



IMPACTO FISCAL DEL PROYECTO
DE LEY
DE CREACIÓN DEL PROGRAMA
FEDERAL ÚNICO DE
INFORMATIZACIÓN Y
DIGITALIZACIÓN DE HISTORIAS
CLÍNICAS
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

10 de septiembre de 2020

ISSN 2683-9598

Índice de contenidos

Introducción.....	3
Contenido del proyecto.....	3
Consideraciones Generales.....	5
Sobre el Sistema Sanitario en la República Argentina.....	5
Sobre la Cibersalud ó eSalud	6
Sobre la Historia Clínica Electrónica	7
Conceptualización	7
Ventajas de la HCE	7
Funciones de la HCE.....	8
Condiciones para la implementación de un Sistema Único de Registro de HCE.....	8
Gobernanza	8
Identidad Documental	9
El Factor Humano	9
Los Recursos Tecnológicos	9
Consideraciones Particulares	10
Marco Legal	10
Experiencias de HCE en nuestro país.....	10
Experiencias de HCE en otros países	11
Algunos datos de interés en nuestro país.....	13
Impacto Fiscal del Proyecto.....	13

Introducción

El presente informe se elabora a requerimiento de la Comisión de Presupuesto y Hacienda del Senado y versa sobre el proyecto de ley denominado “PROGRAMA FEDERAL ÚNICO DE INFORMATIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA”.

Dicho proyecto de ley ha sido elaborado a partir de las iniciativas expresadas en diversos proyectos de ley del Sr. Senador Roberto BASUALDO registrado bajo expediente S-1787/19 que “establece un sistema de registro electrónico único de historias clínicas de salud”, de la Sra. Senadora Silvina GARCIA LARRABURU registrado bajo el expediente S-2849/19 que “crea el sistema único de registro digital de historia clínica electrónica y tarjeta medica digital”, de la Sra. Senadora Silvia ELIAS de PEREZ y OTROS registrado bajo el expediente S-730/20 que “crea una comisión interdisciplinaria de expertos a los efectos de elaborar un sistema único de historia clínica, en el ámbito del Poder Ejecutivo Nacional”, del Sr. Senador Antonio RODAS registrado bajo el expediente S-1468/20 que “crea el registro nacional de historia clínica electrónica” del Sr. Senador Maurice CLOSS registrado bajo el expediente S-850/20 “de creación del sistema único de registro de historias clínicas electrónicas de la República Argentina”.

La finalidad de este proyecto de ley consiste en la creación del “PROGRAMA FEDERAL ÚNICO DE INFORMATIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA”.

Contenido del proyecto

El proyecto de ley denominado “PROGRAMA FEDERAL ÚNICO DE INFORMATIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA”, contempla los siguientes aspectos:

ASPECTOS EXPOSITIVOS

El proyecto se compone de doce (12) artículos incluyendo el correspondiente a la comunicación al Poder Ejecutivo Nacional de estilo, presentados de forma continua sin dividirse en títulos o capítulos específicos.

ASPECTOS DISPOSITIVOS

En términos de contenido, el proyecto de ley presenta tres grandes ejes cuyos alcances se esbozan a continuación, precisándose diversas consideraciones a posteriori sobre aquellas definiciones que presentan un potencial impacto fiscal, por una parte, así como algunos desafíos a tener en cuenta en el sendero a transitar para alcanzar el cumplimiento del objetivo que se prevé, sin pretender agotar el tema, por otra.

Primer eje, en correspondencia con el Artículo 1º, crear el “PROGRAMA FEDERAL ÚNICO DE INFORMATIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA” y definir como objetivo la instauración progresiva del “SISTEMA ÚNICO DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS” con sujeción a:

- El Capítulo IV -de la Historia Clínica, de la Ley 26.529- de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
- La Ley 25.326-de Protección de los Datos Personales y sus modificatorias.

Segundo eje, en correspondencia con su Artículo 2°, determinar que será el Poder Ejecutivo quien establecerá la autoridad nacional de aplicación de esta Ley, y definir sus atribuciones que a continuación se detallan sintéticamente en función de su incidencia en las consideraciones que esta Oficina efectuará en apartado posterior:

- Crear y conformar con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) la estructura organizativa del Programa Federal y reglamentar su implementación y su progresivo funcionamiento.
- Determinar las características técnicas y operativas de la informatización y digitalización de las historias clínicas del sistema de salud de nuestro país.
- Elaborar un protocolo de carga de historias clínicas, así como diseñar e implementar un software de historia clínica coordinando la implementación interjurisdiccional, ajustándose a lo dispuesto por la presente y por las leyes 26.529 y 25.326 y sus normas modificatorias y reglamentarias.
- Generar un marco de interoperabilidad entre los sistemas que se encuentren en funcionamiento con los sistemas a crear, tanto en el sector público, privado y del ámbito de la seguridad social.
- Instalar el software de forma gratuita en todos los hospitales públicos, nacionales, provinciales y municipales, y en la forma que se establezca por vía reglamentaria, en los centros de salud privados y de la seguridad social.
- Proveer asistencia técnica y financiera a las jurisdicciones provinciales y de la CABA para cumplir los objetivos de la presente ley.
- Coordinar los recursos destinados al cumplimiento de los objetivos de la presente ley.
- Crear una Comisión Interdisciplinaria de Expertos garantizando la representación proporcional de los subsistemas involucrados, a los efectos de coordinar con las autoridades provinciales y de la CABA, en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), la implementación de la presente ley en cada una de las jurisdicciones.
- Capacitar al personal sanitario.

Tercer eje, que abarca los artículos 3° a 8° y 10°, abocados al “Sistema Único de Registro de Historias Clínicas Electrónicas” expone su alcance:

- A todo el territorio nacional
- A todos los subsistemas de salud, público nacional, provincial o municipal, privado y de la seguridad social.
- A toda intervención médico-sanitaria a cargo de profesionales y auxiliares de la salud.
- A todos los datos clínicos de la persona o paciente cronológicamente desde el nacimiento hasta el fallecimiento, en forma clara y de fácil entendimiento.

Asimismo dispone que este “Sistema Único de Registro de Historias Clínicas Electrónicas” deberá cumplir con características tales como:

- Accesibilidad a una base de datos de información clínica relevante para la atención de cada paciente desde cualquier lugar del territorio nacional.
- Confidencialidad, bajo la responsabilidad administrativa, civil o penal según el caso, quedando a cargo de la autoridad de aplicación la tarea de establecer los responsables de la administración y resguardo de la información clínica contenida en el Sistema.
- Registro, actualización o modificación y consulta de la información clínica del Sistema en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad, acceso y trazabilidad.

- Garantizar mecanismos de autenticación de quienes intervengan en el Sistema (personas, agentes, profesionales y auxiliares).
- Garantizar el libre acceso y seguimiento del paciente.
- Capacidad de recuperación de archivos y perdurabilidad de la información.
- Ser auditable y pasible de inspección por las autoridades pertinentes.
- A partir de su autenticidad y autenticación, ser válida y admisible como medio probatorio.
- Disponibilidad en todo momento y en todo establecimiento asistencial.
- De implementación obligatoria en el plazo de los veinticuatro (24) meses desde la sanción de la presente Ley en el ámbito del sector público pudiendo extenderse por doce (12) meses adicionales su implementación en el sector privado y las obras sociales.

Lo referido hasta aquí en este punto se completa con un glosario respecto de las propiedades que debe cumplir el Sistema: Accesibilidad, Confidencialidad, Integridad, Seguridad y Trazabilidad.

El artículo 8° está especialmente destinado a enfatizar la condición del paciente como titular de los datos de su Historia Clínica Electrónica, documento digital producto dentro del “SISTEMA ÚNICO DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS”, así como a definir su dominio y contenido, atributos, y las condiciones de almacenamiento, actualización y uso de los datos de la misma.

Por último, el proyecto prevé que el gasto que demande el cumplimiento de esta ley será atendido con las partidas presupuestarias que anualmente se destinen al Ministerio de Salud en la Ley de Presupuesto General de la Administración Pública Nacional, sin contemplarse mecanismos especiales de financiamiento.

Consideraciones Generales

Sobre el Sistema Sanitario en la República Argentina

Conforme a nuestra Constitución Nacional, y por su carácter representativo, republicano y federal de gobierno, la salud como derecho y deber del Estado está a cargo de las veinticuatro (24) unidades político-administrativas (23 provincias más Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante CABA).

El sistema de salud argentino se caracteriza por su alta fragmentación; sus tres subsistemas, público-privado-obras sociales, también están fragmentados hacia su interior.

Dentro del subsistema público tenemos tres (3) alcances político-territoriales, nacional, provincial y municipal.

El subsistema privado cuenta con gran diversidad de empresas de medicina prepaga y consulta independiente.

El subsistema de obras sociales involucra a las obras sociales nacionales, provinciales, de las Fuerzas Armadas y Seguridad, de Universidades Nacionales, del Poder Judicial de la Nación, del Congreso de la Nación e Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

De acuerdo al último Censo Estadístico Nacional realizado en 2010, con una población de 40.117.096 habitantes, la cobertura en Salud estaba compuesta del siguiente modo:

Composición atención dentro del Sistema de Salud - 2010

Incidencia	Subsistema
46%	Obras Sociales
5%	Prepagas Voluntaria
11%	Prepaga a través de Obra Social
2%	Programas y Planes Nacionales
36%	Sin cobertura
100%	TOTAL

Estos datos son a título referencial ya que durante la última década el Estado ha desarrollado acciones para mitigar la transferencia de beneficiarios del sector privado y obras sociales al sector público y propender a la Cobertura Universal de Salud (CUS), con una población actual de 45.376.800 habitantes.

Pero la fragmentación también se da en cuanto a origen y volumen de financiamiento, alcance y complejidad de su cobertura, y mecanismos de fiscalización y control.

El CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA), que preside el responsable máximo del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN e integrado por los máximos referentes provinciales y de la CABA en la materia, se constituye en el instrumento de cohesión y coordinación para el desarrollo sanitario de nuestro país y la configuración de un sistema federal de salud, trascendiendo desde el orden público sus decisiones al orden privado y de la seguridad social.

Sobre la Cibersalud ó eSalud

En su 58° Asamblea Mundial de la Salud celebrada en el año 2005, la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) da un paso histórico en apoyo a la Cibersalud o eSalud estableciendo un movimiento mundial que reconoce el rol de las Tecnologías de la Información y Comunicación (en adelante TIC) para el fortalecimiento y los servicios de los sistemas de salud.

En ese contexto y en el ámbito de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) en su carácter de Oficina Regional de la OMS, surge en 2011 la “Estrategia y Plan de Acción sobre eSalud (2012-2017)” con seis componentes críticos:

- Registro médico electrónico, ó Historia Clínica Electrónica, registro en formato electrónico de información sobre la salud de cada paciente.
- Telemedicina, prestación de servicios de salud utilizando las TIC.
- mSalud, Ejercicio de la medicina y la salud pública con apoyo de los dispositivos móviles.
- eLearning, aplicación de las TIC al aprendizaje.
- Educación continua en TIC, mediante el desarrollo de cursos o programas de salud profesionales (no necesariamente acreditados formalmente) que facilitan habilidades en TIC para la salud.
- Estandarización e interoperabilidad; la interoperabilidad se define como la comunicación entre diferentes tecnologías y aplicaciones de software para el intercambio y uso de datos y esto requiere del uso de estándares, o sea, de normas y regulaciones para hacer viable la gestión integrada de los sistemas de salud en todos los niveles.

“El gran desafío es garantizar la sostenibilidad y continuidad de este tipo de iniciativas cuyos beneficios empiezan a apreciarse entre 10 y 15 años después de iniciadas, y para ello, es fundamental favorecer el desarrollo de evidencia científica para concienciar a los tomadores de decisiones sobre la importancia de invertir en la eSalud”, indicó David Novillo-Ortiz, coordinador del Programa Regional de eSalud de la OPS/OMS en ocasión de presentar el informe “La eSalud en la Región de las Américas: derribando las barreras a la implementación”. Este informe reúne los resultados de la Tercera Encuesta Global de eSalud de la OMS realizada en las Américas, que contestaron 19 de 38 países de la región y que constituye un informe de medio término en virtud de “Estrategia y Plan de Acción sobre eSalud (2012-2017)” implementada.

En ese contexto, son muchas y muy variadas las líneas de acción encaradas por OMS y OPS en la región.

En nuestro país, se lanzó en 2014 el Programa Nacional Cibersalud a ser ejecutado por el Ministerio de Salud y el entonces Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios, como programa integral de desarrollo de la infraestructura, el equipamiento, los servicios y el conocimiento aplicados al sistema nacional de salud pública en todo el país, y la Plataforma SALUD.AR-Servicios para Equipos de Salud.

Más recientemente en 2018 se aprobó la Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024 como paso de fundamental importancia para alcanzar la Cobertura Universal en Salud (CUS), entre cuyos objetivos está contar con un sistema de historia clínica electrónica, y en 2019 el Plan Nacional de Telesalud y la Red Nacional de Salud Digital.

En ninguno de los casos referidos en los dos últimos párrafos, las normas tuvieron carácter de Ley, como el proyecto que se analiza.

Sobre la Historia Clínica Electrónica

Conceptualización

En términos generales, la HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE) como documento personal digital patobiográfico, longitudinal (porque contiene todos los contactos del paciente con el sistema de salud desde su nacimiento hasta su fallecimiento) y episódico (internación, emergencia, internación domiciliaria, alta complejidad) a la que apunta el Programa cuya creación se promueve, es un registro de información de salud digital específicamente diseñado para recolectar, almacenar, manipular y dar soporte a los usuarios para el acceso a datos seguros y completos, brindando información clínica importante y pertinente para el cuidado de los pacientes, proporcionando información relevante para la atención de las personas en el momento que sea necesaria.

Ventajas de la HCE

Accesibilidad en tanto puede ser abordada por el paciente y distintos profesionales al mismo momento y desde distintas ubicaciones geográficas.

Unicidad, integridad, confidencialidad e inviolabilidad que redundan en beneficio del paciente.

Disponibilidad de datos y versatilidad de exposición.

Mejor comunicación e intercambio de datos entre los profesionales de la salud, cualquiera sea su ámbito físico de ejercicio profesional.

Mejor comunicación con el paciente, quien puede acceder a su HCE en todo momento y desde cualquier lugar, con conocimiento de todo lo actuado respecto de su salud.

Agregación de datos a los fines estadísticos y de políticas sanitarias.

Acceso a fuentes de información contextual, cuando así lo requieren los profesionales de la salud.

Funciones de la HCE

La HCE conforme a su contenido y secciones, cumple a priori distintas funciones, a saber:

Médica, porque ofrece los datos y registros necesarios para la evaluación de los tratamientos y criterios a desarrollar frente al paciente por los distintos profesionales que pueden intervenir en su atención.

Jurídica, en tanto permite al paciente satisfacer su derecho constitucional a la información y resulta de especial relevancia en caso de evaluarse la posible existencia de mala praxis en la atención, tanto en el ámbito penal como en el civil, tanto a favor de paciente como de los médicos y otros profesionales de la salud actuantes en las distintas instancias de intervención.

Estadística, porque a partir de los datos que contiene, se puede relevar información valiosa para la elaboración de políticas sanitarias más ajustadas a la realidad.

Académico-científica, puesto que con el consentimiento de su titular, la información en ella contenida puede constituir una valiosa fuente para el estudio y la investigación de determinadas patologías y de la eficacia de determinados tratamientos.

Administrativa, en tanto las prestaciones médico-asistenciales de todo tipo y los insumos fungibles o duraderos (v.g. dispositivos, prótesis) pueden ser valorizadas y por tanto, facturadas en caso de corresponder.

Condiciones para la implementación de un Sistema Único de Registro de HCE

Cualquiera sea el diseño y funcionalidades que se persigan, para una exitosa implementación de este tipo de Sistema Único será necesario tener en cuenta al menos los siguientes factores:

Gobernanza

En esta materia es importante considerar lo siguiente:

- La OMS advierte que la falta de un marco legal dificulta avanzar en la implementación de estrategias de eSalud en general.
- Se requiere capacidad de la autoridad política, administrativa y técnica para gestionar un Sistema de Información de Salud (SIS) en todos los niveles de un sistema de salud nacional, integrando sus diferentes intereses.
- Disponer de garantías de la disponibilidad de recursos para impulsar, implementar y luego mantener actualizado el SISTEMA ÚNICO DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS

ELECTRÓNICAS en los distintos estamentos del Sistema de Salud en nuestro país (público, privado y obras sociales) en el tiempo.

Identidad Documental

Determinar unívocamente el modo en que se va a identificar a cada individuo para acceder a su HCE.

El Factor Humano

Confianza de las partes (paciente y profesionales de la salud y auxiliares) con la debida garantía de confidencialidad, inviolabilidad, inalterabilidad e inteligibilidad para la persona titular.

Gestión del cambio organizacional que tenga en cuenta las necesidades de todos los actores involucrados en el proceso para lograr que se sientan partícipes activos.

Los Recursos Tecnológicos

Conectividad que garantice la implementación con los alcances territoriales que se prevén.

Grado de equipamiento informático, tanto cuantitativo como cualitativo para lograr la accesibilidad deseada.

Interoperabilidad funcional de sistemas preexistentes generalmente creados con disímiles herramientas de desarrollo y sobre múltiples bases de datos (interfaces), no sólo en los diferentes subsistemas de salud sino también dentro de cada uno de ellos.

Interoperabilidad semántica, a fin de almacenar, administrar, integrar y unificar los diccionarios comunes que utilizan los sistemas que deben ser integrados, de modo de garantizar su comunicación fluida.

Seguridad, confidencialidad e inviolabilidad, a través de mecanismos de autenticación para las diferentes instancias de intervención del paciente titular y de los profesionales de la salud (consulta, actualización, modificación).

Integración de servicios departamentales (Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes, Farmacia).

Estandarización de la Terminología clínica, para lograr un adecuado equilibrio entre la libertad de los textos narrativos y los beneficios del ingreso estructurado de datos (v.g. utilización de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11).

Consideraciones Particulares

Marco Legal

Este proyecto de ley viene a sumarse a las leyes que seguidamente se detallan, fortaleciendo el marco legal que la OMS entiende necesario para avanzar en el sendero de la eSalud:

Ley N° 17.132 - del Arte de Curar

Ley N° 25.326 - de Protección de los Datos Personales

Ley N° 25.506 - de Firma Digital

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

Experiencias de HCE en nuestro país

Nuestro país cuenta con algunas experiencias en materia de HCE en los diferentes subsistemas de salud, algunos inclusive con certificación internacional, destacándose:

Hospital Italiano de Buenos Aires en CABA.

Hospital Alemán en CABA.

Hospital Austral de Pilar.

Sanatorio Finochietto en CABA.

Hospital El Cruce de Florencio Varela- Pcia. Bs. As.

Hospital Privado de Córdoba- Pcia. Córdoba

Hospital Madariaga de Posadas- Pcia. Misiones.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en todos sus Hospitales y Centros de Salud.

Pcia. de Tucumán, en todo su sistema público de salud.

La experiencia del Hospital Italiano de Buenos Aires demandó 21 años de esfuerzos hasta cubrir todas las aristas de la eSalud en la institución.

En ese sendero también se encuentra el Programa de Cobertura Universal de Salud (CUS) en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación lanzado en el año 2016, en coordinación transversal con los Programas REDES, REMEDIAR, NACER-SUMAR y FESP, a partir del cual se crea la Red Nacional de Salud Digital en 2018 y la Red Nacional de Interoperabilidad en 2019 con más los procesos y procedimientos que su implementación conllevan.

El Programa CUS está directamente vinculado al cumplimiento de la Agenda 2030 suscripta por nuestro país en 2005 como Estado Miembro de NACIONES UNIDAS por la cual se definieron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y en particular:

Objetivo 3-Salud y Bienestar-Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades

Meta 3.13: 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.

Argentina en su condición de Estado Miembro de OPS/OMS resulta alcanzada por las estrategias que tanto en materia de eSalud en general como de HCE en particular se desarrollan. En la “Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030-Un Llamado a la Acción para la Salud y el Bienestar en las Américas”, destaca en la materia que nos ocupa el siguiente objetivo:

Objetivo 6-Sistemas de Información para la Salud, con el propósito de Fortalecer los sistemas de información para la salud para apoyar el desarrollo de políticas basadas en evidencia y la toma de decisiones.

Nuestro país forma parte de la Red Americana de Cooperación sobre Salud Electrónica (RACSEL) que funciona en la órbita del BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID) y que apunta a contar con una Historia Clínica Electrónica regional que mejore los procedimientos y la atención de los pacientes propiamente dicha.

Será también tarea a nivel del máximo referente de Salud de la Nación compatibilizar los diferentes sistemas preexistentes, como lo son el SISA - Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina, el SINAVE - Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, el SES - Sistema Estadístico de Salud, entre otros.

Experiencias de HCE en otros países

Mientras que en Europa el mayor desafío es el crecimiento de la demanda asistencial por parte de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y el envejecimiento de la población, que requiere de un mayor grado de adherencia de los pacientes a los tratamientos para mantener o mejorar el nivel de salud con un control adecuado de los costos, en América Latina hay un doble desafío: el de mejorar la accesibilidad y la calidad de asistencia dificultada por la desigualdad social y la dispersión geográfica, y de forma paralela hacer frente a la superposición del perfil epidemiológico, es decir, afrontar la morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas y desnutrición junto a enfermedades crónicas y degenerativas no transmisibles.

Apuntando a diferentes modalidades en la implementación de la HCE, se sintetizan a continuación los pasos seguidos por diferentes países, a modo de lecciones aprendidas.

ESTONIA: cuenta con un único SISTEMA DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA a nivel nacional. Fueron factores positivos a la hora de pensarlo como tal que sus ciudadanos cuentan con documento desde el mismo momento de su nacimiento, que el sistema de salud es solidario y universal, que tiene muy buena conectividad, y que se contó con la actitud positiva de la población.

Los principales motores de la implementación del sistema de HCE incluyeron la gobernanza plena de los servicios de eSalud por parte del Centro de Salud y Bienestar de Estonia, la transparencia jurídica, la infraestructura existente de servicios electrónicos, los números de identificación previamente establecidos para cada ciudadano, la concordancia con los derechos de acceso y la estandarización.

El desarrollo de todo el sistema, único y centralizado, llevó aproximadamente **15 años**, para una población que a fines del año 2019 sumaba 1.329.000 personas.

ESPAÑA: Experiencias aisladas de HCE en establecimientos asistenciales en la década de los '90, sentaron las bases para el desarrollo de un sistema de eSalud que quedó a cargo de cada una de las 17 Comunidades Autónomas de la Nación, cada una con su propio sistema de HCE, segmentando así la iniciativa a nivel geográfico; la última en integrarse ha sido Cataluña.

La interoperabilidad funcional a nivel del Sistema Nacional de Salud que cubre al 95% de su población, hoy día de aproximadamente 46.670.000 de habitantes, ha sido el mayor desafío, sumado a los requerimientos actuales de interoperabilidad dentro de la Unión Europea atento al importante flujo poblacional entre sus países.

Lleva más de **15 años** en este proceso de implementación de HCE.

CANADÁ: adoptaron una implementación por capas. Primero implementaron el pago electrónico de los servicios de salud, luego interconectaron las soluciones en el lugar de atención, desarrollaron HCE interoperables y divulgaron información para efectos de política, gestión y conocimiento público. A posteriori incorporaron los datos demográficos de clientes, prestadores y proveedores, el diagnóstico por imágenes, los medicamentos, los resultados de laboratorio, los informes clínicos, la telesalud, las soluciones de salud en el lugar de atención y las de los pacientes.

En Canadá todo residente o ciudadano canadiense está afiliado automáticamente al sistema de salud público, y además dispone de libertad para complementarlo contratando un seguro privado.

Les ha insumido casi **15 años** implementar la HCE, con una población a fines de 2019 de 37.500.000 habitantes.

URUGUAY: En 2018 Uruguay pasó a integrar el actualmente denominado Grupo Digital 9 (D9) lo que lo convierte en uno de los países con mayor avance digital en el mundo junto a Corea del Sur, Estonia, Israel, Nueva Zelanda, Reino Unido, Canadá, México y Portugal.

En el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud creado en 2007, financiado por la seguridad social y con carácter universal, está muy avanzado el proceso de implementación del sistema de HCE, que se ha organizado de modo que cada prestador de salud está obligado a contar con una HCE y a intercambiar datos clínicos de las personas que son asistidas con otras instituciones.

Para la integración vertical y horizontal de datos clínicos del paciente, se partió de la adopción de estándares internacionales para rápidamente alcanzar la fluidez de comunicación entre los distintos actores del sistema sanitario. El prestador garantiza un mínimo de contenidos clínicos a publicar a nivel nacional y genera un resumen del estado de salud de sus pacientes, contribuyendo de esta forma a la calidad de la atención del ciudadano en cualquier institución o lugar geográfico.

En este camino, se encontraron con la necesidad de incorporar elementos al marco legal resultado de los derechos y obligaciones que emergen del nuevo sistema de HCE.

El proceso lleva más de **10 años**, y el país cuenta actualmente con 3.449.300 habitantes.

BRASIL: Brasil desarrolló sistemas de HCE para atender diferentes necesidades sanitarias, de modo que llegó a tener más de 600 sistemas de HCE paralelos, con dificultoso intercambio de información. Recién en 2014 el gobierno desarrolló un sistema digital de transferencia - BUS - e inició así el proceso de interoperabilidad tanto en el sistema público como en el privado.

Con una población 211.380.000 de habitantes al finalizar el año 2019, el 75% se encuentra cubierto por el sector público por su Sistema Único de Salud (SUS) y el 25% restante por el sector privado.

Algunos datos de interés en nuestro país

Población actual 45.376.800 habitantes

Según Datos 2017 REFES – Registro Federal de Establecimientos de la Salud, nuestro país cuenta con:

Establecimientos de salud: 25.751 de los cuales 40 % son públicos y 60 % privados, con dispar distribución geográfica.

De los establecimientos públicos, el 59% son provinciales, el 39% municipales y el 2% nacionales.

Camas disponibles en establecimientos públicos y privados: 220.910

Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS): 7.844

Profesionales de la Salud (Médicos, Enfermeros, Paramédicos y otros): 1.175.535 de los cuales el 53 % se desenvuelve en el sector público y el 57 % en el sector privado.

Según ENACOM – Ente Nacional de Comunicaciones, al cierre del Trimestre I de este año el 63% de los hogares tiene acceso a Internet fijo. De los mismos, el 57% correspondió a Cablemodem, 27% a ADSL, 12% Fibra óptica, 4% Wireless. Sin embargo la velocidad de bajada muestra una fuerte brecha geográficamente hablando.

Nuestro país, en términos de telecomunicaciones, cuenta al momento con tecnología 4G. Se espera para el año 2025 que las tecnologías 4G y 5G coexistan, ésta última con un avance del 10%, en expansión.

Impacto Fiscal del Proyecto

La cuantificación del impacto fiscal del proyecto tiene estrecha relación con el abordaje que se decida para su implementación y el grado de avance actual de los elementos necesarios para su instrumentación.

La HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE) requiere de un esfuerzo de gestión del cambio y capacitación de todo el personal involucrado y de la población en general, así como el acompañamiento de todos los actores externos al ámbito público con sus propios subsistemas.

Hay documentadas experiencias de implementación de un sistema de HCE exitoso que señalan como condiciones sine qua non: 1) la importancia de crear un sentido de urgencia, 2) formar una coalición de profesionales médicos con distintas fortalezas y antecedentes diversos, 3) elaborar un plan maestro para todos los servicios de información de salud, 4) desarrollar una estructura organizacional, 5) formalizar los procesos de comunicación y capacitación, 6) poner a disposición la información necesaria para la investigación y la gestión clínica, 7) evaluar los resultados en un ciclo de mejoramiento continuo y, 8) involucrar a los usuarios finales en el proceso de diseño.

Se trata pues de poner a los actores, pacientes y profesionales médicos, en el centro de la escena, y con ese fin y a modo de recomendaciones hay literatura respecto de que: 1) los sistemas de

información deben respaldar el propósito que se persigue y no a la inversa, 2) los líderes deben tener aptitudes y conocimientos de los sistemas de información, 3) la comunicación del cambio debe llevarse a cabo a través de distintos canales y de maneras diferentes, 4) se debe llevar a cabo un entrenamiento sobre la alfabetización digital, 5) debe haber espacio para el análisis, planificación y evaluación continua de los cambios que se gestionan, 6) deben proponerse metas de corto plazo, 7) deben atenderse los problemas de la gente en su medio, sus valores, creencias, prioridades, el “peopleware” más que los problemas con el software y hardware que se dan en todo el mundo.

Dado lo expresado en este informe en cuanto a experiencias de implementación de HCE en nuestro país, explorar soluciones informáticas para validar su aplicabilidad de acuerdo a las exigencias de esta ley es un camino posible. En esa exploración es importante capitalizar el conocimiento adquirido por los equipos que intervinieron en experiencias de este tipo, de manera de conocer a priori las fortalezas y debilidades de los procesos que se llevaron a cabo.

Pero además de las características técnicas que define el proyecto de ley, existen subsistemas de base para la implementación que van más allá del desarrollo informático propiamente dicho y los componentes de hardware, software y comunicaciones que éste requiera. Ello es la “interoperabilidad semántica” que deben cumplir los distintos sistemas de salud para que puedan dialogar. Este lenguaje común basado en vocabularios controlados incluye los diagnósticos, las prestaciones, los insumos farmacológicos, los prestadores, los lugares físicos, los profesionales y auxiliares de la salud y los pacientes entre otras entidades.

A estos fines, será importante considerar:

- el cambio cultural en toda su dimensión.
- la comunicación eficaz de los beneficios de implementar un sistema de HCE.
- las implicancias de la fragmentación del Sistema de Salud.
- las dificultades de llevar los servicios tecnológicos a áreas remotas.
- la capacitación de las personas no sólo en cuanto al uso de la tecnología sino también en la importancia y beneficios que les reportan.
- el rol fundamental del Estado como articulador de las herramientas o plataformas a fin de alcanzar el intercambio de datos a partir de componentes y sistemas diversos.
- no perder el foco de que la implementación de un Sistema Único de HCE redundará en beneficio de la población, en lo que se refiere a la más ajustada adopción de políticas sanitarias y la optimización de los recursos humanos, físicos y financieros de todo el sistema en el tiempo.

El programa que se prevé crear para instaurar un Sistema Único de HCE se entiende que dará lugar a acciones que integren los siguientes componentes:

1. el diseño de un plan director con metas de corto, mediano y largo plazo con la intervención de los distintos actores de los subsistemas del Sistema de Salud y representantes de la sociedad civil determinando la progresividad a la cual el proyecto de ley se refiere, poniendo al paciente en el centro de atención.
2. la infraestructura y el equipamiento necesarios, entendiéndose en este punto la adquisición, licenciamiento, contratación y/o diseño de:
 - servidores de aplicaciones
 - servidores web
 - bases de datos
 - elementos de autenticación

- desarrollo de software
- herramientas de administración del software
- puestos de trabajo
- dispositivos móviles
- recursos humanos para el análisis, diseño, desarrollo, implementación y seguridad del Sistema Único de HCE
- otras tecnologías asociadas a la HCE como son Diagnóstico por Imágenes, Laboratorio, Farmacia

Aún si se optara por algún Sistema de HCE ya implementado, habrá costos asociados a la mayoría de los rubros antes señalados, dada la envergadura del proyecto de alcance nacional.

3. la conectividad que permita el acceso al Sistema de HCE en cualquier lugar del país, en todo momento, tanto a los profesionales de la salud como a sus titulares.
4. la concientización y capacitación de:
 - la población en general para empoderarla como titular y beneficiario de la HCE
 - los referentes de los distintos subsistemas
 - los profesionales de la salud en los distintos estamentos

A partir de estas consideraciones y de su estrategia de instrumentación será factible dimensionar el impacto fiscal del proyecto en los próximos años.

Por la experiencia de implementación que demandó su instrumentación en otros países y en algunas instituciones de nuestro país, es un gran desafío garantizar la sostenibilidad y continuidad de la iniciativa para lo cual la programación de los recursos presupuestarios necesarios para el corto, mediano y largo plazos es un importante requisito.

Publicaciones de la OPC

La Oficina de Presupuesto del Congreso de la Nación fue creada por la Ley 27.343 para brindar soporte al Poder Legislativo y profundizar la comprensión de temas que involucren recursos públicos, democratizando el conocimiento y la toma de decisiones. Es una oficina técnica de análisis fiscal que produce informes abiertos a la ciudadanía. Este informe no contiene recomendaciones vinculantes.

www.opc.gob.ar

