permite analizar retrospectivamente el desempeño de los profesionales de la salud. Estos registros son fundamentales para la toma de

decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento, así como para evaluar los diversos problemas de salud. No obstante, es común encontrar errores debido a la falta de datos en las historias clínicas. [1]

A menudo, las historias clínicas presentan el problema de que faltan datos del paciente y la letra es ilegible, lo que dificulta comprender la situación de salud del paciente. También es crucial considerar la evolución y el tratamiento para determinar si la respuesta clínica es adecuada. Frecuentemente, los datos faltantes en estos documentos incluyen antecedentes patológicos, exámenes auxiliares, procedencia, prioridad de atención, y la fecha y hora de ingreso de los pacientes. [1]

La historia clínica es utilizada por médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos y otros profesionales de la salud. El papel de la enfermera es vital al seguir las indicaciones médicas en la historia clínica. Por consiguiente, una letra ilegible o el uso de un lenguaje médico inapropiado pueden ocasionar problemas para seguir las indicaciones correctamente.

Otro desafío surge debido a la ausencia de registro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) junto con los diagnósticos en los expedientes médicos, lo que dificulta el registro sistemático, análisis y comparación de datos de mortalidad y morbilidad entre países o regiones. [1]

Se pueden tomar medidas de incentivo para apoyar al personal de salud comprometido en la creación de historias clínicas de alta calidad como solución a este problema. Una medida que se puede sugerir es que los directivos médicos envíen cartas de reconocimiento al personal que cumpla de manera adecuada con el llenado de las historias clínicas.

Otra opción para mejorar el manejo de los registros de historias clínicas es implementar un sistema de registro electrónico, que a través de un software permita integrar toda la información del paciente, facilitando así un acceso más rápido, sencillo y accesible para el personal médico. De esta manera, se busca mejorar el proceso de atención. [2]

Para mejorar la calidad de las historias clínicas, es crucial seguir de manera consciente y responsable las recomendaciones de las auditorías de registros. En nuestra práctica habitual, es común observar faltas y omisiones repetidas, por lo que es esencial tomar en cuenta las sugerencias para elevar los estándares de documentación médica.

Como profesionales, debemos tratar de cambiar esta situación. Con esto se busca sensibilizar a los participantes para que se sientan motivados a realizar los cambios necesarios para transformar esta realidad.

Problemática.

Dado que aun hoy día siguen conviviendo los dos sistemas de registro para las historias clínicas, o sea, el tradicional de ficha en papel y el electrónico, surge la pregunta natural:

¿Cuál es preferible a modos prácticos?

Ya mencionamos las problemáticas que trae consigo el papel; es un método que a veces dificulta la lectura ya que al ser manuscrito el entenderlo depende de la caligrafía del profesional, además de simbolizar un problema cada vez que hay que buscar la HC de un paciente. [1]

Por otro lado, este avance del mundo digital aplicado a las historias clínicas y habiendo insertado la HCE, ha resultado fructífero en mayor medida, ya que según una de las charlas del congreso Argentino de Informática y Salud, se compartieron que las experiencias de implementación de la HCE en Córdoba fueron muy positivas y han ayudado tanto a los profesionales para poder encontrar un diagnóstico más rápido, como a los pacientes para una organización de sus datos de salud. [3]

Sin embargo, en este avance podemos plantear dos problemáticas que necesitan ser controladas.

Por un lado, tenemos lo que simboliza este movimiento de datos. Estamos hablando de un sistema el cual intenta englobar todos los datos de una persona y recopilarlos

para que estén centralizados en un solo lugar y sea más sencillo contar con esa información.

Aunque esta parezca la forma más organizada de hacerlo, y la más fácil a la hora de buscar en los archivos de un paciente, también es verdad que tiene una desventaja muy importante y esa es la dependencia que se genera a este sistema, teniendo en cuenta que todos los datos de miles de personas se encuentran en un solo lugar, esto puede ser un problema para el médico o para el mismo paciente.

Para el médico esto puede ser un problema ya que es toda la información en un solo lugar, si este sistema se cayera, o sucediera algo de fuerza mayor que complicara el mecanismo utilizado en un momento crítico o de suma necesidad, no sería posible hacer nada más que esperar a que se regularice la situación, o en su defecto volver a recopilar toda la información posible.

En el caso del paciente es aún más complicado, ya que estamos hablando de un sistema que contiene BIG DATA, esto hace referencia a un conjunto de datos tan grande, que necesitan grandes aplicaciones o sistemas para poder procesar y tratar todos los datos. Esta big data tendría en su contenido toda información sensible del paciente que se encuentra bajo la ley de protección de datos personales. Entonces en caso de un hackeo a las plataformas que se utilicen, la gente tendría acceso a información confidencial de la persona que estaría protegida bajo una ley. [4]

Otra de las problemáticas planteadas en la que viene con la implementación de la firma electrónica y la firma digital. Estas dos no son sinónimos, sino que podemos encontrar diferencias entre ellas. En un principio la firma electrónica es un término general que engloba diferentes métodos de identificación y autenticación de las partes en una transacción electrónica esta firma implica el uso de datos electrónicos, códigos, símbolos o cualquier otra información electrónica. En cambio la firma digital siempre requiere de procesos criptográficos complejos, y garantiza la integridad del documento. [5]

El problema de estas firmas recae en la responsabilidad del profesional al tener su firma entrelazada con una cuenta en donde para ingresar necesita de un usuario y contraseña. Porque a simples modos se ve eficaz, sin embargo la realidad es que a modos prácticos pueden resultar varios imprevistos de esta práctica ya que no existe la posibilidad de un artefacto para cada profesional de la salud, por lo que a la plataforma actual terminan ingresando varios médicos, cada uno con su cuenta, para poder completar la historia clínica del paciente. Entonces si por ejemplo yo dejo mi cuenta abierta y otra persona la utiliza sin darse cuenta y sube una historia clínica de un paciente, lo hace bajo mi nombre y mi responsabilidad, y yo nunca traté con ese paciente, pero a los modos prácticos, el sistema dice que ese paciente fue mío. [5]

Resultados.

Estadísticas según la implementación de las HCE.

Las estadísticas sobre la adopción de historias clínicas electrónicas varían según el país y la región. En general, se observa un aumento constante en su implementación. Por ejemplo, en Estados Unidos, según datos de la Encuesta Nacional de Uso de la Salud en 2020, aproximadamente el 85% de los hospitales tenían algún tipo de sistema de historia clínica electrónica.

En otra región, como en la Unión Europea, se observa una tendencia similar, aunque con variaciones entre naciones. Estas estadísticas suelen analizar la adopción, el uso y la satisfacción de los sistemas de historias clínicas electrónicas por parte de los proveedores de atención médica. [8]

En Argentina por otro lado, primero debemos mencionar los antecedentes: La **Ley N° 26.529**, aprobada en octubre de 2009, regula el ejercicio de los derechos de los pacientes en materia de autonomía de voluntad, información y documentación clínica. Incluso en el art. 13 de dicha ley se habla de la historia clínica informatizada. Hasta la sanción de dicha ley no existió en nuestro país una regulación integral y con alcance nacional de la historia clínica. De igual forma, Las provincias también pueden

sancionar normas en la materia, en tanto no restrinjan las previsiones de la ley nacional.

Como bien ya mencionamos anteriormente La ley de protección de datos personales manifiesta que en Argentina los profesionales o auxiliares de la salud no pueden revelar ningún dato médico de personas determinadas (o determinables). Vinculado a esto, el **art. 8** determina que los establecimientos sanitarios públicos o privados, y los profesionales, pueden recolectar y tratar los datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes respetando los principios del secreto profesional.

Además, Mediante la **Resolución Secretarial N° 189** de Octubre de 2018, se aprobó la Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024, que se encarga de establecer principios y niveles para reducir las disparidades en la calidad de la atención de salud, implementar sistemas de información que identifiquen las características y necesidades de la población, permitir un seguimiento integral y a largo plazo de las personas en todo el sistema de salud, mejorar a los profesionales de la salud y proporcionar herramientas innovadoras a los pacientes.

La estrategia nacional incluye distintas fases de implementación:

- La primera etapa (2018-2019) consiste en definir los fundamentos técnicos, regulatorios y políticos de la estrategia. Esto significa construir una base con el consenso de los expertos en la materia.
- La segunda fase (2020-2024) se centrará en utilizar la información recopilada en la primera fase para ampliar el alcance de las herramientas de salud digitales y profundizar las capacidades/servicios proporcionados por los sistemas de información. En esta fase se medirán los indicadores recopilados en la primera fase para determinar las estrategias a implementar para ampliar la cobertura sanitaria universal. En donde el enfoque es esforzarse por desarrollar herramientas que sean útiles para los ciudadanos.

Como conclusión de este análisis sobre la utilidad de la HCE, se establecieron estándares internacionales que establecen reglas claras para el desarrollo de

sistemas de la información de salud. Esto habilita a que desarrolladores privados se puedan involucrar y homogenizar la información en aplicaciones de salud, de esta forma también se fomenta un mercado donde compitan y se haga más eficiente el proceso. En cuanto a la conectividad, este fue un tema a tratar ya que como se mencionó anteriormente, no se requieren insumos para la HCE, pero si recursos. En este caso se hizo un convenio con ARSAT para brindar conectividad en todo el país. Se establecieron 1.146 centros para la primera etapa de conectividad basado en la cercanía con la conectividad troncal federal de fibra óptica (REFEFO).

A fines del 2019 hay 22 provincias adheridas al plan de la Cobertura Universal de Salud (CUS), se logró pasar de 70 mil pacientes con historia clínica electrónica en abril del 2019 a más de 2 millones en la actualidad

Si bien el gobierno nacional ha cumplido varios de los objetivos de la Etapa 1 propuestos en la estrategia nacional de Salud Digital recién se encuentra en la etapa inicial de un largo camino. Hace falta proveer de equipamiento y conectividad a los hospitales y clínicas a lo largo y ancho del país para extender su uso.

Conclusión

En esta realidad de transición actual que tenemos, no contamos con un sistema que satisfaga de forma integral todas las necesidades, ya sean del paciente con la protección de sus datos, o del médico con la facilidad de búsqueda de la historia clínica y la dependencia generada a la tecnología.

Si bien estamos encaminados en este tema ya que contamos con regulación específica de la materia, la cual prevé varias situaciones e incluso hay establecido un sistema que plantea etapas para que el pasaje de las historias clínicas sea paulatino, sin embargo, hay varias cuestiones que uno estando dentro del sistema y utilizándolo todos los días encuentra mejorables. Hay que centrarse en crear una organización lo más universal posible para que la mayor cantidad de instituciones en materia de salud estemos conectadas, es necesario también que en un futuro se prevea que cada profesional de la salud tenga su propio aparato electrónico para

poder acceder a su cuenta y de esta forma controlar más la responsabilidad del mismo. Por otro lado, también es importante concentrarse en intentar encontrar el sistema más seguro posible para contener toda la información de los pacientes, para que estos estén resguardados también y de esa forma se respeten sus derechos. Por ende podemos decir que las ventajas más evidentes son:

Aspectos médicos: ya que se puede tener acceso a la información desde diferentes dispositivos simultáneamente, como así recuperar datos en forma rápida, facilita la historia clínica única, evitando la fragmentación que existe en la actualidad desde los diferentes puntos de atención en un mismo establecimiento, de esta manera cada paciente tiene un número de historia clínica y todo se centra en un archivo único, pudiendo integrar a su vez información con datos de farmacia, facturación, etc. Permite incorporar imágenes digitales, facilita trabajos estadísticos y científicos, permite incorporar sistemas de apoyo a la decisión clínica (algoritmos y protocolos de estudios), permite agregar vademécum institucional con sistemas de alertas en caso de contraindicaciones, sobredosis o interacciones.

Evita las medidas anticipativas, como ser el secuestro judicial, dado que mediante la firma digital se garantiza la identificación de una persona y la autenticidad del documento. [12]

Aspectos legales: Siempre sea legible - No permite espacios en blanco ni alteración del orden de los asientos - Siempre firmada - Siempre con fecha y hora - Siempre completa - Se evitan las correcciones, raspaduras, agregados, etc.

Como la historia clínica informatizada tiene el valor de un original, cuando el paciente solicita una copia de ella, como es su derecho, (ya sea durante su internación o su egreso), y a posteriori se llegare a producir la pérdida o extravío de la que se encuentra en poder del establecimiento o profesional, habrá hasta el momento en que se produce el extravío, certeza sobre los datos consignados en la historia clínica digital que el paciente tiene en su poder. [12]

Aspectos operativos, económicos y ecológicas: El crecimiento continuo del volumen almacenado llega a crear graves problemas de espacio físico, a lo que se suma el inevitable trasiego de documentos originales, con riesgo de pérdida o deterioro. Evita también la redundancia de estudios y de tratamientos, ya que muchas veces al no contar con los estudios solicitados anteriormente, los mismos se repiten



innecesariamente. Por último, no puede dejar de mencionarse el importante impacto ecológico que tiene el ahorro de toneladas de papel disminuyendo la contaminación del medio ambiente (papeleras) y la deforestación, siendo evidente que la informatización es la solución más económica y eficiente. [12]

B I B L I O G R A F I A

- [1] D. Chero-Farro, A. Cabanillas-Olivares, J. Fernández-Mogollón (2016). **Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención.**
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-historia-clinica-como-herramienta-mejora-S1134282X16300793>
- [2] Maritza Alcaraz Agüero (2010). **La historia clínica: un documento básico para el personal médico.**
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700018
- [3] J. Delmastro, D. Robledo, G. Strumia, G. Ellena, C. Camillucci (2010) **Experiencia de implementación de una historia clínica electrónica en el servicio de Internación de un Hospital Polivalente de Córdoba, Argentina**
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/152965/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [4] J.N. Lafferreire (2023) **Argentina sanciona la ley 27.706 para crear un sistema único de registro de historias clínicas electrónicas**
<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/16870/1/argentina-sanciona-ley-27.706.pdf>
- [5] sitio oficial de gobierno de Argentina (2001) **firma digital.**
<https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/firma-digital>
- [6] J. Sisalima Flores, P. Sotelo Suárez (2010) **APLICACIÓN DE NORMAS Y PRINCIPIOS TÉCNICOS EN LA ELABORACIÓN DE LOS REPORTES DE ENFERMERÍA EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “ JOSÉ CARRASCO ARTEAGA ”**
[file:///C:/Users/Florencia/Downloads/Tesis%20de%20Pregrado%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Florencia/Downloads/Tesis%20de%20Pregrado%20(1).pdf)
- [7] Dra. Paula Otero (2011) **Advantages and risks associated with the use of electronic medical records**
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000600002
- [8] C. Torres (2020) **ESTUDIO E IMPLEMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA A NIVEL NACIONAL EN ARGENTINA**
https://repositorio.utdt.edu/bitstream/handle/20.500.13098/11481/MBA_Torres_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[9] Definición según Abogado Dr. Gustavo Caramelo. – DELS – Historia Clínica

<https://salud.gob.ar/dels/entradas/historia-clinica>

[10] Resumen extraído de definiciones del libro de PATITÓ pags 113 – 114

[11] Historias clínicas electrónicas y la importancia de como documentar – Organización Panamericana de la Salud (OPS)

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54805/OPSEIHIS21022_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[12] Dr. Fabián Vítolo Noble S. A. Biblioteca Virtual NOBLE Julio 2009. Aspectos medico-legales de la historia clínica electrónica.

<file:///C:/Users/Cecilia%20Susanno/Downloads/Historia%20Cl%C3%ADnica%20Electr%C3%B3nica.pdf>