

Grupo de Investigación Estudios de Fronteras (ESFERA)  
Centro de Investigación para el Desarrollo Social y Cultural  
Inprosisistemas del Norte, Colombia.  
Acuerdo de cooperación Centro de Estudios de la Empresa (CEE)  
de la Universidad Del Zulia (LUZ) Venezuela  
y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo Social y Cultural (CIDESC)  
de Inprosisistemas del Norte, Colombia.



# INFORMATIZACIÓN DE LAS HISTORIAS MÉDICAS



Madelein Arellano Rodríguez  
María Teresa Rincón Becerra  
Modesto Eloi Graterol Rivas  
Mirtha López Valladares  
Cira Olivar Morillo  
Yorberth Y. Montes de Oca Rojas  
Miguel Altuve Sequera  
Rosemily Graterol Silva

Sandra Yaneth Wilches Durán  
Juan Diego Hernández Lalinde  
María Inés Mendoza Bernal  
Tomás Wilches Bonilla  
Valmore Bermúdez Pirela  
Marcos Rodrigo Cerda Carrasco  
Carlos Hernando Garicano Soto

## **Informatización de las historias médicas**

# Informatización de las historias médicas



---

Madelein Arellano Rodríguez,  
María Teresa Rincón Becerra, Modesto Eloi Graterol Rivas,  
Mirtha López Valladares, Cira Olivar Morillo,  
Yorberth Montes de Oca Rojas, Miguel Altuve Sequera,  
Rosemily Graterol Silva, Sandra Yaneth Wilches Durán,  
Juan Diego Hernández Lalinde, María Inés Mendoza Bernal,  
Tomás Wilches Bonilla, Valmore Bermúdez Pirela,  
Marcos Rodrigo Cerda Carrasco, Carlos Hernando Garicano Soto.

# Informatización de las historias médicas

Grupo de investigación: Estudios de Fronteras (ESFERA), Centro de Investigación para el Desarrollo Social y Cultural (CIDESC). Inprosisistemas del Norte, Colombia. Acuerdo de cooperación Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Universidad del Zulia (LUZ) Venezuela y el Centro de Investigación para el Desarrollo Social y Cultural (CIDESC) de Inprosisistemas del Norte, Colombia. Libro producto del proyecto de investigación titulado: Planificación, gestión y políticas públicas y privadas en contextos de fronteras.

Fecha de inicio: julio de 2014. Fecha de finalización: diciembre de 2017.

ISBN 978-980-402-223-4

Depósito legal ZU2017000099

©Madelein Arellano Rodríguez, ©María Teresa Rincón Becerra, ©Modesto Eloi Graterol Rivas, ©Mirtha López Valladares, ©Cira Olivar Morillo, ©Yorberth Montes de Oca Rojas, ©Miguel Altuve Sequera, ©Rosemily Graterol Silva, ©Sandra Yaneth Wilches Durán, ©Juan Diego Hernández Lalinde, ©María Inés Mendoza Bernal, ©Tomás Wilches Bonilla, ©Valmore Bermúdez Pirela, ©Marcos Rodrigo Cerda Carrasco, ©Carlos Hernando Garicano Soto.

Diciembre de 2017 Maracaibo, República Bolivariana de Venezuela

---

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema recuperable o transmitida en medios electrónicos, mecánicos, fotocopias, grabaciones u otros, sin la previa autorización por escrito de la Universidad del Zulia. Los conceptos expresados en este documento son responsabilidad exclusiva del/os autor/es. Esta obra cumple con el requisito de evaluación por dos pares de expertos y depósito legal.

---

Diseño e ilustración de portada y contraportada: Eddy Enrique Barrios Boscán.

Diagramación e impresión:

Ediciones Astro Data, S.A. (edicionesastrodata@gmail.com)

Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela

Informatización de historias médicas. /Arellano Rodríguez, M.; Rincón Becerra, M.T.; Graterol Rivas, M.E.; López Valladares, M.; Olivar Morillo C.; Montes de O, Y.; Altuve Sequera M., Graterol Silva R.V.; Wilches Durán S.Y.; Hernández Lalinde J.D.; Mendoza Bernal, M. I.; Wilches Bonilla, T.; Bermúdez Pirela, V.; Cerda Carrasco, M.R.; Garicano Soto, C.H. Universidad del Zulia. Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela. 2017. 108 p. 15,5 × 22,5 cm.

ISBN 978-980-402-223-4 / Depósito legal ZU2017000099

Palabras clave: Tecnologías de información y comunicación, informatización, participación, ética, historia médica.

Clasificación DEWEY: 610. 2017. 1a ed.

Universidad del Zulia - Sistema de Bibliotecas.

## Publicaciones Científicas

### Universidad del Zulia

[www.luz.edu.ve](http://www.luz.edu.ve) - [www.fc.es.luz.edu.ve/cee/](http://www.fc.es.luz.edu.ve/cee/)

<http://www.fc.es.luz.edu.ve/cee/index.php/principios-del-cee/1-estructura-organizativa>

Yorberth Yannedy Montes de Oca Rojas

[montesdeoca\\_yorberth@fc.es.luz.edu](mailto:montesdeoca_yorberth@fc.es.luz.edu)

+582614127639

Centro de Estudios de la Empresa, Edificio de Investigaciones Económicas "Gastón Parra Luzardo".

Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Núcleo Humanístico. Ciudad Universitaria.

Av. 16 (Guajira). Apartado de Correo 1540. Maracaibo. Estado Zulia.

República Bolivariana de Venezuela.



---

## Universidad del Zulia

Rector  
PhD. Jorge Palencia Piña

Vicerrectora Académica  
PhD. Judith Aular de Durán

Vicerrector Administrativo  
PhD. Jesús Salón Crespo

Secretaria  
PhD. Marlene Primera Galué

Coordinador-Secretario  
del Consejo de Desarrollo Científico,  
Humanístico y Tecnológico (CONDES)  
PhD. Gilberto Vizcaíno

---

## **Comité Académico y Científico**

PhD. Cecilia Socorro  
(Universidad del Zulia, Venezuela)

PhD. Johann Enrique Pirela Morillo  
(Universidad de la Salle, Colombia)

PhD. Manuel Velasco Pernía  
(Universidad Central, Venezuela)

PhD. Yasmile Navarro  
(Universidad del Zulia, Venezuela)

PhD. Adreana Morón Vásquez  
(Universidad del Zulia, Venezuela)

PhD. Francisco Mustieles  
(Universidad de las Américas, UDLAP, México)

PhD. Armando J. Urdaneta Montiel  
(Universidad Nacional Experimental  
Rafael María Baralt, Venezuela)

PhD. Nancy Rivas de Prado  
(Universidad de los Andes, Venezuela)

PhD. Rogelio Corbacho  
(Fundación FIVE, España)

---

## ***Dedicatoria***

*A la vida, mar de esperanzas  
A la tolerancia, espacio para la cultivación.  
A quienes contribuyen cada día  
para un aprendizaje, espiritual e intelectual.*

---

# Contenido

<b>Resumen</b> .....	13
<b>Introducción</b> .....	15
<b>Capítulo I</b>	
<b>Salud y tecnologías</b> .....	21
1.1. Aproximación al sistema de salud .....	21
1.2. Uso de las tecnologías en salud .....	32
1.3. Hacia una informatización en el sector salud .....	40
<b>Capítulo II</b>	
<b>Participación: Innovando la historia médica</b> .....	48
2.1. Una mirada a la historia médica electrónica .....	48
2.2. La participación en el ámbito tecnológico .....	55
2.3. El usuario y su participación: ¿Paciente? .....	64
2.3.1. La participación desde la modernidad .....	66
2.3.2. ¿Postmoderno o participativo? .....	72
<b>Capítulo III</b>	
<b>Dilemas éticos: Tecnologías y participación</b> .....	79
3.1. Tecnologías y secreto médico .....	79
3.2. La participación del paciente desde su vulnerabilidad y dependencia .....	84
3.3. Ética en las organizaciones de salud .....	89



**Conclusiones..... 95**

**Referencias..... 99**

    Fuentes documentales ..... 105

**Entrevistas ..... 107**

---

## Índice de cuadros

Cuadro 1 Confluencia y conflicto de intereses entre los actores del sistema sanitario público. ....	28
Cuadro 2. Fines de los usuarios del subsistema de información clínica .....	45
Cuadro 3. Razón y modernidad .....	68
Cuadro 4. Sujeto y modernidad .....	68
Cuadro 5. Razón y postmodernidad .....	73
Cuadro 6. Sujeto y postmodernidad .....	74

---

## INFORMATIZACIÓN DE HISTORIAS MÉDICAS

*Madelein Arellano Rodríguez, María Teresa Rincón Becerra,  
Modesto Eloi Graterol Rivas, Mirtha López Valladares,  
Rosemily Graterol Silva, Sandra Yaneth Wilches Durán,  
Juan Diego Hernández Lalinde, Marcela Flórez Romero,  
María Inés Mendoza Bernal, Manuel Ernesto Riaño Garzón,  
Tomás Wilches Bonilla, Valmore Bermúdez Pirela,  
Marcos Rodrigo Cerda Carrasco, Carlos Hernando Garicano Soto,  
Julio César Contreras Velásquez*

---

### Resumen

Este trabajo analiza la informatización de la historia médica, considerando aspectos técnicos, políticos y éticos, a partir de los avances de las tecnologías y su inclusión en la actividad humana. Se realizó una revisión bibliográfica junto con instrumentos legales y referencias empíricas que involucran a las organizaciones del sector salud. Se hace inaplazable que la historia médica incluya elementos sobre problematización social, que contribuyan a una mejor calidad de vida. Se requiere una participación activa de los ciudadanos en su informatización, exigiendo sus derechos como bien colectivo, y propiciando en las instituciones una actitud ética entre equipo de salud y pacientes.

**Palabras clave:** Tecnologías de información y comunicación, informatización, participación, ética, historia médica.

---

## Introducción

En el siglo XXI, con el continuo avance de la ciencia y la tecnología, la reflexión sobre el hombre humano<sup>1</sup> ha de asumir un enfoque multidimensional para procurar captar su complejidad y la diversidad de sus aspectos constitutivos. No es posible reducir la comprensión de lo humano a una visión unidimensional. Son diversos los estudios sobre el ser humano, con variados enfoques y consideración de categorías disímiles; sin embargo, en la actualidad, muchos coinciden en la integridad del ser humano como ente vivo, no la singularidad de objeto y sujeto, no la separación mente-cuerpo.

Tal como plantean Najmanovich y Lennie (2006:2, 4-5) “este pensamiento dicotómico es un obstáculo fundamental para la construcción de nuevos abordajes de la salud y de las formas complejas de aproximación al ser humano que sufre”, planteando que “la salud debe pensarse en referencia... a la vida misma, a los valores que el hombre construye, a las prácticas culturales que le dan sentido”. Por ello, conciben “la salud como una relación del hombre con su entorno”, quien se enferma no es el cuerpo sino el ser humano, “esa persona humana dotada de emoción y conciencia, afectiva y capaz de conocer, imaginativa y social, inconciente y entramada”; en última

---

1 Tal como establece Morín (2000:55) “la antropología prehistórica nos muestra cómo la hominización es una aventura de millones de años... [la cual] desemboca en un nuevo comienzo:... El homínido se humaniza...”, mostrando una necesidad del hombre hacia la humanización. Una de las características de lo humano radica en que el hombre es un ser consciente de sus actos, y en tanto éstos son razonados, el hombre se hace responsable de sus actos y puede dar cuenta de los mismos.

instancia es ella la que vive o muere, se trata de su derecho a la salud como fundamento de vida.

Partiendo de esta perspectiva, y considerando la inminente inclusión de las tecnologías en todos los ámbitos de la actividad humana, el presente trabajo analiza como ejes centrales para la discusión de la informatización de la historia médica, su desarrollo como un subsistema de información en salud y los riesgos asociados al manejo y resguardo de dicha información, tomando en cuenta algunos aspectos técnicos, políticos y éticos.

Se realiza una revisión de fuentes documentales (textos, publicaciones, información obtenida por medios electrónicos e instrumentos legales, entre otros) y se consideran algunas referencias empíricas relacionadas con la informatización de la historia médica, asumiendo la salud como derecho social y como una obligación del Estado, lo cual se encuentra contemplado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela-CRBV<sup>2</sup>.

En este trabajo se toma como documento principal el proyecto de Ley de salud-PLS (2004) que apunta hacia un modelo único sobre la concepción del sistema de información en salud (pudiendo fortalecer la integración en el desarrollo de este tipo de sistemas); también se consideran los derechos que pueden ser transgredidos con la informatización de la historia médica y las perspectivas de participación social hacia la defensa de dichos derechos. Se discute además lo contemplado en el Código de Deontología Médica (1985) y la Ley del ejercicio de la medicina (1982) sobre historia médica y secreto

- 
- 2 La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el *bienestar colectivo* y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa y cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento (Art. 83)... El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad (Art. 84).

médico, componentes integradores en el manejo de la información clínica.

De esta manera, el trabajo ha sido estructurado en tres capítulos abordando:

1. En el Capítulo I, lo relacionado con los aspectos técnicos.

Se realiza una aproximación al sistema de salud para identificar el tipo de requerimientos de información asociado a los enfoques del sistema de salud (curativo y preventivo), con miras a evaluar su inclusión en los desarrollos actuales. Posteriormente, se plantean algunas implicaciones en términos generales sobre el uso de tecnologías en el sector salud y describiendo algunas particularidades en el caso venezolano, delineando el contexto en el cual se plantea la informatización de la historia médica. Así, se pretende identificar los elementos base para el desarrollo de un sistema que permita el registro de la información clínica.

Se plantea la exigencia de una informatización de la historia médica cónsona con los planteamientos establecidos en el actual Proyecto Ley de Salud (2004), el cual haciendo énfasis en la prevención y desde una perspectiva de integración hacia un sistema único de salud, requiere información que no está siendo contemplada en los desarrollos actuales.

2. En el Capítulo II, los aspectos políticos vinculados a la participación.

Se pretende definir el tipo de participación ciudadana necesaria para propiciar la defensa de los derechos de privacidad y confidencialidad, debido a la informatización de las historias médicas, desde los contextos de la modernidad y postmodernidad. Esta sección se desarrolla a partir de una aproximación a la teoría sistémico-interpretativa, la cual consiste en (Fuenmayor, 2001:112,117): a) búsqueda de categorías que expliquen el fenómeno organizacional del caso (sujeto y razón), b) definición de los contextos interpretativos (moder-

idad y postmodernidad)<sup>3</sup>, c) producción de interpretaciones sobre el fenómeno, a partir de cada uno de los contextos interpretativos, y d) debate de interpretaciones que conformen la plataforma cognoscitiva interpretativa (perspectiva de perspectivas). Finalmente, el autor plantea que “la relación básica entre estas interpretaciones se encuentra en el devenir histórico de la cultura”, por lo que la interpretación realizada responde a una de las perspectivas que envuelve la informatización de la historia médica.

Esta informatización amplía la posibilidad de acceso a la información clínica, implicando riesgos sobre la privacidad y confidencialidad de los datos, e involucra la existencia de múltiples actores con diversos intereses, lo cual pone de relieve la participación de un equipo multidisciplinario que incluya a los ciudadanos, quienes asuman una participación activa para la defensa de sus derechos como personas, dirigidas hacia la búsqueda del bien colectivo, mediante relaciones de reciprocidad basadas en una acción comunicativa.

3. En el Capítulo III, los aspectos éticos correspondientes al sigilo médico.

Se conjuga lo técnico y lo político<sup>4</sup> para discutir desde una perspectiva ética: a) los dilemas relacionados con el sigilo profesional, a partir del uso de tecnologías; y b) un tipo de participación que facilitaría el desarrollo de una historia médica electrónica, a partir de las categorías de vulnerabilidad y dependencia planteadas por Alasdair MacIntyre. Finalmente, desde una perspectiva integral de la salud, se incluye una aproximación hacia la ética en las organizaciones, con miras a involucrar al equipo de salud en su totalidad.

Una ética médica y del equipo de salud se contextualiza y se concibe en la interacción de todos los actores sociales del sector salud hacia el logro de consensos. Por ello, la importancia de reflexionar y debatir acerca de las implicaciones de la ética en las organizaciones

---

3 Contextos interpretativos de naturaleza histórica (Fuenmayor, 2001:117).

4 Tomando como actores directos de la historia médica: médico y paciente.

de salud con respecto al manejo de información clínica, desde la concepción de servicio de personas para personas, se presenta como una complejidad a ser desentrañada. Tanto el equipo de salud como las organizaciones, custodios de dicha información son responsables de salvaguardar la privacidad y confidencialidad de los pacientes, lo cual sólo será posible desde un dominio ético de la situación.



# Salud y tecnologías

## 1.1. Aproximación al sistema de salud

La salud es un problema complejo que involucra aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, técnicos, políticos, éticos, culturales y otros; sin embargo, se pretende reducirla a la oferta de un servicio público que busca la ausencia de enfermedad de una población. Esto sin considerar, que existe una distinción marcada entre atender a una persona que está enferma (curación) y evitar que una enfermedad afecte su organismo (prevención). En el primer caso los individuos demandan los recursos del sistema para restablecer la salud; en el segundo su aplicación garantiza disminuir la probabilidad de aparición de la enfermedad.

De esta manera con la prevención se evita incurrir en gastos inmediatos para restituir la salud y, aunque sus resultados no parecen apreciarse a corto plazo, permite evitar gastos futuros más elevados. El énfasis en la prevención implica, tal como lo señala la OMS (2000:26): la concepción de salud como un estado de “completo” bienestar físico, mental y social, y no solamente la *ausencia de enfermedad*, lo cual comprende la tarea de educar a las personas, tanto a los ciudadanos, en la adquisición de hábitos, como a los funcionarios públicos en la definición políticas compatibles con una vida saludable; propiciándose, a su vez, el autocuidado y la previsión de anomalías con un tiempo prudencial, y ofreciendo mayores posibilidades de éxito en el restablecimiento de la salud.

Sin embargo, tal como afirma Regidor (1998:126) “es muy difícil reorientar la atención del público y de los políticos hacia la salud, en lugar de hacia los servicios sanitarios”. La prevención es relegada, y pareciese que sólo preocupa la enfermedad. Esta situación exige una toma de conciencia en las personas sobre el cuidado de su salud, y del Estado para que asuma su responsabilidad de garantizar el sistema de salud que la población requiere.

De acuerdo a la concepción preventiva o curativa que asuma el sistema de salud, los requerimientos de información que lo conforman tienden a ser diferentes. Así, el procesamiento de dicha información muestra diferentes matices, ya que dependerá de las exigencias establecidas por instancias superiores, de acuerdo a un determinado orden jerárquico. El enfoque curativo responderá, principalmente, a condiciones epidemiológicas del subgrupo poblacional afectado; mientras que el enfoque preventivo, requerirá información sobre las condiciones de vida, socioeconómicas, ocupacionales, nutricionales, educativas y ambientales, de todos los grupos poblacionales.

Castellanos (1995:7-8) expresa que “un enfoque poblacional refuerza el papel de intervenciones de carácter preventivo y de promoción sobre colectividades<sup>1</sup>; un enfoque individual refuerza también intervenciones preventivas, pero predominantemente curativas<sup>2</sup>, sobre individuos... En el primer caso, el objeto de trabajo... se mira como poblaciones y subpoblaciones con diferentes perfiles de salud y de condiciones de vida y de trabajo; en el segundo caso, el objeto de trabajo aparece como conjunto de enfermedades y diagnósticos,

---

1 Tales como saneamiento ambiental, mejoramiento de las condiciones de trabajo, alimentación y servicios públicos, intervenciones que tienden a tener un carácter más intersectorial y relacionado con los proyectos de desarrollo económico y social.

2 Atención de enfermos y diagnóstico precoz.

agrupados según una cierta taxonomía<sup>3</sup>”, la cual pasa a ser un factor determinante para la recolección de información dentro del sistema de salud. Tal como afirma este autor, ambos enfoques no son excluyentes sino complementarios y normalmente, las estrategias de salud<sup>4</sup> son una combinación de intervenciones de carácter promocional, preventivo y asistencial.

Sin embargo, en su discusión sobre *La salud pública del siglo XXI*, Moreno (2002:6-7), plantea que la medicina tiende a ser cada vez más anticipatoria, “actuando sobre poblaciones sanas y sobre factores protectores y de riesgo, creando ambientes saludables en la familia y la comunidad, promoviendo el autocuidado, los estilos de vida saludables y el mejoramiento de los ambientes donde vive, trabaja y se recrea la gente”. Pero aun cuando exista la preocupación de los ciudadanos por crear estas condiciones, y planteen sus requerimientos mediante diversos mecanismos de participación, el Estado como garante de los derechos de los ciudadanos, es el responsable primordial de la aplicación de políticas y estrategias que orienten el sistema de salud hacia la prevención.

Según Homedes y Ugalde (2005:3) “desde la década de los años setenta había conciencia de que los sistemas de salud latinoamericanos eran poco equitativos, e ineficientes y [sus] niveles de salud... estaban por debajo de lo [esperado] debido a su bajo desarrollo económico”. Seguramente estas características de los sistemas de salud

---

3 Generalmente, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

4 “El predominio de uno de los dos enfoques establece el carácter de dicha Estrategia de Intervención, [lo cual] en el campo de la investigación epidemiológica, tiene consecuencias relevantes en la formulación de los problemas, en la selección de unidades de análisis y en la construcción de las variables e indicadores y, en consecuencia, también en los procedimientos de análisis e inferencia; [inclusive] en el tipo de modelos teóricos sobre los procesos de salud y enfermedad, el tipo de diseños de investigación y la forma de modelar matemáticamente las relaciones e interacciones causales” (Castellanos, 1995:8).

de nuestra región estuvieron presentes antes de los años 70 y probablemente aun persistan mientras no se comprenda la salud con una perspectiva desde su complejidad.

Con la meta de ‘Salud para todos’ y el modelo de salud aprobado en la Declaración de Alma Ata de 1978<sup>5</sup>, “los ministerios de salud de países de la región empezaron a extender los servicios de salud a poblaciones marginadas y rurales, siguiendo los principios allí enunciados. Un modelo basado en principios de solidaridad y universalidad en el acceso a los servicios de salud, de eficacia en función del costo (promoción de servicios de atención primaria y prevención) y en la participación comunitaria (denominado posteriormente democratización de los servicios de salud)” (Homedes y Ugalde, 2005:4-5). De esta forma, se comienza una preocupación hacia la salud con una visión integral con miras hacia la equidad.

Estos autores afirman que esta iniciativa fue frustrada por la orientación biomédica de la atención sanitaria y la posterior crisis económica, alrededor de 1980 cuando “el Fondo Monetario Internacional (FMI) exigió a los gobiernos que recortaran gastos en los sectores sociales”. En el sector salud esta reducción provocó un deterioro de los servicios causando insatisfacción de proveedores y usuarios, crisis aprovechada por el Banco Mundial para fortalecer su programa de préstamos al sector de la salud, convirtiéndose para finales de la década de 1990 en la agencia internacional proveedora de la mayor cantidad de fondos para este sector, posición que le permitió promover una reforma de salud que planteaba al sector privado más eficiente que el sector público<sup>6</sup>, y donde la función del Estado es regular y no proveer servicios.

---

5 Producto de la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) celebrada en Alma-Ata, Kazajstán, en 1978. El enfoque central del modelo de APS es la reorientación de recursos hacia el cuidado básico y hacia la prevención, y no exclusivamente hacia los hospitales y la alta tecnología médica, junto a la participación social y multisectorial como elementos clave.

6 “La ideología neoliberal del Banco Mundial propone la privatización de los servicios, su descentralización, la separación de las funciones de financiación

En el caso venezolano como país latinoamericano no hubo variación de estos sucesos, sufriendo todos los embates ocasionados por la privatización de servicios. En 1999 con la aprobación de la CRBV se plantea una reforma del sistema de salud venezolano, cuyo desarrollo ha presentado diversas fases, evidenciándose algunos conflictos con el modelo neoliberal existente, a pesar que se contempla normativamente la garantía del derecho a la salud, como compromiso del Estado para mejorar la calidad de vida.

En el marco de esta reforma, actualmente aun se encuentra en discusión el proyecto de Ley de Salud –PLS– (AN, 2004), cuya tendencia hace énfasis en un enfoque preventivo y de promoción de la salud. Pero, el enfoque curativo aun predomina en el país, respondiendo al control epidemiológico como base fundamental para el desarrollo de planes de salud contingentes<sup>7</sup>.

Específicamente, con respecto a la prevención, el Art. 7 del PLS contempla el registro de “información acerca de las necesidades de *calidad de vida* y salud de la población y sus determinantes”, información de tipo cualitativa como parte de los indicadores a ser considerados en los sistemas de información para evaluar la salud, ya no sólo en términos cuantificadores de enfermedad. Regidor (1998:130,132) afirma que “el interés de estas medidas de calidad de vida relacionada con el estado de salud radica en que superan las limitaciones que la mortalidad y la morbilidad tienen para evaluar el impacto de determinadas intervenciones sociales, económicas y sanitarias...”<sup>8</sup>; con estas estadísticas tradicionales se ha hecho énfasis en identificar

---

y provisión, y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos que cada país debe definir de acuerdo con sus recursos y estudios de eficiencia en función de los costos” (Homedes y Ugalde, 2005:4).

- 7 Pocas veces apoyado en el procesamiento de información sistematizada.
- 8 Sin embargo, el Informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2005) continua presentando en sus estadísticas: a) Tasas de mortalidad de menores, b) Número anual de defunciones por distintas causas, c) Indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario, d) Indicadores sobre

factores de riesgo y crear intervenciones específicas, algunas de promoción de la salud y otras mediante actividades netamente clínicas.

Por ello, se ha desestimado que la situación de salud se corresponda con elecciones individuales, sino que es el resultado de ciertos hábitos de vida, condicionados en diversas ocasiones por el medio ambiente, económico, social y físico, en el cual se encuentra inmerso cada individuo y donde también tiene injerencia el Estado con sus determinantes políticos.

Con respecto a la promoción de la salud, el artículo 8 (PLS) contempla “alcanzar condiciones de calidad de vida a través de respuestas integrales ante las inequidades sociales”; este tipo de respuestas amerita un esfuerzo sostenido y transectorial<sup>9</sup> que promueva el diseño de proyectos de desarrollo económico y social, a fin de disminuir las inequidades<sup>10</sup> presentadas ante la posibilidad de acceso y calidad de los servicios de salud, y permita la actuación sobre los factores de riesgo. Por ello, para el desarrollo de sistemas de información y comunicación en el sector salud (SICS) es menester estudiar la integración de aquellos sistemas externos que pudiesen tener inherencia en la salud de la población.

Desde esta perspectiva integral, no puede perderse de vista que la salud está vinculada a la reducción de inequidades que no constituyen competencias exclusivas de los ministerios de salud, presentándose lo transectorial con competencias relacionadas a: educación, trabajo, infraestructura, ambiente, vivienda, cultura, deporte, entre otros; se trata de ver la salud como un concepto multifactorial.

---

inmunización, y e) Indicadores relacionados con la salud reproductiva, salud de la madre y del recién nacido.

- 9 Integración con otros ministerios, dada la complejidad de lo que representa el estado de salud de una población
- 10 “Se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas” (Evans y col, 2002:4)

Por ello, Navarro (1998:49-51) insiste que una de las deficiencias en el concepto de salud pública manejado comúnmente es el problema epistemológico del poder: “salud y enfermedad no son sólo categorías científicas, sino también políticas (es decir, de poder). Tanto el conocimiento científico de lo que es salud y enfermedad, como lo que constituye y se define como práctica médica y las que se reconocen como instituciones sanitarias están altamente influenciadas por el contexto social y político que les rodea”. La salud no puede plantearse como un concepto apolítico y aplicable a todos los grupos sociales y a todos los periodos históricos por igual; tendrá condicionantes que afectarán su desarrollo, dado los diversos intereses (Cuadro 1) planteados en el sector salud y en otros sectores involucrados.

Según López (1998:70) “todos [estos intereses] supuestamente legitimadores para la consecución de objetivos individuales, dada la prerrogativa con la que se asisten para interpretar la asistencia sanitaria como ‘necesidad social’, [se enmarcan] en un contexto de restricciones presupuestarias laxas y ausencia, a menudo, de una gestión pública efectiva”. Debido a esta diversidad de intereses de los actores involucrados en la gestión sanitaria, se le asigna una alta complejidad a la ejecución de proyectos relacionados con el desarrollo de SICS, que contribuyan a un funcionamiento integrado del sistema de salud.

Muestra de ello son algunos sistemas regionales con adelantos significativos en el uso del Sistema de Información basado en el Modelo de Atención Integral (SISMAI)<sup>11</sup>, el cual fue diseñado inicialmente para la red ambulatoria y cuyo desarrollo alcanza en la actualidad a los hospitales. Su propósito era unificar la información a nivel central, y su concepción contribuye a moldear la atención hacia un enfoque

---

11 Desarrollado en función del individuo y su entorno, que combina lo biológico y lo social, lo individual y lo colectivo, a partir de una interacción del equipo de salud, el paciente y su familia, con el propósito de hacer una evaluación total del individuo, y propiciar condiciones de salud para la prevención de enfermedades (López, 1999:47-49).

**Cuadro 1 Confluencia y conflicto de intereses entre los actores del sistema sanitario público**

Qué esperan los/de	Pacientes	Profesionales	Instituciones productivas	Agencias de compra	Financiador	Ciudadanos/contribuyentes
Pacientes		Juramento hipocrático	Comodidad	Acceso ilimitado	Gratuidad	Solidaridad
Profesionales	Conductas apropiadas		Satisfacción (retribución más otros)	Libertad clínica	Suficiente financiación	Adhesión
Instituciones productivas	Consumo racional de los servicios	Agencia perfecta más aptitud		Financiación estable	Transparencia	Lealtad
Agencias de compra	Utilización adecuada del sistema	Actitud	Tarifas mínimas		Suficiencia	Elección
Financiador	Racionalidad individual	Ética	Eficiencia	Cobertura comprehensiva		Racionalidad colectiva
Ciudadanos/contribuyentes	Racionalidad individual Seguro Prudente	Ética más eficiencia	Externalidades de opción	Reputación Excelencias más coste mínimo	Baja fiscalidad	

Fuente: López (1998: 70).



preventivo acorde con las estrategias del ministerio de salud, pero la recolección de información actual, aun mantiene la directriz sobre las estadísticas influenciada por una perspectiva curativa, ya que se requiere un cambio de infraestructura significativo para su implantación<sup>12</sup>, así como el apoyo institucional y un acuerdo sostenido de los diferentes intereses. Es importante destacar que desde el 2004 el PLS no ha sido sometido a segunda discusión para su respectiva aprobación, quedando el sistema de salud sujeto al enfoque curativo establecido con anterioridad.

La perspectiva preventiva del SISMAI, como producto de un proceso de reingeniería realizado en CORPOSALUD<sup>13</sup>, se enfoca en dar prioridad al registro y procesamiento de información epidemiológica desde los centros de atención primaria<sup>14</sup>, que integrado a una base poblacional permite caracterizar la atención en salud y el comportamiento de los rasgos epidemiológicos en cada localidad, mediante el monitoreo semanal, planificando así acciones en salud para la población. A pesar de sus bondades, la utilización del sistema a nivel nacional ha sido planteada en diversas oportunidades, con in-

- 
- 12 Sólo la interconexión en red requiere computadores en cada ambulatorio junto a infraestructura de comunicación, que ha sido posible en el Estado Aragua, no así en el Estado Zulia, complicándose por la extensión territorial.
  - 13 Según la Ley de Salud del Estado Aragua es la Corporación de la Salud del Estado Aragua (CORPOSALUD) con personalidad jurídica y patrimonio propio e independiente del fisco estatal, adscrita a la Gobernación del Estado Aragua, como ente descentralizado del Servicio Nacional de Salud y órgano competente del Ejecutivo Regional Estatal, a todos los efectos de la ejecución y aplicación de esta ley. Le corresponde la gestión, planificación, administración, supervisión, evaluación y control de los servicios que preste el Sistema Estatal de Salud.
  - 14 Con una perspectiva de interconexión e integración de los ambulatorios del municipio, los hospitales del estado y la dirección central, para asegurar el funcionamiento adecuado del sistema de salud en todos los niveles; propósito final que aun no se ha cumplido, debido a la discontinuidad en las políticas emanadas por el ente rector.

tentos en sus inicios pero con frustraciones para su concreción al no mantener la política sobre su uso, causando retrasos en el avance del proyecto en otras regiones del país.

El desarrollo de SICS con una perspectiva integral podría contribuir a la planificación y uso racional de los recursos, en aras de ampliar la cobertura, calidad y oportunidad de los servicios. Sin embargo, las diferentes propuestas como producto de los procesos de reforma, no han logrado unificar los criterios sobre el tipo de información recolectada, su forma de procesamiento y la estructura de su difusión<sup>15</sup>, lo cual dificulta la integración de los sistemas de información internos y con menor posibilidad los externos.

Tomando en cuenta que la inversión requerida para este tipo de proyecto puede darse mediante: a) compra de paquetes de aplicación, b) desarrollo interno del sistema, o c) desarrollo externo, mediante tercerización; el Artículo 43 del PLS expresa que “ninguna institución integrante del Sistema Público Nacional de Salud podrá desarrollar o contratar sistemas de información, módulos o subsistemas informáticos sin la debida coordinación con el ministerio con competencia en salud y los órganos competentes en la materia”, lo cual permite establecer políticas de funcionamiento para la integración de los sistemas de información relacionados con el sistema de salud y, de esta manera, fortalecer los esfuerzos dirigidos hacia la concepción de prevención, mediante el control poblacional que contribuya al abordaje de factores de riesgo propiciando condiciones saludables en las personas.

Se pretende planificar la adquisición de sistemas y tecnologías de información y comunicación (TIC) acordes con las políticas y pla-

---

15 Algunos casos estudiados reflejan que los hospitales carecen de personal técnico capacitado para el desarrollo de este tipo de sistemas y se evidencia la contratación de otro tipo de profesionales para el procesamiento de información, aun cuando deberían ser manejados por personal del área de la salud. Por otra parte, la información generada, prácticamente, no está siendo utilizada como base para la toma de decisiones por parte de los directivos institucionales, regionales o nacionales.

nes del sector en general, y no como respuesta a determinadas particularidades. Por ello, hay que destacar que el uso de la información en salud se encuentra íntimamente relacionado a situaciones específicas de salud y la identificación de dichas patologías, como condicionantes de salud, pero la orientación hacia la prevención pretende realizar acciones específicas hacia los diversos factores de riesgo, no atacando únicamente aquello que produce la enfermedad, sino con una perspectiva integral de calidad de vida.

Tal como lo establece Maya (1997) “existe una creciente preocupación en el mundo por la necesidad de una reforma profunda a los sistemas de salud que aborde *integralmente* los problemas de insuficiente cobertura de la población con la presencia de una estructura financiera que permita ofrecer servicios de calidad a costos razonables”. En este sentido, algunos países han optado por un sistema solidario permitiendo a los miembros de la sociedad tener acceso a servicios de salud independientemente de su capacidad de pago, contribuyendo a un grado de distribución al interior del sistema, quienes tengan menor poder adquisitivo (población vulnerable), tenga iguales posibilidades de acceso a los servicios de salud, rompiendo así con una desigualdad injusta. Esta situación refiere a una estructura de financiación solidaria del sistema, lo cual podría contribuir a la disminución de inequidades en salud.

Es menester poner acento en el riesgo que representa el manejo de información en salud, ya que ésta se constituye como un bien social, pero también es factor de poder para quién tiene acceso a ella. La existencia de inequidades no son competencias exclusivas del Ministerio de salud y por ello es necesario buscar una integración de los sistemas, logrando que en la producción y uso de la información se involucren los diversos actores con sus múltiples intereses, de manera que puedan converger y propiciar conciliaciones en torno a la automatización de la información en salud.

## 1.2. Uso de las tecnologías en salud

La Organización Panamericana de la Salud establece como visión el uso de una tecnología apropiada, que combinada a una infraestructura fiable para el procesamiento de información de salud, permita “integración de datos de salud, mejora del funcionamiento de los servicios de salud y calidad de la atención, expansión del acceso, ampliación y apoyo de las actividades de promoción de la salud, mayor acceso al conocimiento y educación de proveedores y consumidores” (OPS, 1997:2). Esto indica que el uso de tecnologías pudiese tener diversos efectos favorables para la prestación de los servicios en el sector salud que contribuyan a mejorar el desempeño de sus organizaciones.

Ahora bien la salud, vista como servicio público, inmersa en un proceso globalizador que involucra el manejo de información<sup>16</sup>, junto a las iniciativas planteadas para la construcción de una sociedad de la información, llevan a analizar el contexto en el cual se desarrolla la modernización del sector salud y el uso de tecnologías.

Para Do Couto y col. (2005:94,100) “las concepciones de sociedad de la información<sup>17</sup> desarrolladas entre finales de los años 60 y comienzo de los 70 [determinaban] que el desarrollo tecnológico era considerado, contradictoriamente como un proceso autónomo en relación con la dinámica socioeconómica y política y, al mismo tiem-

---

16 Entendida como “un conjunto de mecanismos que permiten al individuo retomar los datos de su ambiente y estructurarlos de una manera determinada, de modo que le sirvan como guía de su acción... la información concreta habrá de analizarse en su contexto, como algo *determinado* y *determinante* que tiende a conformar el conjunto social” (Paoli, 2005:15,17).

17 Los autores afirman que ésta “emerge de un escenario configurado a partir de la relectura de las tesis del liberalismo económico, vinculada a la conformación de un contexto en el cual los intereses del mercado, más específicamente los intereses de grandes corporaciones, pasan a subyugar la actuación de los Estados nacionales” (Do Couto, 2005:96). En el caso del sector salud se incluyen proveedores de *tecnologías en salud*, medicamentos y materiales relacionados.

po como capaz de influenciar el orden social vigente”. Por su parte, la propuesta de generalización de la infraestructura de la información y comunicación, establecida como necesaria para el crecimiento y competitividad de las economías nacionales, conlleva al intercambio entre fronteras, dándole prioridad al mercado y, en consecuencia, al sector privado, como motor de este proceso. Sin embargo, estos autores afirman que no se puede excluir “la acción gubernamental en el desarrollo de tal infraestructura”.

Además, plantean que las tareas específicas atribuidas al sector gubernamental involucra: a) sistemas y servicios para el ciudadano, incluyendo el suministro de servicios públicos por medios electrónicos (gobierno electrónico); b) nuevos métodos de trabajo y comercio electrónico; c) contenidos y herramientas multimedia; d) adopción de tecnologías esenciales; todo ello genera capacitación de trabajadores y usuarios, adquisición de bienes y servicios relacionados, que inducen al consumo<sup>18</sup>. Por ello, la selección, adquisición y uso de tecnologías en el sector salud, como servicio público no puede ser vista sólo desde los beneficios a obtener; hay que mirar los diversos rostros que esta acción involucra.

Las acciones que el Estado debe asumir con respecto a las TIC vienen promovidas por diversos organismos multilaterales; específicamente, los temas tratados en la Cumbre Mundial de la Sociedad de la Información (Ginebra, 2003) destacan como desafío: la promoción de las metas de desarrollo contempladas en la Declaración del Milenio (New York, 2000), a la cual está suscrita Venezuela.

Dando cumplimiento a dicha declaración, para el primer semestre del 2004, el Estado venezolano elabora el informe “Cumpliendo las metas del milenio” (RBV, 2004), el cual incluye los avances alcanzados. Uno de los objetivos establecidos es la “Promoción de la asociación global para el desarrollo”, para cuya consecución se exige la meta 18: “Facilitar la disponibilidad de los beneficios de las nuevas

---

18 Siendo el consumismo una característica particular del modo de producción capitalista.

tecnologías, especialmente las de información y de comunicación”, lo cual señala el interés del Estado en propiciar el uso y acceso a dichas tecnologías<sup>19</sup>. De esta manera, el sector salud no se encuentra exento del uso de las TIC.

Según Aguirre (1999:5) “... el acelerado avance, introducción y difusión de las TIC, no es sólo de los países en desarrollo sino también de los desarrollados. En este sentido, las teorías elaboradas por Marc Humbert (1995) destacan el papel de lo local en la producción de innovaciones –*Globalización*– en el marco de la globalización, es decir, el espacio que le queda a las naciones no productoras de tecnología dura para desarrollar procesos que mejoren las condiciones sociales, como son las regiones de América Latina y el Caribe”. El despliegue de aplicaciones de informática en salud en estas regiones, requiere una elaboración basada en un modelo integral acorde a: exigencias administrativas, necesidades de difusión de información en salud, y utilización de tecnologías que permitan integrar múltiples subsistemas<sup>20</sup>, en aras de visualizar el sistema de salud con una perspectiva transectorial<sup>21</sup> y acorde a las políticas públicas de cada región.

En este caso, cuando la inversión en sistemas y tecnologías se realiza mediante la compra de paquetes o mediante tercerización, el proceso de identificación de necesidades y adaptación se presenta

---

19 El gobierno bolivariano ha dado prioridad al desarrollo de la plataforma tecnológica nacional y de acceso a Internet; esta voluntad influirá en la información en salud de acuerdo a la importancia que se le asigne a este sector, así como de disponibilidad financiera, generalmente insuficiente, formándose un círculo vicioso, que no contribuye a avanzar hacia el objetivo de equidad en salud, con riesgo de mayor estratificación según el acceso a la información.

20 Producto de una tipología elaborada con anterioridad se tiene que el sistema de salud está conformado por los siguientes subsistemas de información: a) Epidemiológica, nutricional y sociodemográfica; b) administrativa (atención y financiera); c) clínica; y d) científico-técnica (Arellano, 2003: 68-69).

21 Necesario para la disminución de inequidades.

con mayor complejidad, dado los múltiples actores que involucra el sector salud.

Ahora bien, para Castells (1999:371) el mundo que se estaba formando a final del milenio, se debe a la convergencia de tres procesos independientes, a saber: “la revolución de la tecnología de la información; la crisis económica tanto del capitalismo como del estatismo y sus reestructuraciones subsiguientes; y el florecimiento de nuevos movimientos sociales y culturales”, [generando]: a) la estructura social dominante: la sociedad red; b) una nueva economía: economía informacional/global; y c) una nueva cultura: la cultura de la virtualidad real”. Sin entrar en detalles sobre esta nueva economía, destaca el autor que las tecnologías de información facilitaron el surgimiento de esa nueva forma de capitalismo (flexible y dinámico), propiciando los medios para la comunicación a distancia mediante redes, así como el almacenamiento y procesamiento de la información.

Esta sociedad red, planteada por Castells requiere la implantación de la infraestructura de información, y para Do Couto y col (2005: 94) el discurso de la propuesta de la sociedad de la información revela la profundización de la apertura comercial con una expansión de intercambio, siendo éste causa y consecuencia de la implantación de dicha infraestructura. Estos autores hacen énfasis en la dualidad de la infraestructura de información, la cual requiere del uso de las TIC para su implantación. De allí lo difícil que resulta para los fenómenos sociales establecer relaciones lineales de causa y efecto.

Cabe acotar que, tal como plantea Giddens (2000:24-28), la globalización no puede ser vista sólo como el orden financiero mundial; no refiere sólo lo que está afuera alejado de la persona, incluye lo interno (aquí dentro), “aspectos íntimos y personales de nuestras vidas; [estos] cambios... [Son] impulsados por una serie de factores estructurales... e históricos, [compuestos por] fuerzas motrices modeladas por la tecnología y la difusión cultural, así como por las decisiones de los gobiernos de liberalizar y desregular sus economías nacionales”. Este planteamiento muestra que la globalización no comprende solamente lo financiero, sino se entrelaza con lo exter-

no, que va más allá de él, y donde sus cambios son plasmados mediante las TIC.

Además, en ese intento de comprender el fenómeno de la globalización, según el autor algunos piensan que “crea un mundo de ganadores y perdedores”; un tránsito rápido hacia el bienestar para algunos, un derrotero lleno de obstáculos hacia la desilusión para otros. Esta dicotomía se interpreta como el alcance hacia aspectos favorables y adversos para la sociedad.

Tal como lo establecen Do Couto y col. (2005:102), dado el reconocimiento de una desigual distribución de las ventajas de las TIC entre países desarrollados y en desarrollo, se trata de construir una sociedad de la información más incluyente, lo cual requiere el acuerdo de múltiples actores involucrados. Para alcanzar este propósito es necesario: a) formación del talento humano en el área, b) identificación de la plataforma nacional de tecnologías de información, c) desarrollo e interconexión de redes, d) modernización del Estado, e) democratización de las TIC, y f) asociación con el sector privado. Sólo queda que el Estado pueda velar por los intereses de los ciudadanos, evitando que el mercado contraponga sus intereses por encima de aquellos.

Por ello, el desarrollo de SICS requiere un análisis sobre la aplicabilidad de las TIC en las organizaciones de salud, con una perspectiva dual que involucre posibles beneficios que puedan ofrecerse a la colectividad, en pro de su calidad de vida, así como algunas limitantes presentadas con su aplicación. Para Aguirre (1999:9) la introducción de las TIC en las instituciones del Estado involucra un elemento particular que “se relaciona con lo político y lo técnico en el manejo de la información”, planteando que la ausencia de herramientas para el uso de dicha tecnología en la gestión de gobierno, puede aumentar la incertidumbre para la elaboración de políticas, en los servicios, en los procesos, o en los aspectos organizacionales.

El componente político de la información origina esta incertidumbre, creando, en ocasiones, ciertas ambigüedades en la gestión de salud, porque se entrecruzan los intereses de sus múltiples ac-



tores, presentándose discontinuidad en la formulación de políticas, con respecto a la inversión y uso de las TIC.

En términos generales, una organización decide invertir en TIC porque las decisiones de la alta gerencia tienden a ser más complejas y se presenta la necesidad de controlar diversas acciones; este papel controlador normalmente es asumido por personal técnico. En este sentido, Gorz (1977:212-215) plantea que producir información, sintetizarla y conceptualizar los resultados toma una relevancia creciente. Los técnicos poseen el “poder de integrar las incertidumbres en el proceso de elaboración de las decisiones”, ya que poseen la información; por tanto obtienen y ejecutan poder, un poder que se hace efectivo al manejar la información.

Por ello, el desarrollo de sistema de información modifica las estructuras de producción, se pierde el principio de poder de mando y dadas las características propias de las profesiones técnicas, los técnicos según este autor tienden a sentirse “autónomos porque... no reciben órdenes del patrono”. Entretanto, los hombres de gestión (gerentes) “ejercen un poder sobre las personas y dependen también de otras”, cumpliendo funciones similares a las de apoderado, que actúa en representación de los propietarios del capital, pero que no logra tener injerencia determinante en el trabajo que realizan los técnicos.

Entonces se puede plantear que lo antes expresado por Gorz, enfatiza la importancia de integrar ambas profesiones (técnicos y gerentes) en el desarrollo de sistemas de información, ya que acciones e intereses pueden entrar en conflicto, dado el componente de poder que representa, tanto el diseño (responsabilidad del técnico), como el uso del producto o información (responsabilidad de los gerentes). Estos últimos son los responsables de garantizar la calidad del servicio de salud, para lo cual requerirán indicadores que le permitan hacer seguimiento de su gestión, y cuyos requerimientos deben estar explícitamente definidos al momento de diseñar los sistemas.

Otro de los problemas relacionados con el manejo de la información es planteado por Massé (2003:8), al expresar “que todo usuario de información reflexione sobre sus contenidos”, y no sólo se cercio-

re que la información es la buscada. Se presenta una “falta de crítica de los contenidos, [lo cual puede interpretarse] como resultado del auge del pensamiento pragmático, a-crítico, característico de la modernidad”. Se entiende la información sólo en sentido de utilidad, en tanto ella proporciona conocimiento<sup>22</sup>, y sirve en un mercado de trabajo específico. Se pretende que los usuarios de los sistemas al hacer uso de la información lo hagan con criticidad y exijan, de ser necesario, requerimientos al sistema, los cuales quizá no fueron contemplados durante su diseño, pero que contribuirán a evaluar su gestión y por ende a mejorar la calidad del servicio.

Estos planteamientos muestran que entre los aspectos a considerar al realizar un análisis sobre desarrollo de los SIC, entre ellos destacan: a) integración de sistemas junto al proceso de selección, adquisición e implementación de tecnología apropiada; b) las alternativas técnicas y organizacionales que ofrece el uso de tecnologías; c) consenso entre actores<sup>23</sup> y sus fines, teniendo a los usuarios de los servicios de salud (pacientes) como agentes clave de control mediante su participación activa; d) carácter político de la información, en tanto la consideración de transiciones gubernamentales y la formulación de políticas públicas de salud; e) los dilemas éticos que puedan generarse por el manejo y uso de la información en salud; y f) el impacto sobre acceso y calidad de los servicios que los SIC pueden generar en la colectividad.

En el caso venezolano, cualquier desarrollo de SICS está sujeto a las políticas definidas por el sector, las cuales responden a las directrices de los procesos de reforma en la salud de la región latinoamericana con una alta influencia de organismos multilaterales. Desde principios de los 90's una de las acciones relevante fue la descentralización de competencias hacia las regiones, buscando mayor

---

22 Un conocimiento que puede ser relativo, ya que no está determinado por la cantidad de información.

23 Esta categoría incluye a todas aquellas personas que emplean los sistemas de información y comunicación en salud.

autonomía para facilitar los cambios hacia un modelo de mercado. La disparidad presente entre las regiones en cuanto a los avances en sistemas de información, tiene como factor determinante ese proceso de descentralización, el cual no fue realizado en forma simultánea<sup>24</sup> y cada región ha desarrollado su propio proyecto de salud, coherente con el enfoque político del gobierno regional.

La divergencia entre los enfoques regionales conlleva a recolectar y procesar información sobre salud de forma sesgada, no siendo posible su integración nacional coherente<sup>25</sup>; apenas puede ser utilizada para la toma de decisiones institucionales, y resulta restringida para el diseño de políticas nacionales. Frente a esta situación, la instalación y puesta en marcha del SISMAI en aquellos estados que iniciaron el proceso de descentralización, ocasionó en algunas de ellas inconvenientes que limitaron la consecución de sus objetivos preliminares. Particularmente en el estado Aragua, CORPOSALUD hizo uso del sistema de información en todas las dependencias regionales

- 
- 24 El primer grupo firmó acuerdos de transferencia entre 1993 y 1995, estuvo constituido por los estados: Aragua, Anzoátegui, Bolívar, Carabobo, Falcón, Lara, Mérida, Miranda, Monagas, Sucre, Táchira y Trujillo. En el segundo grupo integrado por las regiones que firmaron acuerdos a partir de 1997, se encuentran: Apure, Guárico, Nueva Esparta, Portuguesa, Yaracuy, Municipios Libertador y Vargas. El tercero estuvo integrado por las regiones que no firmaron acuerdo alguno, entre ellas Amazonas, Barinas, Cojedes y Delta Amacuro, o como el caso del Zulia que lo suscribió en 1994, pero que luego fue revertido (PROVEA, 2002:2).
- 25 Existen algunos problemas en las historias clínicas: a) textos ilegibles de los profesionales de la salud que afectan la calidad de la información y restringen su uso; b) inexistencia de análisis sobre la información recolectada a efectos de sistematizar aquella que sea relevante y pertinente para la toma de decisiones; y c) poco análisis para establecer una adecuada relación costo-beneficio, en cuanto al volumen de información procesada y su uso. Aún persiste el uso de la historia clínica manual en formato impreso, aunque está iniciada la automatización de las historias médicas, existe el riesgo de pérdida de información histórica de aquellas historias consideradas inactivas por su antigüedad, la cual tiene alto valor desde el punto de vista investigativo.

y han continuado desarrollando módulos complementarios, por ser sus diseñadores.

A pesar de estas diferencias regionales, cada día adquiere mayor importancia el desarrollo y uso de la informática en el sector salud, a fin de garantizar agilidad en el manejo de la información existente e incorporar nuevos elementos, para dar respuesta a los requerimientos de información, que contribuyan a la promoción y prevención de la salud y por ende una mejora en la calidad y acceso a los servicios de salud. Ahora bien, estas perspectivas no son las únicas que rondan este cambio, será necesario proveer a los SICS con la integración suficiente para que las mejoras técnicas puedan plasmarse en los procesos organizacionales y lograr el consenso de múltiples intereses. Este inminente cambio también viene asociado a la presencia de dilemas éticos en el personal de salud, con miras a la disminución de los conflictos relacionados con el manejo de la información y el poder que ella otorga.

### **1.3. Hacia una informatización en el sector salud**

Las aplicaciones de informática en el sector salud tienen repercusiones en los métodos, la calidad, la eficiencia y la economía sobre la producción y administración de los servicios de atención de salud; por ello cualquier proceso de modernización que involucre el desarrollo de SIC, lleva implícito nuevas formas de prestación de servicios, relacionado con los procedimientos de recolección, procesamiento y divulgación de la información de salud.

La modernización en el sector público promueve procesos relacionados con: a) reingeniería, que conlleva a la reestructuración de procesos administrativos y operacionales; b) adquisición de sistemas y tecnologías de información, la cual puede realizarse mediante compra de bloques estandarizados, diseño interno o contratación externa; y c) sub-contratación, otorgándole a empresas externas algunos de los procesos no medulares para la organización.

Los avances se van generalizando, dada la demanda de alguno de estos procesos, aunque su implantación tiende a ser lenta, “ya

sea porque no ha habido un consenso entre los tomadores de decisiones dentro de cada agencia sobre la importancia o la idoneidad de las reformas, o por la incertidumbre sobre cómo hacer la transición a los nuevos patrones” (Méndez, 2000:5-6). Cualquiera de los procesos asumidos para la reforma del sector, tendrán presente la discusión no sólo de aspectos técnicos, sino de dilemas éticos por el uso de TIC, y no pueden estar exclusivamente dirigidas hacia el seguimiento de un modelo, sino a la consecución de una modernización administrativa que propicie un referente hacia la calidad de vida de las personas.

Por ello Belalcázar citado por Dombois y Pries (1993:128) plantea que “la modernización no es simplemente el acercamiento a una meta o a un modelo predeterminado, sino un proceso abierto y permanente, que necesariamente tiene un condicionamiento histórico, cultural y social”. Dada la complejidad de los SICS y la diversidad de información relacionada con el proceso de salud-enfermedad, se plantea la necesidad del uso de TIC para realizar una interconexión de los diversos subsistemas que conforman el sector salud, con usuarios debidamente autorizados y conjugando los múltiples intereses y fines de cada uno de los agentes involucrados<sup>26</sup>.

Castells (1998: 232-233) ha utilizado el término informacionalismo<sup>27</sup> para designar el proceso que ha generado cambios significativos en las estructuras económicas, y que caracteriza a las sociedades

---

26 A este respecto se tiene la experiencia del Sistema de información en salud del Modelo de Atención Integral (SISMAI), un avance local en el estado Aragua, en cuanto al desarrollo de sistemas de información que pueden ser utilizados a nivel nacional, mediante el trabajo coordinado de distintas dependencias del sector salud y bajo la rectoría del ministerio con competencia en salud.

27 El término “informacional” indica el atributo de una forma específica de organización social evidenciada en la actualidad y en la cual la generación, el procesamiento y la transmisión de información se convierten en las fuentes fundamentales de la productividad y el poder, consecuencia ésta de las nuevas condiciones tecnológicas. Se habla entonces de una nueva estructura social, que lleva consigo una serie de transformaciones, más allá del desarrollo

“porque organizan su sistema de producción en torno a los principios de maximización de la productividad basada mediante el conocimiento, desarrollo y difusión de las tecnologías de la información, cumpliendo con los prerequisites para su utilización, fundamentalmente recursos humanos e infraestructura de comunicaciones”.

En el caso de la región latinoamericana, más consumidora que productora de TIC, esta orientación hacia la productividad puede conllevar a riesgos en el sector salud, donde la inclusión de TIC trasciende los ámbitos organizacionales y determina la ejecución de actividades, tales como el abordaje de conflictos y el planteamiento de alternativas de solución, pudiendo desplazar la finalidad de ofrecer calidad en el servicio para que prevalezca la productividad, ya no con una perspectiva de equidad sino pensando sólo en el uso eficiente de los recursos.

En el caso venezolano, el Artículo 42 del PLS contempla la creación de un Sistema Nacional de Información en Salud caracterizado por ser único, “deberá mantenerse actualizado, favorecerá la desagregación de la información de acuerdo a los requerimientos, particularidades y necesidades de cada nivel... y [estará basado] en criterios de edad, género, clase social y etnia”, lo cual exige la adecuación a los avances tecnológicos para lograr una mayor responsabilidad y efectividad del ministerio con competencia en salud para salvaguardar la información y proteger la privacidad de las personas.

Queda explícito que los SICS deben suministrar información válida para los distintos niveles operativos, pero también deben permitir manejar la estadística adecuada para formular y gestionar políticas públicas y definir estrategias<sup>28</sup>, en función de atender de forma adecuada las necesidades de la sociedad. Aun cuando la aplicación de

---

tecnológico actual y de una reestructuración del sistema capitalista (Castells, 1998: 47).

28 En los casos estudiados, con relación a las historias médicas, se observó que se dispone de cierta información epidemiológica, llevada en forma relativamente rudimentaria; y algunos avances en el registro computarizado de información pero con errores en la transcripción.

un sistema único de información se establece junto con algunas directrices nacionales que guían y ofrecen apoyo a la incorporación de tecnologías en el sector público<sup>29</sup>, en el sector salud se mantienen ciertas divergencias en el desarrollo de SIC.

Las posibilidades de aplicación de las TIC en el sector salud son amplias y variadas; pueden ser utilizadas en el manejo de información de los diversos subsistemas que conformarían un sistema de información en salud: información administrativa (financiera y atención en salud), información clínica, información epidemiológica, nutricional y sociodemográfica e información científico-técnica; así como para diversos avances en el campo de la telemedicina<sup>30</sup>, haciendo uso de tecnología para la captura digital de datos, voz e imágenes y su transmisión en red.

La comunicación e interconexión serán factor clave para el desarrollo de sistemas de información de manera que éstos cumplan con las exigencias de la organización y pueda existir alineación entre planes organizacionales y de informática, realizando a la vez una adecuación de los procesos para la adquisición de tecnologías.

Entre las diversas posibilidades de aplicación de las TIC dentro del sistema de salud, se encuentra la informatización de la historia médica, fuente principal para el manejo de la información clínica, la cual es considerada como eje fundamental para la evaluación de

---

29 Acorde con el decreto 3390, mediante el cual se dispone que la administración pública empleará prioritariamente el uso de software libre, desarrollado con estándares abiertos; y el decreto 825 mediante el cual se declara el acceso y el uso de Internet como política prioritaria para el desarrollo cultural, económico, social y político de la Republica Bolivariana de Venezuela,

30 Con ella algunos autores auguran beneficios, en tanto permite ofrecer servicios de salud en áreas rurales, en caso contrario, podría representar un traslado del paciente a centros urbanos. Sin embargo, no puede olvidarse la inversión que representa, en tanto pueda lograrse una infraestructura de sistemas de comunicación que garantice calidad y oportunidad en la transferencia de información.

los servicios de salud, porque además de contribuir a las decisiones diagnósticas y terapéuticas, permite la obtención de información: a) administrativa, utilizada para evaluar la gestión de las instituciones, incluyendo el desempeño de los profesionales de la salud; y b) epidemiológica, cuya contribución en la emisión de estadísticas poblacionales permite la definición de políticas y programas del sector.

Tal como afirman Escobar y otros (1998:3) “hablar de tecnología en cualquier actividad humana representa, en términos generales, hablar de evolución, progreso, transformación positiva, superación; y el propósito ha de ser que ésta se aplique con precisión, oportunidad y eficiencia a toda persona, grupo humano o población que lo necesite y para lo cual constituya, consecuentemente, un beneficio”. Por ello la transferencia del modelo de historia clínica manual a una forma digital, puede ser vista como beneficiosa tanto para médicos, instituciones y pacientes; sin embargo, este planteamiento tiende a presentar diversas acepciones, sujetas a los fines particulares de los usuarios de la información en salud (Cuadro 2).

Cuando se habla del subsistema de información clínica se incluyen datos médicos específicos y accesibles, con las restricciones necesarias de confiabilidad, que comprenden un registro completo del paciente, y que permiten la continuidad en la atención a través del tiempo por diferentes profesionales de salud, como apoyo a cada una de las decisiones y acciones clínicas de quien ofrece el servicio. Aún los registros en la historia médica se elaboran, en su mayoría, en forma manual, lo cual implica una acumulación de anotaciones en papel, no resultando fácil el acceso por parte del médico tratante y con frecuencia se obvia su revisión; a diferencia de la historia clínica electrónica, utilizada ya por médicos que ejercen en el sector privado, la cual permite acceso inmediato a los antecedentes del paciente, pudiendo facilitar una comprensión integral de sus problemas de salud<sup>31</sup>.

---

31 Situación que sería posible sólo si es contemplado a partir del diseño del sistema, y una actitud favorable del médico hacia la atención integral del paciente.



## Cuadro 2. Fines de los usuarios del subsistema de información clínica

Tipo de información Usuarios de la Información	Información Clínica Registros de historia médica, exámenes, diagnósticos, tratamientos y evolución
Gobiernos	Controlar praxis médica Formular políticas públicas Identificar factores riesgo Ofrecer atención rápida y eficiente Consultar expertos
Organizaciones de atención de salud Centros de Atención (públicos y privados)	Intercambiar experiencias Fomentar la investigación médica Fomentar el diseño del sistema de salud en red Procesar referencias y contrarreferencias
Instituciones y empresas aseguradoras	Controlar asociados y servicios médicos. Fomentar integración del sistema de salud en red
Instituciones de formación e investigación en salud	Fomentar la investigación médica Tomar decisiones clínicas integrales
Profesionales de salud	Controlar la atención de los pacientes Dar continuidad a la atención con diferentes profesionales Consolidar la investigación médica Contribuir a la auto atención médica
Usuarios del servicio de salud	Participar a través de las organizaciones o comunidades
Proveedores del ramo: (Productores de equipos, laboratorios y farmacias)	Producir nuevas tecnologías Vender equipos y medicamentos

Fuente: Arellano (2003: 68-69).

Además según Barreto (2000:2) para el profesional de salud “su objeto de estudio es a la vez sujeto; por tanto se deben reflejar (en la historia) las interacciones recíprocas que se establecen con cada enfermo”; plantea además que en la actualidad el equipo de trabajo del sistema de salud es multi e interdisciplinario, por lo que se exige que esta información pueda ser comprensible para todos sus integrantes, especialmente comprensible para el personal no médico que lo compone.

Algunos científicos (Boletín Al Día, 2003:1) opinan que las historias médicas electrónicas podrían reducir significativamente peligrosos errores médicos, acotando la necesidad de establecer estándares para el tratamiento seguro de la información a los efectos de lograr una red consistente, con la posibilidad de intercambio de información en salud y el acceso en tiempo real de los datos médicos de una persona en cualquier parte del mundo.

El planteamiento sobre la historia electrónica comprende la perspectiva de facilitar su acceso en red, con medidas necesarias de seguridad por parte de los profesionales de salud y por parte de los posibles beneficiarios de la auto-atención médica con base científica, con ciertas ventajas: centralización de información, fácil manejo y rápido procesamiento, consultas simultáneas y toma de acciones ágiles por información en tiempo real.

Sin embargo, Dawidowski y col (2002: 94) plantean que la implementación del sistema de historias médicas electrónicas en cualquier institución, puede llegar a ser un proceso doblemente traumático, debido a dos razones: resistencia de los médicos y reorganizaciones político-institucionales necesarias para la implementación. Algunas de las causas de dicha resistencia son: temor a la pérdida de la confidencialidad que afecte la relación médico-paciente y una posible deshumanización de los profesionales de la salud. Con respecto a las reorganizaciones, además de cambios en los procedimientos, también subyace el problema del desplazamiento del personal requerido en el manejo y procesamiento de las historias médicas.

Tal como sugieren Saltman y Figueras (1997:270) los sistemas de información pueden estar a disposición de diversos miembros del equipo de salud, acotando la necesidad de: a) restringir los accesos a través de claves para resguardar la confidencialidad de los datos; b) que sean flexibles para incorporar directrices asistenciales; c) desplegar información clínica directa de cada paciente para una adecuada atención médica; y d) cumplir con ciertos requisitos epidemiológicos y de gestión a nivel poblacional.

Al tomar en cuenta estos aspectos relacionados con la informatización de la historia médica, se pretende evaluar el tipo de participación necesaria por parte de los ciudadanos para la exigencia de sus derechos de privacidad y confidencialidad, frente a los riesgos presentados con su informatización, además de discutir algunos dilemas éticos de los profesionales de salud, como actores responsables del resguardo de la información clínica.

# Participación: Innovando la historia médica

## 2.1. Una mirada a la historia médica electrónica

Tomando en cuenta que la recolección inicial de información, “un momento clave de la intervención preventiva entre el médico del primer nivel y el paciente que requiere asistencia” (López, 1999:42); esta acción desencadena un cúmulo de información que puede contribuir a visualizar al individuo en su integralidad, permitiendo conocer los motivos por los cuales acude a la consulta<sup>32</sup>, así como su inserción familiar y comunitaria. Esta información registrada en la historia médica del paciente contribuirá al seguimiento de los aspectos determinantes para la evolución y mantenimiento de una vida saludable.

Tal como lo señala Sarti (2002:39): “las unidades del primer nivel de atención [en salud] desarrollan una actividad protagónica en el quehacer epidemiológico, pues son la fuente primaria de datos para conocer el estado de salud de la población y la base del sistema nacional de salud que da origen a la información necesaria para desencadenar la prevención y el control de aquellas enfermedades consideradas de interés, ya sea por su impacto, vulnerabilidad o tras-

---

32 “El viejo término «coloquio», del latín *colloquium*, el diálogo, ha permanecido entre los doctos para designar la relación del médico y de su paciente, pero en la conversación corriente, [se olvida]... el sentido original... petición de consejo. La consulta designa el momento y el acto de consultar, es decir de recibir consejo (*consilium*)” (Lagréé, 2005: 72).

endencia en la salud”. La historia médica contiene información clave para el control de la gestión de los servicios, y puede ser utilizada para disponer la prestación del servicio, en aras de ofrecer una adecuación del mismo a los estándares de calidad. Un manejo adecuado de la misma pudiese garantizar confiabilidad de los datos.

Sin embargo, las condiciones actuales para manejar este tipo de información se encuentran caracterizadas por poca disponibilidad de espacio físico para el archivo, inadecuada y deficiente transcripción de datos, dificultad para el acceso a la información, lentitud en el procesamiento estadístico y, por tanto limitaciones para la docencia e investigación de casos clínicos.

Por otra parte, algunos autores opinan que un adecuado flujo de información en red contribuiría a una mejor atención médica en los centros hospitalarios y, por ende a una optimización de la calidad del servicio prestado, lo cual conlleva a una automatización de la información contenida en la historia médica, pudiendo disminuir alguna de las limitaciones actuales debidas al manejo manual. Por ello, a continuación se considera pertinente revisar algunos factores determinantes de la historia médica, tomando en cuenta el tipo de información que contiene, para posteriormente dar paso a su caracterización como una historia médica electrónica.

Al respecto, Barreto (2000:50) define la historia médica “como un expediente clínico, debido a que el documento no sólo recoge una exposición sistemática de acontecimientos clínicos pasados y presentes, sino además puede reunir información de índole variada”. El planteamiento sobre información de índole variada trasciende la composición de meros datos, al incluir aspectos socioeconómicos, demográficos, nutricionales, laborales, ambientales, entre otros. Sin embargo la historia ha perdido su carácter integral al basarse, principalmente, en una perspectiva curativa, dejando de lado la finalidad de ofrecer, en sentido amplio, salud, de ofrecer calidad de vida al paciente.

Por ello, este autor afirma que algunos estudios en centros hospitalarios evidencian detrimento en la calidad de las historias mé-

dicas, al punto que los docentes plantean pérdida de su valor científico<sup>33</sup>. Se evidencia así falta de confiabilidad en los datos, lo cual disminuye la posibilidad de uso para investigaciones médicas que contribuyan al avance de la ciencia y hacia una mejora del servicio de salud, tan esencial para las comunidades, en general.

Cabe destacar que Carnicero (2003:24) utiliza el concepto de información clínica<sup>34</sup>, planteando que se encuentra compuesta por información sanitaria e información del estado de salud de las personas; entendiendo por información sanitaria “aquella que se genera como consecuencia de la atención sanitaria recibida tanto en atención primaria, como especializada o socio sanitaria”. Por esto, se afirma que la naturaleza de dicha información es netamente clínica dado que muestra el estado de salud de las personas, aunque su recopilación y análisis permite deducir aspectos relacionados con la asistencia médica y la administración del servicio de salud.

La información clínica además de contener datos administrativos, antecedentes, exámenes médicos, diagnósticos, tratamientos y evolución clínica, contiene la información necesaria para elaborar todas las estadísticas de salud correspondientes a los centros de atención, y ofrece al director o administrador una gama de elementos demostrativos sobre la prestación del servicio de salud y el uso de los recursos que, desde la perspectiva gerencial, permiten evaluar el acceso y la calidad de los servicios. Con todas estas potencialidades, es necesario analizar los efectos de la posibilidad de informatización

---

33 La experiencia en el Hospital Central de Maracay, muestra que los datos constitutivos sobre condiciones sociodemográficas incluidas en el sistema, pocas veces eran registrados y, por otro lado, se evidenció la transcripción de datos por parte de auxiliares de registros médicos, que a pesar de su conocimiento sobre las enfermedades presentaban dificultades para comprender algunos datos médicos escritos en la historia.

34 “Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado de salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla” (Carnicero, 2003:24).

de la historia médica para no transgredir los derechos relacionados con la integridad del paciente en el manejo confidencial de dicha información.

Dada la variedad de datos contenidos en una historia médica, se considera lo planteado por Barreto (2000:52) para establecer la existencia de dos tipos de historias: a) la estructurada según las fuentes de información<sup>35</sup> y la b) estructurada según problemas de salud<sup>36</sup>. Al comparar los elementos incluidos en cada una de estas partes se observa que la diferencia básica radica en la lista de problemas, la cual es difícil estandarizar.

Este autor considera que ambos tipos de historia están orientados a la solución de problemas; las diferencias esenciales se refieren a estructura y disposición de los datos básicos. La historia estructurada por problemas de salud es llamada de nuevo estilo, pero no se establecen diferencias significativas; su contribución radica en que presenta mayor facilidad para su informatización<sup>37</sup>, pero ambas requieren un tiempo significativo para su elaboración, con el riesgo implícito de dedicarle mayor atención a su elaboración que a la atención del paciente.

En algunos casos deja de existir consenso sobre la definición de la estructura y los componentes que conforman las historias médicas, haciendo uso de nombres similares para realizar denominación

---

35 Incluye: *datos administrativos*, anamnesis, examen físico, historia psicosocial, *discusión* diagnóstica, control de laboratorio, *evolución*, hoja de especialidades, *indicaciones médicas*, observaciones de *enfermería* y hoja de egreso

36 Compuesta por: *datos administrativos*, información básica, listado inicial de problemas (Lista maestra), *discusión* diagnóstica/patoflujograma, planes iniciales, notas de *evolución* y consultación, *indicaciones médicas*, anotaciones de *enfermería* y resumen al egreso.

37 Esta estructura pudiese ser una alternativa base para el diseño de la historia médica electrónica.

de una misma categoría<sup>38</sup>. En el caso particular de la historia estructurada según fuente de información, designa como anamnesis<sup>39</sup> al apartado que se corresponde con la información básica de la historia estructurada por problemas de salud. Este tipo de información se considera esencial para la historia médica y constituye la información que debe ser recopilada en un primer encuentro con el paciente o en su primera solicitud de atención, además que contribuye al análisis de la evolución del paciente y permite su categorización epidemiológica y sociodemográfica.

Sin embargo, en este apartado de información básica se encuentra el perfil del paciente, el cual incluye: situación familiar, conyugal, psiquiátrica, laboral y económica y sucede que la información de los tres últimos aspectos es considerada de carácter 'privado', presentándose como una solicitud abrumadora, que tiende a obviarse durante el interrogatorio. Este tipo de acciones, se introduce como un elemento que distorsiona la finalidad de este tipo de preguntas: categorización de la población. Además, representan un riesgo contra la confiabilidad de información suficiente para su uso dentro del sistema de salud.

Según Barreto (2004:53) ambos tipos de historia presentan las siguientes críticas: a) imposibilidad de estandarizar el término «problema»; b) mayor dedicación de tiempo a la historia médica y no al paciente; c) no solventan situaciones imperiosas sobre validez, ca-

---

38 Algunos de los sistemas contemplan la CIE, a fin de estandarizar la informatización de la historia médica.

39 Interrogatorio que realiza el médico al paciente, y se conforma como parte del examen clínico, que junto con la exploración (examen físico) permite emitir un diagnóstico. Se exceptúan aquellos casos donde el paciente no se encuentra capacitado para suministrar la información, y el médico solicita la información a algún familiar o acompañante, o los casos de atención por emergencia donde posterior a su atención y recuperación, se desarrolla el interrogatorio para el respectivo registro de la información en su expediente médico.



lidad y uniformidad del dato clínico obtenido del paciente y d) deficiencias en el procesamiento de los datos, elementos fundamentales para formular diagnóstico y tomar decisiones terapéuticas. Más allá de los esquemas planteados para la historia médica, no puede obviarse el componente de percepción del acto médico, que tiende a ser subjetivo dada su complejidad. Por ello, algunos diseños de sistemas disponen de un campo abierto para notas u observaciones por parte del médico.

A pesar de estas disfunciones, el uso de la información contenida en la historia contribuye a la atención médica del paciente, dado que registra las actuaciones realizadas por los distintos profesionales de la salud, así como el diagnóstico y tratamiento, permitiendo controlar su evolución; al tiempo que propicia la investigación médica como parte de la práctica profesional que puede traducirse en un mejoramiento de la asistencia sanitaria.

Ante esta posibilidad de control sobre la praxis médica, la informatización de la historia médica puede ser objeto de un rechazo al uso de nuevas tecnologías de información y comunicación (hardware, software, telecomunicaciones) por parte de los profesionales de la salud<sup>40</sup> y de los responsables de los registros médicos, aun cuando su incorporación en el sector salud ha sido planteada en diversos escenarios, con el propósito final de ampliar el acceso a la salud por parte del colectivo.

Algunos de los planteamientos realizados desde la sociedad de la información es la homogeneización, que puede representar el tratamiento como masa de consumidores; por ello, entre las propuestas se encuentra el diseño de un sistema de información con miras a una uniformidad del vocabulario médico, y que pueda ser utilizado indistintamente en diversas regiones del mundo. Sin embargo, se debe tomar en cuenta algunos elementos culturales que condicionan estos propósitos, ya que entre países existen determinantes de

---

40 Dado que la historia médica representa el documento utilizado para cualquier tipo de procesamiento legal en donde sea cuestionada la praxis médica.

enfermedad muy disímiles, ya sea el ambiente, condiciones económicas, sociales u otras; y en cuanto a la operatividad del sistema, algunos términos médicos difieren significativamente.

La implantación de este tipo de historia médica electrónica tendría como finalidad atender en cualquier lugar un individuo en caso de emergencia, aun estando inconsciente, de manera de garantizar al médico tratante disponer de información básica, tales como cuadros clínicos y antecedentes. Esta posibilidad vista como futurista, es uno de los objetivos planteados por los desarrolladores de tecnologías, con el propósito de ofrecer un modelo de existencia con perspectiva de confortabilidad y seguridad.

Esta idea de universalización de los sistemas de información se encuentra alineada a la posibilidad de construir una historia médica electrónica, disponible en red<sup>41</sup>, que pudiese contribuir al propósito de ‘Salud para todos’ (SPT) como un requisito en el sector salud para el establecimiento de espacios sin fronteras en sentido figurado. Al analizar el desafío de SPT, como una doctrina de acción, Moreno (2002: 5-6) parte de tres conceptos fundamentales: Equidad, eficacia-eficiencia y participación, señalando que esta última debe asumir una dimensión intersectorial (personal de salud, población, comunidades, gobiernos, sociedad y naciones).

Esta autora señala que “la estrategia de SPT tuvo que enfrentarse a presiones derivadas de una actividad económica concentradora y con un [conducta] social que no asumió la responsabilidad de entenderla”. Esta conducta social incluía diversas perspectivas, ya que los programas de SPT no se constituyeron sólo para brindar atención a poblaciones insuficientemente atendidas, sino con un carácter imperativo hacia la evaluación y revisión de los sistemas de salud, a los efectos de plantear las reformas en dichos sistemas, formando parte de los planes de desarrollo en los países y dándole preponderancia a la atención primaria. Esta propuesta no pretendía eliminar la tecno-

---

41 Con sus respectivas restricciones de acceso, en aras de proteger la confidencialidad de los datos.

logía más compleja, sino ofrecer los servicios con una mayor equidad hacia la población.

Frente al resultado obtenido, la autora afirma que “el fracaso no fue sólo técnico y administrativo sino también político”. Puede considerarse de esta manera lo determinante que es la conciliación de los intereses para la informatización de la historia médica, como una parte de la reforma del sector, y que más allá de la definición de planes de desarrollo y políticas que la sustenten, se hace indispensable la voluntad política hacia la concreción de lo planeado. En este ámbito se visualiza como determinante la participación ciudadana, así como los mecanismos que pueden implantarse para propiciar consensos y lograr la consecución hacia el bien común.

## **2.2. La participación en el ámbito tecnológico**

La información vista como un recurso clave para la administración, es esencial para el desarrollo de actividades en todo ámbito organizacional. En el caso particular de la salud, la información tiene implicaciones particulares porque permite mostrar el proceso salud-enfermedad de una población junto a sus determinantes. Esta información se obtiene a partir de los procesos de recolección, tratamiento y difusión, contribuyendo con el propósito de alcanzar el compromiso social asumido por el Estado en cuanto a la oferta y control del servicio público ofrecido a los ciudadanos, quienes podrían ejercer gestiones de control. Esto implica que cada uno de los actores involucrados en el sector salud, con miras a la informatización de la historia médica, se encuentra envuelto en un proceso de transición social, el cual requiere promover consensos y facilitar liderazgos que propicien la defensa de los derechos de los ciudadanos.

La comprensión de la concepción de salud, se torna difícil al visualizarla como multifactorial e interdisciplinaria, por lo cual cualquier proceso de informatización conlleva a analizar específicamente el poder que otorga el control de la información, sin perder de vista la diversidad de intereses de los actores involucrados. El siste-

ma a desarrollar para registrar la información clínica debe contribuir a la integración de manera que se garantice la disponibilidad de información suficiente, pertinente y oportuna, para apoyar la atención en salud, sin transgredir al paciente en el uso de datos considerados como altamente sensibles<sup>42</sup>.

Cualquier desarrollo de SICS tendrá inherencia en la administración de los servicios de salud, considerando su acción multidimensional. Esto implica que las instancias responsables realicen dicho desarrollo con la perspectiva de involucrar a todo el personal y mejorar sus capacidades para el uso de las tecnologías. Por ello, el proceso de inclusión de nuevas tecnologías exige identificar sus potencialidades, con miras a la disminución de conflictos, tales como:

- a. Desacuerdos entre los actores que apoyan la función de atención de salud, tanto internos como externos, y sus fines, los cuales representan eje fundamental para consolidar la infraestructura tecnológica y formular consensos.
- b. Divergencias en cuanto a las funciones y contenido de los sistemas de salud, lo cual impide unificación de criterios para su desarrollo, debido a la diversidad de proyectos, tanto técnicos como organizacionales, disminuyendo las posibilidades de integración.
- c. Pérdida del sentido de interdependencia e interconexión, necesario dentro del sistema de salud, lo cual dificulta el establecimiento de normas hacia los datos y comunicación de la información, en pro de una mejora en la producción de servicios de salud.
- d. Discontinuidad en las políticas públicas del sector salud, dadas las transiciones gubernamentales, lo cual requiere una adecuación de recursos y el apoyo político para asegurar su sostenibi-

---

42 Categoría de datos que requieren del cumplimiento de condiciones jurídicas para que puedan ser tratados. En el caso de tratamiento automatizado requiere mayores exigencias (Gómez, 2001:21).

lidad, junto a los riesgos relacionados con el control político de la información.

- e. Irregularidades en la evaluación y seguimiento a la adecuación de las tecnologías en las instituciones hospitalarias, las cuales pueden propender hacia la mejora en el acceso y calidad de los servicios de salud.

La participación de los usuarios de los servicios puede ser considerada como determinante para la adquisición de las tecnologías, como agentes catalizadores del funcionamiento del sistema de salud, idea que puede ser considerada como relativamente nueva en los servicios de salud. Visto desde una perspectiva institucional, “medir la calidad de forma que sea útil para los usuarios [podría implicar que]... no se obtengan todos los datos... para cada uno de los determinantes de calidad... [Sin embargo] el hecho que los profesionales y los hospitales estén interesados en proveerle al paciente tanta información como les sea posible es un buen signo de atención de calidad” (Vía Salud, 1999:3-4).

Con esta intención se establecen mecanismos administrativos que propicien su participación, ya no como un ente pasivo que espera le ofrezcan el servicio de salud, sino como ente activo que contribuye a la gestión de los servicios en pro de recibir mayor cobertura y un servicio eficiente, de acuerdo a sus expectativas.

Al concebir la participación como “un proceso indispensable para asegurar el papel de la comunidad como sujeto de decisión y control, [se] plantea una mayor articulación entre el Estado y la sociedad civil, promoviendo mayor responsabilidad de acción de esta última y dando lugar a cambios importantes”. Alcanzar un sistema sanitario democrático, no sólo accesible a todos, sino también con la participación crítica de los ciudadanos, es uno de los mayores desafíos que se plantean en la actualidad (Minardi y col, 2000:2). De esta manera, el acceso de los ciudadanos a información administrativa, de salud y técnica fortalece su compromiso hacia el control del servicio de salud; además que contribuye con la preservación de su salud y alternativas de autocuidado, tomando conciencia de los factores

de riesgo que inciden en el estado de salud de las comunidades, con miras a disminuir su incidencia.

Ahora bien desde la perspectiva del usuario de los servicios de salud, la informatización de la historia médica tiene diversas implicaciones. La información clínica requiere condiciones de privacidad y de confidencialidad para dichos usuarios, derechos que no pueden ser transgredidos. Contrapuesto a esta situación también se pueden generar conflictos para el médico tratante por el derecho del paciente de tener acceso a toda la información contenida en la historia clínica, así como a la privacidad de sus datos. Por ello, la perspectiva de su participación estará orientada hacia la discusión crítica del manejo de la información contenida en su historia médica.

Cabe analizar los derechos humanos que se encuentran en riesgo por la posibilidad de vulnerar la información ante la informatización de la historia médica. Para ello, partiremos de CRBV (1999) que establece los derechos esenciales de todos los ciudadanos, analizando algunas disposiciones que implican restricciones relativas a la práctica médico sanitarias, así como a la información y comunicación en salud:

a) “Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral,... Ninguna persona será sometida sin su libre consentimiento a experimentos científicos, o a exámenes médicos o de laboratorio, excepto cuando se encontrare en peligro su vida o por otras circunstancias que determine la ley” (Artículo 46).

Dicho consentimiento debe constar en la respectiva historia médica, exceptuando los casos de emergencia, cuando por estado de inconciencia o gravedad, el médico inicia la atención sin elaborar la historia clínica, sin el consentimiento del paciente o de familiares si están presentes; este proceso no puede omitirse después de ofrecer el servicio, especialmente si el paciente debe ser hospitalizado, sino pasa a ser sólo un dato de morbilidad. Tal como lo plantea Gómez (2001:120), “el consentimiento informado del paciente no se requere-

rirá cuando la cesión de datos personales relativos a la salud sea necesaria para solucionar una urgencia... o estudios epidemiológicos”

b) “El hogar doméstico, el domicilio, y todo recinto privado de persona son inviolables”.... Las visitas sanitarias que se practiquen, de conformidad con la ley, sólo podrán hacerse previo aviso de los funcionarios o funcionarias que las ordenen o hayan de practicarlas” (Artículo 47).

Esta disposición está relacionada básicamente con tres tipos de visitas: a) las de naturaleza preventiva (vacunación, fumigación, otras); b) las generadas por la existencia de un foco infecto-contagioso; y c) las correspondientes a actividades de investigación. En estos casos, se requiere autorización del paciente, familiar directo o responsable de la vivienda.

c) “El secreto e inviolabilidad de las comunicaciones privadas en todas sus formas. No podrán ser interferidas sino por orden de un tribunal competente, con el cumplimiento de las disposiciones legales y preservándose el secreto de lo privado que no guarde relación con el correspondiente proceso” (Artículo 48).

En cuanto a la informatización, este derecho se encuentra soportado por el Decreto con fuerza de Ley de Mensajes de Datos y Firmas electrónicas (2001), cuyo principal objetivo es adoptar un marco normativo que avale los desarrollos tecnológicos sobre seguridad en materia de comunicación y negocios electrónicos, para dar pleno valor jurídico a los mensajes de datos. Cualquier desarrollo futuro sobre transmisión electrónica de historias e informes médicos estaría regido por las anteriores disposiciones, a fin de garantizar su integridad y privacidad.

d) “La comunicación es libre y plural, y comporta los deberes y responsabilidades que indique la ley. Toda persona tiene derecho a la información oportuna, veraz e imparcial, sin censura, de acuerdo con los principios de esta Constitución, así como el derecho de réplica y rectificación cuando se vean afectados directamente por informaciones inexactas o agraviantes. Los niños,

niñas y adolescentes tienen derecho a recibir información adecuada para su desarrollo integral” (Artículo 58).

“Toda persona tiene derecho a la protección de su honor, vida privada, intimidad, propia imagen, confidencialidad y reputación”, por lo cual prevé que “la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y ciudadanas y el pleno ejercicio de sus derechos” (Artículo 60).

El paciente tiene derecho a conocer la información de su historia clínica, así como saber que es procesada y difundida en medios electrónicos, a los efectos de conocer los riesgos implícitos que pudiese acarrear. De allí, la necesidad de establecer restricciones al uso de la informática, de manera que no afecte la integridad de los ciudadanos. A este respecto se encuentra promulgada la Ley Especial contra Delitos Informáticos (2001), como soporte a la custodia de los datos que son manejados mediante mecanismos informatizados<sup>43</sup>.

Siguiendo la discusión sobre los derechos de las personas, el PLS prevé en su artículo 60: “La apertura de una historia médica personal que garantice la continuidad asistencial, recibir y obtener información oportuna, veraz y comprensible, acerca del proceso de salud y enfermedad, las distintas modalidades diagnósticas y terapéuticas y las condiciones peligrosas, con el propósito de hacer efectiva la autodeterminación y autonomía de su voluntad”. Además se incluye: “Respeto de su personalidad, dignidad e intimidad y confidencialidad en relación con la información médica sobre su persona”.

Este artículo es cónsono con lo planteado en el artículo 58 de la CRBV sobre el derecho a la información, para respetar el principio de autonomía, y el artículo 60 sobre el respeto y confidencialidad, para garantizar su intimidad. Asimismo, se plantea que toda persona

---

43 Para la informatización de la historia médica se considerarían: Cap. I (Delitos contra los sistemas que utilizan TI) y Cap. III (Delitos contra la privacidad de las personas y de las comunicaciones), como datos altamente sensibles.



tiene derecho a emitir consentimiento expreso, informado y entendido en proyectos de investigación experimental en seres humanos o rehusar su participación, acorde a lo señalado en el artículo 46. Se evidencia, de esta manera, que existe correspondencia en cuanto a los derechos constitucionales y el PLS; resta incluir en el mismo algunos aspectos particulares en cuanto al tratamiento informatizado de datos médicos.

Además el Código de Deontología Médica incluye un capítulo sobre el Secreto profesional y del uso de las computadoras en medicina. Específicamente, el artículo 125 señala explícitamente los casos no aplicables a violación de secreto médico en casos de emergencia para salvar vida u honor de las personas, divulgación cuando el paciente autoriza al médico y por mandato de ley, ya sea encargado por una autoridad competente para dictaminar sobre el estado de salud de una persona, médico forense o médico legista, denuncia de enfermedades de notificación obligatoria, de estadísticas para control sanitario, de expedición de certificados de nacimiento, defunción o cualquier otro, y autorización por parte de representantes legales del paciente, e impedir la condena de un inocente. Excluye también la información dada a organismos gremiales médicos de asuntos relacionados con la salud de la comunidad por cuanto atañe al ejercicio de la medicina. De manera similar, se encuentra estipulado en la Ley de ejercicio de la medicina –LEM– (Artículo 47).

Aun en estos casos, el médico podrá abstenerse de cualquier tipo de revelación según su juicio valorativo, exceptuando el de orden judicial. Acotando que cualquier revelación, aun con autorización del paciente no lo exime de las acciones penales que pudieran surgir de tal hecho (Artículo 127). Además de las numerosas excepciones, los artículos<sup>44</sup> 130 y 131 señalan que el médico puede suministrar informes respecto al diagnóstico, pronóstico o tratamiento de un enfermo a sus allegados más inmediatos y puede compartir su

---

44 Artículos 48, 49 y 50, de la Ley de ejercicio de la medicina.

secreto con los otros médicos que intervienen en la elaboración del diagnóstico y en el tratamiento del enfermo, respectivamente.

Tal como lo contempla el Artículo 51 de la LEM, “el paciente tiene derecho a conocer la verdad de su padecimiento”. El médico tratante escogerá el momento oportuno y la forma adecuada de hacer para dicha revelación”; considerando que “el secreto médico... es inviolable... y se impone para la protección del paciente” (Art. 46), es una responsabilidad no sólo del médico sino del equipo de salud.

Entra en juego el análisis sobre la función valorativa que debe ejercer el médico al tener que cumplir con su juramento hipocrático y mantener el secreto profesional. Según D’empaire (1997:3) “las nuevas generaciones de médicos, se han formado dentro de un ambiente eminentemente técnico, para cumplir... la función de salvar vidas. En contadas excepciones, estudiantes... y médicos jóvenes, han recibido una formación que los haga meditar sobre los valores y derechos de los enfermos”. Esto podría explicar la actitud insensible que el médico puede llegar a mostrar al cumplir con su obligación técnica encomendada, lo cual dista de lo planteado por Hipócrates hacer del enfermo un amigo, y percibir en ese amigo a una ser vulnerable.

Estando el paciente impregnado de vulnerabilidad, ésta se entiende como la capacidad de ser herido; donde “el otro lado de la vulnerabilidad es derecho a la protección y necesidad de seguridad en un sentido amplio” (Stallsett, 2004:149). Lo discutido sobre los derechos en los diferentes argumentos legales, muestra la intención de brindar esa protección, en el caso específico del uso de la informática y del acceso a la información clínica; sin embargo, la protección de los datos más allá de los mecanismos de seguridad en los sistemas electrónicos que puedan ser utilizados quedará en manos de los profesionales que logren tener acceso a la información, por diversos motivos ya sean clínicos, científicos o de procesamiento.

Se hace impugnable pensar que podamos dar marcha atrás sobre todos los avances en el área de informática... porque se desconfe de sus resultados total o parcialmente (Queraltó, 2003:11). Por ello, las potencialidades y limitaciones sobre el uso de tecnologías en

el sector salud podrán ser discutidas ampliamente pero los efectos producidos no son reversibles y son temas a ser debatidos ampliamente.

En general en cuanto al uso de las TIC se observa una ausencia de estrategia común hacia el uso de tecnologías en el sector, ante lo cual los países líderes<sup>45</sup> comienzan a definir los nuevos modelos de organizaciones médicas y las tecnologías a ser empleadas, las cuales comúnmente son adoptadas por los países subdesarrollados. Cabe destacar que algunos de los países líderes tienden a responder a una organización económica de los servicios públicos de salud considerando los intereses globales comerciales e industriales, donde se impulsan criterios de eficiencia y productividad en pro de la obtención de beneficios, los cuales condicionarían el diseño de cualquier tipo de sistemas de información<sup>46</sup>.

En estos casos, la inclusión de tecnología presenta otros rostros limitantes: posesión de tecnología (en cuanto derecho de propiedad), costos de servicios, desconocimiento sobre el uso, control de la información, patrones de seguridad y plataformas no uniformes entre otros. En lugar de propiciar una participación de los ciudadanos podrían también originar una posibilidad de exclusión.

De esta manera, se destaca que la informatización de la historia médica propicia la posibilidad de participación de los ciudadanos como usuarios de los servicios de salud y junto a ello la exigencia de sus derechos como personas; asimismo contribuye a considerar el valor del consentimiento informado por parte de los pacientes, y su

---

45 Aquellos que diseñan y producen los diferentes tipos de tecnología (países desarrollados y con poder económico)

46 En el caso específico venezolano, cabe destacar que el desarrollo de sistemas de información debe cumplir con el establecimiento del uso de software libre en la Administración pública (Decreto 3390), lo cual limita el uso de tecnologías enmarcadas en software propietario, con respecto al cual tienen preponderancia los intereses de compañías transnacionales como poseedores del diseño y desarrollo de tecnologías.

participación integral en el desarrollo de este tipo de sistemas, con miras a defender aquellos aspectos clave que involucren sus datos personales altamente sensibles.

### 2.3. El usuario y su participación: ¿Paciente?

En este apartado se pretende analizar la concepción de la persona que asiste a los servicios de salud para definir el tipo de participación propicia para la informatización de la historia médica, desde la configuración histórica de modernidad y postmodernidad<sup>47</sup>, destacando sus características principales.

Considerando la salud como servicio público, Becerra (2003:116) “asume como pilares fundamentales la maximización de la cobertura del servicio y la posibilidad de participación ciudadana en ellos”. En opinión de Harnecker (2003: 29) la principal forma de participación se observa en “la toma de decisiones y en el control de la ejecución y mantenimiento en el tiempo de las medidas adoptadas”. Por ello cobra relevancia tanto crear mecanismos necesarios para promover la participación, como que las personas, actores sociales en el sector salud, expresen sus exigencias y sean partícipes de los procesos relacionados con la informatización de la historia médica hacia la defensa de sus derechos. Partiremos del paciente o ciudadano que asiste, o podría asistir a un centro de atención en salud para el desarrollo de este análisis.

En esta perspectiva, se presenta como eje principal el usuario del servicio, acotando que aun cuando algunos autores establecen un símil entre usuario y cliente, asumimos el término *usuario* para designar a la persona que asiste a los centros de atención en busca de los servicios de salud, quien es identificado comúnmente en este sector como paciente<sup>48</sup>. De esta manera, aceptando la complejidad

---

47 Aproximación a la teoría sistémica-interpretativa de las organizaciones. Véase Fuenmayor (2001,103-117).

48 Del latín *patiens*, entendiendo que el hombre es un ser doliente, un *homo patiens* (García, 1998:49).

del ser humano, no limitaremos su concepción a la idea de paciente, la cual refleja sólo componentes de debilidad y dolor, sino lo identificamos con el hombre que prefiere un estado saludable que integre cuerpo y mente y por lo cual acude a los centros de salud. Se descarta el término cliente dado que es propio de una economía de mercado hacer uso de él para la búsqueda de beneficios.

Cabe señalar que Bronfman y Gleizer, citado por Vázquez y col. (2002:5) pretenden englobar las diversas formas de participación en salud caracterizándolas como “la incorporación de la población o de sectores de ella, en grados y formas variables, a alguna actividad específica relacionada con la salud”, la cual es una definición generalizada sobre participación en salud. Pero asumiendo esta concepción, junto a la particularidad planteada por Harnecker, consideramos que la participación social estará supeditada a la comunicación, difusión y transparencia de la información, que le permita al usuario usarla para la exigencia de sus derechos.

El tipo de información requerida es aquella que permita a los usuarios cuestionamientos sobre el uso de la información clínica, en tanto conozca sus derechos (contemplados en el PLS) y sus deberes como ciudadano, a fin de estar en capacidad de tomar sus propias decisiones sobre el resguardo de la información, así como de su privacidad y exigencia de confidencialidad.

En este sentido, tal como lo expresan Minardi y col (2000:6), las estructuras administrativas para fomentar la participación son necesarias, pero no suficientes; debe crearse una cultura de participación, donde los ciudadanos la conciban en la vida cotidiana (centro de salud, hospital, consulta, escuela, casa, comunidad) y en sus diversas relaciones, hasta crear redes de interinfluencias participativas, tomando en cuenta las disposiciones constitucionales sobre derechos y deberes de participación de la comunidad organizada (Preámbulo, Art. 6, 18, 55, 62, 70, 80, 83 y 84). Además de aquella información a la que tenga acceso por diversos medios, incluyendo Internet.

El PLS hace énfasis en la eficacia social y la equidad, lo cual no implica descuidar la eficiencia, como medio para optimizar recursos

en función de los objetivos de justicia social, dado que tal como lo expresa el Art. 141 de la CRBV “la administración pública está al servicio de los ciudadanos y ciudadanas y se fundamenta en los principios de honestidad, participación, celeridad, eficacia, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas y responsabilidad en el ejercicio de la función pública, con sometimiento pleno a la ley y al derecho”.

La participación no es un proceso espontáneo, es algo que se aprende y está muy vinculado a la dinámica política. Las crisis han dinamizado en Venezuela la participación, y se han promovido diversos programas de salud, tendientes a un mayor acceso al servicio<sup>49</sup>. Sin embargo, persisten resistencias burocráticas, presentándose algunos obstáculos a la participación, lo cual muestra cómo la información en manos de los ciudadanos se convierte en poder que inevitablemente limita el poder de funcionarios públicos. Por ello, pasaremos a analizar algunas de los factores que condicionan la participación de los usuarios en la informatización de la historia médica, desde los contextos históricos de la modernidad y postmodernidad.

### **2.3.1. La participación desde la modernidad**

La soberanía es una característica distintiva del Estado moderno y sus constituyentes, la cual es plenamente reconocida por el Estado. Su función en el plano nacional, es proporcionar un marco de ley y orden para que la población viva de manera segura, administrando los aspectos que considere de su responsabilidad, lo cual ha dependido del contexto histórico en el cual se desarrolle. Esta forma de pensar fue predominante en los inicios de lo que algunos autores llaman modernidad (siglo XVIII<sup>50</sup>), en la cual se produce una transformación de lo que se piensa, se establece una duda sobre las certezas tradi-

---

49 El Plan Barrio Adentro, programa de medicina familiar desarrollado con médicos cubanos, enfatiza la prevención en salud y ofrece atención 24 horas diarias; además, se contempla la formación de médicos venezolanos mediante el postgrado de Medicina Integral, para su proyección futura.

50 También llamado siglo de las luces

cionales dándole preponderancia a la razón, como única capacidad de juicio y sin limitaciones (El Nacional, 2001:199-201).

Se trata de asumir la preeminencia del ser humano como ser pensante, dejando atrás la intención de darle explicación a los hechos desde una perspectiva mítica; es decir, debilitando la arraigada y fuerte creencia en los dioses como regidores del destino de la humanidad.

Esta situación da origen a la Ilustración, planteada según Kant (2004:17) como la salida del hombre de la concepción de minoría de edad, que no es otra cosa que la incapacidad para servirse de su propio entendimiento sin la guía de otro. La ilustración tuvo implicaciones en diversos ámbitos. En lo político, algunos autores<sup>51</sup> enfatizaron sobre la condición de sacrificar la libertad individual en beneficio de las necesidades del orden colectivo, traducido en el respeto hacia el bienestar de la sociedad; así como la sacralización de la nación como entidad moral, capaz de conferir legitimidad tanto a sí misma como a sus acciones. En este sentido, tomó auge la propuesta de Rousseau sobre el contrato social, como una forma idónea de convivencia social, en la cual privan los intereses colectivos ante los individuales.

A partir de este contexto, se considera lo estipulado en el Art. 55 del PLS (2004) sobre la participación, la cual es establecida como un derecho constitucional, junto al control social, “que tienen todas las personas a ejercer su poder de decisión, intervención y control de manera directa y con plena autonomía e independencia en la formulación, planificación y regulación de las políticas, planes y acciones de salud,... en el marco de una democracia social, participativa y protagónica”. Esta formulación se inclina hacia un sujeto con actitudes de autonomía<sup>52</sup> (salida de la minoría de edad) e independencia, propias de la modernidad, y que responde a una razón caracterizada en el siguiente cuadro.

---

51 Jean Jacques Rousseau y Georg Wilhelm Friedrich Hegel (El Nacional, 2001: 204)

52 Del latín *autónomos*, que se da a sí mismo (*autos*) sus propias leyes (*nomos*)

### Cuadro 3. Razón y modernidad

Razón	Modernidad
Carácter	Instrumental, tecno-científica, funcional, objetiva, ponderada y pura
Uso	Público (libre) y Privado (limitado)
Sentido	Capacidad activa, en tanto que el conocimiento le permita hacer uso de la razón en el ámbito privado y público
Idea de progreso	Construcción de sí mismo saliendo del estado de tutela, propicia el cambio. Progreso basado en ciencia y técnica.

Construcción propia, tomando como fuente Kant (1784:17-25).

Partiendo de estos principios de autonomía e independencia, la actitud del usuario del servicio de salud, parte de una racionalidad instrumental, y dotado de una capacidad activa, en tanto que posee conocimientos suficientes para hacer uso de la razón en el ámbito privado y público; así, se puede propiciar el desarrollo de sistemas de información que contribuyan a una mejora en la calidad de vida y salud de la población. Este tipo de razón caracteriza un sujeto de la siguiente manera:

### Cuadro 4. Sujeto y modernidad

Sujeto	Modernidad
Conducta	Integrado, equilibrado, coherente.
Orientación	Hacia el bien común, lo público
Valores	Guiados por una moral compuesta por principios racionales
Principios que rigen la vida en común	Razón y ética
Presente	Hacerlo heroico, visto como un proyecto (que asegura la felicidad), refleja una actitud y determina el modo de relación consigo mismo.

Construcción propia, tomando como fuente Kant (1784:17-25).



Este sujeto coherente, orientado hacia el bien común y guiado por principios racionales establece relaciones con otros sujetos regida por acuerdos sociales, en donde se promueve la tolerancia y donde predomina la voluntad general ante la voluntad particular. La sociedad hace un llamado al sujeto dentro de una esfera de derechos privados y públicos, quien se encuentra integrado a la comunidad política como sujeto competente de sus acciones y en el cumplimiento de sus deberes, así el lema de la modernidad “Razonad... pero obedeced” (Kant, 1784:25), cobra vigor y envuelve los condicionantes a ser establecidos desde el Estado. El cumplimiento de sus deberes (obedeced), aunque pudiese ser considerado como limitante de su libertad, le propiciará ciertos beneficios para su vivencia y convivencia en el establecimiento de sus derechos.

Este Estado moderno, garante del pacto establecido entre los sujetos, asegurará los derechos de igualdad y libertad, y promoverá la participación, la cual estará sujeta a ciertas limitaciones como producto de los múltiples intereses de los agentes involucrados, controlados mediante políticas y leyes. De esta manera, cuando se establece en el artículo 62 de la CRBV “el derecho de participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes elegidos o elegidas”, también se establece en el artículo 70, lo correspondiente a los medios que podrían ser utilizados para el ejercicio de la soberanía, y con respecto a los cuales “la ley establecerá las condiciones” para su efectivo funcionamiento. En este apartado queda planteada la opción de definir limitaciones que serán establecidas como los deberes a cumplir.

Ahora bien, la conformación de este Estado moderno propicia que haya acuerdos para confiar en las instituciones, las cuales estarán regidas por el desarrollo de las actividades hacia el bien común. Aun cuando el Estado asigne a personas capacitadas para atenderlas, la informatización de la historia médica estará regida, inicialmente, por el poder otorgado al médico desde su condición de poseedor del conocimiento técnico, pero además involucrará al equipo de salud, en general que manejen la información contenida en dicho expediente.

Esta actuación debe estar regida por los principios del bien colectivo, pero en su interior se desprenden diversos intereses e interpretaciones sobre los fines de la organización, pudiéndose generar acciones con fines individualistas, grupales, partidistas; perdiendo de vista la finalidad hacia la colectividad, que en este caso particular representa el resguardo de la información.

Por ello, este tipo de participación dirigida a la defensa de sus derechos, se realiza con carácter de universalidad, tendiente a realizar una propuesta, basada en elementos racionales y argumentada como buena para el colectivo, que pueda ser aceptada como válida por los otros; el sujeto se identifica como ente social al hacer uso de la razón y logra participar activamente en la sociedad, pudiendo tomar una posición privilegiada en la misma.

Bajo esta perspectiva de la modernidad, la participación en salud, relativa al campo específico de la historia médica, tiende a ser limitada. El desarrollo de la historia médica está asociado con el manejo de datos considerados como altamente sensibles, objeto de conflictos para el acceso a dicha información, incluyendo al personal que labora en las instituciones de salud y para el paciente, y considerado el dueño de la información. Se presenta así como factor determinante el desconocimiento sobre la pérdida de derechos asociados con la informatización de la historia médica, que limitan las acciones hacia la defensa de sus derechos de privacidad y confidencialidad.

El usuario del servicio de salud tiene la particularidad de presentarse en su condición de paciente ante las instituciones de salud, de las cuales exige el alivio para sus dolencias. Tal como lo afirma Frankl (1996), citado por García (1998:49) “se revela... que el ser humano es, en el fondo y en definitiva, pasión; que la esencia del hombre es ser doliente: *homo patiens*... Al *homo sapiens* contraponemos el *homo patiens*. Al imperativo *sapere aude*<sup>53</sup> salimos con el *pati aude: osa sufrir*”. En esta situación de debilidad, cualquier conflicto que pudiese presentarse con la información recopilada y, específicamente,

---

53 “Ten el valor de servirte de tu propio entendimiento” (Kant, 1784:17)

la contenida en la historia médica pasa a un segundo plano, excepto que pueda presentarse un caso extremo de muerte o incapacidad, donde puede verse inmiscuida una relación causa-efecto de la praxis médica.

Ahora bien, aun cuando los ciudadanos se encuentren en disposición de participar en la informatización de la historia médica, ya no en una condición de paciente sino como sujeto social independiente, se involucra la disposición de capacidades para enfrentar aspectos relacionados con la información y su compleja administración en instituciones de salud. Tal como lo plantea Dowbor (2005: 134) “la información aparece como una condición clave para la construcción de procesos democráticos de tomas de decisión”.

El sujeto tiene derecho a la información, pero es preciso plantear la diferencia entre tener el derecho y ejercerlo; entonces las personas poco informadas, no tendrían el poder para ejercer sus derechos. Por ello, una de las exigencias hacia el sector salud es la disponibilidad de información suficiente, pertinente y oportuna para los usuarios de los servicios, de manera que ella les brinde la oportunidad de ejercer sus derechos, indistintamente de sus características individuales.

Sin embargo, atendiendo a las exigencias de la contemporaneidad, Castells (2001:131) plantea que la educación que la juventud de hoy requiere es aquella que proporciona “capacidad intelectual para encontrar la información en la red, convertirla en conocimiento y aplicar ese conocimiento específico a la tarea que en cada momento uno se asigna. Lo esencial no es tener una calificación determinada sino la capacidad mental de procesar información, cualquiera que sea”. Se trata de manejar información pertinente asociada a los derechos que presentan riesgo de transgresiones hacia la privacidad y confidencialidad de los datos médicos.

En este sentido, el PLS en su Art. 36 establece la obligación que tendrán los directores de las instituciones de salud y centros de atención para “dar respuesta a las solicitudes de información requeridas por los órganos de participación y control social y necesarias para el

cabal cumplimiento de sus funciones, así como a recibir a sus representantes periódicamente para el tratamiento de asuntos relativos a la función de participación y control social”. De esta manera, se presentan condiciones favorables para propiciar la participación, la cual podrá ser asumida por los ciudadanos, teniendo presente los mecanismos que el mismo Estado ofrecerá con libertad para su ejercicio o con limitaciones de las acciones según lo contenido en las disposiciones legales; siendo esencial la disposición de información que propicie el desarrollo de las capacidades para el ejercicio de los derechos como ciudadano.

Desde este contexto, el ciudadano se muestra participativo, en tanto racional acepta que el discurso lo lleva hacia la comprensión de los deberes y derechos a cumplir, en pro de un bienestar colectivo del bien común. El ciudadano reconoce que puede ejercer su papel como ente regulador hacia el resguardo de su información médica, aun estando sujeto a un Estado que debe cumplir el compromiso asumido con la sociedad respecto al suministro de servicios de salud, así como todos los mecanismos necesarios para su gestión.

### **2.3.2. ¿Postmoderno o participativo?**

En la consideración del posible desenvolvimiento de la participación ciudadana del usuario de los servicios de salud en lo que sería el contexto de la postmodernidad, se efectúa un análisis de dicha participación y algunas repercusiones en la calidad de atención prestada por las instituciones de salud al desarrollar la informatización de la historia médica. Aunque como plantea Gradowska (2004:150) “«lo moderno» y «lo posmoderno» tienen diferencias significativas, a pesar de que conviven todavía en el tiempo”, lo que si es evidente es el carácter antagónico y contestatario si se comparan las argumentaciones de sus distintos representantes. De la misma manera algunos autores establecen relaciones de confrontación, cuestionamiento e incertidumbre, entre estos conceptos.

Por su parte, Eagleton (1998:13) plantea que “«posmodernismo» no significa exactamente que se haya dejado atrás el «modernis-

mo» sino que desde éste se ha llegado a una posición profundamente marcada por él”. Igualmente, Delgado (1990:136) lo plantea como un problema circular, donde el término de «postmodernidad» “adquiere sentido si con él se designa a un estado de cosas que de algún modo, trascienda o vaya más allá del que caracterizaba o caracteriza a la modernidad”. Asumimos que no se puede referir la postmodernidad como un estado actual, ya que no se tiene una situación que trascienda la modernidad, en términos de una concepción diferente; sólo se plantean cambios que se encuentran marcados por los mismos rasgos de la modernidad o como una resultante de la misma.

Según Eagleton (1998:11) “la postmodernidad es un estilo de pensamiento que desconfía de las nociones clásicas de verdad, razón, identidad y objetividad, de la idea de progreso universal o de emancipación, de las estructuras aisladas, de los grandes relatos o de los sistemas definitivos de explicación”. Al desconfiar de la razón como proporcionadora de objetividad, surge una razón caracterizada según el siguiente cuadro.

**Cuadro 5. Razón y postmodernidad**

Razón	Postmodernidad
Carácter	Subjetiva, compleja en cuanto es percibida por la sensación
Uso	Práctico (en sentido pragmático, uso de los medios con interés hacia los fines) en condiciones de libertad. Pluralismo actuando por conveniencias
Sentido	Capacidad pasiva, como actividad intuitiva o como capacidad discursiva
Idea de progreso	No cree en la posibilidad de cambio y transformación, prefiere sacar máximo provecho del presente. No hay un progreso continuo.

Construcción propia, tomando como fuente principal Eagleton (1998:77-140).

Partiendo de esta caracterización, el sujeto como usuario de los servicios de salud, parte de una racionalidad subjetiva y compleja, con una capacidad pasiva, dominada por intuiciones al enfrentar si-

tuaciones, con poca fundamentación en sus planteamientos, lo cual puede mostrar contrariedades en las propuestas sobre desarrollo de sistemas de información en el sector salud. Este sujeto que pudiese intervenir en la informatización de la historia médica, siendo caracterizado de la siguiente manera:

**Cuadro 6. Sujeto y postmodernidad**

Sujeto	Postmodernidad
Conducta	Pluralidad intangible de personajes, impulsiva, instintiva.
Orientación	Individualista, hacia lo privado, indiferente a las cuestiones de vida colectiva y prefiere su vida privada
Valores	Permisivos y ligeros en relación a las elecciones y modo de vida personal
Principios que rigen la vida en común	Sentimientos y estética
Presente	Simplemente se vive, no hay raíces ni proyectos, cada uno puede hacer lo que quiera, todo y ahora.

Construcción propia, tomando como fuente principal Eagleton (1998:77-140).

Este sujeto tiene una orientación individualista, enfocada hacia lo privado y que se muestra indiferente a las cuestiones de la vida colectiva. A su vez presenta un carácter de sumisión, pasividad, docilidad, dependencia, inhabilidad para actuar, decidir y pensar, lo cual revela inmadurez. Estaría guiado por valores permisivos y ligeros en relación a las elecciones y modos de vida personales. Tal como lo expresa Nuñez (2004:3) “la pérdida de los relatos épicos modernos funcionó a la perfección como dispositivo desmovilizador: se reducen los espacios políticos públicos, se debilita la sociedad civil y la gente se retrae en su vida íntima”. En esta situación cualquier mecanismo de participación de los ciudadanos posmodernos se encuentran reducidos a las dimensiones limitadas.

Esta actitud individualista y fragmentada “ha impedido conformar un nuevo todo social homogéneo pero con significativo impac-

to positivo sobre el reconocimiento de derechos diferenciados, de minorías y de la participación diferenciada, abriendo espacios para la aceptación de las diferencias y el encuentro de las semejanzas en el espacio y tiempo que corresponde compartir”, es decir desde la otredad se ha fortalecido la participación y los derechos ciudadanos.

En cuanto a las relaciones sociales de la postmodernidad, la nueva era informacional trae consigo una extraordinaria proliferación de las relaciones transnacionales, dándole a los sujetos capacidad de invertir y realizar intercambios sin tomar en cuenta las fronteras, y donde comienza a perder sentido el control del Estado, siendo una característica que promueve el neoliberalismo.

Por ello, “se está produciendo un despliegue de las funciones del estado nación: su nueva perspectiva política es gobernar en un sistema en el que la comunicación se le escapa y en el que debe llevar a cabo la regulación de esta multiplicación de las relaciones internacionales”<sup>54</sup>. A su vez se han desarrollado formas transnacionales de solidaridad<sup>55</sup>, dada la disponibilidad de la información y la comunicación, de forma inmediata, y donde los individuos pueden verse implicados directamente en asuntos interiores de los Estados vecinos o lejanos (Saint y Louhaur, 2000:4). En el caso de salud se visualiza la posibilidad de ofertar servicios en cualquier lugar del mundo, para lo cual se necesitaría la disponibilidad de la información médica desde una plataforma en red, pudiendo ocasionar riesgos en la trasgresión de datos, afectando la confidencialidad y privacidad del paciente.

El desarrollo del mercado, mediante el uso de TIC ha generado un sobredimensionamiento de las funciones del Estado, lo cual ha

---

54 Algunos avances en materia jurídica se encuentran en formulación en diversos países.

55 En ocasiones, estas formas de solidaridad, planteadas por los autores y determinadas por la heterogeneidad, se presentan como asociaciones hacia determinados fines, y no, específicamente, hacia la búsqueda del bien colectivo.

acarreado una baja eficiencia de la gestión pública y de su capacidad de dar respuestas a las necesidades nacionales y emergentes de la dinámica actual. Se presentan limitaciones al sistema jurídico, ante la defensa de los derechos del ciudadano, que se traducen en impunidad y en incapacidad para enfrentar la elevada corrupción de los dirigentes y encargados de los asuntos públicos.

Para Sonntag (2000:7) esta desvalorización, tanto de lo político como de la política, parte de considerar que los problemas deben ser resueltos mediante procedimientos técnicos gerenciales, dejando de lado su naturaleza política, esto es “su ubicación en el campo de las relaciones sociales y de poder, y su vinculación con determinados intereses particulares y públicos, enfrentados o no”.

Con esta noción de ciudadanía marcada por un desencanto de lo político; muestra una participación limitada, circunscrita eminentemente a expresiones microsociales en el marco de una organización concreta, determinada y relacionada con el desempeño por alcanzar una meta. Se mantiene una visión individualista, que desvirtúa el interés sobre la participación; siempre y cuando esa participación esté condicionada hacia la obtención de beneficios personales, el ciudadano se hace partícipe de los procesos políticos.

Dado que las formas políticas no han podido interpretar su responsabilidad frente al colectivo ni ofrecer soluciones a las necesidades sociales de las mayorías, el ciudadano desconfía de las instituciones y afirma su independencia<sup>56</sup>. En este sentido, se presenta el interés de los ciudadanos en participar directamente en la solución de sus problemas e impulsando procesos de control sobre los asuntos públicos y de los gobernantes. Pero este individualismo e independencia impiden la formación de un nuevo todo social homogéneo, categoría propia de la modernidad, lo cual ha sido favorable al reconocer derechos diferenciados de grupos minoritarios.

Por otra parte, aun cuando en el Art. 8 del PLS se le confieren características de autonomía a los individuos y a las colectividades,

---

56 De alguna forma autodeterminada.



ésta se plantea “para hacer efectiva la respuesta a sus deseos y necesidades, en la búsqueda de alcanzar condiciones de calidad de vida”, pareciese no estar planteada desde la autonomía hacia un bien colectivo sino como la búsqueda de fines individuales, sujeto a la subjetividad de los deseos. Aun cuando este proyecto se encuentra en revisión, deberá aclararse el sentido de esta adopción con respecto a la búsqueda de condiciones necesarias de vida.

Aunque pareciesen existir divergencias entre el humanista de la modernidad y el individualista de la posmodernidad, se presentan algunos aspectos difusos. Tal como plantea Eagleton (1998:140) uno de los sentidos del ser descentrado en esta época de cambio, se corresponde con el ser construido mediante la otredad, característica que pertenece a la naturaleza humana. Aun con ciertas desavenencias se tiene una perspectiva de solidaridad, posible vida de tolerancia en el reconocimiento del otro, en el reconocimiento de su diferencia.

Se evidencia de esta manera que el usuario del servicio de salud, en un contexto de postmodernidad es participativo en tanto haya condiciones relacionadas con la historia médica electrónica que puedan afectar su vida personal, y quizá familiar, en cuyo caso participaría atendiendo sólo a ciertas conveniencias o intereses personales o del grupo que pudiese pertenecer, pero no pensando en el beneficio que pudiese generar a la colectividad; perspectiva que se desliga de un modelo de justicia social, tal como se encuentra establecido en la CRBV. En el caso del sector salud, la participación del ciudadano en el desarrollo de una historia electrónica, se pondrá de manifiesto cuando una minoría comprenda los riesgos a los que se enfrenta la información médica cuando su manejo pase a ser informatizado.

Desde una perspectiva moderna, se involucran los componentes de aprendizaje y participación, ya no como un hombre solamente autónomo sino enfocado hacia la organización social que exige el contexto de vida que le ha tocado avizorar, llena de incertidumbre, pero donde se desenvuelve el ciudadano contemporáneo y desde lo que algunos denominan la postmodernidad. Tal como plantea Sonn-

tag (2001:21) no debe perderse de vista “el objetivo realizable (utopía de lo históricamente posible): el nuevo sistema histórico-social que la humanidad entera necesita porque necesita una nueva razón, no la de la racionalidad técnico instrumental” y quizá tampoco la subjetiva.

Se puede plantear la exigencia de un hombre que se involucre en redes sociales y disponga de información junto a mecanismo de comunicación, que le permita mantenerse en convivencia social de la cual no puede abstraerse. Se trata de volver la mirada hacia un sujeto comunicativo, para darle fundamento a una democracia participativa, conformada por autodeterminación, pertenencia, autorrealización, junto a la posibilidad del reconocimiento por lo ajeno, por lo alterno, por el otro.

# Dilemas éticos: Tecnologías y participación

### 3.1. Tecnologías y secreto médico

Frente a la exigencia del paso de la historia médica manual a la historia electrónica con el uso de las TIC, se muestran ciertas ventajas favorables para la sociedad, en cuanto a la prestación de los servicios de salud relacionadas con el acceso y calidad de servicio, realizando la informatización desde un enfoque preventivo; pero también se presentan riesgos sobre la desaparición del secreto médico, lo cual genera dilemas éticos entre el personal del equipo de salud y aquel personal relacionado con los aspectos informáticos, quienes estrictamente no pertenecen al campo de la salud.

La informatización de la historia médica presenta una de las principales y más discutidas dificultades relacionadas con el sigilo profesional. Al respecto Verdú (2000:2) refiere, “que el dueño moral de la historia médica es el paciente y el médico se convierte en su custodio”, junto con su personal auxiliar<sup>57</sup>; pero en el caso de la historia electrónica se presentan otros trabajadores diferentes a los profesionales de salud, como es el personal de informática, que aun

---

57 Secreto médico: obligación que tienen, el médico y su personal auxiliar de guardar secreto sobre hechos que conozcan en el ejercicio de su profesión, seanle o no revelados, excepto los casos que preceptúa la Ley (declaración de enfermedades infecto-contagiosas, aborto, heridas en riña, heridas por arma de fuego, etc.) (SALVAT, 1980:899)

cuando su formación contenga algunos elementos relacionados con la ética, debe comprender la magnitud del manejo de este tipo de datos calificados como altamente sensibles.

Para Martí y Buisán (1988:90, 92, 100) el secreto médico podría verse inmerso en serias dificultades, dado los avances que puede tener el uso de la informática en el campo de la medicina; sin embargo, considera absurdo negar el uso de la misma en aras de la preservación del secreto; por lo que se requiere definir las políticas de seguridad necesarias, a los efectos de evitar la trasgresión contra los derechos de las personas.

Al respecto estos autores plantean que “es la propia conciencia del médico la que en definitiva determinará el verdadero objeto del secreto, ya que sólo él es el conocedor de las circunstancias, condicionamientos y beneficios que puede dar al paciente”. Será el médico quien establece los límites del secreto y decide cuándo puede vulnerarlo.

Por ello, la prestación de servicios de salud con el uso de nuevas tecnologías de información conlleva a justificar una reflexión ética sobre la atención más humana de los pacientes; entonces médico y equipo de salud, deben atenderlos ya no como cuerpos orgánicos, sino como personas, que sufren y padecen, propiciando una mayor comprensión hacia el enfermo y su enfermedad. Se entiende que estos condicionantes se encuentran relacionados con las actitudes y voluntades de los profesionales de salud.

Según Guzmán (2003: 18, 21-22), la enfermedad<sup>58</sup> “implica alguna dolencia orgánica o psíquica que transforma el sentimiento de bienestar del individuo”. Por ello se plantea otra óptica en la concepción contemporánea de la enfermedad, fundamentada en la promoción de valores humanos, que trascienda la mercantilización y la deshumanización a las cuales se asocia actualmente la medicina. Este autor realiza un llamado al “rescate del hombre en tanto humano, cargado de principios y valores irrenunciables, y construye una ima-

---

58 Este autor la relaciona además con “fatiga, hambre, inclemencias del clima, factores genéticos,... catástrofes naturales”

gen de enfermedad relacionada con valores humanos, moral, principios y reflexión ética,... estableciendo que no es la fatalidad, el azar o los condicionamientos extrínsecos los que gobiernan la vida del hombre...”, sino el hombre como ser humano, ser de pensamientos y sentimientos, una visión inequívoca sobre su complejidad; se trata de humanizar la relación entre equipo de salud y pacientes.

Sin embargo el inusitado progreso tecnológico de la segunda mitad del siglo XX, “ha aumentado prodigiosamente el poder médico, tanto de sanar como de cambiar la vida personal y compartida”; por ello, al relatar este tipo de temática no puede obviarse lo establecido en el Informe Belmont (1978) sobre los principios necesarios para la relación médico-paciente que regirán el accionar ético del médico (Cf. Cortina, 1999:2; Alleyne, 2002:212): la autonomía guía la interacción con el paciente e implica tomar en cuenta su voluntad al momento de tomar decisiones drásticas; la beneficencia rige la conducta del médico y la exigencia de hacer el bien al paciente; la justicia con una perspectiva más amplia que involucra la sociedad al precisar una distribución justa de los recursos en pro de la salud del colectivo; y el principio de No-Maleficencia que prohíbe los tratamientos contraindicados, específico y que se relaciona con el principio de beneficencia.

Para Jardines (2002:82) aun cuando “la humanidad ha entrado en la era de la información y el conocimiento,... y todo parece indicar que virtualmente estamos más cerca que nunca y se dispone de información como no se hubiese soñado, existe una tendencia al alejamiento en el aspecto humano y un debilitamiento en la defensa de los valores más puros del hombre”. Es necesario mirar al paciente como un ser humano, desde una perspectiva que valore su dignidad y resguarde su integridad.

Entonces, más allá de la relación médico-paciente, Velez (2001:81-82) incluye a la sociedad y plantea que el modelo más adecuado de la relación médico-paciente-sociedad es el responsable<sup>59</sup>, “en el cual

---

59 Los otros dos modelos planteados por el autor son el paternalista y el autónomo, tomando en cuenta como criterio la toma de decisiones.

las dos partes asumen la responsabilidad y deciden teniendo conocimiento y libertad para hacerlo”. De esta manera, se califica como una relación madura, que requiere de una formación ética por parte del médico, implica que su acción esté dirigida hacia el beneficio del paciente y, por tanto, de la colectividad; es una búsqueda hacia el reconocimiento de cada uno de los integrantes de una comunidad, en tanto seres corporales, en interacción con el otro.

Tal como enfatiza Vélez (2001:49) “... la concepción de ser humano es incompleta sino se incluye a sus semejantes, lo mismo que al universo.” Esta relación implica los aspectos éticos del manejo de la información. Al respecto Martín (2004:88) plantea que desde un enfoque ético de la información, cualquier profesional que se encuentre relacionado con la producción y uso de la información “necesita prepararse adecuadamente para proporcionar a la sociedad una información objetiva y verdadera; pero además,...ha de obrar con el propósito primordial de promover y defender los derechos e intereses derivados de la dignidad de la persona”, en la búsqueda no sólo de bienes individuales, sino de bienes colectivos.

La informatización de la historia médica vislumbra la disposición de información médico asistencial mediante mecanismos en red, donde uno de los propósitos se relaciona con la posibilidad del paciente como dueño de dicha información, pueda poseerla al igual que sus documentos personales. Esto facilitaría la atención y la credibilidad sobre la información, la cual es elaborada por médicos, disminuyendo así el tiempo de recolección de información sobre antecedentes clínicos y sociales<sup>60</sup>, diagnósticos y terapéuticos; además se evita cualquier tipo de riesgo por olvidos del paciente sobre información que puede ser importante para su evaluación médica.

Para Rodrigues y otros (1998:6) el mejoramiento de la información sobre atención de salud es una de las claves operativas para

---

60 Para algunos especialistas del área médica esta información representa aproximadamente el 90% de la información necesaria para las actividades subsiguientes en el proceso de atención.

“incrementar el acceso, la calidad y los resultados de los servicios e intercambiar información clínica sobre el paciente entre los diferentes proveedores de servicios”. Por ello, la disposición de datos médicos en una historia electrónica da preponderancia a la disposición de información como soporte al suministro de los servicios de salud.

No puede perderse de vista tal como lo plantea Martín (2004: 93), que los procesos relacionados con la producción, procesamiento y utilización de la información, que se ejercen con principios de rectitud, siempre determinan que el resultado estará fundado en criterios de objetividad, al mismo tiempo que la relación en las organizaciones donde se utiliza esa información tendrá características de honesta, conveniente y respetuosa. Por ello, “los derechos y deberes acordados comunicativamente son necesarios para que se obtenga la información que se necesita y de una forma correcta. Cabe no olvidar que la transparencia informativa es signo de una organización de conducta éticamente responsable, mientras que la opacidad es una puerta a situaciones de inequidad”.

Queda plantearse entonces los siguientes cuestionamientos frente al proceso de informatización de la historia médica: ¿qué tipo de información recolectar?, ¿cómo hacer uso de ella?, ¿cómo resguardarla?, entendiendo que dicha información representa un bien social, puesto que desde un enfoque integral se relaciona con la existencia de condiciones necesarias para una calidad de vida.

Considerando este planteamiento, la informatización de la historia médica puede ser vista como beneficiosa, tanto para los pacientes como para los integrantes del equipo de salud; sin embargo, pueden presentarse diversas acepciones sobre su diseño, subyacentes a los intereses particulares de los actores involucrados en el sistema de salud. Sin esta perspectiva cualquier propósito establecido para su informatización puede ser tergiversado. Por ello, el esfuerzo estará orientado a conciliar los intereses de estos múltiples actores, identificar las necesidades de la población y disponer de recursos suficientes, para determinar la relación costo/beneficio entre dicha informatización y las mejoras en el acceso y calidad de este tipo de servicios.

### 3.2. La participación del paciente desde su vulnerabilidad y dependencia

Las nuevas TIC han transformado los conceptos de lugar y tiempo, colocando a disposición de los ciudadanos, mediante el uso de Internet, datos esenciales en tiempo real (sin limitaciones de horarios o traslado físico), para la toma de decisiones en diversos campos, entre los cuales se pueden resaltar aquellos que contribuyen a la participación política activa. Tal como expresa Sánchez (2004:14), “esta característica puede traer consigo el que se establezca una democracia mucho más participativa”. Este autor afirma, siguiendo al profesor Owen M. Fiss, “...la democracia es un sistema de autogobierno colectivo y presupone que todas las personas tengan toda la información necesaria para ejercitar su prerrogativa soberana de un modo inteligente y reflexivo”.

De este planteamiento se desprende la relación de los siguientes aspectos: autogobierno colectivo, reconociendo la necesidad de la participación de la sociedad y que mediante ella se logre gobernar; disposición de información, como elemento esencial para el ejercicio de la participación, asignándole a la misma las características de uso para la toma de decisiones; y de un modo inteligente y reflexivo, que conlleve al discernimiento de las acciones, con miras hacia un beneficio de la colectividad. Las decisiones para gobernar deben ser vistas desde el interés colectivo, en esa medida podrán conformarse redes de actuación política de los ciudadanos con miras hacia la defensa de sus derechos.

Ahora bien, la exigencia de derechos pasa por el reconocimiento de los deberes dentro de una sociedad. En este sentido se puede pensar en participación al asumir la responsabilidad de representar ciertos sectores de dicha sociedad, ya no pensando en particularidades, sino ver las debilidades desde una perspectiva global que enfoca las diferentes aflicciones de las personas.

Con respecto a las aflicciones, MacIntyre (2001:15) señala que “los seres humanos son vulnerables a una gran cantidad de afliccio-



nes diversas y la mayoría padece alguna enfermedad grave en uno u otro momentos de su vida”. La manera de afrontar estas aflicciones depende en parte de sí mismo, pero es frecuente también que dependa de otros para sobrellevarlas. La existencia de esas aflicciones lo constituyen como un ser vulnerable, con respecto a lo cual el hombre debe desarrollarse como ser humano, como persona para hacerle frente a su vulnerabilidad.

Este autor sostiene que “las virtudes que el ser humano necesita para desarrollarse [y también]... para hacer frente a la vulnerabilidad y discapacidad, pertenecen [al] conjunto de virtudes... propias de los animales racionales y dependientes, cuyos rasgos de dependencia, racionalidad y animalidad deben ser entendidos en sus relaciones recíprocas” (MacIntyre, 2001:15). De esta manera, el ser humano puede llegar a ser un agente racional e independiente. La descarga continua de información a través de diversos medios propende al hombre hacia el manejo de la información, y a tomar conciencia sobre su contenido; esto contribuirá en la formulación de una visión crítica al momento de participar.

Al considerar la vulnerabilidad del hombre, el autor propone un tipo de participación con base en la acción práctica de los ciudadanos, quienes se relacionan mediante redes de reciprocidad con miras de lograr los bienes comunes. Su planteamiento engloba las virtudes de la actuación racional independiente, las cuales se ejercen sólo si están acompañadas de las virtudes relacionadas con el reconocimiento de la dependencia (MacIntyre, 2001:23). Se participa en las redes en tanto se reconoce la dependencia con los otros, y que esa contribución ofrece un beneficio colectivo.

También expresa que “la racionalidad práctica humana tiene, sin duda, entre sus rasgos distintivos la capacidad de distanciarse de los juicios iniciales sobre cómo se debería actuar y evaluarlos con diversos criterios” (MacIntyre, 2001:72). En este sentido, el hombre tiene la capacidad de reflexionar sobre sus actos y procurar que éstos contribuyan a relaciones de reciprocidad con los otros, con quienes lo circundan y comparten su vida, para lograr una convivencia humana.

De esta manera, este autor propone una clase de asociación social regida por virtudes y que junto a la percepción, como proveedor de razones para actuar, proporcionen al individuo la base para un actuar reflexivo desde una perspectiva de la colectividad; por lo que el hombre no estaría sólo en busca de unos bienes individuales, sino de bienes comunes. La intervención de los individuos, conscientes de su condición de vulnerabilidad y dependencia, será la de un ser racional práctico independiente.

Por otra parte, MacIntyre (2001:190-91) expresa la posibilidad de aislamiento total que pudiese realizar una persona voluntariamente, eliminando cualquier tipo de relación, lo cual implicaría un rechazo a cualquier tipo de compromiso, y con lo cual se excluye “de toda participación en cualquier trabajo común de investigación y críticas racionales”. Esta condición no puede presentarse en comunidades estructuradas por redes de reciprocidad, donde se plantea la deliberación en común al compartir un cierto conjunto de compromisos morales; esta posibilidad de aislamiento tal vez podría plantearse como una suspensión temporal, pero que llega a ser inconmensurable, al comprender que la práctica social está sujeta a la interacción entre las personas.

Desde su punto de vista, Lagréé (2005:17-18) afirma que aunque un individuo, paciente o médico, aplique una moral cerrada e indiscutida para tomar una decisión, ésta siempre involucra a otras personas que pueden plantear otro punto de vista ético. Por ello, “es bueno que la reflexión que precede una decisión siempre singular (médico o paciente) sea precedida de una reflexión plural que permita multiplicar los puntos de vista, descentrarse, tomar perspectiva en una situación de urgencia”. Desde estas categorías de aislamiento y singularidad, estos autores presentan otros puntos de encuentro, en tanto que para Lagréé (2005:28) la concepción de persona es una “articulación de tres planos distintos pero entrelazados”, a partir de los cuales se señalaran las similitudes con MacIntyre:

- El plano biológico del individuo, de su programa genético y sus disposiciones innatas se corresponderían con el planteamiento

de MacIntyre (2001:23) al afirmar que “la identidad humana es fundamentalmente corporal”.

- El plano relacional de su ser con otro, de su afectividad y de su historia se explicita, de alguna forma en MacIntyre (2001:119) al plantear “el ser humano se transforma en razonador práctico por medio de una serie de relaciones con otras personas concretas capaces de darle aquello que necesita”.
- El plano simbólico de la inscripción en una cultura en una lengua, en una tradición y de la continuación de su vida en un discurso; se vislumbra en el pensamiento de MacIntyre (2001:76,78) al destacar que en “el ser humano...[existe] la capacidad para hacer un uso reflexivo específico del lenguaje”, haciendo énfasis en que al ser “capaz de reflexionar sobre sus razones mediante el uso del lenguaje, no sólo el tener razones resulta causalmente eficaz para orientar la conducta, sino el tener razones para suponer que un conjunto de consideraciones y no otro ofrece realmente razones en una situación particular”.

En el caso específico del usuario del servicio de salud, si se considera la presencia de una comunidad basada en redes de reciprocidad, su participación estará regida por el aprendizaje del ser humano a examinarse a sí mismo al ser examinado por otros, y sobre entenderse a sí mismo cuando se presenta la exigencia de otros que quieren entenderlo. En este sentido, se somete a discusión su razonamiento y se le pide explicaciones sobre su conducta.

Siguiendo a MacIntyre (2001:175): “para que un individuo pueda justificar sus acciones ante otros, hace falta que ofrezca al menos una explicación parcial de su manera de juzgar, como razonador práctico, tanto lo que considera que es su propio bien como el bien común, para llegar a los juicios que moldean”. En esta medida, el usuario del servicio de salud participará como razonador práctico independiente desde una actitud responsable hacia los otros, y actuará con base en el ejercicio de las virtudes de la justa generosidad y gratitud. Los intereses de estos individuos estarán identificados con los bienes para el hombre y para la comunidad. Al reconocerse vulnerable y depen-

diente, el ser humano comprende que todo lo que pueda afectarle a él, representa una aflicción potencial para otros y en esta medida sus acciones estarán dirigidas hacia el bien común.

Tomando en cuenta la conformación de comunidades con redes de reciprocidad, se considera que “alguien es responsable y digno de confianza si se sabe que se le puede revelar información confidencial sin temer que se la proporcione a una tercera persona, si se sabe que no participará en habladurías maliciosas y que, por ocurrencia que sea y por absurdo que uno llegue a ser, no hará burlas de uno que puedan provocar desprecio” (MacIntyre, 2001:131).

Luego, la información de la historia médica se confiará al profesional de la salud y su personal auxiliar, sin temores que la misma pueda ser utilizada para fines perversos. En la medida que estas personas sientan la obligación en el cumplimiento de ciertas normas<sup>61</sup>, se considerará que este tipo de información se encuentra resguardada y no generará perjuicios para nadie de la comunidad, puesto que todos y cada uno de los integrantes del equipo de la salud, directa o indirectamente, han de preservar el secreto médico. En esta práctica se dan acciones de reciprocidad e integración en beneficio del paciente.

MacIntyre (2001:122) reconoce que diversos autores<sup>62</sup> “han señalado que las redes institucionalizadas de reciprocidad son siempre estructuras de distribución desigual del poder, diseñadas para ocultar y proteger esa misma desigualdad en la distribución”. En este sentido, el autor afirma que siempre existirá la posibilidad de sometimiento y la explotación en este tipo de participación por redes. Por ello hay que tomar conciencia de lo contrario los juicios prácticos y el razonamiento pueden perderse de su propósito.

---

61 Promesas razonables, ser puntual, decir la verdad, no permitir nunca que sentimientos de asco o repugnancia le hagan desatender su responsabilidad, no revelar nunca información confidencial,... (MacIntyre, 2001:131)

62 “Foucault, San Agustín, Hobbes y Marx

En estas redes, las virtudes, “sólo operan como auténticas virtudes cuando su ejercicio se halla moldeado, por una conciencia de la distribución del poder y a las corrupciones a las que está sujeta el uso del poder” (MacIntyre, 2001:123). Esta reflexión permite retornar a lo impredecible que puede ser el ser humano, que aun sujeto a una red de reciprocidad donde operan las virtudes y el razonamiento práctico independiente, existe el riesgo latente de que dichas virtudes sean desviadas al confrontarse con un abuso en el ejercicio del poder. Estas acciones pueden limitar el campo de acción de la participación, por tanto los ciudadanos deberán disponer de información suficiente y pertinente en aras de la defensa de sus derechos de privacidad y confidencialidad, en tanto la información otorga cierto poder a aquel que la posee.

Finalmente, basados en el pensamiento de MacIntyre, podría plantearse que la informatización de la historia médica, con una perspectiva de uso hacia el bien social, no representaría riesgos en el manejo de la información, en tanto que se daría en una comunidad estructurada por redes de reciprocidad, donde existiría la confianza entre sus integrantes, donde su actuación como seres razonadores prácticos independientes contribuiría al resguardo de dicha información. Entonces partiendo del reconocimiento de caracteres propios del hombre y por tanto del ciudadano, se promovería la participación del paciente en defensa de sus derechos, hacia el cuidado y preservación del secreto médico, en tanto su resguardo trascienda hacia un bien colectivo, pero sin temor sobre su confidencialidad. Con este enfoque se pretende girar la mirada hacia una participación racionalmente humana de los usuarios de los servicios de salud.

### **3.3. Ética en las organizaciones de salud**

El desarrollo de la informática en el sector salud, haciendo uso de las TIC como apoyo al manejo de información, y sus efectos en la mejora del acceso y calidad en la prestación de los servicios de salud, no puede perder de vista los diversos sucesos cotidianos sobre la atención en hospitales públicos, donde se puede encontrar desde la

extensión de una demanda totalmente satisfecha contra una mala atención hasta la ausencia completa de atención de las personas ante la solicitud del servicio de salud, tal como lo evidencian investigaciones<sup>63</sup> realizadas por Fuenmayor (2001:54) quien asevera que “el grado de atención, definido en esta amplia gama de posibilidades, depende, en primera instancia, de la capacidad del paciente de comprar los insumos que necesita; pero también de otros factores como el grado de ‘influencia’ o el tipo de contactos del paciente, o del estado de ánimo del personal médico y paramédico”.

Ha de recordarse que los servicios de salud se encuentran dentro de un modelo neoliberal, que antepone determinados intereses económicos a la gratuidad del servicio, y que representa un componente de alto riesgo al estado de salud de las personas, que cuestiona la praxis médica y abandona los principios éticos.

Por su parte, Vélez (2001:136-145), plantea un intento de humanización de la salud al opinar que para una gestión ética de los servicios de salud deben considerarse los siguientes aspectos: a) eficiencia, acotando que la decisión sobre ¿a quién atender? y ¿qué recursos utilizar? deben responder a un criterio de necesidad bio-patológica; b) rentabilidad, donde la inversión en salud no puede ser vista como un gasto sino como inversión que ofrece una alta rentabilidad social, por tanto no puede anteponerse intereses particulares; c) costos, los cuales tienen un alto impacto en la prestación del servicio, y que deben propender a minimizar el riesgo de anteponer el lucro económico al beneficio del paciente; y d) mercadeo, tratando de ofrecer servicios que realmente sean útiles para los usuarios y no una oferta basada sólo en la ganancia económica del servicio.

Otros aspectos mencionados por este autor se relacionan con la relación médico-paciente, el sigilo profesional y la auditoría, como factores complementarios para el logro de una adecuada gestión ética de las organizaciones en salud.

Al respecto, Jaén (2003:91) expresa que “las ‘conductas indebidas’ en los hospitales (falta de transparencia y uso inapropiado de los recursos, incumplimiento laboral, sustracción de insumos y deficiente calidad de la atención, entre otras) no dependen solamente de la ética de los individuos: están asociadas también y son favorecidas por la manera particular como operan las instituciones de salud, que están organizadas para ser, por decir lo menos ineficaces”. Es necesaria una revisión no sólo de las conductas de las personas sino del comportamiento de las organizaciones, tomando como base la exigencia de controles internos dentro de la organización que contribuyan a consolidar acciones transparentes en pro de conseguir una eficacia operativa sin olvidar el componente biopsicosocial de las personas.

En este sentido, destaca la promoción de la transparencia en las instituciones públicas, a fin de propiciar la participación política, y respecto a lo cual Prats (2005:185) expresa que la transparencia<sup>64</sup> “se mide por el grado en que un sistema institucional permite a los ciudadanos o a las organizaciones interesadas acceder eficazmente a información relevante, confiable, suficiente y de calidad en el ámbito económico, social o político que resulte necesario para la defensa de sus intereses o para su participación en la definición de intereses generales”. De esta manera se aprecia una relación directa entre transparencia organizacional y el acceso a información pertinente.

Con respecto a la transparencia puede expresarse que este propósito sería factible con el desarrollo de adecuados SICs, aun frente al riesgo de que los intereses particulares priven sobre los intereses generales, o con la posibilidad de propiciar una opacidad de información<sup>65</sup>, que puede ser realizada por quienes poseen el poder de la infor-

---

64 Acción que conlleva a la lucha contra la corrupción, y no se exige sólo al interior de las instituciones sino también en sus relaciones con empresas y organizaciones sociales, incluyendo al sector público y privado (Prats, 2005:185).

65 Caso Enron

mación; pero, estas acciones se contraponen a cualquier principio de participación ciudadana y al mantenimiento ciudadanos informados.

Esta idea es apoyada por Angulo (2005:253), al plantear “los ciudadanos de América Latina prefieren la democracia, pero están en términos generales, muy descontentos con su desempeño y la cuestionan fuertemente”, dado que las instituciones no se han orientado hacia la rendición de cuentas y la asunción de responsabilidades, partiendo de que no han concebido la necesidad de hacer pública la información sobre su gestión. Este ocultamiento de información y la omisión de críticas<sup>66</sup> planteado también por Prats (2005:188), contribuyen a la presencia de diversos riesgos<sup>67</sup> durante el ejercicio del poder, entre ellos la ética; por ello se deben establecer mecanismos que propicien una eficaz rendición de cuentas y la exigencia sobre la transparencia de los procesos involucrados en la oferta de servicios de salud.

Al respecto, Sen (2005:37) expresa que “la fuerza de la conexión valorativa entre ética y desarrollo depende de las instituciones<sup>68</sup>”, vistas éstas como las organizaciones que contribuyen a la aplicación de políticas sociales que propicien el bienestar de la colectividad. No se trata sólo de la formulación de planes y programas y su ejecución, sino que la sociedad pueda percibir mediante la transparencia y rendición de cuentas el impacto y la efectividad de dichas políticas. Para esto no basta el control interno que pueda crearse, sino que éste funcione en la medida que pueda considerarse la evaluación de en-

---

66 La exigencia de responsabilidades se realiza desde la oposición, pero se tiende a obstaculizarla desde el mismo gobierno (Prats, 2005:188)

67 “No porque los políticos sean corruptos, sino porque todos somos corruptibles” (Prats, 2005:188), lo cual parte de la posibilidad del ejercicio del poder, y donde las personas pueden realizar sus acciones alejándose de principios éticos

68 En el caso del sector salud además del ministerio que posee esta competencia, no debe obviarse que la salud, debe ser vista como el resultado de acciones intersectoriales, que van más allá de la oferta del servicio, y que involucra ambiente, trabajo, condiciones de vida, nutrición, educación, entre otros.



tes externos independientes; de esta manera puede establecerse un adecuado control de la gestión, y avanzar hacia la consecución de ofrecer un servicio de calidad, con oportunidad y efectividad hacia la población.

Además de los aportes de Sen sobre ética, salud y desarrollo, existen diversos autores como Escobar y otros (1998:1) quienes establecen que “el papel de la economía de la salud no es gastar menos en ello, sino gastar mejor, es decir obtener los mayores beneficios sociales con menores costos... y en este sentido, la economía de la salud... trata de ofrecer el mayor grado de bienestar posible a partir de los recursos disponibles y éste es un objetivo ético, por cuanto se infiere que es ético ser eficiente”. Por ello, el papel que desempeñan los profesionales de la salud es sumamente relevante y dual: salvaguardar el uso de los recursos y ofrecer una atención integral y calificada.

Entonces en consideración de los elementos antes expuesto, se podría decir que en el sistema público de salud actual existen múltiples actores con intereses divergentes, sin adecuados sistemas de control, ni rendición de cuentas por parte de los entes rectores, y aun cuando se comienza a propiciar el control por parte de los ciudadanos, los recursos continúan siendo asignados con base en la oferta, lo cual hace más complejo la evaluación de desempeño y control de los servicios de salud. Tal como afirma Jaén (2001: 35), “uno de los grandes retos de la reforma del sistema de salud es definir los acuerdos institucionales entre los distintos ámbitos del sistema de salud (gobierno nacional, gobierno de los estados, gobierno municipal y los prestadores) que es necesario diseñar y poner en marcha para regular, financiar, administrar y proveer los servicios de salud.

Finalmente, desde esta amplia perspectiva de la informatización de la historia médica, según Jaspers citado por Guzmán (2003: 45) “el progreso científico y el aumento de los requisitos técnicos de la capacidad médica tienen como secuelas una influencia ruinosa sobre la realidad de la idea de médico y una medicina que si no observa sus límites puede violar la integridad del enfermo”. Ante los

avances vertiginosos de la ciencia y la técnica, queda planteada la necesidad de una búsqueda colectiva de reflexión del quehacer de los integrantes del equipo de salud en las diferentes organizaciones, en atención a los más altos principios éticos, reconociendo que la razón de ser de cualquier actividad social no ha de estar desligada del hombre humano<sup>69</sup>, como fin en sí mismo. Se trata de no perder de vista esta dirección, y así se pueden concretar los nexos fundamentales entre ética y desarrollo, es decir, alcanzar principios de equidad y rentabilidad social.

---

69 El proceder individual ante acciones colectivas, no puede ser producto de un raciocinio conciente.

---

## Conclusiones

La orientación del desarrollo de sistemas de información en salud hacia un enfoque preventivo (perspectiva planteada en el PLS), requiere el apoyo de reformas al sector salud, mediante la formulación políticas y la actuación de los entes ejecutores de las mismas, mediante el manejo de la información que ha de implicar la inclusión de estadísticas, y no limitarse a la recolección de signos y síntomas clínicos. Es decir, se necesita renovar el procesamiento de la información y ampliar la recolección de elementos constitutivos vinculados con la problematización de la realidad, como son las inequidades, las cuales permiten evaluar de manera cuantitativa y cualitativa las condiciones de salud en particular, del paciente y en general, de la población, factores clave para orientarse hacia una mejor calidad de vida.

La informatización de la historia médica, tiene como actores directos al médico y al paciente, miembro de la sociedad, en la cual se encuentra implícita la función del equipo de salud (profesionales, técnicos, auxiliares, y personal de informática), quienes pueden llegar a tener alguna relación directa con los datos de información clínica, por lo que no debe descuidarse su capacitación e inclusión hacia el manejo y uso de estos datos considerados como altamente sensibles, especialmente en lo referente al sigilo profesional.

En cuanto al tipo de participación del paciente, convertido en usuario del servicio de salud, desde la perspectiva de la modernidad se plantea la existencia de condiciones para promover y asumir su papel como actor social hacia la defensa de sus derechos, pero apoyado en una oportuna información para actuar. A pesar de que el Estado ofrece mecanismos para su acción, se encuentran disposiciones

legales que deberán regir sus acciones, en ocasiones con un carácter limitativo; pero, basadas en la búsqueda del bien colectivo.

Sin embargo, desde la postmodernidad el usuario del servicio de salud sería participativo sólo por conveniencias que pudiesen afectar su vida personal o familiar, estimulado por la búsqueda de la obtención de intereses particulares, por lo cual buscaría determinados tipos de asociación, pero su meta no estaría enfocada, en principio a ofrecer un bien a la colectividad. No obstante tomando en cuenta una acción comunicativa, propia del ser humano, un tipo de asociación hacia la defensa de derechos particulares, finalmente pudiese traducirse en un beneficio para el colectivo.

Considerando el enfoque de vulnerabilidad y dependencia del ser humano, el ciudadano construye un tipo de participación en la cual se siente en libertad de actuar y de confiar sus datos, considerados como altamente sensibles a la comunidad en la que se desenvuelve, pensando que esa acción no acarreará ningún perjuicio. En este sentido podrá promover la garantía respecto a los derechos de privacidad y confidencialidad. Desde este contexto el ciudadano comprende que cualquier uso que se haga de dicha información sólo estaría justificado por la búsqueda de un beneficio común, sin que eso represente un riesgo para él como persona. Esta concepción envuelve una visión de un secreto médico, no tan secreto, es decir, no tan reservado y oculto, sino disponible para contribuir a la gestión de servicios de salud hacia la colectividad, conformándose como información para el bien social.

Finalmente, puede expresarse que el abordaje de la ética en el campo de la medicina implica enrolarse en una compleja temática, de plena vigencia que amerita una oportuna, adecuada y coherente solución por parte de los integrantes del equipo de salud, para lograr una atención más humana del paciente. Se pretende tener una perspectiva de mejoramiento, tanto de las organizaciones como de la relación médico-paciente, fundamental en la percepción de la calidad de servicio, lo cual sólo es posible pensarlo desde un dominio ético de la situación. De esta forma, se pretende legitimar las acciones ba-

sadas en la reflexión ética de los integrantes del equipo de la salud y la comunidad en general, a fin de lograr actos dirigidos a la búsqueda de un bien común, impregnados de virtudes y compromisos morales, y sin posibilidades de riesgo para los usuarios del servicio de salud.

---

## Referencias

- Aguirre, Virginia (1999) Tecnologías de la Información y Comunicación en Salud. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y Corposalud del Estado Aragua. Número 5. Venezuela. Centro de Estudios del Desarrollo Universidad Central de Venezuela (CENDES). Pág. 5-34.
- Alleyne, George (2002). Salud, Ética y Desarrollo en Ética y Desarrollo compilado por Bernardo Kliksberg. Argentina. Editorial El Ateneo. Pág.112.
- Angulo, Carmelo (2005). Desarrollo Humano y Calidad Democrática: experiencias innovadoras de la participación ciudadana en La agenda ética pendiente de América Latina, compilado por Bernardo Kliksberg. Argentina. Banco Interamericano de Desarrollo y Fondo de Cultura Económica. Pág. 253.
- Arellano, Madelein (2003). Sistemas de Información para la Gestión de Políticas Públicas de Financiamiento en Salud. Trabajo de investigación elaborado por la participación en el programa de investigador novel del FONACIT. Monografía. Pág. 68-69.
- Barreto Penié, Jesús (2000). La historia clínica: documento científico del médico en Revista Ateneo Volumen 1 No. 1. Pág. 50-53. [http://bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1\\_1\\_00/ate09100.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate09100.pdf) Recuperación Junio/2005.
- Becerra, Martín (2003). Sociedad de la información: proyecto, convergencia, divergencia. Enciclopedia Latinoamericana de Sociocultura y Comunicación. Colombia. Grupo editorial Norma. Pág.116.
- Carnicero Giménez de Azcárate, Javier (2003). De la Historia Clínica a la Historia de Salud Electrónica (Resumen). Capítulo 1 en V Informe SEIS. De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Sociedad Española de Informática de la Salud. Pág. 24 <http://www.seis.es/informes/2003>. Recuperación Junio/2004.

- Castellanos, Pedro Luis (1995). Epidemiología, Salud Pública, situación de salud y condiciones de vida. Consideraciones conceptuales. Ponencia en Seminario Latinoamericano sobre Condiciones de Vida y Salud de la Facultad de Ciencias Médicas, Santa Casa, Sao Paulo, Brasil. Pág. 6. [http://emsa.fundacite.arg.gov.ve/Especialidades/Salud\\_Publica/Documentos/Texto\\_epidemiologia\\_en\\_salud.pdf](http://emsa.fundacite.arg.gov.ve/Especialidades/Salud_Publica/Documentos/Texto_epidemiologia_en_salud.pdf). Recuperación Junio 2005.
- Castells, Manuel (1998). La era de la información. Economía, Sociedad y Cultura. La sociedad red. Volumen I. Madrid. Alianza Editorial. Pág. 232-233.
- Castells, Manuel (1999). La era de la información. Economía, Sociedad y Cultura. Fin del milenio. Volumen III. Madrid. Alianza Editorial. Pág. 371.
- Castells, Manuel (2001). Hemos creado un autómatas: el mercado financiero global. Entrevista de Susana Reinoso en Revista Socialismo y Participación. No. 90. Perú. Pág. 129-132.
- Cortina, Adela (1999). Justicia médica en Diario EL PAÍS, Opinión, fecha 7-Septiembre-99. Pág. 2. <http://www.etnor.org/html/pdf/adela/200300081.pdf> Recuperación Mayo 2006.
- Delgado, José María (1990). Reflexiones en torno al debate posmoderno y sus repercusiones en el ámbito de las ciencias sociales en La discusión posmoderna compilado por Rigoberto Lanz. Colección Estudios Avanzados. Serie Debates. Venezuela. Fondo Editorial Tropykos. Pág. 136.
- Do Couto Bemfica, Juliana; Pereira Cardoso, Ana María y Pimenta de faría, Carlos Aurélio (2005). Estado y mercado en la construcción de la sociedad de la información global en Desafíos de la sociedad global de la información. Revista Nueva Sociedad. No.196. Marzo-Abril. Venezuela. Editorial Texto. Pág. 93-108.
- Dombois, Rainer y Pries, Ludger (1993). Modernización Empresarial. Tendencias en América Latina y Europa. Colombia. Ediciones Nueva Sociedad. Pág.128.
- Dowbor, Ladislau (2005). Información para la ciudadanía y el desarrollo sustentable, en Desafíos de la sociedad global de la información. Revista Nueva Sociedad. No.196. Marzo-Abril. Venezuela. Editorial Texto. Pág. 125-144.

- Eagleton, Ferry (1998). *Las ilusiones del posmodernismo*. Argentina. Editorial Paidós. Pág. 13,140.
- Escobar Yéndez, Nilia; Fernández Ramírez, Coralia; Hidalgo Prado, Pedro y Luque Borja, Denys (1998) *Ética Médica y Economía de la Salud en Revista Cubana Salud Pública*. No. 24. Pág. 1-10 [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol24\\_1\\_98/spu01198.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol24_1_98/spu01198.htm). Recuperación Abril 06.
- Evans, Timothy; Whitehead, Margaret; Diderichsen, Finn; Bhuiya, Abbas y Wirth, Meg (2002). *Desafío a la falta de equidad*. México. OPS y Fundación Rockefeller.
- Fuenmayor, Ramsés (2001). *Interpretando organizaciones... Una teoría sistémico-interpretativa de organizaciones*. Venezuela. Consejo de Publicaciones. Consejo de Estudios de Postgrado. Universidad de los Andes. Pág. 13-117.
- García Férez, José (1998). *Ética de la salud en los procesos terminales*. España. Editorial San Pablo. Pág. 49.
- Giddens, Anthony (2000). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. México. Taurus. Pág. 19-31.
- Goetz, André (1977). *Crítica de la división del Trabajo*. España. Editorial Laia, S.A. Pág. 212-215.
- Gradowska, Anna (2004). *El otoño de la edad moderna. Reflexiones sobre el postmodernismo*. Venezuela. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad Central de Venezuela. Pág. 150.
- Guzmán Toro, Fernando (2003). *Ética y humanidad en la medicina contemporánea*. Venezuela. Ediciones Astro Data, S. A. Pág. 18, 21-22, 45.
- Harnecker, Marta (2003). *Democracia y participación popular, en Cuadernos para el Debate: Construcción del poder local en salud. Descentralización, participación y liderazgo*. Venezuela. CONSALUD. Agencia de cooperación técnica de la República Federal Alemana (GTZ). Pág. 23, 31.
- Homedes, Nuria y Ugalde, Antonio (2005). *Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso*, en *Revista Panamericana de Salud Publica* Vol.17 No.3 Marzo [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000300012&script=sci_arttext). Recuperación Agosto 2006.



- Jaén, María Elena (2003). ¿Falta de ética o de organización? La corrupción en los hospitales venezolanos. Revista Debates IESA. Número 1, Volumen VII. Venezuela. Pág. 91-94.
- Jaén, María Helena (2001) El sistema de Salud en Venezuela: Desafíos. Venezuela. Ediciones IESA C.A. Pág. 35, 91.
- Jardines Méndez, José (2002). “La ética: un desafío para la salud en la era digital” en Revista ACIMED. No. 10(1) Pág. 5 [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol10\\_1\\_02/aci07102.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol10_1_02/aci07102.htm). Recuperación Abril 04.
- Kant, Immanuel (1784). ¿Qué es la Ilustración? Trad. Roberto Aramayo. 2004. España. Alianza Editorial. Pág.17-25.
- Lagréé, Jacqueline (2005). El médico, el enfermo y el filósofo. España. Editorial La esfera de los libros. Pág. 17-18, 28, 72.
- López, Nora. (1999) Modelo de Atención Integral en Cuadernos para la reforma del sector salud. Volumen1. N°3.Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Pág. 33-49.
- López Casanovas, G. (1998). “Organización y eficiencia en la producción de los servicios sanitarios” en en Gestión Sanitaria. Innovaciones y Desafíos compilado por Del Llano, Juan y col. España. Masson, S.A. Pág. 70.
- Macintyre, Alasdair (2001). Animales racionales dependientes. España. Editorial Paidós. Pág. 15, 23, 72, 76, 78, 119, 122, 131, 175, 190-191.
- Madrid, M. y García, A. La calidad pasa por la red (1999). Las tecnologías de información permiten crear sistemas nacionales de monitorización. Pág. 1 <http://www.diariomedico.com/tecnologia/n240999b.html> Recuperación Agosto/2004.
- Martí Mercadal, Joseph-Antoni y BUISÁN Espeleta, Lydia (1988). “El secreto profesional en Medicina”, en Ética y Medicina compilado por Vilar-dell, Francisco. España. Editorial Espasa-Calpe S.A. Pág.
- Martin, Victor (2004). Dilemas éticos de la información y la comunicación en Enl@ce. Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento. Año 1, No. 1. Enero-Abril 2004. Mérida, Venezuela. Gráficas El Portatítulo, C.A. Pág. 81-93.
- Massé, Carlos (2003). La teoría de la información, la comunicación y la docencia. Colegio de Mexiquense. Ponencia presentada en Congreso de ALAS. Arequipa, Perú. Memorias. Pág.8.

- Maya Mejía, José (1997). *Sistemas de servicios de salud en Administración de servicios de salud* compilado por Blanco Restrepo y Maya Mejía. Tomo II. Colombia. Pág. 9-17.
- Méndez, José (2000). *Vieja o Nueva Administración Pública. Una Propuesta ante los dilemas de la Modernización Administrativa*. México. Editorial Ariel. Pág.5-8.
- Minardi Mitre Cotta, R.; Morales Suárez-Varela, M.; Llopis González, A.; Sette Cotta Filho, J. y Fos Claver, S. (2000). *Democracia, sistema sanitario y participación social*. Cuadernos de Gestión. Volumen 6. Número 4. Pág. 2,6. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13064> Recuperación Julio2003.
- Moreno, Elsa M. (2002). *La salud pública en el siglo XXI*. México. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Pág. 5-7.
- Morín, Edgar (2000). *Los siete saberes necesarios en la educación del futuro*. Traducido por Mercedes Vallejo-Gómez. Caracas, Venezuela. Centro de Investigaciones Post-doctorales de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela y el Instituto de Educación Superior para América Latina y el Caribe/UNESCO.
- Najmanovich, Denise y Lennie, Vera (2006) *Pasos hacia un pensamiento complejo en salud*. <http://www.fac.org.ar/fec/foros/cardtran/colab/Denise2.htm> Recuperación Sep. 2006.
- Navarro López, Vicente (1998). *Concepto actual de Salud Pública en Salud Pública* compilado por Martínez y col. México. McGraw Hill-Interamericana, S.A. Pág. 49-51.
- Nuñez Leites, Andrés (2004). *Democracia y modelos de participación*. Pág. 1-10 <http://www.gratisweb.com/sociolog/indice.html>. Recuperación Enero 2006.
- Paoli, J. Antonio (2005) *Comunicación e información. Perspectivas teóricas*. México. Editorial Trillas. Pág. 11-17.
- Prats, Joan (2005). *Ética para el buen oficio político en La agenda ética pendiente de América Latina*, compilado por Bernardo Kliksberg. Argentina. BID y FCE. Pág. 185, 188.
- Queraltó, Ramón (2003). *Ética, tecnología y valores en la sociedad global*. España. Editorial Técnos. Pág.11, 25.

- Regidor Poyatos, E. (1998). Sistema de Información para la política sanitaria en Gestión Sanitaria. Innovaciones y Desafíos compilado por Del Llano, Juan y col. España. Masson, S.A. Pág. 126, 130,132, 140-141.
- Rodriguez, Roberto; CROWFORD, Catherine; KOSS, Shannah y MCDONALD, Michael (1998). Telecomunicaciones en Salud y Atención de Salud para América Latina y el Caribe. Serie Sistemas de Información sobre servicios de Salud. Programa de Información sobre servicios de Salud Pág. 81-93. Programa de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) (OMS-OPS) Pág. 6. <http://165.158.1.110/spanish/hsp/hsires1.htm> Recuperación: Junio 2001.
- Saint, Pauline y Louhaur, Stéphane (2000). El estado nación, ¿un actor entre otros? entrevista a Bertrand Badie en Label France No. 38. Juntos hacia el siglo XXI. Pág. 4. [http://www.diplomatie.gouv.fr/label\\_france/ESPANOL/DOSSIER/2000/05etat.html](http://www.diplomatie.gouv.fr/label_france/ESPANOL/DOSSIER/2000/05etat.html) Recuperación: Noviembre 2005.
- Saltman, Richard y Figueras, Jorge (1997). Reformas Sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Organización Mundial de Salud. España. Editado por Centro de Publicaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo. Pág. 45-89, 270.
- Sánchez Montenegro, Diego (2004). El derecho de acceso a la información pública y su vinculación con las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Asociación Ecuatoriana de Derecho Informático y Telecomunicaciones. Ponencia presentada en IV Congreso Mundial de Derecho Informático. ALFA-REDI. Cuzco, Perú. Pág. 24.
- Sartí Gutiérrez, Elsa (2002). Vigilancia epidemiológica en el primer nivel de atención (SUAVE) en La información en salud compilado por De la Fuente, Tapia y Lezana. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Pág. 39-51.
- Sonntag, Heinz (2000). Los valores democráticos en tiempos de globalización y de postmodernismo en Ética y democracia compilado por Albuja, Miguel y Duarte, Francisco. Venezuela. Monte Ávila Editores. Pág. 3-21.
- Vázquez, M.; Siquiera, E.; Kruze, I.; Da Silva, A. y Leite, C. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Rev. Gaceta Sanitaria No. 16, Pág. 1-9 <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13026051> Recuperación Marzo 2006.

Velez Correa, Luis (2001). *Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte*. Colombia. Colombia. Corporación para investigaciones biológicas. Pág. 49, 81-82, 136-145.

Verdú, Fernando A. (2000). *La secreta historia clínica*. I Simposio Iberoamericano de Derecho Médico. Montevideo. Septiembre 2000. Página 2. <http://www.uv.es/~fevepa/4%20CPTA%20CUARTA%20RELAC.%20PACIENTES/lshc.html>. Recuperación Junio 2005.

## Fuentes documentales

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2004). Proyecto Ley de Salud. <http://www.asambleanacional.gov.ve/ns2/leyes.asp?id=639>. Recuperación Agosto 2006.

Boletín Al día (2003). Estados Unidos: registros electrónicos de salud reducirían errores médicos. INFOMED. Red Telemática de Salud en Cuba. Editores Lic. Edita Pamiás González y Lic. Mónica Vega Botana. <http://www.sld.cu/servicios/aldia/view.php?idn=8231> Recuperación Noviembre 2004.

Código de Deontología Médica (1985). Aprobado durante la LXXVI reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana. Caracas.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) <http://www.analitica.com/bitlibro/anc/constitucion1999.asp> Recuperación: Octubre 2002.

Decreto 825, mediante el cual se declara el acceso y el uso de Internet como política prioritaria para el desarrollo cultural, económico, social y político de la República Bolivariana de Venezuela, de fecha 10 de mayo de 2000 [http://www.me.gov.ve/mecd/portal/ley\\_internet.htm](http://www.me.gov.ve/mecd/portal/ley_internet.htm). Recuperación Julio 2003.

Decreto 3390, mediante el cual se dispone que la Administración Pública Nacional empleará prioritariamente Software libre desarrollado con estándares abiertos, en sus sistemas proyectos y servicios informáticos. Gaceta Oficial N° 38.095 de fecha 28 de diciembre de 2004.

Decreto con fuerza de ley mensajes de datos y firmas electrónicas. Gaceta Oficial No. 37148 de fecha: 28-feb-2001.

- Decreto con Rango y fuerza de ley orgánica de ciencia, tecnología e innovación (2001). Gaceta Oficial ordinaria No. 37291 de fecha 26 de septiembre de 2001.
- El Nacional (2001). Historia Universal. Tomo 8. Absolutismo e ilustración (II). España. Editorial Planeta. Pág. 199-220.
- Ley de Ejercicio de la Medicina (1982). Gaceta Oficial No 3002 de fecha: 23-Ago-1982.
- Ley especial contra los delitos informáticos (2000). Gaceta Oficial No 37.313 de fecha: 30-Oct-2001.
- Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2002). Gaceta Oficial ordinaria No. 37.600 de fecha 30-Dic-2002.
- Organización Mundial de la Salud (2000). Fortaleciendo la salud pública en las Américas. Washington. OMS. Pág. 18-29.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Cada madre y cada niño contarán!: Anexo estadístico. Informe sobre la salud en el mundo. <http://www.who.int/whr/2005/annex/es/index.html> Recuperación Julio 2006.
- Organización Panamericana de la Salud (1997). Tecnologías en salud uniendo a las Américas. Impulsando una visión: La implantación y uso de la tecnología y los sistemas de información en el mejoramiento de la salud y la atención de salud. Washington. OPS. Pág. 1-7.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2002). Las Tecnologías de la Información y la Comunicación al Servicio del Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano en Venezuela. Venezuela. PNUD. Pág. 3-24.
- República Bolivariana de Venezuela (2004). Cumpliendo las metas del milenio. Gabinete social. Venezuela. Libros comala.com. <http://www.sisov.mpd.gov.ve/estudios/11/Corregido.pdf> Recuperación Febrero 2006.
- Salvat (1980). Diccionario terminológico de Ciencias médicas. España. Salvat. Pág. 899.
- Vía Salud (1999). La información como herramienta de control (Editorial). Tercer Trimestre. No. 9. Centro de Gestión Hospitalaria. Colombia. Pág. 3-4.

---

## Entrevistas

### **Sistema Regional de Salud – Estado Zulia**

TSU. Eudo Marín. Jefe del Departamento de Informática

### **CORPOSALUD Aragua**

Dra. Nora López. Coordinadora Sistema de Información del Modelo de Atención Integral

### **Hospital General del Sur – Zulia**

Departamento de Informática

TSU. Ibrahím Araujo. Jefe

TSU Juan Carlos Guillén. Analista Programador.

Información Clínica

Nancy López. Jefa del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

### **Hospital Central de Maracay – Aragua**

Departamento de Informática

Ing. Jesús Guevara. Jefe

TSU. Jaime Planeéis. Analista Programador.

### **Información Clínica**

Nérida Avila. Jefa (E) del Departamento de Registro Médico e Información en Salud

Trina Loaiza (Estadística) - Fátima Pérez (Admisión) - Atilia Romero (Consulta Externa)



En el siglo XXI, con el continuo avance de la ciencia y la tecnología, la reflexión sobre el hombre humano ha de asumir un enfoque multidimensional para procurar captar su complejidad y la diversidad de sus aspectos constitutivos. No es posible reducir la comprensión de lo humano a una visión unidimensional. Son diversos los estudios sobre el ser humano, con variados enfoques y consideración de categorías disímiles; sin embargo, en la actualidad, muchos coinciden en la integridad del ser humano como ente vivo, no la singularidad de objeto y sujeto, no la separación mente-cuerpo.



9 789804 02234

**Libro electrónico**