



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: La historia clínica electrónica : hacia una problematización de las nuevas tecnologías en la intervención del trabajo social

Daniela Azpiazu

Tatiana Encina

Cecilia Palermo, dir.

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,
fecha de defensa para el caso de tesis: 2019**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL
ÁREA DE INVESTIGACIÓN



TESINA DE GRADO

LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA: HACIA UNA PROBLEMATIZACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

Autoras

Azpiazu, Daniela - 36724211 - azpiazu38@gmail.com

Encina, Tatiana - 36728230 - tatiencina@gmail.com

Tutora Temática

Palermo Cecilia, cecipalermo@gmail.com

Seminario TIF/Tesina: 2018

Fecha de presentación: 8/8/2019

Agradecimientos

A la Educación Pública que se esfuerza por garantizar una educación de calidad abierta a todes.

A la carrera de Trabajo Social y a la militancia, que instaló en nosotras esta costumbre de problematizar lo naturalizado.

A familiares, novios, amigos y compañeros, que han bancado este camino para formarnos como Trabajadoras Sociales comprometidas con la realidad de les más vulnerades.

A nuestra tutora Cecilia por su motivación. Por alentarnos a indagar y a construir, siendo nuestra guía a lo largo de todo el proceso.

Resumen

Título: La Historia Clínica Electrónica: hacia una problematización de las nuevas tecnologías en la intervención del Trabajo Social.

Autoras:

Azpiazu, Daniela - azpiazu38@gmail.com

Encina, Tatiana - tatiencina@gmail.com

Fecha de presentación : 8/8/19

Palabras clave: Nuevas tecnologías de la información y la comunicación - intervención profesional - herramientas de registro - historia clínica electrónica.

El siguiente trabajo de investigación, realizado en el marco de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires, pretende ser un aporte a la problematización de la incorporación de nuevos desarrollos tecnológicos en el ejercicio del Trabajo Social. Para ello hicimos foco en la implementación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en el ámbito de la Salud, particularmente en los Centros de Salud y Acción Comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CeSAC). La pregunta problema que dispara el análisis es: ¿Como media en el ejercicio de las/os Trabajadoras Sociales el uso de la HCE como herramienta de registro de la intervención en el Primer Nivel de Atención de la Salud? A partir de la misma, nos embarcamos en una investigación de tipo cualitativa con el objetivo de conocer cómo se vincula el desarrollo y la implementación de nuevas tecnologías de la información, con el ejercicio del Trabajo Social en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud, en la Ciudad de Buenos Aires. En correlato a ello, entrevistamos a Trabajadoras Sociales de los CeSAC y a los miembros del equipo gubernamental que tiene a cargo la implementación de esta nueva forma de registro de los procesos de salud-enfermedad-atención.

*“Frente a las enfermedades que produce la miseria,
frente a la tristeza y el infortunio social de los pueblos,
los microbios, como causa de enfermedad,
son unas pobres causas”.*

Ramón Carrillo.

Índice

Introducción	1
Metodología	4
Capítulo 1 Marco conceptual y normativo	9
1.1 Salud Integral	9
1.2 Atención Primaria de la Salud en CABA	10
1.3 Herramientas de registro	12
1.4 Registros médicos - Ley de HCE	13
1.5 Incumbencias profesionales - Ley de ejercicio profesional del Trabajo Social	16
Capítulo 2: Desarrollo e implementación del aplicativo	19
2.1 Estrategia 2012 vs 2015	20
2.2 Percepciones del Trabajo Social	23
2.3 Percepciones del equipo UPE-HCE	26
2.4 Evaluación y modificaciones	28
Capítulo 3: Prácticas del Trabajo Social en los CeSAC. Un recorrido por la incorporación de la HCE	31
3.1 Lugar de la profesión en el CeSAC	32
3.2 Interdisciplina	34
3.3 Ejercicio profesional	37
3.4 Registro	40
3.4.1. La evolución reservada	41
3.4.2 Uso de las categorías	43
3.4.3 Diagnóstico y motivo de consulta	46
Capítulo 4 Luces y sombras	49
4.1 Objetivos de la política pública	49
4.1.1 Proyecciones a futuro	49
4.1.2 Cobertura Universal de Salud (CUS)	54
4.2 Uso de la información	58
4.2.1 Privacidad y confidencialidad	58
4.2.2 Estadísticas	60
4.2.3 Gestión de recursos y agenda de turnos	63

Reflexiones finales	66
Cada CeSAC es un mundo	67
Desafíos para la profesión	68
Salud Integral	68
ANEXOS	74
Anexo 1: Guía de entrevista a profesionales del equipo UPE-HCE	75
Anexo 2: Entrevista a Trabajadoras Sociales de los CeSACs.	77
Anexo 3: Ley de Historia Clínica Electrónica	79

Introducción

La presente investigación surge en el marco de la elaboración de la tesina final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. La experiencia de haber realizado las prácticas en una institución de salud correspondiente al Primer Nivel de Atención (PNA)¹, y asistir al modo en el que allí se trabajan situaciones complejas desde una perspectiva de prevención y promoción de la Salud (en el marco de lo posible y con recursos siempre escasos), generó un constante interés sobre el ámbito de la Salud Pública y el ejercicio profesional del Trabajo Social en el mismo. En paralelo a ello, e impulsadas por un interés personal, nos acercamos a espacios públicos de diagramación de nuevas tecnologías, más específicamente a las “Hackatones” organizadas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA)². Si bien las convocatorias son abiertas, los participantes provienen principalmente del campo de la programación y diseño de tecnologías. Esta situación nos llevó a preguntarnos sobre la ausencia del Trabajo Social y otras disciplinas de las ciencias sociales en estas instancias³, y sobre los posibles aportes de sus perspectivas y miradas analíticas.

Las nuevas tecnologías forman parte de nuestras vidas tanto dentro como fuera del ámbito académico. Día a día nos encontramos con nuevos desarrollos, herramientas innovadoras que se incorporan al quehacer profesional del Trabajo Social. Las tecnologías de la información cambian nuestras formas de interactuar y de trabajar, los modos en que buscamos información, las estrategias que implementamos en pos de transformar las situaciones complejas que se nos presentan, y además, pasan a formar parte de las instancias de decisión y de acción de los

¹ Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. En el primer capítulo del presente trabajo se profundizará sobre la definición de la Atención Primaria en Salud.

² El fin de dichas jornadas es idear y desarrollar aplicativos para solucionar problemáticas específicas a partir de innovaciones tecnológicas y, en la mayoría de las veces, se busca resolver una problemática de índole social.

³ A modo de ejemplo, mencionamos la Hackaton contra la Violencia de Género llevada a cabo en el año 2017 por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en donde la escasa participación de profesionales de disciplinas de las ciencias sociales llamó nuestra atención. Se buscó diseñar herramientas tecnológicas para la prevención de la Violencia de Género, pero no se convocó a los profesionales que suelen participar de las instancias de intervención y dispositivos de asistencia estatales.

gestores de las políticas públicas. Por ello, consideramos de suma relevancia introducirnos en el estudio de las nuevas tecnologías para poder, desde los procesos involucrados en una investigación inserta en el campo de las ciencias sociales, disputar espacios de saber - poder profesional.

Durante nuestra formación, fuimos desarrollando interrogantes sobre cómo entender y problematizar estas nuevas herramientas que se incorporan al quehacer del Trabajo Social. Particularmente, en el marco de las prácticas pre-profesionales de la carrera, fuimos observando cómo estas tecnologías facilitan y/o obstaculizan las intervenciones. Tanto su presencia como su ausencia se hacía notoria en los espacios de toma de decisiones y en las estrategias de intervención. Registramos fuertes resistencias a la incorporación de tecnologías en las instituciones donde nos insertamos durante el trayecto académico, soslayando el potencial de utilidad para la intervención que estas herramientas pueden significar. Este trabajo de investigación profundiza una cuestión novedosa y poco explorada desde nuestra disciplina. En este sentido, nuestro objetivo es realizar preguntas que promuevan la reflexión del Trabajo Social en torno a la incorporación de nuevas herramientas de registro vinculadas a los avances tecnológicos, y convoquen al colectivo profesional a disputar espacios y participar en el diseño e implementación de políticas públicas que promuevan el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). En este marco, el presente trabajo busca dar cuenta de las tensiones y transformaciones en el ejercicio de las Trabajadoras Sociales⁴ que se desempeñan en el Sistema Público de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) a partir de la implementación de una nueva forma de registro de las intervenciones: la Historia Clínica Electrónica (en adelante HCE), actualmente identificada como “Historia de Salud Integral”⁵. Encontramos en esta tecnología un punto de convergencia de nuestros intereses, que abarcan el ejercicio del Trabajo Social. A partir de ello, nos resulta pertinente indagar cómo fue pensada esta herramienta, para qué y por quiénes.

La gestión de Gobierno Nacional entrante en 2015 dio inicio al Plan de Modernización del Estado en la Argentina (en adelante PME) que, como objetivo principal, propuso “convertir al Estado en el principal garante del bien común” (Decreto 434/2016). En el documento del PME

⁴ Al haber entrevistado a Trabajadoras Sociales mujeres, y ante la histórica feminización de la carrera, nos referiremos al colectivo profesional en femenino.

⁵ Durante todo el trabajo la denominaremos HCE, ya que si bien se estableció el cambio formal de nombre, en la práctica se le sigue llamando de esta manera.

se observa cómo se utilizan frecuentemente términos como *innovación*, *modernización*, *calidad*, *transparencia* y *gestión por resultados*. Recuperando las palabras de Claudia Bernazza, en dicho Plan se resalta la “apuesta a incorporar valores y herramientas que se adjudican a la gestión empresarial para lograr una gestión más eficiente y transparente” (Bernazza; 2016: 26). En este marco, consideramos relevante indagar cuál es la base política que fundamenta el desarrollo y la implementación de esta herramienta tecnológica, y cómo es aquel usuario imaginado a la hora del diseño de la misma. Cuando nos referimos a “los usuarios”, lo hacemos pensando en el usuario-profesional que incorpora la HCE como instrumento de registro de su actividad, dentro de los espacios de salud. Además, la investigación nos llevó a indagar y analizar el paradigma de Salud que sostienen quienes diseñaron esta iniciativa, en tanto perspectiva determinante de las formas de ver, pensar y hacer, que se encuentra presente en cada formulación y decisión de gestión.

A partir de lo antedicho, el siguiente trabajo busca analizar el uso de la HCE como herramienta de registro para el ejercicio del Trabajo Social, haciendo hincapié en los procesos de diseño e implementación de nuevas herramientas tecnológicas que tienen impacto social (como lo es la HCE). Particularmente, nos proponemos explorar qué efectos tiene dicho instrumento en las estrategias de intervención de las Trabajadoras Sociales.

A fin de dar cuenta de la información recabada y el análisis realizado, estructuramos la presente tesina de la siguiente manera:

En el Capítulo I expondremos el marco teórico que estructura nuestra investigación: enfoque de Salud Integral y las estrategias de la Atención Primaria en los Centros de Salud y Acción Comunitaria en la Ciudad de Buenos Aires (en adelante CeSACs). Haremos un recorrido conceptual a través de las formas de registro del Trabajo Social y explicaremos el marco coyuntural en el que se introduce/surge la HCE, el contexto político y de intereses en pugna que acompaña este proceso. Del mismo modo, incluiremos el marco legal que da sustento a la implementación de esta nueva tecnología en el ámbito de la Salud, inicialmente desarrollada en el PNA del sistema de la Ciudad de Buenos Aires y actualmente extendida a hospitales generales, en las áreas de consultorios externos. A su vez, mencionaremos la ley de ejercicio profesional que respalda el quehacer del Trabajo Social en este ámbito.

En el Capítulo II, haremos un recorrido a través del proceso de diseño e implementación de la HCE, las distintas estrategias utilizadas, las evaluaciones y modificaciones realizadas

durante el proceso. Recuperaremos la voz de los entrevistados, tanto de los Trabajadores Sociales como del equipo técnico de la Unidad de Proyectos Especiales HCE (en adelante UPE-HCE) que lleva a cabo la implementación del aplicativo en la red de Salud Pública de CABA.

En el Capítulo III haremos hincapié en las estrategias de registro previas a la incorporación de la HCE, para poder analizar cómo cambian estas formas de registro a partir de la aparición de este instrumento. Además, haremos foco en los cambios que tuvieron lugar, o no, en el ejercicio del Trabajo Social dentro del CeSAC. Hablaremos sobre la posición de la profesión dentro de la institución, el trabajo interdisciplinario y la relación con los usuarios-pacientes.

En el Capítulo IV abordaremos las inquietudes manifestadas por los profesionales entrevistados frente a esta decisión de gobierno de incorporar una plataforma donde volcar en un sistema electrónico los datos e información de la situación de salud-enfermedad de los ciudadanos. Algunas de estas incluyen: el uso de la información, la gestión de los recursos, el manejo de la agenda y el contexto político que acompaña este proceso.

Finalmente, propondremos algunas preguntas en torno al proceso de trabajo, particularmente al posicionamiento del Trabajo Social en el campo de la Salud, las incertidumbres, dudas y avances en esta construcción. Teniendo presente que el modo en que las políticas públicas se particularizan en cada espacio da lugar a escenarios diferentes, reflexionaremos sobre las expresiones registradas, que entendemos parten de distintas maneras de entender la Salud.

Metodología

La interacción entre sujeto y profesional que antes se encontraba mediada por el uso del registro escrito en papel, hoy se encuentra atravesada por la utilización de las TIC. Aparece, de este modo, un nuevo elemento en el escenario de intervención. A partir de ello formulamos el problema de investigación del que trata la presente tesina: **¿Cómo media en el ejercicio de las/los Trabajadores Sociales el uso de la historia clínica electrónica (HCE), en tanto herramienta de registro de la intervención en el Primer Nivel de Atención de la Salud (PNA)?**

Teniendo como referencia dicho problema de investigación, tomamos la decisión de realizar el estudio en el campo específico de la Salud, donde fueron implementadas herramientas

tecnológicas que hacen al tema de estudio. Es por ello que planteamos como objetivo general de esta investigación **conocer cómo se vincula el desarrollo y la implementación de nuevas tecnologías de la información con el ejercicio del Trabajo Social en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud, en efectores de la Ciudad de Buenos Aires que implementaron el uso de HCE a lo largo del año 2018.**

A partir de este objetivo general, formulamos los siguientes objetivos específicos:

1. Indagar sobre los motivos por los cuales se desarrolló la HCE y aquellos que fundamentan su implementación, a partir del relato de quienes formaron parte de las etapas de desarrollo y ejecución de la herramienta.
2. Tomando como insumo los discursos de las y los Trabajadores Sociales que han utilizado la HCE, explorar las ideas, representaciones y estrategias de uso puestas en juego por parte de los mismos.
3. Observar el modo en que se configura el vínculo entre el profesional y: los pacientes, la institución y los profesionales de otras disciplinas que trabajan dentro de la institución, en relación al uso de la HCE.

Estos objetivos apuntan a recuperar aspectos del aplicativo que son identificados y recuperados por las/os entrevistados, y que caracterizan su proceso de incorporación como herramienta de registro de la práctica del Trabajo Social. Para lograrlos, realizamos una investigación de tipo exploratoria descriptiva a partir de una metodología cualitativa. La misma tiene la suficiente flexibilidad para incluir en el análisis ciertos aspectos que fueron apareciendo de la propia realidad estudiada, no contemplados en un principio. En este sentido

“se concibe a la realidad como dinámica, en la que se dan fenómenos sociales que deben ser interpretados desde la perspectiva de los sujetos que los viven. Su orientación está en el proceso mismo de investigación más que en la obtención de resultados inmediatamente útiles, dónde investigador y realidad se influyen y modifican mutuamente. No busca tanto la confiabilidad como sí la validez, es decir, que sus datos sean profundos y reales, a través de técnicas como la entrevista, la observación, los grupos focales, etc.” (Chica, Sanagua, Venturini; 2008:1)

El universo de estudio estará conformado por los CeSAC, efectores que brindan servicios y trabajan en el marco de Atención Primaria de la Salud (APS) en la CABA, en los que se haya implementado la HCE durante el año 2018. Definimos como unidad de análisis a los profesionales que formaron parte del diseño e implementación de la herramienta por un lado, y a aquellos profesionales del Trabajo Social que ejercen su tarea en los CeSAC y han incorporado como herramienta de registro a la HCE, por el otro.

De acuerdo al marco metodológico, la elección de la técnica de entrevista semiestructurada constituye un medio adecuado para captar la perspectiva subjetiva sobre acontecimientos tanto pasados como presentes. Es lo que Rosana Guber llama perspectiva del actor, es decir “comprender los términos de una cultura o un grupo social y reconocer que el de los informantes es un universo de significaciones distinto al del investigador” (Guber, 2004: 207). Este tipo de entrevista que se administra en un encuentro cara a cara entre el investigador y cada uno/a de los/as informantes, se dirigen al conocimiento y aprendizaje sobre hechos y situaciones que no se pueden observar directamente.⁶

Como primer acercamiento al problema planteado, realizamos entrevistas semi-estructuradas con profesionales que formaron y forman parte de las instancias de diseño e implementación de la HCE. A partir de las mismas buscamos indagar acerca de las categorías y concepciones principales que acompañaron al diseño de la herramienta. Buscamos obtener información sobre el proceso de diseño, los objetivos planteados, las metas alcanzadas y la política pública que respalda la iniciativa. Apuntamos a recuperar visiones, representaciones y debates que se generan en torno a la digitalización de la información sobre la población usuaria del Sistema Público de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Por otro lado, se realizaron encuentros con cinco Trabajadoras Sociales que han utilizado la HCE como instrumento de registro de su intervención a fin de recuperar percepciones sobre la misma, limitaciones y potencialidades.

En cuanto a los resguardos éticos, en cada encuentro se informó debidamente los entrevistados sobre los objetivos de la investigación, que la misma iba a ser grabada para su posterior análisis, y que se mantendría en todo momento el anonimato. A su vez, se destacó la posibilidad de acceder al informe final una vez redactado el mismo, a lo que todos demostraron interés en recibir.

⁶ Las guías de entrevistas se encuentran en el anexo del presente trabajo.

Durante el transcurso del año 2018 realizamos el diseño de la investigación, proceso durante el cual logramos contactar con nuestra tutora temática Cecilia Palermo. Creemos que el haber elegido una temática novedosa y poco explorada fue en un principio un desafío para el abordaje ya que no contábamos con una formación teórica profunda en la misma, ni nos resultó posible encontrar un profesional de nuestra carrera que estuviera formado en la temática y pudiera ser nuestro tutor. No podemos dejar de mencionar el rol destacado de nuestra tutora Cecilia, egresada de la facultad de la carrera de Sociología y con amplia experiencia laboral en la temática, que nos acompañó de manera comprometida durante el proceso de realización de este trabajo, siendo fundamental para la elaboración del informe final.

Realizamos las entrevistas a partir de abril 2019⁷, utilizando nuestra red de contactos para acceder a profesionales que estuvieran ejerciendo en algún CeSAC de CABA. Identificamos como obstáculo la dificultad para coordinar los encuentros aunque, sin embargo, hubo gran predisposición de todos/as las entrevistadas para concretar los encuentros. A su vez, el equipo UPE-HCE y nuestra tutora nos facilitaron contactos para continuar con la indagación.

Por otra parte, la realización de las entrevistas nos permitió reflexionar en torno a nuestro posicionamiento como estudiantes frente a quienes entrevistamos. La escasa experiencia en investigación se hizo presente al momento de los encuentros en aspectos que dimos por supuestos, por ejemplo:

1. No haber informado debidamente al entrevistado sobre la duración prevista para la entrevista.
2. Haber dado por supuesto que el entrevistado entendía que nuestro objetivo era un encuentro personal e individual. Esto llevó a que tuviéramos una entrevista grupal con tres profesionales, cuando en realidad esperábamos realizarla a una sola persona. Está lógica resultó muy rica en contenido y dio lugar a debates no previstos al planificar las entrevistas de manera individual.
3. No haber tenido en cuenta que el origen político - partidario de la política pública que estamos problematizando podía obstaculizar nuestro vínculo con las/os entrevistados.

⁷ Habiendo aprobado el diseño de investigación en marzo de 2019.

El análisis de la información recolectada fue constante y dinámico. A partir del primer encuentro, se generaron nuevos interrogantes y las guías de entrevistas debieron ser modificadas y ampliadas de acuerdo a los criterios e intereses de nuestra investigación. Luego se procedió a la transcripción y codificación de las entrevistas para su posterior análisis. En una constante articulación y discusión entre teoría y los supuestos que nos llevaron a encarar esta investigación, fuimos identificando fragmentos en los relatos que dieran cuenta de aquellos indicadores planteados para cada una de las variables.

Frente a la indagación, nos propusimos un acercamiento crítico a la realidad, entendiendo que este posicionamiento es un elemento constitutivo del Trabajo Social y no puede ser obviado en los procesos de investigación que se realicen desde la disciplina, si se pretende aprehender al sujeto y sus mediaciones. Un proyecto profesional que parta de este supuesto, requiere de la articulación de las condiciones macro sociales en las que se ejerce la profesión con las respuestas de carácter técnico profesional y ético-político de los profesionales. Recuperamos las palabras de Martín Ierullo para explicitar nuestro posicionamiento ético frente a la investigación: “se entiende que resulta un desafío para el colectivo profesional continuar avanzando en la conquista de espacios estratégicos para producción de conocimientos que logren posicionar al Trabajo Social de manera diferencial en el campo de investigación en Ciencias Sociales, superando el carácter de subalternidad históricamente asignado/ asumido” (Ierullo, 2012: 195). Buscamos contribuir a la construcción de nuevo conocimiento, entendiendo que los resultados no son generalizables, pero esperamos sean de utilidad para futuras investigaciones y disparen nuevos interrogantes.

Capítulo 1 Marco conceptual y normativo

A fin de introducir el marco conceptual que funciona de guía en el desarrollo de nuestro trabajo de investigación, en las próximas líneas nos dedicaremos a explicitar y profundizar algunas reflexiones, pensamientos y teorizaciones de autores/as que son de insumo fundamental a la hora de problematizar y contextualizar la implementación de la HCE. Entendemos a la misma como nueva forma de registro de la profesión en el ámbito de la Salud y como instrumento que modifica aspectos clave de nuestra intervención profesional. Haremos dialogar estos conceptos con los relatos y experiencias de quienes entrevistamos en nuestro trabajo de campo, buscando enriquecer el análisis.

En primer lugar, abordaremos la perspectiva de Salud Integral a partir de aportes de la Organización Mundial de la Salud, y contrastándola con el modelo biomédico de atención. Para ubicar al lector en los espacios donde realizamos las entrevistas, daremos cuenta de la estrategia de APS implementada en la CABA, que da lugar a la creación de los CeSAC. Luego, haremos un breve recorrido por las herramientas de registro del Trabajo Social, para más adelante presentar el marco normativo que acompaña la implementación de la HCE. Por último, traemos la Ley Federal de Trabajo Social, ya que consideramos que las incumbencias profesionales atraviesan todo el análisis realizado.

1.1 Salud Integral

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud Integral como el estado de bienestar general del ser humano. Supera la definición de la salud reducida a un estado de ausencia de enfermedad, para entenderla como un estado que involucra factores físicos, mentales y sociales. Es decir, un conjunto de factores biológicos, sociales y emocionales que contribuyen a un estado de bienestar del individuo. De acuerdo con esta definición, la Salud no es solo la ausencia de enfermedades o invalidez, sino una condición de desarrollo humano. Para su abordaje, es preciso tener en cuenta la subjetividad de las personas y realizar un análisis contextual para abarcar de manera integral el proceso de salud-enfermedad-atención.

La perspectiva de la OMS sostiene que la Salud es un proceso dinámico, que se encuentra en permanente tensión y conflicto en la búsqueda de una mejor calidad de vida. En oposición,

encontramos el modelo bio-médico de enfoque puramente clínico, que constituye “un conjunto de conceptos, métodos y acciones prácticas que se aplican al conocimiento y transformación del proceso salud-enfermedad-atención en la **dimensión individual**” (Ciuffolini, Jure, 2017:2). Esta postura se caracteriza por concepciones individualistas y su orientación curativa, como así también la relación asimétrica médico-paciente en la que se desprecia y excluye los saberes del paciente.

La ruptura con el paradigma biomédico dominante empieza a gestarse en los años 50, con la aparición de aportes que buscan reformular y ampliar a clínica médica. Se comienza a pensar en términos de procesos y no tanto en métodos, se deja de hacer foco en el individuo y se piensa a la persona en su contexto, como sujeto concreto, social y subjetivamente constituido (Sousa,2001). En este marco, apuntando a consolidar un abordaje desde la Salud Integral, en la Declaración de Alma Atá⁸ (año 1978) se acuerda que el Primer Nivel de Atención de la Salud debe convertirse en el primer contacto de los usuarios-pacientes con el Sistema de Salud, y se establecen como ejes rectores de la acción la prevención y promoción de la Salud.

En nuestro país, esta propuesta se materializó con la creación de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en la Provincia de Buenos Aires y CeSACs en CABA, entre otros.

1.2 Atención Primaria de la Salud en CABA

Dado que la HCE como herramienta de trabajo se introdujo inicialmente en el Primer Nivel de Atención de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, es necesario explicitar cómo está organizado, a grandes rasgos, el Sistema de Salud en la Argentina y en qué consiste la “estrategia de Atención Primaria en Salud”.

En el Sistema de Salud Pública se atiende la población con “cobertura pública exclusiva” (CPE), es decir, que no cuenta con ningún otro tipo de cobertura para la atención médica. Estas aclaraciones consideramos no son menores, en tanto abordar la Salud de la población más vulnerada y en contextos adversos exige de las instituciones abordajes interdisciplinarios que logren abrazar situaciones problemáticas complejas. En correlato a ello, la estrategia APS

⁸ Alma-Ata, 1978_La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF. En la misma se estableció la la necesidad de realizar acciones para proteger y promover la salud de todos los pueblos.

promueve la creación de equipos interdisciplinarios, sosteniendo un abordaje integral de los procesos salud-enfermedad-atención, y el PNA se configura como la puerta de entrada al Sistema de Servicios de Salud.

Las formas organizativas implementadas en el PNA dan lugar a distintos niveles de calidad de los servicios que, a su vez, dan cuenta de conceptualizaciones más profundas acerca de qué se entiende por Salud y cuáles son las formas de dar respuesta a las demandas de los usuarios-pacientes. Siguiendo con esta reflexión, es que vemos pertinente incorporar desde qué definición de Salud partiremos para dar sustento a nuestro trabajo. Retomamos la definición de la OMS que define a Salud Integral como “el completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948:100). Esta definición incorpora variables que exceden el aspecto médico biológico de la salud, y son estas mismas las que se pretenden abordar en la estrategia de APS. En la Conferencia Internacional Almá-Atá se definió a la APS como la “asistencia esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables”. La Salud aparece aquí como un concepto totalizante, que no refiere de modo excluyente a la atención de la enfermedad, sino a las políticas sanitarias enmarcadas en estrategias preventivas. El presente trabajo se desarrolla desde estas formas de concebir la Salud, dentro de la estrategia APS.

A su vez, tomamos el enfoque contextual o social, fundamental para el abordaje de la salud de la población usuaria. Se deben tener en cuenta los procesos sociales, históricos y culturales a la hora de evaluar los factores de riesgo propios de las condiciones y características de cada comunidad (determinantes sociales y de género de la salud, por ejemplo) para generar estrategias de promoción, prevención en conjunto con la familia, la red de confianza (comunidad y amistades), las instituciones del Estado y la sociedad civil. En este sentido, incorporamos una discusión que trae en sus escritos Mario Testa respecto a la existencia de servicios diferenciados para distintos grupos sociales. Consideramos de suma importancia resaltar que en varias oportunidades este modo de atención se diseña para disminuir el gasto social en salud, y la APS deviene en:

“un servicio de segunda categoría para población ídem. No es posible escapar al hecho elemental de que en los países donde no funciona la regionalización ni la referencia, la Atención Primaria de la Salud no es la puerta de entrada al sistema de la

salud, lo cual podría garantizar una asistencia adecuada, sino el único servicio disponible para la población a la que está destinada” (Testa,1988:3).

De acuerdo con el paradigma de la Salud Integral, esta tesina se propone abordar la incorporación de nuevas herramientas tecnológicas, como la HCE, en los espacios constituidos dentro de la estrategia de APS. Tomaremos algunas reflexiones de Mario Testa a modo de enriquecer este debate, respecto a la organización del Sistema de Salud, y cómo la misma debería apuntar a la inclusión de los excluidos en países dependientes. Sostenemos que hablar de tecnología en países subdesarrollados, es equivalente a señalar la necesidad de modernización. Si se quiere vivir en una sociedad democrática, los servicios de salud deben ser también democráticos, lo cual significa que deben tomarse en cuenta las relaciones hacia adentro y hacia afuera de los servicios (Testa, 1988).

1.3 Herramientas de registro

En los procesos de intervención, la Trabajadora Social pone en juego lo que Oliva y Mallardí (2011) denominan tácticas operativas: la observación, la entrevista, la visita/entrevista domiciliaria, el proyecto social, el informe social y los registros escritos. Cada uno de ellas es resultado de una construcción que ha hecho la profesión a lo largo de su historia, y se vuelven características de la disciplina. Los registros forman parte del instrumental operativo que se utiliza tanto para diseñar estrategias de intervención como para su ejecución.

Los cuadernos de campo, las historias sociales, los informes, son formas de documentación del quehacer profesional y también medios para comunicar lo que se ha hecho, lo que se ha pensado y dialogado con los sujetos. Son, a su vez, la materialización de formas de conocer y aprehender la realidad, ya que en ellos se plasma la concepción y explicación de los procesos sociales. Es preciso mencionar que formas de registro desvinculadas de los procesos de conocimiento de la situación de los individuos, pueden ser condicionantes a la hora de abordar y diseñar estrategias de intervención. Una forma de registro que condiciona la forma de conocer y vincularse con los sujetos, puede resultar en descripciones superficiales de su situación problemática y sin un análisis que supere la inmediatez de los encuentros. Recuperamos las palabras de Cecilia Pérez, que sobre este tema manifiesta: “la forma de conocimiento, de concepción y explicación de los procesos sociales, repercute en la intervención profesional, ya

que los registros escritos se constituyen en una de las bases materiales sobre las cuales el profesional se expresa y se posiciona, y al mismo tiempo, ellos mismos, atribuyen contornos, prescripciones y ordenamientos a la intervención profesional” (Pérez, 2011:91).

Partiendo de estos supuestos, este trabajo de investigación se propone indagar acerca de una nueva forma de registro que aparece en el ejercicio del Trabajo Social en los ámbitos de la Salud: la HCE.

1.4 Registros médicos - Ley de HCE

Los Registros médicos cumplen la función de documentar lo ocurrido durante la atención a un paciente por parte de un profesional de la salud. Su formato tradicional incluye un motivo de consulta, la historia de la situación de enfermedad actual, antecedentes médicos, descripción del ámbito social y familiar, además de evoluciones que se realizan a partir del diagnóstico inicial. La documentación de la atención médica tiene un formato difundido y adoptado en los ámbitos de la atención, que establece un registro en papel en el que la información se ingresa a mano, y suelen ubicarse en distintos lugares físicos (por ejemplo, hay una historia médica en los consultorios particulares, otra en los hospitales, etc.).

En el análisis realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre los “Registros Médicos Electrónicos en América Latina y el Caribe”, se identifica como propósito de los registros médicos: el reembolso de prestaciones, medio de comunicación entre médicos y otros profesionales; registro legal en caso de reclamos por negligencia y mala praxis; obtención de datos. En el mismo documento se registra que en los últimos años apareció un nuevo uso, en dónde la información volcada en las historias clínicas es utilizada “como fuente de ayuda a la decisión clínica, recordando a los médicos acerca de la eficacia o necesidad de pruebas de tamizaje, o se les advierte sobre posibles interacciones entre medicamentos” (OPS, 2016:8).

El registro médico electrónico (RME) aparece como un nuevo formato con la potencialidad de superar o disminuir las históricas desventajas del registro en papel como la accesibilidad, legibilidad, recuperación de la información y almacenamiento. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM), al referirse a los RME, refiere que son más que la versión electrónica de los registros en papel y que tienen el objetivo de “brindar ayuda para que

los procesos de cuidado de la salud sean más eficientes, utilizando recordatorios, alertas u otro tipo de ayuda a la toma de decisiones” (OPS, 2016:9).

La OPS define a los RME como el registro en formato electrónico de información sobre la salud de cada paciente que puede ayudar a los profesionales de salud en la toma de decisiones y tratamiento. En este sentido, “La digitalización de la información, la interoperabilidad y las redes de comunicación son elementos clave para desarrollar la potencialidad de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como herramienta de intercambio y compartición de la información”(Calvet;s.f:13). La HCE es entendida por su diagramación y alcance como una TIC dentro del campo de la salud, en tanto “Las TIC se pueden definir como aquellas tecnologías que facilitan la creación manipulación y distribución de la información en sucesos sociales, económicos, políticos y culturales, que refuerzan el contexto de la sociedad de la información y comunicación”(López,2017:p4).

La implementación de la HCE en todos los CeSAC de la CABA es un compromiso asumido por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) de “acercar cada vez más la salud a todos los vecinos y que los usuarios del sistema público reciban la mejor atención, con innovaciones tecnológicas de avanzada” (GCBA, 2019). En línea con esta meta, se sanciona en Octubre de 2016 la Ley de Historia Clínica Electrónica 5.669 (Ver Anexo). La misma establece la creación de una base de datos única para el almacenamiento y gestión de toda la información sanitaria. Del texto de la ley recuperamos ciertas definiciones que resultan pertinentes para la comprensión de la misma y la lectura del trabajo realizado:

- **Confidencialidad:** los datos contenidos en la historia clínica electrónica deben ser tratados con la más absoluta reserva. La información contenida en la misma no está disponible y no es revelada a individuos, entidades o procesos sin autorización del paciente
- **Finalidad:** el sistema de Historia Clínica Electrónica (HCE) tiene como fin principal la asistencia sanitaria, y los datos contenidos en la misma no pueden ser utilizados en forma nominada para otros fines.
- **Historia Clínica:** de acuerdo con lo establecido por la Ley N° 26.529, 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.

- **Historia Clínica Electrónica:** historia clínica cuyo registro unificado, personal y multimedia, se encuentra contenido en una base de datos, administrada mediante programas de computación y refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normativa aprobada por la Autoridad de Aplicación de la presente Ley, como órgano rector competente. La Historia Clínica Electrónica (HCE) es sinónimo de historia clínica informatizada o historia clínica digital.

El texto de la ley también indica la responsabilidad del Gobierno de la Ciudad de garantizar a los pacientes el acceso a la información volcada en las HCE y su confidencialidad. Dentro de la norma aparece plasmado el compromiso antes mencionado asumido por el GCBA, ya que establece que “Debe garantizarse que la información esté disponible en todo momento y en todos los establecimientos asistenciales con asiento físico en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.

Entre las definiciones se menciona a la Ley Nacional 26.529 de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, antecedente directo de la Ley HCE ya que establece parámetros de atención y derechos a los que la herramienta debe adaptarse. Establece el derecho al trato digno y respetuoso, el uso de categorías a partir de lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, aspecto que aparece en la HCE, y que la titularidad de la historia clínica la posee el paciente. Es por eso último que en el cuerpo de la Ley 5.669 se establece que **“Las historias clínicas son propiedad de los pacientes, y son administradas por los establecimientos de salud o los servicios médicos de apoyo.”**

En el artículo 9° de la Ley de HCE, la herramienta es definida como “el documento digital, obligatorio, con marca temporal, individualizado y completo, en el que constan todas las actuaciones de asistencia a la salud efectuadas por profesionales y auxiliares de la salud a cada paciente, refrendadas con la firma electrónica o digital del responsable”. La digitalización de la información tiene entre sus objetivos, de acuerdo con la norma, la generación de información estadística “para el diseño y aplicación de políticas de salud pública que permitan el mejor ejercicio del derecho a la salud, manteniendo la privacidad y confidencialidad de los datos”. Consideramos que este objetivo se hizo presente durante los encuentros mantenidos en el marco

de la investigación, y es por ello que decidimos transcribirlo, para luego abordar su problematización.

El uso de la información para lograr una ampliación del derecho y acceso a la salud se vincula con los objetivos e incumbencias del Trabajo Social establecidos en la ley que respalda el ejercicio de la profesión, hecho por el cual este aspecto fue incluido como eje de análisis.

1.5 Incumbencias profesionales - Ley de ejercicio profesional del Trabajo Social

La lógica de un sistema de salud que establece un Primer Nivel de Atención como los CeSAC, apunta (o al menos eso debiera) a un abordaje integral de la salud, en el que el bienestar de los individuos no se reduce a sus procesos salud- enfermedad en términos clínicos. De manera más amplia que en la perspectiva de tratamiento biomédica, el bienestar se asocia con aspectos psicosociales y culturales. Consideramos fundamental el rol del Trabajo Social en estos modelos de abordaje de situaciones problemáticas, entendiendo su complejidad y multidimensionalidad, ya que el ejercicio de la disciplina en espacios sanitarios se corresponde con las incumbencias profesionales que se encuentran reguladas, desde el 2014, por la Ley Federal del Trabajo Social N°27.072 (Ver Anexo). Precisamente nos referimos al artículo 9° que posiciona a estas profesionales “siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales” (Ley Nacional 27.072).

La profesión se encuentra inserta en el mercado de trabajo y, por ende, es condicionada por las dinámicas del mismo. Como trabajadores/as contratados, los/as Trabajadores Sociales desarrollan sus tareas poniendo en juego sus proyectos profesionales y sus posicionamientos ético-políticos dentro de un marco institucional con objetivos y prioridades ya establecidos. Sostenemos entonces que los procesos de intervención se desarrollan

“en un contexto marcado por objetivos institucionales que pueden coincidir, o no, con los propios y las características que adquieren las prestaciones y demás aspectos que sustentan la intervención potenciará o no dichos procesos. Así, en tanto el/la profesional del Trabajo Social desarrolla su intervención en organizaciones que implementan políticas y servicios sociales que abordan distintas situaciones problemáticas, (...) sus intervenciones en la vida cotidiana de los/as usuarios/as tienen como elemento orientador

el “mandato” de abordar sólo aquellas cuestiones que la institución reconoce como legítimas y susceptibles de intervención” (Pellegrini; Mallardi, sf: 5).

Abordamos los encuentros con Trabajadoras Sociales de los CeSAC contemplando los mencionados condicionamientos: se trata de profesionales, asalariadas, que tienen posicionamientos éticos y políticos propios y que, finalmente, ejercen la profesión en el marco de una institución estatal, llevando adelante la ejecución de políticas públicas y programas que tienen origen en espacios de decisión muchas veces ajenos al centro de salud. Asimismo, consideramos que “en las condiciones actuales de ejercicio profesional los objetivos institucionales tienden a subsumir los objetivos profesionales, alterando, en consecuencia, la propia racionalidad de los procesos de intervención” (Pellegrini, Mallardi, sf: 5). Es por ello que resulta necesario pensar el ejercicio profesional atravesado por estos condicionantes, enmarcado en el contexto que atraviesa el país en todas sus dimensiones, y en las ideologías detrás de los partidos políticos que hoy gestionan los espacios de decisión que atraviesan el diseño de las estrategias de intervención del Trabajo Social.

Asimismo, siendo que las TIC ofrecen nuevas formas de manejo y gestión de la información, resulta interesante abordar el uso de las estadísticas generadas por los nuevos sistemas implementados. Es preciso destacar las incumbencias profesionales establecidas en la “Ley Federal del Trabajo Social”, entre las cuales se encuentra el asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de:

- a) Políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional, tales como hábitat, salud, desarrollo social, discapacidad, educación, trabajo, medio ambiente, justicia, niñez y adolescencia, economía social, violencias sociales, género, minorías étnicas, ancianidad y adicciones, entre otros,
- b) Planes, programas y proyectos sociales,
- c) Diagnósticos familiares, institucionales, comunitarios, estudios de impacto social y ambiental,

El potencial del aplicativo estudiado en este trabajo, en relación a la planificación de políticas públicas, es un punto esencial que cruza ambos niveles abordados en esta investigación: los espacios de planificación y gestión de la política pública HCE, y las Trabajadoras Sociales de los CeSAC. Nuestra profesión nos convoca a participar de los espacios de toma de decisiones

siempre en defensa de los derechos humanos y sociales, y el campo de la salud es un terreno donde estas incumbencias tienen grandes implicancias a la hora de pensar en estrategias que amplíen y garanticen el acceso a los derechos en pos de lograr el bienestar de la población. Si el GCBA manifiesta que han implementado la HCE “para que, a través de esta herramienta, logremos mejorar la calidad de atención y la capacidad de prevención de enfermedades” (GCBA, 2019), resulta evidente que el Trabajo Social debe hacerse presente en el diseño e implementación de esta política pública.

Capítulo 2: Desarrollo e implementación del aplicativo

En Diciembre del año 2015, la nueva gestión de gobierno nacional inició el Plan de Modernización del Estado, cuyo primer hito fue crear el Ministerio de Modernización en Nación. Tal fue el comienzo de un proceso de transformación de las instituciones públicas, enmarcado en un movimiento global de “ciudades inteligentes” que promuevan la generación de Nuevas Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) y aporten al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)⁹ planteados por la Organización de las Naciones Unidas (Portal ONU,2019) propuestos para el año 2030.

Alvarado López señala que “el concepto de ciudades o territorios inteligentes y sostenibles hace referencia a un uso extensivo y eficiente de las tecnologías disponibles –en particular las TIC– dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población” (López, 2017:2). Teniendo en cuenta que la HCE apunta a mejorar la atención en los Servicios Públicos de Salud, la identificamos como una TIC en concordancia con los objetivos de innovación inclusiva que propone el autor, entendiendo que su incorporación debiera beneficiar a los sectores de la población más vulnerables.

El compromiso asumido por el GCBA de implementar en todos los CeSAC la HCE, contribuye específicamente al Objetivo 3 de los ODS que refiere a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. La Meta 3.13 sugiere 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 (GCBA, 2019).

En este capítulo realizaremos un análisis, a partir de los relatos de los/as entrevistadas, de los procesos de diseño y ejecución de la nueva herramienta. Para ello abordaremos en un primer lugar los cambios que se dieron en la estrategia de implementación, para luego recuperar las percepciones que tuvieron tanto las Trabajadoras Sociales como el equipo UPE-HCE de dicho proceso. Finalizaremos con un apartado sobre las evaluaciones y modificaciones realizadas al aplicativo.

⁹ El 25 de septiembre de 2015, los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos globales como parte de la agenda 2030 de desarrollo sostenible. Cada objetivo tiene metas específicas que deben alcanzarse en los próximos 15 años.

2.1 Estrategia 2012 vs 2015

En el siguiente apartado buscaremos dar cuenta de algunos hitos en el desarrollo e implementación del aplicativo, en particular los cambios que se presentaron entre las estrategias aplicadas durante el 2012 y el 2015. El diseño de la HCE estuvo a cargo, en un principio, de equipos de informática desvinculados de las áreas y espacios de Salud donde se planeaba incorporar la herramienta. El proyecto inició en el año 2004 y, hasta el año 2015, presentó grandes dificultades para ser adaptado al ámbito clínico, ya que no solo el diseño utilizado no respondía a las necesidades de los espacios donde sería utilizado, sino que además las estrategias de implementación en los Centros de Salud se encontraron con resistencias al no haber tenido en cuenta las dinámicas de trabajo de dichas instituciones. Tal como hemos enunciado, con la gestión gubernamental entrante en 2015 y la consecuente creación del Ministerio de Modernización, se llevaron adelante modificaciones que habilitaron e incentivaron la implementación de la HCE en el transcurso de seis meses, en la totalidad de los CeSACs.

En el año 2004, el SIGEHOS (Sistema de Gestión Hospitalaria) se implementó en el Sistema de Salud Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con fines principalmente administrativos. Posteriormente, en el 2012, se incorporó la posibilidad de ingresar registros médicos electrónicos, con el objetivo de expandir el uso del aplicativo a los CeSAC. Sin embargo, el abordaje y desarrollo del proyecto fue realizado desde los departamentos de informática (IT) en espacios desvinculados al ámbito de la salud, dificultando su implementación. La herramienta fue pensada y diseñada por fuera del contexto donde sería utilizada y no ofrecía formas de trabajo y registro sanitario adaptadas a las necesidades de los profesionales y administrativos. Finalmente, a la hora de su utilización, no resultaba del todo aprovechable ni adaptable a las dinámicas cotidianas propias de los efectores.

Si bien en el año 2014 el gobierno se propuso la implementación del registro electrónico del SIGEHOS en todos los CeSAC, durante ese año logró la implementación en solamente uno de los Centros. En un relevamiento realizado en el año 2017 por profesionales de la UPE-HCE (CABA), se identificaron las siguientes cuestiones que obstaculizaron el proceso planificado: en tanto el proyecto estaba bajo la órbita de un departamento no vinculado a la atención clínica, la implementación era “negociada” con cada CeSAC, sin contar con un lineamiento centralizado; la falta de una mirada multidisciplinaria en los equipos dificultó el desarrollo de una estrategia que se adaptara a la complejidad del campo; la definición de

estándares para representar la mirada médica estaba a cargo del departamento de IT en el cual no participaba ningún médico (Giussi, Baum; 2017).

Entre los cambios descritos tras las modificaciones del año 2015, se destaca la creación de la oficina de Informática Clínica en el Ministerio de Salud, a cargo de un médico especialista en informática en salud. En dicho departamento se incluyeron a profesionales de Medicina, de Enfermería, Informática en Salud, Análisis de Sistemas e Ingeniería, Sociología, Psicología, Antropología, Comunicación Social y Ciencias de la Educación (Giussi, Baum; 2017). No consta registro de la incorporación de profesionales de Trabajo Social en el equipo de trabajo. El siguiente fragmento de uno de los encuentros sostenidos, da cuenta de la magnitud de los cambios que tuvieron lugar a partir del 2015:

“Es un poquito más complejo eso hoy, tenemos dos estructuras: la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria, que era una antigua Dirección de Sistemas Informáticos, que tenía una gerencia de Desarrollo, una gerencia de soporte, y una de infraestructura, que incluso dependía de la Subsecretaría de Administración, el área contable, recursos humanos, y estaba más enfocada a lo que era la gestión de sistemas administrativos o que necesitaba al nivel central para la gestión el Ministerio. Y lo que pasó en diciembre del 2015 con la nueva gestión de Larreta es la incorporación de un área clínica a esa estructura. Entonces la antigua Dirección de Sistemas Informáticos pasó a denominarse Dirección de Sistemas de Información Sanitaria y se crearon esa típica estructura de Sistemas, un área de Informática Clínica que es la que gerencia L y un área de gestión de la Información sanitaria, que es el área aggiornada de lo que era la vieja estadística digamos, que la coordinan M P. Después incorporamos una residencia de sistemas de información interdisciplinaria que es la que coordina V, que es la actual instructora de residentes.”

(Extracto de entrevista a profesionales de la UPE-HCE)

Por otro lado, a partir de los pedidos realizados por las áreas médicas de los hospitales que estaban utilizando el SIGEHOS, se incluyeron las nuevas terminologías solicitadas por los/as profesionales. En primera instancia, el vocabulario y funcionalidades ofrecidas por el aplicativo no eran compatibles con las necesidades de registro dentro de los CeSACs. Antes de continuar con la implementación de la herramienta en más centros, los

profesionales de la salud hicieron llegar sus sugerencias y recomendaciones a los equipos de desarrollo. La nueva estrategia propició un vocabulario único y sistematizado que se adecuara a la codificación de los diagnósticos y problemas médicos.

Continuando con este breve recorrido por el desarrollo de la HCE, llegamos al año 2016, en el cual se creó la Residencia de Informática en Salud. Dicha Residencia admite profesionales de diversas disciplinas, entre las que nuevamente no figura el Trabajo Social, con excepción de aquellos que tengan hecha una residencia básica previamente. En Octubre del mismo año se aprobó la ley de Historia Clínica Electrónica (Ley N°5669), que otorga un marco legal para el sostenimiento del proyecto. Dicha ley establece como finalidad de la nueva herramienta la mejora en la asistencia sanitaria, teniendo como beneficiario directo al paciente en tanto titular de la HCE (artículo 14). Es decir, la HCE en concordancia con la ley nacional 26.529 establece que este documento le pertenece al paciente, solo el “registro soporte y la administración de su organización son de titularidad del centro asistencial” (Carmelo Gustavo; 2017).

Cabe advertir que el proceso de implementación de la herramienta de registro no se desarrolló en todos los Centros de Salud del mismo modo. A partir de los relatos de las entrevistadas es posible observar que no fue un proceso homogéneo. En este sentido, en algunos Centros se realizaron capacitaciones de manera individual con cada profesional, mientras que en otros se capacitó a los diferentes grupos de profesionales. Una de las entrevistadas, al no poder concurrir a los encuentros que se realizaban por fuera de su horario laboral, recibió capacitaciones individuales que complementó con consultas a sus compañeros. Desde el equipo UPE-HCE, recuperan al proceso de implementación y capacitación como un recorrido heterogéneo, en el que las estrategias fueron modificándose en base a las necesidades y disponibilidad de cada CeSAC. Partiendo de una estrategia “base”, se tomaron decisiones de acuerdo a la alfabetización digital de los usuarios finales y la disposición o no del personal para incorporar una nueva herramienta de trabajo. Recuperamos del relato de uno de los médicos del equipo UPE-HCE, el siguiente extracto:

“Si bien nosotros pasamos un tiempo largo o considerable dentro de cada centro, en lo que llamamos la 'capacitación y soporte' que fueron, depende del centro pero fueron entre seis y ocho semanas, a veces en algunos centros un poco más. Ahí estamos todos los días en el horario

de atención del CeSAC. Estos que estaban más aggiornados también en el tiempo que quizás nosotros no estábamos se convertían en el soporte de sus propios compañeros y después hubo algunos que como siempre los rezagados que fueron los menos la verdad, muy poquitos, y que hoy imagino ya lo estarán usando a esta altura.”

(Extracto de entrevista a profesionales de la UPE-HCE)

A su vez, es preciso mencionar que fue necesario realizar modificaciones estructurales en los CeSACs para poder llevar adelante la implementación. Estas incluyeron desde la mejora en los servicios de luz e internet, ampliación de consultorios, e inclusive el traslado a un nuevo edificio. En este sentido, es posible observar una ampliación en el presupuesto destinado a la puesta en marcha de esta política pública, lo cual se refleja en los discursos de los profesionales entrevistados.

2.2 Percepciones del Trabajo Social

Tal como hemos mencionado, uno de los principales objetivos de esta tesis consiste en indagar cómo percibieron los profesionales del Trabajo Social de los CeSAC el proceso de desarrollo, capacitación y puesta en marcha de la HCE. Buscamos identificar tensiones que pudieran manifestarse, cómo se posicionaron frente a la nueva herramienta y al equipo UPE-HCE que “apareció” en los Centros de Salud para llevar adelante las capacitaciones. En un primer momento, indagamos acerca de su rol en el diseño e implementación, sobre si fueron capacitadas y cómo se llevó adelante tan instancia, y si se sintieron acompañadas a lo largo del proceso.

Con respecto a las instancias de diseño y la posibilidad de formar parte de los espacios de debate y discusión, encontramos que ninguna profesional había sido convocada a participar de este proceso previo a la puesta en marcha. Esto se puede dilucidar en el siguiente fragmento de una de las entrevistas:

“Justamente no, la Historia se empezó de un día para el otro, nos dijeron que se iba a modernizar o a digitalizar toda la información de las Historias Clínicas, nos pusieron las computadoras y se hicieron algunas capacitaciones para enseñarnos a usar la herramienta, lo que sería el software.”

Creemos importante mencionar esta percepción de la HCE como un elemento ajeno y externo a la dinámica de grupos de trabajo consolidados hace años, con una historia particular y con una trayectoria que no pareciera haber sido tenido en cuenta a la hora de llevar a cabo la implementación. Es por ello que en todas las entrevistas pudimos notar que se caracterizó al proceso como “impuesto”, “extraño”, “que vino de afuera” y “ajeno” a la cotidianeidad de la institución. La dinámica propuesta por la UPE no tuvo en cuenta las formas organizativas que se dieron los equipos de salud, lo cual se manifiesta en las tensiones que generó su aparición.

Para las profesionales, la HCE “apareció” como algo ya consolidado, fuera de toda discusión. Entendemos que no hubo comunicación eficaz desde la UPE a los directivos de los CeSAC, y de estos a los profesionales, sobre el cronograma de implementación y los objetivos de la misma. Registramos este aspecto en las tensiones y obstáculos identificados por las profesionales durante la incorporación, que se contradicen con las percepciones y evaluaciones que realiza el equipo gubernamental en cuanto a las estrategias utilizadas. Aparece una lógica de gestión verticalista, cuando en su discurso se manifiesta como objetivo la horizontalidad. La sensación que tienen las Trabajadoras Sociales dista mucho del discurso de los profesionales de la UPE, quienes manifiestan que la HCE *“se creó con los profesionales de CABA íntegro. Desde el día cero estuvieron todos involucrados en el diseño y desarrollo de la herramienta.”* En contraposición a esto nos encontramos con la experiencia de una de las Trabajadoras Sociales entrevistadas que expresa:

“Acá nos resistimos un poco a usarla. No la queríamos usar. Y bueno, en algún momento medio que se nos impuso. Pero bueno con muchas contradicciones y dudas siempre. No es un tema que tengamos resuelto ni que nos resulte mejor.”

“Todo fue como muy desprolijo, de repente cayeron las computadoras y no teníamos enchufe. Nos vinieron a colocar esos enchufes, saltaba todo. Después vinieron con esos módems, lo ponen acá. (A esta computadora no llega).”

“Nos capacitaron con personas que no trabajaban en Salud. Creo que vino una profesora de Ed. Física a decirnos cómo completar la HC”

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Esta incomodidad y sensación de imposición de una nueva dinámica de trabajo es recurrente en todas las entrevistas realizadas. Consideramos que el primer acercamiento al aplicativo moldea todo el trabajo posterior, potenciando u obstaculizando y, en definitiva, condicionando el vínculo de los profesionales con la herramienta y la predisposición para utilizarla. Además, alimenta un imaginario donde se producen y reproducen resistencias -no siempre fundamentadas- producto de la mala comunicación entre las instancias de diseño y los espacios de ejercicio. Escapa a esta investigación identificar si la lógica de implementación fue intencionalmente verticalista. Lo que sí es claro, es que las percepciones de las Trabajadoras Sociales de los CeSAC apuntan a caracterizarla de esta manera. Se reiteran las manifestaciones de disconformidad con el proceso de diseño e implementación:

“No entendíamos cómo la habían diagramado, programado, quién había asesorado? quién determinaba que esto iba así o no iba así?, toda esta historia. Hubo un poco de resistencia al principio porque la verdad no entendíamos. No hubo una explicación muy clara de qué se trataba, y sobre todo porque teníamos mucho prurito de pensar que lo que volcáramos iba a estar como muy a la expensa de cualquiera y para que se iban a usar esos datos”.

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Las experiencias de las Trabajadoras Sociales y los breves diálogos mantenidos con otros profesionales de cada CeSAC dan cuenta de una implementación fragmentada, que se impone en un espacio de trabajo con una dinámica particular¹⁰. También se puede observar una mirada poco integral de la política pública. Además de implementar un sistema de información que permita tener las historias clínicas digitalizadas, la política pública se propuso: hacer intervenciones a nivel edilicio; fortalecimiento del modelo de gestión y atención en la comunidad y centros de salud; estandarización y mejora de las condiciones laborales y salariales de los trabajadores actuales. Las entrevistadas refieren de manera continua que cada uno de los equipos que se acercaba para implementar y capacitar en estos ejes se acercaba de manera sectorial y

¹⁰ Nuestra apreciación personal dista de considerar a esta estrategia como “malintencionada”. Rescatamos como positivo el hecho de que se haya pensado en capacitaciones dentro de los mismos espacios de trabajo, en lugar de convocar a los profesionales a un lugar externo.

departamentalizada a los CeSAC. La falta de integralidad y de pertenencia a un proyecto más amplio se manifestaba cuando se les consultaba por algún aspecto distinto al que convocaba el encuentro, dando una sensación de “falta de capacitación” y desconocimiento sobre el objetivo a gran escala de aquello que se estaba llevando a cabo. Tales apreciaciones se reflejan en expresiones como la siguiente:

“Fueron viniendo desde distintas áreas porque lo que tuvo este plan de implementación fue que hubo por un lado reuniones para implementar lo que sería la parte de equipos territoriales, por otro lado la HCE que venía más la gente de informática y por otro lado, obras sociales por ejemplo la facturación de obras sociales vino otra gente distinta. O sea como que eran distintas personas según la parte del plan que se implementaba. Las reuniones en general fueron más que nada, el año pasado o el anterior, una seguidilla. Una cosa atrás de la otra, en distintas reuniones por distintos temas”.

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

2.3 Percepciones del equipo UPE-HCE

No es posible identificar un consenso en las la percepciones de las Trabajadoras Sociales y de los miembros del equipo de la UPE-HCE con respecto al proceso de implementación de la HCE. El fracaso de la estrategia previa y el éxito casi inmediato de la nueva dinámica son un tema recurrente en la entrevista realizada a los directivos del proyecto, quienes destacan trabajos realizados y socializados en distintos ámbitos académicos. Estas publicaciones contienen los cambios que se hicieron, qué obstáculos se identificaron y qué maniobras realizaron para lograr de manera efectiva la puesta en marcha de este nuevo dispositivo. Durante el encuentro, pudimos apreciar el valor simbólico que tiene el éxito de la nueva estrategia, como puede observarse en los siguientes fragmentos:

“El seis de junio del 2016 implementamos el primer CeSAC que fue el 29 y a partir de ahí fue un CeSAC tras otro. Y a fines de abril del 2017 ya habíamos implementado en los 44 CeSAC y ahora cada CeSAC nuevo que se inaugura, porque hay plan de Salud”.

(Extracto de entrevista a profesionales UPE-HCE)

“Fue bastante heterogéneo, en cuanto al personal de Salud y administrativo que fue todo lo que tocamos. Tocamos todo a la vez porque para abrir la HCE se requiere un proceso administrativo de acreditación de identidad entonces entre administrativos y profesionales de la salud, hubo diferencias pero además dentro de cada grupo también hubo mucha heterogeneidad.”

(Extracto de entrevista a profesionales UPE-HCE)

En cuanto a las percepciones que identificamos, encontramos que la visión de “interdisciplinariedad” dista mucho de ser similar entre los dos grupos de profesionales que delimitamos. Es por ello que, desde la UPE, manifiestan que sostienen una “*visión amplia*” para “*responder a la necesidad de todos los procesos en todos los niveles*”. En contraste, los relatos de las Trabajadoras Sociales manifiestan no haber sido consultadas y que no formaron parte de las instancias de diseño. Sin embargo, y como desarrollaremos en apartados siguientes, las instancias de consulta y de acompañamiento, además de la posibilidad de realizar modificaciones y sugerencias luego de la implementación, constituyen un eje que las Trabajadoras Sociales destacaron como positivo. La tensión aparece, entonces, en la instancia previa a la incorporación del aplicativo en los Centros de Salud, donde la visión de interdisciplinariedad y consenso no es la misma entre ambos grupos. Si de un lado las Trabajadoras Sociales se sintieron ajenas al proceso de implementación, del otro fueron identificadas como puntos de resistencia durante la puesta en marcha:

“Esto es ajeno al sistema Público. Siempre las más biopsicosociales son las más conflictivas para implementar. Los médicos adoptan rápido, en general son adoptadores tempranos y los sociales en general tienen otro culto del registro. Primero que tienen un concepto que generó muchísimo debate en el Primer Nivel sobre la privacidad de la información, que manejan información sensible. Entonces en general, la tomaron como lectura porque querían ver qué ponía el Pediatra pero no querían que el Pediatra vea que ese chico padecía de violencia familiar y esto generó debates importantes dentro de los Centros de Salud, porque los médicos justamente por un lado decía que para ellos era importante que si el chiquito viene con dificultad respiratoria y yo ya veo que tiene violencia pienso a lo mejor tiene una costilla rota

por otra cosa digamos. Y para el que venía más del área social es 'los médicos no saben manejar este tipo de información sensible y son muy brutos', son capaces de decir 'así que a vos tu papá te pega'. Entonces bueno, estas discusiones se han dado y la verdad es que hoy no sé si usan la Historia eh! yo tengo mis dudas.'"

(Extracto de entrevista a profesionales UPE-HCE)

Durante esta entrevista fueron mencionadas, en distintos momentos, referencias positivas sobre la construcción colectiva y el potencial del trabajo interdisciplinario, que chocan con expresiones que refieren a resistencias de ciertas profesiones. Ante esto, nos preguntamos si estamos siendo testigos de tensiones históricas entre profesiones que no logran superarse o si se debe a que esta política pública en el fondo reproduce un modelo de atención de la Salud que jerarquiza disciplinas en la atención del proceso salud-enfermedad de los individuos.

2.4 Evaluación y modificaciones

Una vez completado el proceso de implementación, se sostuvo un dispositivo de acompañamiento a los profesionales en donde podían hacerse consultas, reclamos y sugerencias. Al día de hoy este canal de comunicación continúa activo y funciona como una “Mesa de Ayuda” en donde se cargan estas consultas a través de la generación de un ticket, el cual es relevado por el equipo técnico, quien luego devuelve una respuesta a quién consultó.

Las evaluaciones y modificaciones se dieron en distintas instancias y con distintas dinámicas. La “Mesa de ayuda” es solamente una de ellas. Ante la demanda de modificaciones y/o reclamos ante el instrumento por parte de los trabajadores de los centros, la gestión organizó lo que llamaron “Jornadas de Consenso”: espacios donde se acercaban los directores del centro con algún otro trabajador del CeSAC. En estos espacios se podían acercar propuestas para modificaciones, y manifestar dudas para generar debates, abriendo la oportunidad a que los trabajadores de los CeSAC hicieran sugerencias sobre el aplicativo. En las mismas, como en varios momentos del proceso de capacitación, las tensiones se hicieron presentes.

Las Jornadas de Consenso son reivindicadas por el equipo UPE-HCE como una instancia de diálogo innovadora. Fue concebida como una estrategia de conciliación donde se buscó canalizar las tensiones y encontrar soluciones de manera colectiva y participativa:

“Y después han habido algunas instancias que le hemos llamado 'Jornadas de consenso' donde hay una problemática a resolver y se invita a los profesionales del área por ejemplo en este caso fue los profesionales del primer nivel a resolver algunas cuestiones como por ejemplo en su momento fue tanto el mismo nombre de la HC, porque representativamente HCE les parecía que dejaba de lado todo lo que no es netamente clínico y que es de otras esferas del paciente, entonces quisieron cambiarle el nombre y sometimos a discusión y votación el nombre de la herramienta y ahora se llama Historia de Salud Integral (HSI)”.

(Extracto de entrevista a profesionales UPE-HCE)

En contraposición, las profesionales no identifican tales instancias de encuentro como espacios de gran relevancia. Consideran que no fueron muy productivas, e incluso algunas entrevistadas no las recordaban. Resulta curioso comparar estas posturas tan distantes en relación a estos espacios de encuentro. Nos preguntamos a qué se debe este discernimiento: si la convocatoria fue poco masiva, si no fue planificada con antelación o si es resultado de una trayectoria marcada por la resignación, en donde los reclamos muchas veces no tienen resolución. En espacios pensados para lograr consenso y participación, aparecen dos posturas, donde el que convoca pareciera hacerlo desde la molestia ante el reclamo, y quienes asisten toman una actitud defensiva. Frente a las preguntas sobre estos encuentros, las respuestas pueden resumirse en la siguiente frase de una de las entrevistadas: *“**Supuestamente** se decidió cambiar algunas cosas como para que no fuera tan directivo”.*

Más allá de las Jornadas de Consenso, todo el proceso de implementación fue acompañado por la Mesa de Ayuda, que sí es recuperada por los profesionales de los CeSAC entrevistados como un aspecto positivo que facilitó el entendimiento de la herramienta. Permitió y permite despejar dudas sobre el funcionamiento del aplicativo, y representa un canal de comunicación siempre disponible.

Por otra parte, la edad fue identificada frecuentemente como una barrera frente al uso de nuevas tecnologías. En este sentido, las entrevistadas manifestaron, muchas veces con humor, que para “las más grandes” fue más difícil. Sin embargo, encontraron apoyo en los técnicos que se acercaron a capacitarlas. Además, el trabajo en equipo con el resto de sus compañeros constituye un aspecto clave para sortear esta dificultad s. Todas reconocieron la importancia de

aggiornarse a los nuevos usos de la tecnología en Salud, y el potencial que tiene la HCE para mejorar la calidad de la atención y organización del centro.

Las instancias de evaluación y las sugerencias realizadas llevaron a modificaciones vinculadas a la HCE como herramienta de registro del TS, aspecto que desarrollaremos en otro apartado. Habiendo dado cuenta de las estrategias implementadas y cómo estas impactaron en los CeSACs, en el próximo capítulo haremos un recorrido a través de las prácticas de las Trabajadoras Sociales antes y después de la incorporación de la HCE al ejercicio profesional, para recuperar sus percepciones y las transformaciones que se fueron dando, así como también analizar la posición que tiene la profesión en la dinámica de estos centros.

Resulta interesante analizar las dos posturas (UPE-HCE y Trabajadoras Sociales) en relación al recorrido de diseño e implementación. Nos encontramos con dos visiones que se encuentran en ciertos puntos, pero que en su mayoría distan notoriamente de percibir al proceso de la misma manera. Lo que de un lado se reivindica como un hito, del otro pasa desapercibido. Lo que de un lado se ve como una queja y resistencia, del otro aparece como una reivindicación necesaria y fundamental para continuar con el proceso de atención. Creemos que es necesario trabajar en los canales de comunicación, fomentar la toma de decisiones horizontal y explicitar objetivos sin dar por sentado que todos están entendiendo lo mismo. En políticas públicas de esta magnitud, la comunicación clara y precisa de los objetivos que se persiguen y del impacto que se busca generar resultan claves para alcanzar el compromiso de todos los que están involucrados en el desarrollo de la misma de manera significativa.

Capítulo 3: Prácticas del Trabajo Social en los CeSAC.

Un recorrido por la incorporación de la HCE

La HCE se incorporó a los espacios de ejercicio profesional donde ya existían dinámicas establecidas, formas de registro y modalidades de intervención específicas. En los CeSACs, los/as profesionales del Trabajo Social realizan tareas comunitarias, de prevención y promoción de la salud. Todas las entrevistadas informaron que dedican la mayor cantidad de horas de su jornada laboral a instancias comunitarias y actividades grupales. Participan activamente en proyectos donde trabajan equipos interdisciplinarios que abordan problemáticas específicas, como por ejemplo: interrupción legal del embarazo, testeo de VIH, consejerías de salud sexual y reproductiva o problemáticas relacionadas a personas en situación de calle. A su vez, se llevan adelante actividades extra muro como por ejemplo reuniones organizadas por redes institucionales barriales, en las que participan distintas organizaciones de la sociedad civil y del Estado. Además, llevan adelante salidas a territorio para convocar a mujeres embarazadas que no se hayan realizado los controles correspondientes, como así también campañas de difusión/concientización sobre alguna temática específica. Finalmente, tienen una agenda con días específicos para atención a usuarios a través de demanda espontánea y turnos programados¹¹.

En el presente capítulo, profundizaremos en los aspectos del ejercicio profesional dentro del CeSAC que identificamos fueron transformándose tras la implementación del registro informatizado del proceso de salud-enfermedad-atención de los usuarios-pacientes. En un primer momento ahondaremos en el análisis del lugar de la profesión dentro de las instituciones. Luego presentaremos reflexiones en torno a las dinámicas de trabajo interdisciplinarias, para luego adentrarnos en los cambios que las entrevistadas identificaron con relación a la atención y estrategias de abordaje, finalizando con un recorrido por las tensiones vinculadas al registro de la intervención.

¹¹ Demanda espontánea es la atención que se ofrece a los usuarios que se acercan sin turno al CeSAC para realizar una consulta al área de Trabajo Social. Para ello, las profesionales suelen dejar horas abiertas en su agenda, sin tomar turnos programados. Constituye una estrategia que facilita la accesibilidad al sistema de salud, ya que no expulsa a quienes no han podido planificar o conseguir un turno a través de los canales establecidos. Los turnos programados suelen tener una función de seguimiento de situaciones que ya vienen trabajándose desde el Servicio Social así como también para dar periodicidad a controles de salud como por ejemplo el “control de niño sano”.

3.1 Lugar de la profesión en el CeSAC

Para identificar la posición del Trabajo Social en la dinámica de atención promovida en los CeSAC, analizaremos las disputas de poder que se dan en dichas instituciones, en relación a la prevalencia de las pautas del modelo médico hegemónico en APS. Estas tensiones contrastan con el modelo de Salud Integral que supone promover la política pública que instala la HCE.

En sus relatos, las entrevistadas advierten que la posición de la disciplina en los CeSAC fue muchas veces relegada e instrumental. Han sido convocadas a intervenir de manera fragmentada y residual, siendo el médico quién tomaba la decisión de convocar a la Trabajadora Social ante cualquier signo de problemática compleja de índole social en los pacientes. Cuando el/la médica consideraba que la situación desbordaba la consulta médica, no solía realizarse un pedido de interconsulta para abordar la problemática de manera conjunta. Por el contrario, se realizaba una derivación al Servicio Social, dando lugar a veces a cierto desligue del médico de la situación problema.

En esta dinámica de trabajo, el registro de intervención realizado desde los Servicios Sociales no traspasaba las fronteras de la disciplina: la mayoría de las veces no era consultado por el personal médico, ni socializado por las Trabajadoras Sociales. El registro que se realizaba era la Historia Social (HS). Esta modalidad no tenía un formato unificado en todos los efectores, sino que cada trabajador/a lo confeccionaba según su propio criterio. En un primer momento se consignaban datos duros de las personas que asistían a los servicios sociales, luego se describía la situación problema y se daba cuenta de las intervenciones que la misma había dado lugar por parte de los profesionales intervinientes. Este formato de registro se continúa utilizando en los efectores de salud en los que todavía no se ha incorporado la HCE (como por ejemplo gran parte de la Provincia de Buenos Aires).

De este modo, se fue configurando un doble juego, nadie solicitaba la información y al mismo tiempo las Trabajadoras Sociales tampoco la socializaban. A partir de sus relatos, percibimos poca problematización y una naturalización de esta dinámica en el uso de la información, que promueve una fragmentación del usuario paciente en, al menos, dos registros: la HS y la HC. Observamos que este tipo de prácticas sigue abonando a una mirada biologicista sobre la salud y una perspectiva asistencial del rol del Trabajo Social. Si bien rastrear los orígenes de esta manera de registrar y trabajar requeriría una investigación más extensa que la presente, consideramos importante remarcar que son resultado de prácticas sistemáticas de

desvalorización de la profesión y de un modelo de atención de la salud donde se da mayor valor a las disciplinas médicas por sobre las sociales. Tal como afirma una entrevistada:

*“O sea que o la médica o yo evolucionamos y yo valido o ella me valida y queda exactamente lo mismo en ambas visiones, la médica y la del Trabajo Social, y a mí me pareció importante. Porque yo mil veces he participado de admisiones y me menciona la pediatra en la historia clínica, bueno estuvo la TS, y la verdad que hice un montón de gestiones que nadie lee. Entonces, cómo está la HCE están todas mis intervenciones y **estoy a la par** de las intervenciones de otro profesional”.*

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Un análisis interesante se desprende de este relato. La Trabajadora Social identifica como aspecto positivo del aplicativo la posición que adquieren sus registros, “a la par” de las intervenciones de los demás profesionales, más presente y con más fuerza en comparación a lo que sucedía antes, cuando la historia social “*quedaba guardada en mi consultorio*”. La HCE propone un formato de registro en el que se pone la información a disposición de todos los profesionales de la red. Se rompe así la práctica aislada del Trabajo Social de tener su propia historia social del paciente, y sus registros propios guardados en el consultorio separados de la Historia Clínica Médica. A partir del registro en la HCE, la tarea cotidiana se visibiliza en el mismo espacio donde queda asentada la práctica de los médicos, siendo este un aspecto que potencia y aporta a la superación de la desvalorización del Trabajo Social de la que históricamente fue objeto. Cabe advertir que esto no sucede únicamente con nuestra disciplina. Por ejemplo, las enfermeras obtienen otro status a partir de registrar sus prácticas en el mismo documento donde lo hacen los médicos. Asimismo las consultas médicas se ven enriquecidas por la información que ellas vuelcan en esta plataforma, previo a que el paciente sea atendido por un profesional médico. Identificamos aquí un punto de coincidencia entre el discurso del equipo UPE-HCE y el de las profesionales entrevistadas.

“Después en cuanto impacto de la herramienta algo que me parece importante mencionar es la integración de todos los profesionales hacia la misma herramienta. Históricamente la HC era de los médicos en general, enfermería no veía ni tocaba la HC y el resto de las profesiones mucho

menos. Algo que impactó, por lo menos en mi recuerdo del terreno, positivamente fue que otras especialidades se pudieran integrar al registro clínico que ya no era sólo de los médicos”.

(Extracto de entrevista a profesionales de la UPE-HCE)

Encontramos en este rasgo del instrumento un potencial importante, del que el colectivo profesional y quienes sostienen un abordaje integral de la salud podrían, quizás, sacar mayor provecho. Consideramos que puede ayudar a instalar -a largo plazo- una mirada más integral sobre la salud del paciente, que no se centre únicamente en los aspectos biológicos del proceso de salud-enfermedad-atención.

En línea con esta reflexión, consideramos necesario problematizar el trabajo interdisciplinario dentro de los CeSACs, que también hace a un modelo de atención que se ve reflejado en la práctica cotidiana de los profesionales. Por ello, a continuación abordaremos esta temática, a partir de lo comentado por los y las entrevistadas cuando se indaga acerca de su relación y formas de trabajo con otras disciplinas dentro de las instituciones.

3.2 Interdisciplina

Teniendo en cuenta la alta demanda de atención que reciben los centros de salud y la alta complejidad que caracteriza a las mismas, coincidimos con las palabras de Nora Elichiry respecto a la importancia de lograr y sostener espacios de trabajo donde confluyan diversas disciplinas: “La aproximación interdisciplinaria surge ante la demanda social, ante las situaciones de problemas cada vez más complejos y por evolución de las ciencias. Esta orientación interdisciplinaria puede favorecer la integración y producción de conocimientos”(Elichiry,1987:335). El trabajo interdisciplinario de los CeSAC es históricamente complejo y se ve condicionado por diversos factores, los cuales agrupamos en dos grandes categorías: objetivos y subjetivos. De ellos depende el modo en que la HCE pueda -o no- influir en esta forma de trabajo y en qué grado lo hace.

Dentro de los aspectos objetivos identificamos la escasez de recursos materiales y de personal para atender la gran demanda de atención por parte de los usuarios-pacientes. En momentos coyunturales como el actual, de recesión económica y aumento del desempleo, la demanda no solo aumenta en cantidad si no en complejidad. El abordaje de problemáticas sociales complejas requiere de dispositivos preparados para su atención, tanto a nivel edilicio, de

recursos como del personal disponible. La sobrecarga de pacientes que suele tener lugar en los CeSAC imprime una lógica más asistencial y de resolución en la urgencia. A nivel edilicio, la disposición de los espacios destinados a tareas grupales y/o de reunión, o qué profesiones disponen de consultorios propios, son indicadores de la mirada que se sostiene sobre la Salud. Cuando hablamos de problemáticas sociales complejas lo hacemos desde el marco que Alfredo Carballada le imprime a las mismas. El autor sostiene en sus escritos que “emergieron nuevas formas de expresión de la cuestión social, dentro de escenarios singulares pero con algunos comunes denominadores que muestran determinadas formas de expresión que interpelan a las Políticas Públicas; las Instituciones Típicas de Intervención Social y a la Intervención misma” (Carballada, 2008:1). Es decir que, como efecto de la fragmentación social, el escenario institucional también se fragmenta.

En la categoría de factores subjetivos agrupamos el posicionamiento y proyecto socio-profesional que sostiene cada trabajador del CeSAC, y a partir del cual aborda la atención a los usuarios-pacientes del sistema de salud. Además, incluimos en dicha categoría las limitaciones institucionales, es decir, la lógica de trabajo que promuevan las direcciones de los centros. Cada lógica podrá facilitar o no el trabajo interdisciplinario: si consideran de relevancia las reuniones de equipo, los espacios de discusión de situaciones de abordaje complejo, el tiempo que requiere analizar e intervenir en situaciones complejas. El factor humano constituye un elemento clave en la promoción del trabajo interdisciplinario o, por el contrario, en el sostenimiento de una práctica fragmentada con escaso diálogo entre disciplinas. Dicho esto, es preciso indagar las modificaciones que tuvieron lugar en el trabajo interdisciplinario a partir del uso del aplicativo.

Con respecto a los factores objetivos, todas las entrevistadas destacan las reformas y mejoras edilicias que vinieron aparejadas con la implementación de la HCE: el tendido de fibra óptica, la incorporación de insumos tecnológicos, una computadora en cada consultorio¹². Sobre los aspectos subjetivos, todas coinciden en destacar que si bien la HCE facilita el trabajo interdisciplinario, no lo promueve. Sin embargo, el hecho de que la interconsulta se vea agilizada por el aplicativo no implica que automáticamente las formas de trabajo institucionalizadas vayan a modificarse. Es decir, el valor que tenga la misma dependerá completamente de los sujetos intervinientes. Un profesional que trabaja de forma aislada y fragmentada, no cambiará sus

¹² Vale aclarar que en la actualidad persisten limitaciones estructurales vinculadas al suministro eléctrico y cortes en la conexión a internet.

prácticas por la sola incorporación de la HCE. Una transformación en los usos y costumbres del ejercicio de los equipos de salud puede ser motorizada por las nuevas formas de registro si es acompañado por una línea de trabajo que promueva prácticas colectivas y un abordaje interdisciplinario. La mirada biomédica sobre los procesos de salud-enfermedad se encuentra fuertemente arraigada, y la misma apunta a una atención enfocada en los procesos fisiológicos de los sujetos, sin dar relevancia a los aspectos psicológicos, emocionales y a sus trayectorias de vida. Esta forma de trabajo no apunta a la interdisciplina porque no la ve necesaria, exista o no un registro clínico electrónico. Insistimos en el potencial que tiene la herramienta para promover el trabajo interdisciplinario y el abordaje integral de la salud, haciendo hincapié en la necesidad de que la política pública establezca como prioridad la transformación de las formas de trabajo.

Las dinámicas interdisciplinarias al interior de cada CeSAC son reflejo del paradigma desde el cual se posiciona cada profesional, y del que se promueve a nivel nacional a través de las políticas de salud. En este sentido, la HCE no puede modificar aspectos institucionales que dependen de la perspectiva de los trabajadores sobre el abordaje de la salud. Tal aspecto es sostenido por las profesionales entrevistadas:

“No sé si favoreció. A mi me parece que facilita, es operativo. Yo estoy atendiendo con Paula, bueno, registro yo, 'ponemos esto? te parece?' y queda registrado en la evolución conjunta y atendés a otro paciente, no es que tenés que estar por ahí pensando, o dando muchas vueltas. No es que tampoco sea la panacea, sino hay interdisciplina no la va a haber con la HCE, pero sí me parece que es una cosa que hace más operativa”.

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Este tipo de testimonios da cuenta de lo mencionado anteriormente: la HCE habilita al trabajo interdisciplinario, pero en última instancia el mismo dependerá del posicionamiento de cada profesional frente al abordaje de la Salud. La nueva herramienta no solo modifica las formas de trabajo entre disciplinas, sino también las prácticas propias de cada profesión. Es por ello que a continuación reflexionaremos en torno a los cambios que tuvieron lugar en el ejercicio profesional de las Trabajadoras Sociales con las que dialogamos.

3.3 Ejercicio profesional

Hemos identificado ciertos aspectos de la intervención de las Trabajadoras Sociales que se vieron interpelados ante la aparición de la HCE. El hecho de poder volcar las intervenciones en un documento único por usuario-paciente en todos los efectores que cuenten con la HCE, modificó de manera sustancial el abordaje de las demandas que se presentan en los Servicios Sociales de los CeSAC. En los relatos de las entrevistadas, se destaca la importancia de contar con una gran extensión de información accesible sobre quienes se presentan en el consultorio. Al ingresar el DNI del usuario-paciente en el sistema, aparece automáticamente su trayectoria por el ámbito público de la salud y las intervenciones realizadas por otros profesionales de todas las disciplinas en toda la red de efectores que cuentan con el aplicativo. En este sentido, manifiestan que el primer contacto con los sujetos se ve modificado, ya que cuentan con información previa que permite una historización y contextualización de la situación social, económica y de salud de quien se viene a atender. Previo a la implementación de la HCE, esta información debía ser recuperada indagando en registros previos, llamando y contactando a instituciones por donde pudiera haber transitado el usuario-paciente, e implicaba recuperar a través de una entrevista las intervenciones previas y los contactos que esta persona tuvo con otros efectores.

La siguiente frase de una de las entrevistadas da cuenta de que el abordaje en las intervenciones cambia profundamente, porque habilita a una mirada más integral y amplía el conocimiento sobre los sujetos que se acercan al consultorio:

“Podemos reconstruir intervenciones de otros lugares que a veces con la población no es tan fácil o no entendió bien”

“Te dicen el DNI vos mirás y ves todo el recorrido de salud que hicieron porque en general pasa esto: van al Rivadavia, al CESAC 10, al 9, vienen acá”.

(Extractos de entrevista a TS de CeSAC)

En relación a nuestra pregunta problema sobre cómo media el uso de la HCE en el ejercicio de las/os Trabajadores Sociales que la utilizan como herramienta de registro, podemos sugerir que los profesionales se apropian del aplicativo, lo incorporan a su práctica cotidiana, y no por ello eliminan cuestiones relativas a su posicionamiento político, ideológico y profesional. La HCE no borra prácticas ni formas históricas de intervención, si no que es apropiada como

elemento que potencia y facilita el trabajo, lo operacionaliza. Se transforma en un peldaño para avanzar hacia una intervención más profunda y abarcativa, sin por ello traicionar los ideales de quienes la utilizan. Pudimos identificar cómo, más allá de las resistencias que se presentaron ante su incorporación, se dieron estrategias de uso que le brindaron a la herramienta un valor particular dentro de las formas de ejercicio y registro ya establecidas. Más allá de los temores ante la “imposición desde afuera”, la HCE aparece dentro de los Servicios Sociales como un elemento de registro y una fuente de información que da lugar a formas de abordaje integrales. Conocer la trayectoria de los sujetos al momento que entran a la consulta con Trabajo Social, plantea un punto de partida diferente que es valorado por las profesionales y da cuenta de la apropiación de la herramienta desde el proyecto profesional propio.

En cuanto al vínculo que sostienen las entrevistadas con los usuarios, observamos que, más allá de contar con más información sobre los sujetos, no modifican su mirada sobre ellos. Expresiones como las siguientes dan cuenta de lo expuesto anteriormente:

*“A mi me resuelve. Sobre todo el conocimiento del paciente y no lo obligas a tener **interrogatorio tras interrogatorio**, que la ginecóloga, que la TS, que la Psicóloga. En cambio ahora nosotros leemos y vemos 'ah mirá, hizo una consulta en otro CESAC”.*

*“Entonces cuando yo voy a la entrevista con la madre, voy con un conocimiento muy sustancioso de la situación. A mi me facilita mucho porque no voy a hacer la **inquisidora** de esa mamá, voy a entender que esta mamá tuvo un montón de dificultades”.*

(Extractos de entrevista a TS de CeSAC)

Nos preguntamos si estos fragmentos no dan cuenta de que, al evitar estos procesos de indagación y momentos de exposición de los usuarios, se está facilitando y promoviendo un vínculo activo con el Sistema de Salud. Evitar reconstruir constantemente situaciones que puedan generar revictimización en los usuarios facilita una relación más fluida entre la institución y los sujetos. En tanto tal no constituye el tema central de esta tesis, planteamos esta cuestión en términos de pregunta, esperando que motive futuras reflexiones.

Retomando aspectos clave sobre el ejercicio profesional, la HCE da lugar a un mejor uso del tiempo y de los recursos materiales, específicamente de las Trabajadoras Sociales que suelen o solían dedicar horas de trabajo a la reconstrucción de trayectorias. La intervención implica

contar con información sobre el recorrido de los sujetos por distintas instituciones, muchas veces a través de llamados y de visitas presenciales que hoy la HCE vuelve dispensables y las operacionaliza.

La nueva forma de registrar media en la relación entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud. En este sentido, resulta interesante observar la forma en que interactúan los mismos a partir del uso de la herramienta. El registro en papel siempre estuvo presente en las intervenciones profesionales: si bien no se escribía directamente en la historia social, se registraba en el cuaderno de campo de cada profesional. El contacto con los usuarios-pacientes, entonces, siempre estuvo mediado por el registro. En la actualidad, el cuaderno se transforma en computadora, y el vínculo con los sujetos pasa a estar influenciado por la presencia de la tecnología informática. Le preguntamos a las profesionales cómo reciben a un usuario-paciente que ingresa al consultorio a partir de la presencia de una computadora que desvía la mirada y que puede llegar a generar distancia con los individuos, dificultando la generación de ambientes amenos y amigables necesarios para la intervención en situaciones complejas. La siguiente frase da cuenta de la modalidad elegida por las entrevistadas:

“Me gusta mirar a los ojos, entendés? Entonces miro, estoy.. Es como que nada trato de tener la comunicación integral. Entonces, me cuesta estar o mirándote y estar acá (señala la compu). Y mi proceso pasa por ahí”

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Las formas de interacción que tienen lugar entre las profesionales y los usuarios-pacientes que se acercan al Servicio Social está atravesada por el imaginario social, por las formas en que cada individuo piensa y define a la profesión, lo cual se hace presente a la hora de dialogar con las Trabajadoras Sociales. La HCE aparece interviniendo en esta relación, al mediar en el diálogo entre ambos. Los mitos en torno al trabajo social y lo que los individuos esperan de dicha profesión, tiene sus orígenes en el carácter asistencial y de control que acompañó a la disciplina en sus inicios. Nos referimos a los estereotipos que, entendemos, aún perduran respecto de lo que es y hace un trabajador social. Traemos los aportes que realiza Susana Cazzaniga sobre la intervención del trabajo social. La autora define a la intervención como un proceso artificial y no natural: “la intervención profesional presenta un aspecto necesario de destacar: su origen está atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario

social. Esto es, la construcción histórico-social que de esa profesión se ha realizado: funciones, características, práctica, resultados esperados, etc.” (Cazzaniga,2009:1). Es decir siempre hubo quienes antes que nosotros, ya hicieron, ya intervinieron, y dejaron en el imaginario de los actores involucrados, un modo de intervenir. Las personas se acercan a una consulta con el o la trabajadora social con expectativas y preconceitos que se hacen presentes durante el diálogo dentro del consultorio.

La manera en que las profesionales se vinculan con quienes se acercan a los CeSACs en busca de atención es una parte fundamental de la continuidad de la atención y del sostenimiento del vínculo entre usuarios-pacientes y efectores de salud. Es por ello que el uso de la computadora dentro del consultorio es problematizado y transformado a partir de la necesidad de las profesionales de no modificar el trato con los sujetos más allá de la incorporación de nuevas herramientas.

Tanto el diálogo como el registro son mediados por un nuevo aplicativo, que es apropiado por las profesionales de manera que permita sostener las formas de trabajo que promueve la disciplina. Habiendo dado cuenta de la importancia de la instancia de encuentro con los usuarios-pacientes, a continuación reflexionaremos en torno al registro profesional del Trabajo Social dentro de los CeSACs.

3.4 Registro

Cuando hablamos del registro en Trabajo Social, nos referimos a las modalidades que utilizan los profesionales para documentar y comunicar sus intervenciones. Nos guiamos por las palabras de María Cecilia Pérez cuando pensamos en los registros no como un instrumento que direcciona y condiciona la observación, sino que permite recuperar la realidad, recreando los diálogos y reflexiones que tienen lugar durante los encuentros o intervenciones. La autora entiende a los registros como “instrumentos y fuente de conocimiento que expresan las prácticas de conocimiento de la realidad y de los procesos de intervención, contribuyen a la elaboración de un conocimiento situacional de los hechos, fenómenos, situaciones, para intervenir crítica y efectivamente en los procesos. En este sentido este conocimiento situacional debe ser producto de una aprehensión de la procesualidad, positividad/negatividad, totalidad de los fenómenos, superador de lo fenoménico y lo aparente”. (Pérez,2011:91). En línea con este postulado, nos

propusimos analizar las formas en que la HCE es incorporada y problematizada como herramienta de registro del Trabajo Social.

3.4.1. La evolución reservada

Una de las modificaciones que tuvo lugar en el aplicativo, fue la introducción de la “evolución reservada”. Esta funcionalidad permite a los profesionales volcar información en la HCE que solo podrán ver colegas de la misma área, quedando a criterio personal qué volcar en este apartado y qué no. Esta opción no estuvo disponible desde el momento inicial, sino que fue incorporada luego de insistencias y reclamos de los profesionales que estaban utilizando la herramienta. Es un tema que todos los entrevistados caracterizaron como “no resuelto”.

Las tensiones que aparecen alrededor de esta funcionalidad resultan de gran interés y motivan reflexiones en torno a la categoría “información sensible”. Encontramos posturas que distan mucho de encontrarse en un punto de consenso, y resulta necesario avanzar en estos aspectos para lograr acuerdos que permitan un mejor uso de la herramienta. La manera en que se piensa el proceso salud-enfermedad-atención de los usuarios-pacientes y el abordaje integral de la salud, son el punto de partida desde el cual cada profesional entiende la privacidad/reserva de la información que los pacientes brindan en el consultorio. Traemos, para explicitar este punto, dos citas que consideramos reflejan esta dicotomía entre las posturas:

“Lo que pasa es que históricamente los profesionales de la Salud nos creemos que somos los dueños de todo: de la información, del paciente, de la vida del paciente, etc, pero no debería ser así. Lo que pasa es que si la sacábamos esa funcionalidad (nuestra idea era sacarla), ni a palos íbamos a poder implementarla en este grupo de personas que piensan que la información que manejan 'es más sensible'. Como decía L, toda información de salud es sensible. Más o menos sensible no existe, es sensible o no lo es. Que tu papá te pega o que tenés diabetes es igual de sensible”.

(Extracto de entrevista a profesionales de la UPE-HCE)

“Entonces se abrió, también un poco a pedido de nosotras, la evolución reservada, que es cuando hay cosas muy muy sensibles, pero igual toda información de salud es sensible, pedir

una pastilla del día después... No sé como que hace a un patrón de conducta de tus modos de vida, que sé yo...”

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Consideramos necesario entender que estas posturas parten de dos posicionamientos distintos sobre el abordaje integral de la salud, y de miradas distintas sobre las historias y trayectorias de los sujetos. Ubicar a la diabetes a la par de una situación de violencia en la intervención profesional es un punto de partida completamente distinto al de las profesionales que consideran necesario resguardar la integridad de los usuarios, de acompañarlos en la comprensión y entendimiento de las situaciones que están atravesando y cómo estas hacen a su proceso salud-enfermedad. No se establecen primacías entre una situación y la otra, si no que se entiende que son situaciones complejas que requieren de abordajes pensados teniendo en cuenta la mirada de los sujetos y su historia, su comprensión de su situación y la construcción que hacen alrededor del diagnóstico que reciben y/o en torno a las problemáticas que los acercan a los Servicios Sociales.

Teniendo en cuenta que las representaciones de los entrevistados acerca del rol y formas de trabajo de las diferentes disciplinas moldean las dinámicas de trabajo interdisciplinarias, es menester incluir en nuestro análisis el componente simbólico de las mismas. Hay una postura que podríamos caracterizar como “defensiva” de las Trabajadoras Sociales hacia los profesionales médicos en cuanto a las formas de manejar la información y la capacidad de criterio para discernir entre qué se debe registrar y qué no. Se sostiene que es prioritario evitar la revictimización de los usuarios y las actitudes inquisidoras que los alejan del sistema de salud, y por ello se elige resguardar información bajo la forma de evolución reservada. La HCE aparece como un registro que excede las limitaciones físico-espaciales del CeSAC, en tanto la información allí volcada puede ser vista por profesionales de otros efectores sobre los cuáles se tiene poca información. Frente a la desconfianza e incertidumbre que este escenario genera, la estrategia adoptada se orienta a restringir el acceso a la información de los pacientes. Dicha información, usada de forma correcta, puede ayudar a realizar un mejor diagnóstico clínico, a facilitar el tránsito entre instituciones y, a fin de cuentas, a lograr un abordaje integral de la salud. Esta reflexión apareció en todas las entrevistas, y como claramente expresó una de las

profesionales entrevistadas: *“es como todo en salud, lamentablemente depende con que ética y lógica política con que vos lo tomes”*.

3.4.2 Uso de las categorías

El trabajo de investigación en el que nos embarcamos fue dinámico y sufrió transformaciones a lo largo de todo el camino. Volvimos al problema planteado en primera instancia, a los indicadores formulados, revisamos la teoría constantemente y, una vez que salimos al campo para realizar las entrevistas, nos encontramos con la necesidad de revisión frente a los nuevos interrogantes que surgieron. Uno de los aspectos que, si bien no pretendíamos relevar, emergió en la indagación y resultó de gran interés, fue el uso de las categorías que propone la HCE en el registro de la intervención que realizan las Trabajadoras Sociales.

Destaca como “punto fuerte” de la herramienta la facilidad con la que genera estadísticas: al estar toda la información informatizada, los algoritmos agrupan datos de manera automática. Sin embargo, estos datos dependen de las categorías con las que se ingrese la información, y estas a su vez dependen del profesional que haga el registro.

En cuatro de las cinco entrevistas realizadas a Trabajadoras Sociales, encontramos que manifestaban problemas a la hora de no tener categorías unificadas y consensuadas, lo que lleva a una superposición de códigos y formas de categorizar. Esta falta de consenso del colectivo profesional en cómo ingresar los datos en la HCE, resulta en estadísticas diseminadas. Por ejemplo, una de ellas manifiesta:

“Sé que las colegas, las jefas de servicio se estaban reuniendo estaban tratando como de armar un código de diagnósticos, para que sea algo común, porque en definitiva esto después repercute en los datos epidemiológicos y es importante.”

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

La importancia de unificar categorías pasa por poder reflejar en datos estadísticos las problemáticas que aparecen con mayor frecuencia en las intervenciones, y en donde es necesario implementar más programas territoriales y asignar mayor cantidad de recursos.

“Poder acordar categorías universales para que tengamos una misma manera de registrar y que después se vea reflejado en los problemas usuales”.

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Observamos que se rememora el consenso generado con anterioridad en torno a las categorías y criterios unificados. Si bien las mismas continúan estando disponibles, al existir la posibilidad de generar nuevas categorías libremente, el listado se fue ampliando y las anteriores quedaron esparcidas entre las opciones creadas con posterioridad. La investigación nos llevó a recuperar a través de los relatos cómo era esta matriz de datos que ordenaba el registro, y nos llevó a concluir que resultó de una adaptación del modelo biomédico al trabajo cotidiano, buscando generar categorías que permitieran representar la realidad social de los individuos que se acercaban. Entonces, entendemos que frases como la siguiente manifiestan una disconformidad con respecto a la falta de acuerdo en donde la multiplicidad de categorías genera incertidumbre a la hora de registrar:

No sé quien armó las categorías, no sé cómo se arman, porque yo pongo 'precariedad habitacional' entonces tenes un monton de opciones, se ve que cada uno que puso una categoría quedó guardada entonces tenes 80 opciones y eso habla de la falta de definición para las categorías, de acuerdo a definiciones diagnósticas.

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Las categorías actualmente disponibles no ofrecen a las Trabajadoras Sociales un registro representativo de la situación sobre la cual están interviniendo y el modo de trabajo específico del Trabajo Social. Más allá de la situación actual, nos preguntamos por qué las categorías anteriores no fueron tan problematizadas, al menos durante las entrevistas, ya que a fin de cuentas parten de un acuerdo internacional con una mirada biomédica.

Recuperamos las palabras de una profesional que participa en el área UPE-HCE, quién, respecto al uso de categorías, manifiesta:

“La Historia tiene un tinte muy clínico muy volcado a la atención asistencial y médica. No tenemos buenas categorias ni variables pensadas para registrar situación social, situación de vivienda, red familiar, situación de violencia”

Es necesario problematizar tanto las categorías actuales como las anteriores. Los códigos consensuados anteriormente parten de una adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Traemos esta información para reflejar que el consenso anterior partió de una mirada biomédica que fue reconfigurada a los fines del registro profesional en salud propio del Trabajo Social. Actualmente, el formato permite ingresar categorías que sí plasmen la mirada de la disciplina y la realidad sobre la cual se está trabajando, pero la falta un patrón de categorización no permite, como ya mencionamos, la elaboración de datos estadísticos que den fuerza y reflejen las situaciones con las que los profesionales se encuentran día a día en el CeSAC. Nos interesa destacar que en ambos grupos entrevistados coinciden en su valoración respecto al análisis sobre los datos estadísticos. Contar con información epidemiológica permite una mejor toma de decisiones, una planificación de intervenciones y de políticas públicas que generen verdaderos impactos positivos en la sociedad. Cerramos este apartado con un fragmento que sintetiza estas percepciones:

“El salto cualitativo que le da este proyecto al Sistema de Salud es muy importante y no tiene precedentes digamos es histórico, me parece que es un punto en el tiempo que... que hay un antes y un después de cómo se administra un Sistema de Salud. Cuando vos tenés la información en línea para la toma de decisiones podés planificar mejor tus políticas sanitarias [...]es un antes y un después en la toma de decisiones, en cómo vas a administrar tus recursos, cómo vas a poner, no se las bases de las ambulancias, dónde vas a poner htales especializados, dónde te faltan CeSacs, dónde te faltan profesionales de gerontología porque en esa comunidad hay personas, en ese lugar o en esa comuna vive población más anciana y dónde están, dónde vas a tener que llenar de pediatras porque hay todos chicos digamos”

(Extracto de entrevista a profesionales UPE-HCE)

3.4.3 Diagnóstico y motivo de consulta

Encontramos en los relatos de las entrevistadas algunas molestias respecto a los nuevos modos de registro que brinda la HCE, en particular en las categorías “motivos de consulta” y “diagnóstico”. El sistema de registro iguala la demanda al motivo de consulta. La elección del motivo puede ser múltiple y las opciones incluyen las categorías utilizadas previamente como también la posibilidad de crear una categoría nueva. El dilema aparece cuando hay que elegir entre la demanda percibida por los usuarios-pacientes y la demanda construida a partir del abordaje del Trabajo Social.

Traemos las palabras de Cazzaniga en su propuesta de abordaje desde la singularidad, para explicitar desde dónde definimos la demanda. La autora propone una actitud activa frente a las necesidades que manifiesta un usuario. La demanda es así entendida como una “categoría conceptual donde se concretiza y objetiva la representación social acerca de la profesión en relación con lo que se demanda, cómo se expresa y con qué motivo, manifiesta las condiciones de vida del sujeto que demanda y como éste la percibe y significa. La demanda entendida de esta manera exige un esfuerzo de comprensión teórica, una instancia de comprensión que problematice lo naturalizado”.(Cazzaniga;2001;p4). En esta línea es que entendemos que el motivo de consulta manifestado por el usuario no necesariamente coincide con la problemática que atraviesa su cotidianeidad. El abordaje de los profesionales requiere de una construcción de la demanda a partir de la trayectoria de los usuarios, sus representaciones y particularidades.

Traemos una lectura que realizan Gabriela Haldemann y Vanina Muraro en su artículo “Dificultades metodológicas de la categoría "motivo de consulta" en la historia clínica”, donde señalan la existencia de un dilema en salud mental para definir el motivo de consulta en la HCE. Ellas se preguntan si el motivo de consulta “¿es una categoría que debería completar el analista o el paciente? Es decir, es el analista quien construye qué trajo a ese paciente, por primera vez a consulta[...]o es el paciente quien se presenta argumentando un motivo por el cual, finalmente[...]está allí, frente a nosotros” (Haldemann,Muraro;2006;p361). Pregunta que en la práctica cotidiana muchas trabajadoras sociales se hacen al articular los motivos de consulta estipulados en la HCE y las demandas que formulan los usuarios.

La construcción del diagnóstico genera nuevos cuestionamientos, ya que se vuelve necesario ponderar entre problemáticas, eligiendo una para completar en el registro electrónico. Las situaciones que se abordan desde los servicios sociales son multidimensionales y complejas,

no siendo posible en la mayoría de las veces establecer un único diagnóstico. Entendemos que estos planteos parten de la incertidumbre frente a cómo registrar, y la necesidad de lograr consensos profesionales que disipen estas dudas y definan criterios únicos. Para reforzar este punto, traemos las palabras de unas de las entrevistadas:

“Sabemos que en TS vos estás con una persona y no es que tiene una sola situación de vulnerabilidad no? Entonces cuál es el que prima? Eh no se, si te viene una señora que está en una vulneración de derechos, de vivienda, más la violencia de pareja, más que está en una situación de.. Bueno, cómo la categorizás? Porque viste es como que a veces te pasa eso y ponés el título de la demanda elegida en nueva consulta y después desarrollás pero en realidad tendrías que abrir una, dos, tres, porque son todas las demandas que a mi... quizás otro lo haga pero a mi no se, yo no porque si no tendría que tener así una lista nueva consulta, nueva consulta, a mi particularmente. No sé cómo lo manejan los demás colegas”.

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Para Margarita Rozas Pagaza, “la intervención profesional es la reconstrucción histórica del “campo problemático” e implica una lectura epistemológica del sobre qué, para qué, cómo y con quién se desarrolla el ejercicio profesional”. (Arias, Arbuatti, Giraldez, Zunino; 2013; p 43) En la perspectiva de la autora, la intervención no es una secuencia etapista de pasos, sino un conjunto de procedimientos que ordenan y dan sentido a la intervención. “es una estrategia flexible, que articula la acción específica del trabajador social con el contexto y que permite una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas que se establecen para la intervención profesional.”(ibídem:43). La autora define tres momentos para la intervención: inserción, diagnóstico y planificación. El diagnóstico entonces, debe ser construido y elaborado junto con los sujetos, a partir del conocimiento de su situación, recuperando sus trayectorias.

Identificamos en estas tensiones y planteos puntos de partida para que el colectivo profesional se convoque a debatir las formas de registro en la HCE, buscando desarrollar el potencial que tiene esta herramienta para fortalecer abordajes integrales de la salud, dando cuenta de las problemáticas sociales que aborda el Trabajo Social.

Habiendo dedicado este capítulo a las transformaciones que tuvieron lugar a partir de la introducción de una nueva herramienta de registro en el ámbito del primer nivel de atención de la

Salud, en el siguiente capítulo lo que nos convoca a trabajar son los aspectos que las entrevistadas encuentran de positivo y negativo en este proceso de cambios.

Capítulo 4 Luces y sombras

En este apartado buscamos recuperar los aspectos que aparecieron durante las entrevistas como puntos de tensión entre los beneficios que se persiguen y los posibles usos que puedan derivar en perjuicios para la población a partir de la incorporación de sistemas informáticos de gestión de la información. Haremos foco en cómo aparecen contruidos y problematizados en los relatos de las/os profesionales entrevistados, los objetivos explícitos e implícitos de la política pública. En relación a ello, presentaremos ciertos aspectos de la CUS, en tanto política pública asociada a la implementación de la HCE y problematizada en varios de los encuentros sostenidos. Por último, mencionaremos tres aspectos del aplicativo que resultan significativos para dar cuenta de los temores y rechazos que manifiestan las entrevistadas al pensar en el posible uso de la información volcada en el aplicativo: la privacidad de los datos, la generación y uso de la estadística y la gestión de los recursos de la mano de la implementación de una agenda de turnos.

4.1 Objetivos de la política pública

La indagación y los encuentros con informantes clave nos llevaron a incorporar a la presente investigación un nuevo eje de análisis: las creencias de los entrevistados en torno al objetivo que persigue la implementación de la HCE, en términos de proyectos políticos y/o de modelos de atención asociados a ella. A lo largo de las entrevistas, se hizo presente el aspecto partidario del desarrollo e implementación del aplicativo: a veces como un obstáculo, a veces como un disparador para continuar repensando la nueva tecnología. A partir de ello, construimos dos categorías para analizar esta cuestión: las proyecciones a futuro, y las consideraciones acerca de la CUS. En la primera incluimos todos los desencadenantes que los y las entrevistadas consideran que tendrá la HCE; en la segunda incluimos las asociaciones que realizaron entre la herramienta y el nuevo plan de salud impulsado por el gobierno nacional.

4.1.1 Proyecciones a futuro

Tal como ha sido analizado en el capítulo 3, resultó un desafío interesante recuperar junto con las Trabajadoras Sociales entrevistadas los cambios que tuvieron lugar en sus espacios de

trabajo tras la incorporación de la HCE. Como correlato de esta instancia, cabe asimismo preguntarse por aquello que se aproxima. Indagar sobre este punto nos llevó a ampliar nuestro conocimiento sobre los ejes de la política pública que acompañan la implementación de la HCE. Entre ellos se encuentra la organización de “equipos territoriales”: núcleos básicos conformados por un médico generalista, un pediatra y un enfermero. Este programa fue cuestionado a partir de la práctica cotidiana de trabajo en los centros junto con la nueva herramienta, y por eso consideramos necesario incluirlo como elemento complementario de análisis.

En el año 2016 se puso en marcha el “Plan de Salud CABA 2016-2030” con el fin de cumplir con los siguientes objetivos: la digitalización de las historias clínicas de los usuarios; el fortalecimiento o, en algunos casos, la transformación del modelo de gestión y atención de los Centros de Salud; intervenciones a nivel edilicio y de infraestructura de los mismos; la mejora salarial de los trabajadores; y, por último, implementar ‘equipos territoriales’ con población a cargo en pos de efectuar una atención directa a la comunidad y llevar adelante acciones de prevención y promoción. Para éste último objetivo fue necesario nominalizar¹³ a la población, proceso que conlleva una doble intención: que la población conozca los servicios de atención a los cuales puede acceder, y que los equipos reconozcan a los usuarios como integrantes de una comunidad con sus diversas y específicas problemáticas.

Al indagar sobre el funcionamiento de los equipos territoriales, encontramos que no se adecuaba a las necesidades de la población ni a las formas de trabajo de los CeSAC:

“Lo que veíamos era que las personas que estaban más vulnerables eran aquellas que tenían como un conjunto de problemáticas asociadas y en eso era muy difícil abordarlo sólo desde la perspectiva biomédica”.

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Consideran que este modelo de atención con población a cargo es un planteo que en la teoría funciona pero que en la práctica no se termina adaptando a la realidad de una población que muda constantemente de domicilio o que no siempre se encuentra cómoda con quien le

¹³ Con población nominalizada referimos a la identificación de los usuarios del sistema público de salud de un área programática a partir de su nombre, DNI y localización geográfica. El Plan de Salud CABA 2016 - 2030 define a la nominalización de la siguiente manera: “las personas y sus familias son asignadas a un equipo de acuerdo a si su domicilio correspondiente al área de responsabilidad de ese equipo”.

correspondería como “profesional de cabecera”. Más allá del hecho de poder cambiar la asignación original que el sistema hace respecto al médico de cabecera, consideramos que puede transformarse en una barrera de accesibilidad concreta. La identificación territorial con los efectores de la salud no se da de la manera que el proyecto supone, en tanto se basa en un modelo que no recupera los usos y costumbres de los pacientes a la hora de elegir con qué profesional desea consultar, con criterios distintos a los de la gestión.

Otro de los criterios que sostiene el proyecto, y que llaman la atención de la mayoría de las Trabajadoras Sociales entrevistadas, es el hecho de que los equipos territoriales estén formados por un equipo nuclear y un equipo ampliado que da apoyo al primero. Este equipo nuclear se compone de un médico generalista, pediatra, enfermero y promotor de salud. Traemos las palabras de Menéndez para analizar cómo está integrado el equipo nuclear y qué concepción de salud expresa: “el rasgo estructural dominante [en el equipo de salud nuclear] es el biologicismo, el cual constituye el factor que garantiza no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos” (Menéndez,1988:2). Consideramos que los criterios con los que abordan la salud desde la gestión difieren con los que sostienen las profesionales entrevistadas, y es por ello que la mirada que ambos tienen sobre los equipos nucleares dista mucho de coincidir y/o complementarse.

Algunas entrevistadas relacionan el proceso de nominalización de la población con la implementación de un sistema digitalizado de historias clínicas y apertura de fichas para la identificación de la población usuaria; en varios de los encuentros expresaron miedos y resistencias en relación a los objetivos implícitos del trabajo de los equipos territoriales. Ellos incluyen el temor a un uso indebido de los datos de los pacientes, por ejemplo para generar bases de datos que se vendan a terceros. En la misma línea, identificamos ciertas reservas frente al manejo de la información que puedan hacer otros profesionales que accedan al registro. Asimismo, aparecieron dudas sobre la repercusión que pueda tener el contar con información detallada sobre la tarea profesional, desde una mirada de productividad - eficiencia y con lógicas de recorte de presupuesto. Por último, un temor que apareció en todos los encuentros fue la creencia de que la HCE viene de la mano de la implementación de la CUS. Como este aspecto tuvo preponderancia frente a los demás, le dedicaremos un apartado más adelante.

Encontramos que, a partir de la incorporación de la HCE al registro profesional del Trabajo Social, aparece un espacio donde volcar información que se cree apunta a nominalizar la

población y se teme por el uso que se le pueda dar. Entendemos que las entrevistadas están manifestando inquietudes que se vinculan con la implementación de la CUS, y con la mercantilización del derecho a la salud. Para ejemplificar los interrogantes que recuperamos de los relatos de las entrevistadas, traemos el siguiente fragmento:

“No es para rehuir de ningún modo ninguna responsabilidad pero bueno, en esta asociación tan identificada entre una familia y un profesional nos hace ruido qué implica eso y no está del todo aclarado. Entonces lo que nos parece es que por lo único que se justifica tener tan asociado esto y una determinada cantidad de familias tiene que ver con esto de alguna manera de la cápita, del sistema muy parecido a las obras sociales”.

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Como contrapunto a estos relatos, el equipo de diseño e implementación de la HCE manifestó otra mirada, focalizada en metas específicas y objetivos generales. Los entrevistados mencionaron la necesidad de federalizar la información y la atención de la salud y, en relación a ello, propusieron como meta que la HCE tenga alcance nacional, siempre apuntando a lograr un manejo eficiente de los recursos y una mejora de la calidad de vida de los pacientes. En esta línea, recuperamos esta frase de las entrevistas:

“Entonces la única manera que vos tenés de poder llevar un mapa de tu población, el estado de salud - enfermedad que tiene, hoy es con tecnología de información. No quiere decir que antes no se podía hacer, de hecho en muchos lugares empezaron con una historia en papel única pero hoy con el potencial que tienen las tecnología. De ahí viene el desarrollo de la disciplina y está tan claro que de alguna manera para el plan de este gobierno que puso el sistema de información. Es decir, no hay manera de gestionar un sistema público.”

(Extracto de entrevista a profesionales de la UPE-HCE)

La mejora en la atención y gestión del sistema público de salud es el objetivo central que se persigue, y para ello se piensa en una política más allá de la CABA, vinculando en primer

lugar con el Área Metropolitana de Buenos Aires¹⁴ para luego tener alcance nacional. En esta línea, indagamos acerca de las proyecciones y los motivos que subyacen a las mismas, recuperando el siguiente fragmento:

“No tenes forma de mejorar el servicio del sistema público de la CABA si primero no lo entendés. Y para eso necesitas saber quienes te consultan, de donde vienen. Y cuando empezamos a tener el mapa de donde viene la gente y cómo se arman los cordones epidemiológicos. Bueno listo, si vos no haces algo con el primer, segundo cordón de la Provincia no hay medida que vos tomes en la ciudad que igual de abasto a semejante demanda. De ahí viene de trabajar en un proyecto único que es el Proyecto AMBA¹⁵. Es la Ciudad con los Municipios de la Provincia con un único Sistema de Información y con articulación de tres verticales que es la de SAME, una gestión de turnos integrada y la HC compartida para toda la provincia.”

(Extracto de entrevista a profesionales de la UPE-HCE)

Resulta interesante contrastar cómo se piensa e imagina el futuro desde los dos espacios a los que nos acercamos, encontrando interrogantes en los CeSAC que no aparecieron en el encuentro con el equipo UPE-HCE. Las perspectivas desde donde se está mirando la política son distintas. Desde la gestión central, las metas se piensan a gran escala, se proyecta a nivel nacional y se desprenden desde allí líneas de trabajo que llegan a los espacios territoriales, en las cuales se originan algunos de los puntos de conflicto que hemos explicitado. Nos aventuramos a decir que las diferencias no pueden reducirse a cuestiones jerárquicas o de organigramas, sino que son resultado de posicionamientos opuestos frente a las concepciones que se tienen sobre la Salud y sobre lo que implica el derecho de los ciudadanos a su acceso. Además, aparecen formas de relacionarse y concebir a los sujetos que son construidas a partir de la práctica de cada uno de los profesionales. Siendo que en los CeSAC hay un conocimiento en profundidad de las realidades de los usuarios-pacientes que no tiene un equivalente en el área UPE-HCE,

¹⁴ El Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), es una zona geográfica compuesta por localidades y barrios de la Ciudad de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires, que se caracteriza por ser la concentración urbana de mayor densidad del país.

¹⁵ El Proyecto “Red Pública de Salud AMBA” fue realizado en el año 2016. Apunta a la creación de una Red Integrada de Servicios de Salud basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, para así lograr el desarrollo de una red de cuidados integrales y progresivos.

consideramos que las proyecciones que se hacen sobre el futuro, difieren también en cuanto al ciudadano que se ve como beneficiario de las transformaciones que se están llevando a cabo en el sistema de Salud Pública.

Un aspecto en particular que generó dos posturas opuestas fue la CUS. Al hablar de los planes a futuro, la implementación de este programa de salud fue una de las principales cuestiones que mencionaron las Trabajadoras Sociales como aspecto problemático que genera temores y molestias. Sin embargo, dentro del equipo UPE-HCE se lo mencionó de manera superficial como una política paralela que se asociará en un futuro a la HCE, ya que persiguen objetivos complementarios. Decidimos dedicar el siguiente apartado a problematizar este aspecto.

4.1.2 Cobertura Universal de Salud (CUS)

Al indagar sobre el aspecto político y partidario de la iniciativa que estamos analizando, encontramos fuertes posicionamientos y cuestionamientos de las Trabajadoras Sociales hacia el modelo de atención de la salud que promueve el gobierno actual, de la ciudad y nacional. El proyecto de la CUS genera grandes tensiones, ya que promueve, en palabras de las entrevistadas, una “*focalización de la atención*”. Encontramos interrogantes acerca de cómo promover una atención integral de la salud si se está proyectando una política con prestaciones reducidas y población nominalizada. Una política que hace tanto énfasis en la delimitación de su población objetivo, apuntaría a ofrecer el mínimo indispensable de prestaciones, al conjunto poblacional más vulnerable. Se estaría sosteniendo, a través de esta política, un achicamiento de los presupuestos estatales destinados a garantizar el acceso a la salud. Si bien la HCE no es presentada como parte de la CUS, todas las entrevistadas la asociaron a esta política:

“Es la CUS. Pasa que, no lo presentan en la Ciudad de Buenos Aires abiertamente diciendo que es la CUS. Entonces por otro lado la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires y la Ley de Salud de la Ciudad no coincide con la política de la CUS. Entonces ahí hay toda una tensión de intereses políticos, no? Pero no el resto del país.”

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

El ideal de extender el derecho a la salud a toda la población aparece socavado por la implementación de una política que se considera excluyente. La HCE representa el instrumento de registro de prestaciones que cada usuario-paciente recibe. Si las profesionales entienden que se está apuntando a ofrecer una canasta básica de prestaciones, registrar las mismas en la HCE estaría en contra del ideal de atención comunitaria e integral de la salud. Encontramos en este aspecto un punto de conflicto clave a la hora de incorporar la herramienta al trabajo cotidiano, ya que al no conocer qué fines está persiguiendo, o suponer que persigue otros más allá de lo explicitado, tienen lugar estrategias que modifican el uso de la misma. Nos surge un interrogante a la hora de pensar las mismas, ya que creemos serían contrarias a un abordaje integral de la salud. Si para evitar la nominalización de la población y el registro de prestaciones, evitamos volcar información que hace al proceso de salud-enfermedad-atención, ¿cómo podemos sostener una mirada integral del mismo? A su vez, insistimos en que la historia clínica es del paciente y no de los profesionales, aspecto que no puede ser ignorado a la hora de decidir no volcar todo lo acontecido en la atención. Por ejemplo, en cuanto a este tema las entrevistadas manifiestan:

“La CUS es la lógica más de ir hacia una cuestión de seguro, entonces la persona tiene una canasta básica de prestaciones, pasada esa canasta básica la persona tendría que tener algo que la asegure para que acceder a las otras cantidad de cosas, eso es lo que entendemos que estamos yendo en camino a, todavía muchas de esas cosas no se implementaron pero hay muchas cosas que ya sí. Por eso por ejemplo cuando se implementó lo del cobro de las obras sociales, lo que dijimos es tengamos cuidado de poner qué hacemos con la persona porque si eso forma parte de una canasta de prestaciones, llegada a una cierta cantidad de consultas a la persona le van a decir ya tenes tu límite de prestación finalizado. Entonces acordamos poner o 'secreto profesional' o 'consulta'... como algo muy vago que no implique dar cuenta de una prestación en particular.”

“La CUS no dice 'voy a excluir' pero uno lo sabe por las experiencias de otros países que cuando se tendió a las coberturas así en realidad terminan siendo solamente como para segmentar a la población y que el subsistema público sólo se ocupe como del remanente de los que no tienen otro tipo de cobertura.”

(Extractos de entrevistas a TS de CeSAC)

Los desacuerdos con el posicionamiento político de la actual gestión en Ciudad y Nación se hicieron presentes en todos los encuentros con trabajadoras de los CeSAC. Ya mencionamos cómo esto a veces generó obstáculos al darse un rechazo inicial a nuestra presencia en el Centro, ante la presunción de que veníamos de parte de un espacio de gobierno, implicando nuestro apoyo al partido político detrás del mismo. La coyuntura actual, en la que el Ministerio de Salud de la Nación bajó de rango a Secretaría, también apareció en los encuentros. Entendemos que para las entrevistadas no es posible desligar la HCE de la CUS, y que las mismas vienen de la mano de un posicionamiento político frente al modelo de atención de la salud que se busca promover. Si bien las entrevistadas recuperan que la informatización de los registros médicos no es en sí un proyecto que apunte a una atención focalizada de la salud, sí entienden que viene de parte de una gestión que apunta a lograr esto. No encontramos palabras más adecuadas para explicitar esto, que las del relato de una de las entrevistadas:

*“Para mi ningún acto público es ingenuo ni absolutamente autónomo de una **intencionalidad** o de una política detrás. Claramente tiene que ver con una política de salud. La HC en sí no me parece un elemento que vaya en contra de hacer cumplir un derecho. Si, el marco en el que viene, que viene en el marco de la CUS, en el marco de **nominalizar** a la población porque la idea de la CUS es minimizar la menor cantidad de población que necesite el sistema público porque el resto va a tener que ir al sistema privado.”*

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

El hecho de que el Ministerio haya pasado a tener un rango jerárquico menor, el de Secretaría, implica una partida presupuestaria menor, un recorte en la dotación de su personal, que las decisiones de gestión queden descentralizadas y la pérdida de un peso simbólico significativo en relación a la salud como un derecho. Entendemos que las entrevistadas encuentran contradictorio que se promueva el acceso a la salud y una atención de calidad a través de políticas como la HCE, cuando a nivel nacional la coyuntura política y las decisiones gubernamentales parecieran estar apuntando hacia el lado contrario. Este aspecto no es menor, ya que nuevamente aparece incertidumbre ante los objetivos que persigue la política, aspecto que apareció en varios de los encuentros sostenidos:

“Todo es político, todo es político. Lo que me queda a mi la duda es, no se. Es una forma de decir, me queda la duda. La extensión y la llegada del derecho a la salud más cercana a la ciudadanía, pero sin Ministerio de Salud. No? Quedó ahí..el planteo. Por eso te digo, todo es político. Miremos eso. Si vos decís mirá se acerca al territorio, o a la persona que vive y se atiende en el barrio, es genial, buenísimo. Estamos llegando a la salud pública colectiva de participación popular, vecinal. Pero después del otro lado decís...No hay ministerio”.

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Recuperamos tensiones, preguntas, mitos y suposiciones que aparecen frente a los cambios que están teniendo lugar en los sistemas de gestión de la información de los pacientes, y en las modificaciones que se están haciendo a nivel estructural y de gestión. Consideramos necesario problematizar estas cuestiones ya que son puntos de conflicto donde chocan prácticas e intereses, pero donde también es posible construir alternativas y posicionamientos colectivos a partir de los cuales aprovechar el potencial que tiene la HCE para mejorar el acceso a la salud de la población, y el derecho a recibir una atención de calidad. Por ejemplo, la información volcada en los registros médicos genera estadísticas y datos epidemiológicos que permitirían una mejor planificación de las políticas públicas, pero hay dudas sobre el uso de los datos que se ingresan en los mismos, apareciendo así un obstáculo para explotar el potencial de esa información.

Para finalizar esta sección incorporamos como síntesis las palabras de Alicia Stolkiner sobre los Derechos Humanos y la Salud, que grafica el carácter paradójico de la política pública analizada y la discusión en torno a la incorporación de la nueva herramienta de trabajo: “El ejercicio pleno de los derechos humanos es una idea-fuerza que puede sostener prácticas antagónicas (...) que se manifiesta también en el campo de la salud. Pero también el discurso de los derechos humanos reaparece en algunas propuestas como construcción de una nueva configuración de sentido para legitimar el poder” (Stolkiner, 2010: 90). Traemos este fragmento para dar cuenta que sosteniendo un discurso o una perspectiva de derechos humanos se pueden diseñar proyectos antagónicos: uno que amplíe derechos y otro que los restrinja. A continuación abordaremos este tema, proponiendo reflexiones a partir de los relatos de las/os entrevistados.

4.2 Uso de la información

La HCE es una herramienta de registro en la cual la información, a diferencia de los registros en papel, se encuentra disponible de manera casi instantánea para todos los profesionales-usuarios del subsistema público de salud que tengan un perfil habilitado para acceder al aplicativo. La posibilidad de acceder a la información depende de los roles asignados por especialidad a cada profesional ya que desde el área informática se asignan permisos diferenciados para cada disciplina y cada función dentro del CeSAC. Más allá de esto, encontramos en las entrevistadas preocupaciones porque en la HCE hay información de los usuarios-pacientes, de la atención que se brinda y de las tareas cotidianas que se llevan a cabo en los centros, que creen que puede ser consultada por personas ajenas al CeSAC. Si bien esta información también existía anteriormente en los registros en papel, la preocupación por el uso de los datos toma mayor peso con la incorporación de herramientas tecnológicas de registro. Los documentos electrónicos proponen un avance en cuanto a la disponibilidad de la información, ya que se superan barreras de accesibilidad vinculadas a la legibilidad de las historias clínicas, y a la unificación de los registros de los pacientes en un solo documento. Además, facilita la generación de información estadística, ya que antes los datos se recolectaban de manera manual, en donde nuevamente aparecían obstáculos como la legibilidad que hoy se encontrarían superados. Si bien todas las entrevistadas valoran los avances que trajo la HCE en estos aspectos, sostienen la preocupación frente al manejo y uso de los datos que ingresan en el sistema de gestión. A continuación ampliaremos el análisis en torno a este punto.

4.2.1 Privacidad y confidencialidad

El resguardo y confidencialidad de la información es un aspecto problemático de los registros médicos electrónicos. En este sentido, son varias las publicaciones y análisis realizados por organismos internacionales donde se potencia la implementación de normativas que regulen el uso de los datos. En un estudio realizado por la OPS (2016), la violación de la confidencialidad es identificada como un riesgo para los pacientes, ya que a través de aplicativos como la HCE, se facilita , el acceso a la información sensible. En nuestro país, la confidencialidad y resguardo de la información está reglamentada por la Ley 5.669, pero encontramos imprecisiones con respecto al cumplimiento de la normativa.

Más allá de la existencia de una reglamentación sobre el uso de la información y gestión de los datos, las entrevistadas manifestaron ciertas alarmas frente a los posibles usos de las historias clínicas. La seguridad y el resguardo en el uso de los datos pasa tanto por cuidar la intimidad de los usuarios-pacientes como proteger el secreto profesional. Identificamos que no se sienten seguras a la hora de registrar en la HCE ciertas prácticas que no tienen respaldo legal o institucional, más allá del secreto profesional, por ejemplo en intervenciones vinculadas a la interrupción legal del embarazo (ILE). Por otro lado, tampoco presentan certezas sobre lo que sucede con la información volcada en los registros. Identificamos mitos y suposiciones alrededor de la nueva herramienta: expresiones como “*se dice que*” dan cuenta de una construcción que permanece en el imaginario de las profesionales y que es necesario desarmar si se propone establecer un uso eficiente de la información en lo que respecta a gestión de recursos y planificación de políticas públicas en salud. Las dudas sobre el destino de los datos aparecieron en varios encuentros, y se pueden sintetizar en el siguiente fragmento:

“Entonces sí está el temor y también sabemos que en otros lugares que como que te da un poco de miedo como la seguridad de la información. En otros países pasó, o se dice que se vendieron datos, entonces uno como que sabe que tal vez esta poniendo un dato de alguien que siempre es la persona como más vulnerable de toda la pirámide social, si le decimos como algo medio bruto. Como las personas y después se venden esos datos y la persona es diabética o asmática quizás no contrato a ese trabajador. Si soy una multinacional y puedo comprar una base. Uno dice entonces, estás poniendo información sensible en cosas que bueno, no te da tanta seguridad que se resguarde la confidencialidad, la privacidad del dato”.

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

En cuanto al resguardo de los y las profesionales, han desarrollado estrategias para continuar con la práctica orientada a un proyecto profesional de ampliación y defensa de los derechos. A modo de ejemplo: no se deja de asesorar en ILE, pero se desarrollan estrategias para evitar posibles repercusiones al registrar la intervención en la HCE. Estas prácticas se vinculan con el resguardo de la información para no dar cuenta de la cantidad de prestaciones que recibió el sujeto, y el cuidado de la privacidad de los pacientes a través del uso de la evolución reservada, hecho que se ve reflejado en el siguiente extracto:

“Ahora yo no sé, tengo mis serias dudas. No es personal la duda, es colectiva, en este lugar de cuán protegida esté esa información y sobre todo teniendo en cuenta que yo trabajo en salud sexual por ejemplo. La gente me cuenta sus cuestiones más íntimas, por cuestiones de salud integral hay cosas que sí valen la pena reescribir, para retomar en otras consultas, reforzar el cuidado por ejemplo y no lo pongo más. Hay cosas que no pongo más, pongo cosas genéricas como para dar cuenta de la intervención pero bueno, no”.

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Dichas estrategias, mediante las cuales se modifica la información volcada en los registros, resultan en datos estadísticos que no muestran un reflejo real de los motivos de consulta de la población. Retomamos el análisis hecho previamente sobre la selección de la información a registrar, ya que nuevamente estamos hablando de estrategias que no solo van en contra del ideal de Salud Integral, sino que también chocan con el ejercicio pleno del derecho del paciente sobre la HCE¹⁶. El uso de la información epidemiológica generada por los sistemas de gestión de la información son otro aspecto del aplicativo que genera inquietudes, sobre las cuales nos abocaremos a continuación.

4.2.2 Estadísticas

La información volcada en los registros es utilizada como insumo para la planificación de planes y proyectos propios de los CeSAC, y para la gestión y ejecución de políticas públicas.

Ya mencionamos cómo se manejaban las historias sociales antes de la HCE: eran guardadas en los archiveros de los servicios sociales y consultadas por otros profesionales sólo cuando lo requerían. La información tenía otro tipo de resguardo, y el uso que se le daba a la misma era distinto: las historias sociales solían tener un uso casi exclusivo del área de Servicio Social, no había formatos unificados de registro y las estadísticas que se generaban eran únicamente del CeSAC, no habiendo cruce de datos entre instituciones. Nos interesa mencionar cómo se extraían datos estadísticos para planificar la tarea cotidiana, y qué cambios tuvieron lugar tras la incorporación del aplicativo.

¹⁶ Apartado 4.1.2 de este trabajo.

La modalidad previa consistía, a grandes rasgos, en información que se pasaba del registro en papel a un Excel.¹⁷ La información era ingresada en el Sistema de Información de Centros de Salud (SICeSAC), a partir del cual se podían consultar únicamente datos sobre la atención brindada en el centro de salud en cuestión. Este sistema era de acceso directo para los equipos de cada institución, y era utilizado para la detección de problemáticas emergentes, dando lugar a intervenciones pensadas y planificadas alrededor de las mismas. Indagando sobre el uso del SICeSAC, encontramos que algunas profesionales lo recuperan como una herramienta que garantizaba un acceso rápido y fidedigno a la información, mientras que otras lo recuerdan como un proceso engorroso, con mucho factor de error humano, y que hoy se ve superado por lo que ofrece la HCE. Las citas a continuación dan cuenta de estas dos posturas:

“Nosotros antes de tener la HCE, más allá de la historia en papel uno lo que hacía era llenar una especie de estadística en la que figuraba el nombre de la persona atendida, el motivo de consulta, si se le daba alguna prestación /dación, la fecha, etc, todo eso iba a una base de datos que se llamaba SICeSAC. Este sistema tenía la ventaja de que toda la información que generaba el Centro de Salud respecto a las personas atendidas, uno la podía consultar. A vos te capacitaban para que vos hagas la consulta al sistema que era un acces común y corriente”

“A ver... hace ya unos años que la atención primaria tenía la posibilidad de cargarlo y se ponía en un ticket, con ese ticket se llevaba al hospital. Porque dependíamos del hospital, no teníamos el centro de atención primaria. Y ahí se cargaban. Como era un Excel podíamos hacer un filtro, podíamos filtrar y ahí teníamos la información. Pero no la misma cantidad de información que tenemos ahora. Porque los instrumentos, las herramientas son otras. Entonces hicimos con otra compañera, cuánto testeo se realizaba o solicitaba el centro de salud y no se le daba respuesta, no se daba la devolución, porque la gente no iba, o perdía el turno, quedaba ahí y nadie se enteraba. Entonces fue un trabajo de hojas, hojitas, porque son estas hojas (agarra una A4), aspi eran las historias clínicas. Entonces era eso que nos cortaba los dedos yendo y viendo cosas. Era otro acceso”.

¹⁷ La información era cargada en el Excel muchas veces por un Data Entry. Su tarea consistía en pasar manualmente a la computadora, toda la información ingresada en cada historia social. Destaca de esta modalidad el gran factor de error humano y la cantidad de información perdida por la letra ilegible o el uso categorías inadecuadas. Además, los tiempos para obtener estadísticas eran significativamente mayores si los comparamos con los tiempos de la HCE, y solo podían consultar información referente al Centro en cuestión.

Cuando indagamos acerca de cómo se accede a los datos, encontramos diferentes apreciaciones. Algunas entrevistadas consideran que el nuevo sistema plantea una barrera para solicitar información: contrario al SICeSAC, que era manejado por ellas y podían consultarlo de modo directo, ahora tienen que solicitar datos a través de una gestión que realiza el director/a del centro. Otras entrevistadas consideran que pedir la información mediante la gestión de un superior no implica un retroceso, ya que se trata solamente de enviar un ticket a Mesa de Ayuda¹⁸ con el detalle de la búsqueda de información solicitada. A su vez, algunas consideran que el sistema nuevo brinda datos que no son representativos de la realidad que se aborda, y otras identifican en esta herramienta un avance en el acceso a datos de gran relevancia para la planificación de la atención en salud. Consideramos que retomar la indagación respecto a los motivos que dan lugar a significaciones tan distintas resulta necesario para superar las dificultades en la implementación y aprovechar el potencial de este nuevo modo de registro. En particular, con la utilidad que los/as profesionales del equipo UPE-HCE consideran que tiene el aplicativo para la política pública, visible en la siguiente expresión:

“Me parece que el salto cualitativo que le da este proyecto al Sistema de Salud es muy importante y no tiene precedentes digamos es histórico, me parece que es un punto en el tiempo que... que hay un antes y un después de cómo se administra un Sistema de Salud. Cuando vos tenés la información en línea para la toma de decisiones podés planificar mejor tus políticas sanitarias”.

(Extracto de entrevista a profesionales de la UPE-HCE)

Las reflexiones en torno a la generación de datos estadísticos y sus posibles usos y beneficios, nuevamente aparecen vinculadas a los objetivos que las entrevistadas entienden que persigue la CUS. Se preguntan sobre el valor que puede tener la estadística generada por los nuevos sistemas de información que permitirían tener a la población identificada y nominalizada e identificar grupos ‘vulnerables’. En este sentido, las entrevistadas se preguntan si esto no resultará en un recorte de los recursos y servicios destinados a esta población, es decir, sino se

¹⁸ Explicado en capítulo II del presente escrito.

dará una focalización de la política pública teniendo como insumo la información en detalle sobre el uso que cada usuario-paciente hará del sistema de salud y sus prestaciones.

Entendemos que el resguardo e incomodidad en el registro de las intervenciones profesionales atraviesa varias dimensiones. Habiendo problematizado dos aspectos centrales como la privacidad y el uso de estadísticas, dedicaremos unas líneas a los cambios en la gestión y asignación de recursos a partir de la implementación de la HCE.

4.2.3 Gestión de recursos y agenda de turnos

Dentro de los diversos puntos de análisis sobre las transformaciones que generan las nuevas tecnologías en salud en los CeSAC, en el presente acápite nos centraremos dos aspectos: la incorporación de las agendas electrónicas y la asignación y gestión de recursos materiales. Encontramos que las entrevistadas vinculan a la HCE con un objetivo político de uso eficiente del gasto y el control del trabajo de los/as profesionales. Se sospecha que la información ingresada en los formularios tiene como objetivo implícito la reducción presupuestaria y el manejo de la agenda de los/as trabajadoras bajo un ideal de “eficacia y productividad”.

Las agendas en salud son una instancia de organización de las consultas que los diferentes usuarios o grupos realizan a los efectores de la salud. No obstante, los profesionales Trabajadores Sociales no han incorporado esta metodología de trabajo, precisamente por el tipo de intervención y de tareas que realizan. A partir de lo relatado por las entrevistadas, podemos dar cuenta que muchas de las horas de su carga laboral están destinadas a tareas de grupo, comunitarias, extramuros, vinculaciones, relaciones con otras instituciones -educativas, de esparcimiento-, o yendo a domicilios a localizar alguna familia o persona que no haya realizado cierto tratamiento. Es decir, nuestra profesión no ha organizado su tiempo y tipos de intervención en relación a una organización del trabajo a través de una agenda de turnos. A partir de ello, en relación a la incorporación de agendas electrónicas, las entrevistadas han manifestado una alerta o preocupación en relación al uso que se hará de esas ‘agendas’. Algunas de ellas sostienen que esta gestión está muy centrada en un análisis de eficacia-eficiencia en relación al tipo de trabajo realizado y su ‘producción’, enmarcada en un contexto de recorte de recursos, como la falta de algunas vacunas, o el déficit en la entrega de leche (componentes claves dentro de la estrategia de la atención primaria de la salud). En las propias palabras de las protagonistas:

“En ellas estará registrado cómo los profesionales trabajadores “utilizamos” nuestro tiempo para la atención, dando turnos (espontáneos o programados) a quienes requieren de nuestro servicio. Así se podrá ver nuestra “producción” en relación a la cantidad de los usuarios atendidos. Se verá cuántos “pacientes vienen o no.. y serán datos creemos a utilizarse en el sentido de medir la producción del trabajo”

(Extractos de entrevistas a TS de CeSAC)

Por otro lado, distinguimos que este aspecto es una variable que depende de la organización propia de cada uno de los Centros, y de la realización de acuerdos y arreglos entre las/os Trabajadores Sociales respecto a la organización de sus funciones y tiempos con el o la directora del Centro de Salud. Es decir que, en definitiva, la organización del tiempo depende en gran medida de la relación que el jefe/a del CeSAC haya establecido con sus trabajadores y la cultura institucional que ese grupo de trabajo le haya impreso a su ámbito laboral.

La creencia de que la información volcada en los registros electrónicos sobre las prestaciones brindadas a la población puede ser utilizada para la gestión de los recursos humanos aparece vinculada también al uso y asignación de recursos materiales de los centros de salud. El modelo de atención que se busca promover desde la política pública se refleja en las partidas presupuestarias destinadas a cada sector y programa, consideramos que “la priorización - más recursos o mejor organización - depende de la circunstancia enfrentada y de la posición más o menos progresista - en el sentido de favorecer a los grupos más desprovistos de los segmentos dirigentes”(Testa;1988;p6).

Nuevamente encontramos luces y sombras en cuanto al manejo de los insumos a partir de la incorporación de la HCE. Las entrevistadas rescatan como positivo que el registro de actividades comunitarias y la generación de datos estadísticos permite dar cuenta de los recursos que se necesitan en el centro, de los medicamentos que están faltando y de las especialidades médicas de mayor demanda de atención. A su vez, tanto desde el equipo UPE-HCE como las trabajadoras sociales recuperan lo positivo de reducir gastos innecesarios como, por ejemplo, una nueva placa radiográfica ante la pérdida de la misma, o una aplicación innecesaria de vacunas porque se perdió el carnet de vacunación. Esto último no solo ofrece un uso del gasto más eficaz, si no que hace al bienestar de los usuarios-pacientes, ya que evita que se expongan a tratamientos innecesarios o irradiación extra para hacer una nueva placa. Además, destacan que ahorran a

ciudadanos trámites adicionales para cada tratamiento o prestación que implican un traslado físico para solicitar o retirar un estudio, ya que la gestión se realiza a través de los nuevos sistemas informáticos, y los resultados de los análisis pueden ser cargados en esta plataforma. El siguiente fragmento da cuenta de lo antedicho:

“Y a ahorrar recursos también porque que no se te pierda la información que tenés, que no se pierda el carnet de vacunas, que no tengas que... Cuando se pierde un carnet de vacunas y vos no sabés qué vacunas tiene, si sos personal sanitario tenés que hacer esquemas de re-vacunación entonces, solo porque se perdió el carnet! Vos asumís que el paciente no tiene todas las vacunas que tiene que tener y se las das de nuevo. A todas, a casi todas. Eso es una pérdida, un gastadero de recurso tremendo. Eso, que se pierden las placas, me dejé la tomografía en el tren... Eso por un lado. Hemos tenido la oportunidad de entrevistar algunas pacientes y, es lo que más ven como positivo, que ya no se tienen que andar acordando ni trayendo los papeles, porque todo queda como guardado en la historia. O sea, tanto la continuidad del cuidado como decía L, como el ahorro, sí el ahorro de recursos no solo de recursos en plata sino también de calidad de vida. Si vos perdés una radiografía y te vuelven a irradiar, es radiación que estás recibiendo de más porque perdiste algo”.

(Extracto de entrevista a profesionales de la UPE-HCE)

Sin embargo, y nuevamente en sintonía con la presencia de la CUS, consideran que este nuevo formato de registro también puede ser utilizado con el objetivo de focalizar y reducir la atención brindada. Las estrategias que modifican el registro de las prestaciones brindadas y los recursos utilizados dan cuenta de esta tensión entre el potencial de uso de la herramienta para beneficio de la población, y una posible limitación del acceso al derecho a la salud.

Habiendo finalizado el análisis y problematización de los datos recolectados, esperando haber generado en el lector nuevos interrogantes, expondremos en el próximo capítulo las reflexiones finales que surgieron a partir de este trabajo de investigación.

Reflexiones finales

A lo largo de la presente investigación hemos analizado y reflexionado en torno a la incorporación de tecnologías de la información y la comunicación a los espacios de intervención profesional. Haciendo hincapié en las formas de registro, hemos identificado los cambios que tuvieron lugar en la tarea cotidiana y en las dinámicas al interior de los CeSAC. En paralelo, nos aventuramos hacia los espacios de planificación y gestión de políticas públicas, para recuperar las visiones de quienes implementan las nuevas herramientas que transforman la atención de la salud de la población.

A través de los relatos de las Trabajadoras Sociales de los CeSAC hemos recuperado cómo fue el proceso de implementación del aplicativo, su participación en el mismo, y cómo finalmente incorporaron la herramienta a su trabajo.. Indagamos acerca de los posicionamientos y percepciones en torno a una nueva modalidad de registro, y los cambios que implica en el quehacer profesional. Buscamos explicitar los objetivos políticos que perciben en torno a la nueva herramienta, trayendo a la luz dudas e inquietudes que hasta el momento de escribir esta investigación, no han sido resueltas.

Encontramos una distancia considerable entre las percepciones que tienen las Trabajadoras Sociales y los miembros del equipo UPE-HCE, respecto al impacto y potencialidad que tiene esta política pública. En la mayoría de los aspectos relevados, encontramos posturas antagónicas que consideramos deben ser incorporadas al debate que acompaña a la implementación de la herramienta. Nos preguntamos si las mismas se deben puramente a rechazos de índole político-partidaria, si son problemas de comunicación entre áreas, si hay resistencias a cambiar formas de trabajo ya internalizadas, o si se trata de un choque entre dos maneras de concebir la salud de la población.

Sumamos una reflexión en torno a las posturas que encontramos al interior del colectivo profesional. Están quienes valoran la posibilidad de ingresar categorías construidas con sus propias palabras, y quienes manifiestan la necesidad de crear un listado consensuado. Valoran el acceso a información de los usuarios-pacientes de manera ágil, facilitando el conocimiento de sus realidades y la planificación de estrategias de intervención y, sin embargo, encontramos estrategias que obstaculizan esta funcionalidad. Frente a esto, nos preguntamos si quienes problematizan aspectos conceptuales y políticos lo hacen desde una formación y actividad

académica y militante, y si por el contrario, quienes problematizan aspectos más vinculados al cotidiano del CeSAC hablan desde la inserción institucional.

Desde el equipo de diseño del aplicativo se resalta como un avance el hecho de que, a partir de su incorporación en los CeSACs, se puedan gestionar de manera local las problemáticas y demandas sociales que se presenten. Encontramos un discurso basado en un modelo de gestión participativa y toma de decisiones horizontal que no se ve reflejado en los discursos de las Trabajadoras Sociales entrevistadas. Desde el territorio lo que se observa es que este proceso de incorporación de la herramienta fue vivido como una imposición desde un ámbito externo que no tuvo en cuenta la realidad cotidiana de los espacios de trabajo a los que se incorporaba.

Cada CeSAC es un mundo

Reflexionamos también sobre la lógica de trabajo de cada Centro de Salud, en donde notamos un fuerte arraigo de las profesionales con sus instituciones. Cada profesional entrevistada se refirió al CeSAC donde trabaja como una institución con dinámicas propias y distintas a sus equivalentes en otros barrios. Se aclaraba y reforzaba que cuando hacían evaluaciones o planteos, lo hacían desde su institución, no pudiendo hablar por los otros. Pareciera que “cada CeSAC es un mundo” que se construye alrededor de la voluntad y el ejercicio de todos los profesionales que hacen ese espacio, es decir la cultura institucional que se haya incorporado en ese espacio concreto de trabajo. Esto se ve reflejado en el modo de intervención que un grupo de profesionales decide llevar adelante. Existen directivas, protocolos, líneas priorizadas y modelos de intervención desde la prevención y la promoción de la salud, que se establecen a nivel nacional y en particular, en el ámbito de la Ciudad, que observamos en cada Centro se materializan de distintos modos. Esta dinámica también se presenta en el uso que hagan de la nueva tecnología incorporada: si les parece de relevancia a la hora de pensar estrategias de intervención, si la consideran una herramienta útil que arroje información de calidad para gestionar los Centros, es decir depende de cada institución en última instancia, el modo apropiación de esa herramienta y uso que hagan de la misma.

Desafíos para la profesión

Reforzamos un punto que fuimos presentando a lo largo de toda la investigación: creemos necesario que el colectivo profesional de Trabajadores Sociales se convoque a problematizar las formas de registro y las categorías utilizadas, entendiendo que la HCE tiene un gran potencial para poner de relieve las problemáticas sociales que aquejan a la población con la que trabajamos. Aparece una modalidad de uso y gestión de la información a la cual es preciso sacarle provecho, entendiendo que el ejercicio profesional debe estar “siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales” (Ley N°27072;2014). Convocamos a la construcción de una postura consensuada y colectiva frente a los cambios generados en las formas de registro, tanto del proceso de atención como de registro de la misma.

Es necesario promover el debate en el colectivo profesional para discutir la construcción de categorías, y así generar datos epidemiológicos que den cuenta de las necesidades y vulneración de derechos que constantemente atraviesa la población que utiliza los servicios brindados en los efectores de salud.

Salud Integral

A partir de las entrevistas realizadas a integrantes de la UPE-HCE y el propio recorrido en ámbitos de Salud, nos preguntamos si las tensiones que surgen hacia el interior de los Servicios Sociales frente al uso de categorías pre-establecidas, y en los equipos de gestión de la HCE frente a las exigencias de diversos profesionales del Trabajo Social en los Centros, no son indicadores en definitiva, de diferentes formas de concebir los procesos de salud y enfermedad. Y en este sentido es que proponemos la siguiente reflexión que realiza Mario Testa en torno a los sustentos teóricos y políticos que dan forma a la estrategia de atención primaria: “la conciencia sanitaria consiste en la conceptualización que cada grupo tiene acerca del proceso salud enfermedad. Este es el elemento central de lo que se puede identificar como la ideología sanitaria, la cual confrontada con la ideología social constituye el núcleo de la conformación ideológico política en los conflictos que se suscitan en torno a los problema de salud. Para la ideología sanitaria biologicista los problemas de salud son individuales y consisten en un apartarse de la normalidad biológica, básicamente mediante la atención de problemas de

enfermedad que presentan las personas: atención médica. La visión social implica una determinación de la salud que se incorpora a la determinación de lo social general; es decir, que no se satisface mediante la incorporación de variables sociales en el análisis de los problemas de salud, sino que busca una misma y única explicación para las formas globales del comportamiento social —la economía, la política— y del comportamiento de la salud del conjunto de la población”(Testa,1988:8).

Consideramos de suma importancia reflexionar en torno a lo que se dice y lo que efectivamente se hace. En uno de nuestros últimos encuentros con quienes trabajan en la mejora y en el uso que se hace de los datos volcados en la plataforma, apareció que este instrumento tiene un tinte muy clínico, volcado a la atención asistencial.

Insistimos en que la incorporación de una herramienta que pretenda promover una mirada de salud integral debe ser acompañada y estar en concordancia con otros componentes de la gestión en salud. Habiendo identificado como hecho contradictorio que el Ministerio de Salud hoy sea Secretaría, es necesario continuar indagando y cuestionando qué modelo de atención de la salud promueven estas políticas. Sigue vigente todavía una reglamentación que restringe la posibilidad de ser director/a de un centro de salud únicamente a profesionales médicos, sosteniendo una perspectiva bio-médica que nuevamente choca con los objetivos a los que apunta la HCE.

Esperando haber generado nuevos interrogantes y con la intención de haber movilizad al lector a problematizar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, decidimos finalizar nuestro trabajo de investigación con las palabras de una de las entrevistadas:

“Que me parece muy interesante, la tecnología como en cualquiera ámbito tiene sus aspectos negativos y positivos y creo que no nos podemos negar al avance que significa y aggiornarnos a nivel mundial, el avance de la tecnología y la HC, está bueno poder cuestionarnos cuál es lo negativo y lo positivo para mejorar nuestro trabajo. Nosotras que siempre enfatizamos tanto en el registro como instrumento de trabajo. Me parece que alguien pueda investigar y sentarse a pensar y analizar, me parece bárbaro el tema que eligieron”.

(Extracto de entrevista a TS de CeSAC)

Bibliografía

ALVARADO LÓPEZ, Raúl Arturo (2018). “Ciudad inteligente y sostenible: hacia un modelo de innovación inclusiva” CONACYT-INFOTEC, México

ARIAS, Ana; ZUNINO, Eleno. & GARELLO, Silvana. Et.Al. (2013). “El proceso metodológico y los modelos de intervención profesional. La impronta de su direccionalidad instrumental y su revisión conceptual actual”. En: Departamento de publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. 1a Ed. Buenos Aires.

BERNAZZA, Claudia (2016). “Bienvenidos al pasado”. Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 6 N° 11 (Julio - Diciembre 2016) ISSN 2362-2105 (ed. digital).

CARBALLEDA, Alfredo (2008). “La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas”. Revista Margen n°48. Buenos Aires

CALVET, Joan “Las TIC y la salud Universitat Oberta de Catalunya Las TIC y la salud”. PID_00172644. Disponible en <https://www.hospitalitaliano.org.ar/>. Fecha de Consulta: Junio 2019

CARMELO, Gustavo (2017) Historia Clínica, Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria. Disponible en <http://salud.gov.ar/dels/>. Fecha de consulta: Junio 2019.

CAZZANIGA, Susana (2005). “El abordaje desde la singularidad”. Cuadernillo temático, n. 22. Material de la carrera de Trabajo Social. Buenos Aires: UBA.

CAZZANIGA, Susana (2009) “Intervención en Trabajo Social”. Fac. de Trabajo Social, Univ. Nac. de Entre Ríos. Ficha de cátedra.

CHICA RICO, Mariana Estefanía; SANAGUA, Cecilia; VENTURINI, Natalia.(2008) “Nuevas técnicas de Investigación en Trabajo Social”.Licenciatura en Trabajo Social Universidad Nacional de Catamarca.

CIUFFOLINI,Beatriz - JURE,Humberto (2017). “Abordaje Integral del proceso Salud Enfermedad Atención”.

ELICHIRY, Nora. (1987). La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En N. Elichiry (comp.), El niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio (333-341) Buenos Aires, Nueva Visión.

GIUSSI, María; BAUM, Analía; PLAZOTTA, Fernando; MUGUERZA, Pablo; GONZÁLEZ BERNALDO DE QUIRÓS, Fernán (2017). “Change management strategies: transforming a difficult implementation into a successful one”. SeriesStudies in Health Technology and Informatics, p813 - 817.

Guia para equipos de facilitadores de la Red Pública de Salud AMBA (2018).“Como facilitar la implementación de una red integral de servicios de salud en el componente de gestión y atención de la APS”.Buenos Aires.

GUBER, Rosana (2004). “El salvaje metropolitano”. Buenos Aires: Paidós.

IERULLO, Martín (2012). “Reflexiones acerca de los desafíos del Trabajo Social en relación a la investigación en Ciencias Sociales” .Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social”, Año 2 - Nro. 3 (págs. 193 – 202), Buenos Aires.

MENÉNDEZ, Eduardo (1988). “Autoatención y participación social: estrategias instrumentos en las políticas de atención primaria”. México, CIESAS.

Ministerio de Salud GCBA.“Plan-del-Ministerio-de-Salud 2016 - 2030”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Organización Panamericana de la Salud. (2016). “Registros médicos electrónicos en América Latina y el Caribe: Análisis sobre la situación actual y recomendaciones para la Región”.OPS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310713>. Fecha de consulta: Junio 2019

PELLEGRINI, Nicolás; MALLARDÍ Manuel; BURDART, Clarisa; Moleda, Marcela. Seminario: “el proceso dialógico en el ejercicio del trabajo social. contribuciones analíticas para repensar la intervención profesional”, Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

PÉREZ, María Cecilia (2011) en Mallardí, Maue; OLIVA, Andrea. “Aportes táctico operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social”.

Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; .Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100.

SOUSA CAMPOS, Gastao (2001). Gestión en Salud en Defensa de la Vida. Buenos Aires: Editorial Lugar.

STOLKINER, Alicia (2010) “Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente”.

TESTA, Mario (1988). Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas.. p. 75-90.

Marco Legal

Ley 26.529 (2009). “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina

Ley 5.660 (2016). “Ley de historia clínica electrónica. Creación del sistema integrador de historias clínicas electrónicas y el registro de historias clínicas electrónicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires

Ley 27.072 (2014). “Ley Federal del Trabajo Social”. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina

Decreto 434/2016. “Plan de Modernización del Estado. Aprobación”. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000-259999/259082/norma.htm>. Fecha de consulta: Octubre 2018

ANEXOS

Anexo 1: Guía de entrevista a profesionales del equipo UPE-HCE

Perfil del entrevistado

- 1) ¿A qué te dedicas? (Profesión)
- 2) ¿Cuál es tu rol dentro del proyecto de la Historia Clínica Electrónica?
- 3) ¿Hace cuánto formas parte del mismo?
- 4) ¿Qué te llevó a formar parte del mismo?
- 5) ¿Con qué otras profesiones te lleva a vincularse este proyecto?

Historicidad y diseño de la herramienta

- 1) ¿Cómo surge el proyecto de la HCE para el Subsistema Público de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires? ¿Fue iniciativa de algún organismo en particular, algún ministerio?
- 2) ¿Cuáles fueron los motivos que impulsaron el desarrollo de la HCE?
- 3) ¿De qué organismo depende el desarrollo del proyecto de HCE? ¿Cómo fue financiado?
- 4) ¿En qué año se inició el diseño del proyecto de HCE? ¿Qué decisiones se tomaron con respecto al desarrollo del aplicativo de HCE? ¿Cuándo comenzó el proceso de implementación?
- 5) ¿Qué actores formaron parte de las instancias de diseño y planificación? (disciplinas, profesiones)
- 6) ¿Qué objetivos se propone lograr con el uso de la HCE? ¿Hay alguna meta establecida? ¿Cuál es la finalidad?
- 7) En cuanto a los profesionales que forman parte del proceso de diseño, ¿cuál es el papel que juega cada profesional, cada disciplina?
- 8) ¿Se convoca a profesionales del Subsistema de Salud Público a las instancias de diseño? ¿En qué momento se los convoca y con qué fin?
- 9) En cuanto al proceso de implementación, nos interesa conocer las profesiones presentes en este momento, y a su vez la función que cada una tiene.
- 10) Durante el proceso de implementación, ¿se convoca a los profesionales del Subsistema Público de Salud? En caso de convocarlos, ¿qué rol cumplen?
- 11) ¿Hubo resistencias a la implementación en algún ámbito? ¿En cuál? ¿Qué obstáculos y facilidades identifican?
- 12) Frente a las resistencias, ¿aplicaron algún tipo de estrategia? ¿Cuál/es?
- 13) ¿Identificás profesionales o grupos que hayan mostrado mayor resistencia o mayor apertura? ¿Se te ocurre algún motivo por lo que haya sido así?
- 14) ¿Pensas que la HCE responde a algún modelo de Sistema de Salud? ¿Podés identificar cual? ¿Pensas que se ubica dentro de un proyecto político y/o social? ¿Podés relacionarlo con objetivos o cambios a escala

global, como por ejemplo los objetivos de desarrollo de la ONU?

- 15) A la hora de diseñar y pensar la herramienta, ¿podrías describir cuál y cómo es el usuario del sistema de Salud y a los profesionales a los cuales se apunta? ¿Se piensa en un beneficiario directo? ¿Cuál? ¿Por qué? ¿Podés identificar algún perfil o características prevalecientes?
- 16) ¿La HCE fue pensada para el primer nivel de atención o para todos los niveles del sistema de salud? En caso de haber sido diseñada para todos los niveles de atención, ¿se concibe el mismo aplicativo o se propone alguna modificación al mismo?

Monitoreo y evaluación

- 17) ¿Consideran que se han cumplido los objetivos propuestos en la planificación? ¿Tuvieron alguna devolución por parte de los profesionales que la usan?
- 18) ¿Se consulta a los profesionales que utilizan la herramienta sobre posibles modificaciones? ¿Cómo es ese circuito de consulta y/o modificación?
- 19) ¿Realizaron modificaciones? ¿Cuáles?
- 20) ¿Se realiza un monitoreo? ¿Cada cuánto? ¿Qué aspectos se evalúan?
- 21) ¿Se consideran, además, las apreciaciones sobre la HCE de la población usuaria y de la comunidad? ¿Se le informó a la comunidad acerca de la implementación de la HCE?
- 22) Desde tu punto de vista ¿Cuál pensás que fue el mayor beneficio de la HCE? ¿En qué aspecto pensas que habría que reforzar?
- 23) ¿Identificás aspectos a mejorar/fortalecer/cambiar?

Planes futuros

- 24) ¿Cuales son las proyecciones a futuro en cuanto a la implementación y alcance del instrumento?
- 25) ¿Se proyecta el uso de la herramienta por fuera del ámbito de la Salud, creando redes de trabajo interinstitucional? ¿Lo considerarás como algo prioritario?
- 26) ¿Queres decirnos algo como comentarios finales y/o sugerencias?

Anexo 2: Entrevista a Trabajadoras Sociales de los CeSACs.

Ejercicio profesional de la TS

- 1) ¿Cuál es tu nombre? ¿Donde estudiaste Trabajo Social?
- 2) ¿Cuál es tu trayectoria en el Sistema Público de Salud?
- 3) ¿Cómo describirías, a grandes rasgos, el rol de la especialidad del Trabajo Social en el marco de los Centros de Salud y Acción Comunitaria?
- 4) ¿Cuál es tu rol en este CeSAC ?¿Qué tareas realizas?¿ Podrías describirnos un día típico dentro del CeSAC?
- 5) ¿Cómo es el contacto con los usuarios? ¿Cómo llegan al servicio de Trabajo Social del CeSAC?
- 6) ¿Podrías describir cómo es, usualmente, el diálogo y trato con los usuarios que se acercan al Servicio?
- 7) ¿Se realiza un seguimiento desde el área de servicio social a las familias/sujetos/casos? Cómo se realiza?
- 8) ¿Cuáles son las herramientas de registro y de intervención que usas?
- 9) ¿Cómo es la relación con otras disciplinas dentro de la institución?
- 10) ¿Se trabaja en red con otras instituciones?

Población usuaria del CeSAC

- 11) ¿Cómo caracterizarías a la comunidad del área programática de este CeSAC?
- 12) ¿Se corresponde el área programática con el área de referencia?
- 13) ¿Cuáles son las demandas o problemáticas más frecuentes que requieren la intervención del Trabajo Social?

Implementación de la HCE

- 14) ¿Cómo fue la implementación de la HCE en los CeSAC de CABA? ¿Cómo se tomó la decisión?
- 15) ¿Te acordas como fue el proceso de implementación dentro de este CeSAC de la HCE?
- 16) ¿Hubo o hay posiciones a favor y/o en contra?¿A que se lo adjudicarias?
- 17) ¿Considerás que están dadas las condiciones para usar esta herramienta? (infraestructura y capacitación profesional)
- 18) ¿Qué objetivos se propone, para vos, la incorporación de la HCE a los CeSAC de CABA? ¿Hay alguna meta establecida? ¿Cuál es la finalidad?
- 19) Si hay alguna modificación y/o sugerencia que quieras realizar, ¿existen canales para que puedas realizarlas? ¿Cómo es ese circuito?

- 20) ¿Pensas que responde a algún modelo de Sistema de Salud? ¿Podés identificar cual? ¿Pensas que se ubica dentro de un proyecto político y/o social? ¿Podés relacionarlo con objetivos o cambios a escala global, como por ejemplo los objetivos de desarrollo de la ONU?
- 21) ¿Pensás que la implementación de la HCE tiene alguna relación con la implementación de la CUS en la Ciudad de Buenos Aires.? ¿A partir de la implementación de la HCE, podés identificar algún cambio en el trato con los usuarios-pacientes, con otros profesionales, con la institución en general?

Reflexiones en torno a la incorporación de la HCE como herramienta de registro / como recurso para la intervención

- 22) ¿Usás la HCE? ¿Cómo y para qué? (sólo lectura, lectura y registro/durante el diálogo o posterior)
- 23) Desde tu punto de vista ¿Cuál pensás que fue el mayor beneficio de la HCE? ¿En qué aspecto pensas que habría que reforzar?
- 24) ¿Podrías mencionar si viste modificada tu práctica de trabajo cotidiana a partir de la implementación de esta herramienta? ¿Cómo?
- 25) ¿Le modificarías algo? ¿Considerás que la implementación de la HCE modificó de alguna manera la accesibilidad de los usuarios al sistema de Salud?
- 26) ¿Considerás que la implementación de la HCE tiene efectos sobre el trabajo interdisciplinario? ¿Cómo y Por qué?
- 27) ¿Crees que existe un vínculo entre la HCE y la accesibilidad al Sistema de Salud?
- 28) ¿Considerás que la implementación de la HCE puede modificar o modificó la relación con el segundo nivel de atención de la salud? (Referencia y contrarreferencia)
- 29) ¿Tiene utilidad para la gestión de políticas públicas? ¿Qué utilidad le encontrás para la intervención del TS en los CeSAC?
- 30) ¿Nos querés hacer algún comentario final?

Anexo 3: Ley de Historia Clínica Electrónica

Buenos Aires, 27 de octubre de 2016.-

La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sanciona con fuerza de Ley

LEY DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.
CREACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADOR DE HISTORIAS CLÍNICAS
ELECTRÓNICAS Y EL REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS
DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

TÍTULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

Artículo 1º.- Establécese el Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) para todos los habitantes que reciban atención sanitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a cuyo efecto se crea por la presente la Base de Datos única, que permitirá el almacenamiento y gestión de toda la información sanitaria, desde el nacimiento hasta el fallecimiento, contenida en historias clínicas electrónicas, en los términos de esta ley y su reglamentación.

Los datos obtenidos durante el período que se extienda la gestación deben ser consignados en la historia clínica de la progenitora.

Artículo 2º.- Objeto. La presente Ley tiene por objeto la integración y organización de la información sanitaria de las personas en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; regular el funcionamiento, los principios y los estándares con que debe gestionarse la misma mediante el uso de tecnologías apropiadas; mejorar la eficiencia del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como:

Regular el funcionamiento del Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE);
Fijar los parámetros para la confección de sistemas de historia clínica electrónica;

Garantizar a los pacientes el acceso a la información sanitaria contenida en las historias clínicas electrónicas, conforme lo establecido por la Ley 153 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;

Promover la aplicación de un sistema de seguridad que garantice la identificación unívoca de las personas, la confidencialidad, veracidad, accesibilidad e inviolabilidad de los datos contenidos en la Historia Clínica Electrónica (HCE), perdurabilidad de la información allí volcada y recuperabilidad de los archivos.

Artículo 3º.- Aplicación. La presente Ley es de aplicación para el registro de todas las prestaciones sanitarias efectuadas en el ámbito del territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 4º.- Definiciones. A los fines de la presente ley se entiende por:

1. Acceso / Accesibilidad: posibilidad de ingresar a la información contenida en las historias clínicas electrónicas. Debe garantizarse que la información esté disponible en todo momento y en todos los establecimientos asistenciales con asiento físico en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El acceso debe estar limitado tanto por el derecho fundamental a la privacidad del paciente como por los mecanismos de seguridad necesarios, entre los que se encuentra la autenticación. Existen por lo menos tres niveles de acceso: el de consulta, el de consulta y actualización y por último el de consulta, actualización y modificación de la información, de conformidad con lo establecido en la presente Ley.
2. Administrar: manejar datos por medio de su captura, mantenimiento, interpretación, presentación, intercambio, análisis, definición y visibilidad.
3. Autenticar: controlar el acceso a un sistema mediante la validación de la identidad de un usuario, a través de un mecanismo idóneo.
4. Autoría: cualidad de poder identificar de forma unívoca a cada uno de los profesionales que ingresa o modifica los datos, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 25.506 y sus modificatorias.
5. Base de datos: conjunto organizado de datos pertenecientes a un mismo contexto y almacenados sistemáticamente para su posterior uso.
6. Certificación: procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso, sistema o servicio se ajuste a las normas oficiales.
7. Confidencialidad: los datos contenidos en la historia clínica electrónica deben ser tratados con la más absoluta reserva. La información contenida en la misma no está disponible y no es revelada a individuos, entidades o procesos sin autorización del paciente, su representante legal, derechohabientes o disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente.

8. Documento digital, firma electrónica y firma digital: conforme lo establecido por la Ley Nacional N° 25.506, Ley 2751 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y normas modificatorias y complementarias de las mismas.

9. Durabilidad: cualidad de la información por la cual la misma está protegida del deterioro.

10. Establecimientos asistenciales: son aquellos que conforman el conjunto de recursos de salud de dependencia: estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad, conforme lo establecido por el artículo 10 de la Ley 153 “Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires”.

11. Estándares: reglas que contienen las especificaciones y procedimientos destinados a la generación de productos, servicios y sistemas confiables y escalables. Estos establecen un lenguaje común, el cual define los criterios de calidad, seguridad e interoperabilidad de la información.

12. Finalidad: el sistema de Historia Clínica Electrónica (HCE) tiene como fin principal la asistencia sanitaria y los datos contenidos en la misma no pueden ser utilizados en forma nominada para otros fines.

13. Historia Clínica: de acuerdo con lo establecido por la Ley N° 26.529, 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.

14. Historia Clínica Electrónica: historia clínica cuyo registro unificado, personal y multimedia, se encuentra contenido en una base de datos, administrada mediante programas de computación y refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normativa aprobada por la autoridad de aplicación de la presente ley, como órgano rector competente. La Historia Clínica Electrónica (HCE) es sinónimo de historia clínica informatizada ó historia clínica digital. Forman parte de la Historia Clínica Electrónica (HCE) los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas y/o profesionales, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, certificados de vacunación, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas. Asimismo, la Historia Clínica Electrónica (HCE) y el Dispositivo Sanitario Electrónico deben contener el registro de la voluntad del paciente de donar sus órganos de acuerdo y al amparo de la Ley 3294, la Ley Nacional de Trasplante de Órganos y Tejidos N° 24.193 y su modificatoria N° 26.066 y/o la condición de donante voluntario de sangre. Las historias clínicas son propiedad de los pacientes, y son administradas por los establecimientos de salud o los servicios médicos de apoyo.

15. Información sanitaria: a los registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes incluidos en el punto 14°; antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos de las personas; y cualquier acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro

de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas; desde el registro perinatal hasta el fallecimiento. La información sanitaria es sinónimo de información clínica.

16. Integridad: cualidad que indica que la información contenida en el sistema informático para la prestación de servicios digitales permanece completa e inalterada y, en su caso, que solo ha sido modificada por la persona autorizada al efecto, de conformidad con lo dispuesto en la presente Ley.

17. Interoperabilidad: capacidad de los sistemas de diversas organizaciones para interactuar con objetivos consensuados y comunes, con la finalidad de obtener beneficios mutuos. La interacción implica que los establecimientos de salud compartan información y conocimientos mediante el intercambio de datos entre sus respectivos sistemas de tecnología de información y comunicaciones.

18. Inviolabilidad: cualidad que indica que la información no puede ser adulterada.

19. Oportunidad: el principio de oportunidad establece que el registro que realice el profesional actuante en la historia clínica electrónica debe ser simultáneo o inmediatamente después de la ocurrencia de la prestación de servicio.

20. Paciente: beneficiario directo de la atención de salud.

21. Portabilidad: el paciente, su representante legal o sus derechohabientes pueden disponer de una copia de la historia clínica electrónica, ya sea en soporte electrónico o en papel, si así lo solicitaran.

22. Prestación sanitaria o “asistencia a la salud”: toda consulta, reconocimiento o acto sanitario brindado por profesionales o auxiliares de la salud en establecimientos asistenciales, públicos, privados o de la seguridad social, o en consultorios particulares.

23. Privacidad: el paciente tiene en todo momento derecho a conocer los datos consignados en la Historia Clínica Electrónica (HCE), conforme a lo dispuesto por la Ley N° 25.326 de protección de datos personales y la Ley 1845 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los datos consignados en la Historia Clínica Electrónica (HCE) son considerados datos personales, confidenciales y sensibles, por lo que el paciente tiene en todo momento derecho a conocerlos, conforme a la Ley N° 25.326 de protección de datos personales. En caso de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma debe ser brindada a su representante legal o derechohabientes.

24. Profesionales y Auxiliares de la Salud: se entiende por tal a los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud autorizados, como así también a todo aquel que ejerza una profesión o actividad vinculada con la salud humana en establecimientos asistenciales.

25. Seguridad: preservación de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, además de otras propiedades, como autenticidad, responsabilidad, no repudio y fiabilidad.
26. Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información: parte de un sistema global de gestión que basado en el análisis de riesgos, establece, implementa, opera, monitorea, revisa, mantiene y mejora la seguridad de la información. El sistema de gestión incluye una estructura de organización, políticas, planificación de actividades, responsabilidades, procedimientos, procesos y recursos.
27. Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas: sistema de información que cada establecimiento de salud implementa y administra para capturar, manejar e intercambiar la información estructurada e integrada de las historias clínicas electrónicas en su poder.
28. Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas: es un repositorio que debe contener toda la información sanitaria de los pacientes contenida en las historias clínicas electrónicas, el que se debe encontrar disponible para su consulta mediante redes electrónicas de información de uso público, en los términos que establezca la presente Ley y su reglamentación.
29. Trazabilidad: cualidad que permite que todas las acciones realizadas sobre la información y/o sistema de tratamiento de la información sean asociadas de modo inequívoco a un individuo o entidad, dejando rastro del respectivo acceso.
30. Temporalidad: cualidad que permite que los datos contenidos dentro de la HCE se encuentren en una secuencia cronológica.
31. Veracidad: obligación de incorporar en la Historia Clínica Electrónica (HCE) toda la información y procedimientos que se indiquen al paciente, la evolución del caso y todo dato que conlleve a reflejar la situación real del estado de salud del paciente.

TÍTULO II

PRINCIPIOS APLICABLES

Artículo 5º.- Toda Historia Clínica Electrónica (HCE) e Información Sanitaria emitida en el marco de la presente ley 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.

Artículo 6º.- Autoría e Integridad. Se considera debidamente autenticada toda Historia Clínica Electrónica (HCE) cuyo contenido haya sido validado por un profesional o auxiliar de la salud, en cumplimiento con las previsiones Ley Nacional N° 25.506, Ley 2751 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y normas modificatorias y complementarias de las mismas.

Artículo 7º.- El Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas, el Registro de Historias Clínicas Electrónicas, las Historias Clínicas electrónicas y la información sanitaria en general establecidos en la presente normativa, se deben ajustar en todo momento a los siguientes principios generales de actuación y funcionamiento garantizando, asimismo, los principios reconocidos en las leyes nacionales N° 25.326 y N° 26.529, Ley 1845 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, modificatorias y reglamentarias de las mismas:

- A. Accesibilidad:
- B. Disponibilidad
- C. Privacidad
- D. Portabilidad
- E. Seguridad
- F. Inviolabilidad
- G. Confidencialidad
- H. Veracidad y autoría
- I. Durabilidad
- J. Integridad
- K. Temporalidad
- L. Interoperabilidad y estándares
- M. Finalidad
- N. Oportunidad

Artículo 8º.- La Información Sanitaria contenida en los sistemas alcanzados por la presente normativa, su registro, actualización o modificación y consulta se efectúan en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso.

Asimismo debe exponerse en forma inteligible para el habitante y no puede ser alterada sin el debido registro de la modificación, aún en el caso de que ella tuviera por objeto subsanar un error. Una vez validado, ningún dato alcanzado por la presente normativa puede ser eliminado y, en caso de ser necesaria su corrección, se agrega el nuevo dato con la fecha, hora y validación del responsable de la corrección, sin suprimir lo corregido.

TITULO III

DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA y LA INFORMACIÓN SANITARIA

Artículo 9º.- Definición. La Historia Clínica Electrónica (HCE) es el documento digital, obligatorio, con marca temporal, individualizado y completo, en el que constan todas las actuaciones de asistencia a la salud efectuadas por profesionales y auxiliares de la salud a cada paciente, refrendadas con la firma electrónica o digital del responsable.

Artículo 10.- La Historia Clínica Electrónica (HCE) es equivalente a la historia clínica registrada en soporte papel en los términos de la Ley N° 26.529. La implementación de la Historia Clínica es progresiva y no implica la derogación de las disposiciones vigentes en materias de historias y registros clínicos compatibles con el soporte informático.

Artículo 11.- Sin perjuicio de los derechos previstos en la Ley Nacional N° 26.529 y Ley 1845 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires., cada paciente tiene los derechos establecidos en los principios generales de la presente normativa con respecto a su Historia Clínica Electrónica (HCE).

Artículo 12.- La aplicación o sistema de historia clínica electrónica, implementado en cada uno de los establecimientos asistenciales, debe estar debidamente inscripta en el Registro de Historias Clínicas Electrónicas de la C.A.B.A. (RHCE), y cumplir con los requisitos para su certificación, según lo establezca la reglamentación de la presente Ley.

Artículo 13.- Los establecimientos asistenciales y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo la guarda y custodia de la información clínica contenida en la Historia Clínica Electrónica (HCE) que hayan implementado.

Artículo 14.- Todos los ciudadanos de la CABA tienen la posibilidad de portar la Historia Clínica Electrónica (HCE) de forma parcial o total, en los medios físicos que se establezcan en la reglamentación.

Artículo 15.- Todos los Establecimientos asistenciales ubicados en el territorio de la CABA, sean públicos, privados o de la seguridad social, deben facilitar los medios necesarios para la concreción del Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) y el Registro de Historia Clínicas Electrónicas de la C.A.B.A. (RHCE), con los alcances que determine la autoridad de aplicación.

Artículo 16.- Los derechos del paciente y las sanciones que pueden originarse en caso de infracción al régimen de la Historia Clínica Electrónica (HCE), al igual que el beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia, se rigen por la Ley N° 26.529.

Artículo 17.- Queda exceptuada de incorporación en la Historia Clínica Electrónica (HCE) aquella información que está dentro de la órbita de los actos personalísimos y los que deban ser instrumentados bajo exigencias o formalidades incompatibles con la utilización de la firma digital, conforme lo establece el artículo 4° de la Ley Nacional N° 25.506.

Artículo 18.- Seguimiento de los detalles de accesos a la información clínica. El paciente, o su representante legal o derechohabientes, pueden realizar el seguimiento de los accesos realizados a la información clínica contenida en su Historia Clínica Electrónica (HCE), a fin de poder verificar la legitimidad de estos. Para tal efecto, debe disponer de información relativa a la fecha y hora en que se realizó el acceso, al establecimiento de salud o al servicio médico de apoyo desde el que se haya realizado cada acceso, al profesional de salud que accedió a la información clínica y a las características de la información clínica a la que se haya accedido.

TÍTULO IV

DE LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES Y EL DISPOSITIVO SANITARIO ELECTRÓNICO

Artículo 19.- Todo paciente que tome contacto con establecimientos asistenciales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que tengan implementado un sistema de historia clínica electrónica certificado, debe pasar por un proceso de empadronamiento que identifique y acredite su identidad a los fines de asignarle una Historia Clínica Electrónica (HCE). La documentación y requisitos mínimos identificatorios para la inclusión como paciente definitivo del padrón son determinados por la autoridad de aplicación.

Artículo 20.- El identificador de Historia Clínica Electrónica (HCE) asignado en el establecimiento debe tener correlación con el identificador único de esa persona en el Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas, con la lógica que se determine en la reglamentación de la presente ley.

Artículo 21.- Dispositivo Sanitario Electrónico. Los pacientes pueden solicitar un dispositivo físico-electrónico que facilite la identificación y los posteriores encuentros con otros efectores y debe contener

aquellos datos que la autoridad de aplicación defina como necesarios para su atención en una emergencia médica. Los responsables de la confección y entrega de dicho dispositivo, así como las características deben ser especificados en la reglamentación.

TÍTULO V

DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Artículo 22.- Los establecimientos asistenciales que presten servicios en el ámbito del territorio de la CABA, deben cumplir con las siguientes disposiciones:

1. Administrar la información clínica contenida en las Historias Clínicas Electrónicas con confidencialidad.
2. Garantizar mediante mecanismos informáticos seguros, la autenticación de las personas y de los agentes que actúen en su nombre.
3. Garantizar, bajo la responsabilidad administrativa, civil o penal a que hubiera lugar, la confidencialidad de la identidad de los pacientes, así como la integridad, disponibilidad, confiabilidad, trazabilidad y no repudio de la información sanitaria, de conformidad con un sistema de gestión de seguridad de la información que debe evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar los intereses o los derechos del titular de la información, de acuerdo con las disposiciones legales aplicables.
4. Generar los medios para poner a disposición y compartir la información, así como las funcionalidades y soluciones tecnológicas, entre aquellas que lo requieran. En dicho intercambio, debe contarse con trazabilidad en los registros que les permitan identificar y analizar situaciones generales o específicas de los servicios digitales.

TÍTULO VI

DEL SISTEMA INTEGRADOR DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Artículo 23.- Créase el Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) que centraliza la compatibilización e integración de la totalidad de la información sanitaria contenida en las Historias Clínicas Electrónicas pertenecientes a pacientes que reciban asistencia a la salud en establecimientos asistenciales, públicos, de la seguridad social o privados, o en consultorios privados dentro de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires, que debe encontrarse disponible para su consulta a través de redes electrónicas de información accediendo a la misma mediante la creación de un usuario y contraseña, tanto para los profesionales como para los pacientes.

Artículo 24.- La tecnología aplicada para el diseño e implementación del SIHCE debe garantizar, para todas y cada una de las Historias Clínicas Electrónicas (HCE) su permanencia en el tiempo, la inalterabilidad de los datos, la reserva de la información y la inviolabilidad de su contenido. Asimismo, debe responder a los principios generales de la presente ley.

Artículo 25.- EL SIHCE debe:

1. Almacenar de forma centralizada el set de datos mínimos identificatorios de las personas, un conjunto mínimo de datos básicos sanitarios, que pueden ser accedidos, visualizados, registrados y modificados según lo establece la presente normativa y su reglamentación. La especificación sobre estos conjuntos de datos es determinado por la autoridad de aplicación.
2. Registrar la existencia de información sanitaria en cada Historia Clínica Electrónica (HCE), en la unidad mínima que determine la reglamentación o la autoridad de aplicación, y la modificación y acceso a la misma.
3. Asegurar la disponibilidad de la información contenida en cada Historia Clínica Electrónica (HCE) para el paciente, o su representante legal, derechohabientes o en su defecto al cónyuge y para usuarios autorizados en el ámbito de la atención de salud al paciente.
4. La autoridad de aplicación debe arbitrar los medios necesarios para que el paciente pueda tener su Historia Clínica Electrónica (HCE) con posibilidad de acceso remoto, garantizando su integridad, perdurabilidad y disponibilidad de datos en tiempo y forma, a cuyo efecto se debe definir por vía reglamentaria, los protocolos de comunicación y seguridad de datos.
5. Asegurar la continuidad de la asistencia de salud a brindar a cada paciente en los distintos lugares en que lo requiera, mediante el intercambio de Información sanitaria a solicitud o autorización del paciente, o su representante legal o derechohabientes.
6. Brindar información estadística para el diseño y aplicación de políticas de salud pública que permitan el mejor ejercicio del derecho a la salud, manteniendo la privacidad y confidencialidad de los datos personales de identificación del titular de la Historia Clínica Electrónica (HCE).

TITULO VII

DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS

Artículo 26.- Créase el REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS (RHCE) en el ámbito de la autoridad de aplicación.

Artículo 27.- El REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS (RHCE) debe:

1. Diseñar e implementar el sistema informático e infraestructura tecnológica especializada en salud que permita interconectar las distintas bases de datos de historias clínicas electrónicas para la integración del Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE)
2. Dictar las normas necesarias para la fijación de estándares tecnológicos para datos e información contenidos en las historias clínicas electrónicas, y de las características y funcionalidades de los sistemas de información, tendientes a garantizar la interoperabilidad del Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE).
3. Brindar asesoramiento, capacitación y apoyo técnico para la implementación de historias clínicas electrónicas y su certificación.

Artículo 28.- El REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS (RHCE) deberá posibilitar los medios para que desde el Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) puedan solicitarse turnos en línea, para la atención en el subsistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires, desde cualquier dispositivo conectado a internet, y de repetición de prescripciones médicas que permita a todos aquellos pacientes que ya han sido atendidos y observados en forma física y deban consumir fármacos para un tratamiento a lo largo del tiempo, requerir dicha prescripción desde cualquier dispositivo conectado a internet.

TITULO VIII

DE LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Artículo 29.- La autoridad de aplicación de la presente Ley es el Ministerio de Salud de la CABA o el organismo que en el futuro lo reemplace o sustituya, a cuyo efecto tiene las facultades necesarias para contratar y/o celebrar acuerdos y/o convenios para que el proyecto sea llevado adelante por especialistas en materia sanitaria y especialistas en informática.

Artículo 30.- Son funciones de la autoridad de aplicación:

1. Dictar la reglamentación y la normativa necesaria a efectos de posibilitar la implementación de la presente ley.
2. Garantizar el cumplimiento efectivo de la presente Ley en el término de treinta y seis (36) meses a partir de su reglamentación.
3. Emitir las normas complementarias para el Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) que deben fijar los procedimientos técnicos y administrativos necesarios para su implementación y sustentabilidad, garantizando la interoperabilidad y seguridad de la información contenida en las Historias Clínicas Electrónicas. (HCE).
4. Adoptar las medidas adecuadas tendientes a la celebración de convenios y/o acuerdos con las autoridades de los distintos subsectores privados y de la seguridad social a efectos de que desarrolle e implemente su propio Sistema de Historia Clínica Electrónica, que debe ser compatible e interoperable con los del resto de la CABA, de modo que sea interoperable con el Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE). En ese marco, se deberá brindar asesoramiento y apoyo en la medida que sea solicitado.
5. Establecer la definición de estructuras homogéneas y contenidos mínimos para las historias clínicas electrónicas y el Dispositivo Sanitario Electrónico.
6. Ser la Autoridad Certificante de la Firma Digital que identificará a cada uno de los usuarios del Registro de Historias Clínicas Electrónicas (RHCE) en el marco de lo establecido por la Ley N° 25.506 de Firma digital.
7. Instrumentar la creación del Registro de Historias Clínicas Electrónicas (RHCE).
8. Administrar el Registro de Historias Clínicas Electrónicas (RHCE).
9. Crear e instrumentar la Comisión de seguimiento de las historias clínicas electrónicas, la que actúa conforme lo establece la autoridad de aplicación, y está conformada por representantes de establecimientos sanitarios en distintas etapas de implementación de las historias clínicas electrónicas, el Ministerio de Salud de la C.A.B.A., la Dirección General de Gestión Digital dependiente del Ministerio de Modernización, Innovación y Tecnología de la C.A.B.A., la Comisión de Salud de la Legislatura

Porteña o el organismo u organismos que en el futuro los reemplace o sustituya y cualquier otro actor que sea considerado relevante por la autoridad de aplicación.

TITULO IX

SITUACIONES DE EMERGENCIA MÉDICA

Artículo 31.- En casos de grave riesgo para la vida o la salud de una persona que no se encuentre en capacidad de autorizar el acceso a su Historia Clínica Electrónica (HCE), la autoridad de aplicación fija los medios y recaudos de acceso a la misma por parte del profesional de la salud interviniente. La autoridad de aplicación coordinará con las autoridades sanitarias a efectos de fijar la aplicación de un criterio único para la definición de estos casos y de los datos médicos a los que podrá acceder el profesional de la salud interviniente respetando el criterio de confidencialidad.

TITULO X

FINANCIAMIENTO

Artículo 32.- Los gastos que demande el cumplimiento de la presente Ley deben ser atendidos con las partidas que al efecto se destine en forma anual para el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o el organismo que en el futuro lo reemplace o sustituya.

TITULO XI

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 33.- La historia clínica registrada en soporte papel, o historia clínica manuscrita, continuará elaborándose hasta la implementación completa y obligatoria del uso de la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Artículo 34.- Se debe realizar la digitalización progresiva de las historias clínicas en papel de hasta hace cinco (5) años de antigüedad, de acuerdo a los plazos que se establezcan por reglamentación.

Artículo 35.- Los establecimientos asistenciales, públicos de la seguridad social o privados, y los titulares de consultorios privados, que cuenten con sus propios sistemas de historias clínicas electrónicas deben adecuarse a lo establecido en la presente ley en el plazo que se establezca por reglamentación.

Artículo 36.- La adopción de la Historia Clínica Electrónica (HCE) se favorecerá en primer término en los efectores que conforman los recursos de salud del subsector público. La autoridad de aplicación establecerá los plazos para que el resto de los subsectores mencionados en el Art. 10 de la Ley 153 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires inicien un proceso de implementación. Sin perjuicio de lo mencionado en el párrafo anterior, los efectores que conforman los recursos de salud de dependencia privada y de la seguridad social, pueden implementar la Historia Clínica Electrónica (HCE) en forma voluntaria cuando así lo decidan, adecuándose a la presente Ley, su reglamentación y normativas relacionadas.

Artículo 37.- Comuníquese, etc.

DIEGO SANTILLI

CARLOS PÉREZ

LEY N° 5.669

Sanción: 27/10/2016

Promulgación: De Hecho del 22/11/2016

Publicación: BOCBA N° 5019 del 02/12/2016