

40° CONGRESO DE MEDICINA GENERAL - EQUIPOS DE SALUD Y ENCUENTROS CON LA COMUNIDAD

Encontrarnos por el cuidado de la vida, la salud, los derechos y la democracia.

Tecnologías de la información y la comunicación en el campo de la salud

Implementación de la Historia Clínica Electrónica en el caso de un Centro de Atención
Primaria de la Salud

Autores: Miño Álvarez, Martín Elian - Residente Medicina General

Lugar de realización: Centro de Atención Primaria de la Salud N°3 "Eva Perón" Dirección:
Independencia 876, Villa Concepción, Gral. San Martín, Provincia de Buenos Aires CP 1651

Fecha de realización: septiembre 2025

Categoría temática: Gestión / Administración de servicios de salud

Acerca de los autores: Residencia de Medicina General y/o de Familia de la Provincia de
Buenos Aires del Centro de Salud N°3 "Eva Perón" de Gral. San Martín. Colaboraron la
residencia de Medicina General y/o Familiar y el equipo de salud del CAPS 3

Resumen

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD. IMPLEMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN EL CASO DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

MIÑO ALVAREZ, Martín Elian

Centro De Atención Primaria De La Salud N°3 "Eva Perón" De Villa Concepción General San Martín, Provincia De Buenos Aires. Independencia 876, General San Martín, Provincia De Buenos Aires. CP: B1651

Trabajo de investigación con enfoque cualitativo

Gestión / Administración de servicios de salud

Trabajo inédito

Introducción: La digitalización en salud representa un desafío tanto para la gestión gubernamental del sistema como para el equipo local de atención. La implementación del Sistema Informático de Salud de San Martín (SISSAM) en el Centro de Atención Primaria de la Salud N°3 "Eva Perón" supuso la sustitución del registro en papel por la Historia Clínica Electrónica (HCE). Este proceso significó una cierta reestructuración de la praxis que no estuvo exenta de tensiones y aprendizajes compartidos.

Objetivos: Analizar las percepciones y valoraciones de las y los profesionales del CAPS 3 respecto de la implementación y uso del SISSAM, identificando su impacto en la práctica cotidiana y las representaciones sobre la transformación digital sanitaria.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio cualitativo, observacional, exploratorio-descriptivo con enfoque fenomenológico. Se efectuaron siete entrevistas en profundidad a profesionales del CAPS 3 entre agosto y septiembre de 2025. Los datos fueron analizados desde un enfoque temático de contenido.

Resultados: Del análisis emergieron cuatro ejes temáticos que condensan percepciones, valoraciones y experiencias: características de la implementación y la usabilidad del SISSAM, la gestión de la información volcada en el sistema, la afectación de la práctica asistencial y opiniones sobre las prestaciones y potencialidades de la herramienta en sí.

Conclusiones: La implementación de la HCE es un proceso tecnológico, organizacional y cultural. Su éxito depende de la capacitación continua, el fortalecimiento de la infraestructura, la seguridad informática y la interoperabilidad entre niveles de atención para garantizar una salud digital inclusiva y efectiva.

Palabras clave: Salud Digital; Estrategias de eSalud; Registros Electrónicos de Salud; Conversión Análogo-Digital; Salud Pública Digital

Introducción

La implementación de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el ámbito de la salud representa una enorme transformación en las dinámicas de trabajo, con implicancias tanto en la gestión administrativa como en las prácticas de atención asistencial. La transición desde el registro tradicional en papel de las historias clínicas hacia plataformas informatizadas, si bien es percibida como un gran avance en la organización del sistema, no está exenta de desafíos. En la reflexión sobre estos temas se han identificado resistencias y dificultades vinculadas a la formación del personal, la adecuación plena a las tecnologías utilizadas y la sobrecarga laboral, entre otras.

Este estudio se asienta sobre la necesidad de comprender, desde una perspectiva situada, las percepciones y valoraciones en las y los profesionales de la salud frente a este cambio tecnológico en el ejercicio de su tarea cotidiana. Esta experiencia puede permitir la identificación no sólo de elementos técnicos o de funcionamiento problemático en el software utilizado para la gestión de la Historia Clínica Electrónica (HCE), como reemplazo del formato en papel, sino también aspectos vinculados a la construcción de sentido y las dinámicas de organización laboral. Conocer estas representaciones podría contribuir a detectar barreras y facilitadores para su uso pleno y a la vez, ser un insumo fundamental para concebir las modificaciones necesarias.

Este trabajo se propuso conocer el impacto en las y los trabajadores profesionales del Centro de Atención Primaria de la Salud N°3 “Eva Perón” de Villa Concepción (CAPS 3) a propósito del proceso de implementación del Sistema Informático de Salud de San Martín (SISSAM), plataforma municipal de gestión informática de la Historia Clínica Electrónica (HCE).

El interrogante principal de este estudio fue: ¿cuáles son las percepciones y valoraciones de las y los trabajadores profesionales de la salud del Centro de Atención Primaria de la Salud N°3 “Eva Perón” de Villa Concepción (CAPS 3) en relación a la implementación y uso del SISSAM durante el período junio 2025 a septiembre 2025 en el marco del proceso de transformación digital en salud?

Marco teórico

El avance en la utilización de herramientas informáticas en el ámbito asistencial de la salud, constituye un dato de inmediata constatación(1). Es posible observar, en el trabajo cotidiano, el uso de tecnologías digitales para diversas actividades como la gestión de turnos, el registro de evoluciones y diagnósticos de la historia clínica(2), la solicitud de estudios complementarios, la administración del stock de insumos o la comunicación intra e interjurisdiccional, entre otras tareas. En esta misma dirección, en el Plan Estratégico para la Implementación del Programa Salud Digital del Ministerio de Salud(3) bonaerense se propone la idea de “consolidar una política de información en salud que favorezca la integración de sistemas de información, promueva la generación de conocimiento en el subsector público, mejore la gestión sanitaria y colabore con el cumplimiento del derecho a la salud de la ciudadanía”.

Al mismo tiempo, es importante señalar que la transformación tecnológica excede el ámbito de la gestión local pues se recorta como escenario a alcanzar en la articulación de los sistemas y subsistemas de salud nacional, sus entramados y fragmentaciones, y es parte de una estrategia a escala planetaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha emitido, a lo largo de los últimos años, resoluciones y recomendaciones al respecto. En el documento denominado *Estrategia Mundial sobre salud digital 2020 – 2025*(4) se plantea que “la expansión de las tecnologías de la información y las comunicaciones y la interconexión mundial brinda grandes posibilidades para acelerar el progreso humano, superar la brecha digital y desarrollar las sociedades del conocimiento”. La reflexión sobre este fenómeno se presenta como parte de una tarea ineludible, que convoca tanto a las y los gestores de políticas sanitarias como al conjunto de las y los trabajadores que realizan su tarea en el campo de la salud(5).

En este sentido, la perspectiva que pueden aportar las y los usuarios de los distintos sistemas informáticos de salud -tanto pacientes como trabajadores- respecto del proceso de transformación digital ofrece una complejidad que reclama ser atendida con detenimiento y sistematización. En trabajos como los de Krause(6), Chá Ghiglia(7), Rodríguez Zoya(8) o Descalzo(9) es posible acceder a experiencias de indagación sobre las problemáticas, dificultades y barreras que experimentan quienes se desempeñan como profesionales en el área de la asistencia en salud en estrecha relación con el uso efectivo de estas tecnologías. En la literatura internacional categorías como *barreras y/o facilitadores* para la implementación de sistemas de salud informatizados son reconocidas y estudiadas(10).

La presente indagación asume, en coincidencia con otras autoras(11,12), que la historia clínica en formato electrónico es, en su dimensión principal, un arquetipo del eHealth y que por ello es identificada y reconocida por los usuarios en forma general. Se trata del registro digital de la información relativa a la salud de una persona, mediante el cual es posible “informatizar y mejorar los procesos de atención a través de un seguimiento longitudinal –a lo largo de toda la vida– e integral –atravesando los distintos subsectores, jurisdicciones, programas, especialidades– de los pacientes(13)”.

Contexto

El Centro de Atención Primaria de la Salud N°3 “Eva Perón” (CAPS 3), dependiente de la Secretaría de Salud del municipio de General San Martín, se encuentra ubicado en la localidad de San Andrés; corresponde a la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires, junto a otros 13 partidos. Su área programática está conformada por el Barrio Villa Concepción, el Barrio La Rana y parte del barrio Villa Ballester.

Hasta octubre de 2023 el registro de historias clínicas en el CAPS 3 se realizaba en soporte de papel y se archivaba en carpetas físicas en el mismo edificio donde se asienta la institución. En la actualidad todas las intervenciones son registradas en soporte digital con terminales informáticas que tienen acceso al sistema.

El municipio de General San Martín cuenta con una red de veinte centros de atención primaria de salud, dos postas, un hospital municipal, dos hospitales locales y un complejo de rehabilitación psicofísica y de salud mental con un estado de conexión al sistema centralizado que, en la actualidad, si bien no es total, se encuentra en etapas finales integración, restando únicamente parte del sistema del hospital municipal. A nivel estructural, la Subsecretaría de Salud de San Martín contiene a la dirección General de Salud Digital e Información Estratégica, responsable del área.

Objetivo General

1. Analizar las percepciones y valoraciones de las y los profesionales de la salud del Centro de Atención Primaria de la Salud N°3 “Eva Perón” respecto del Sistema Informático de Salud de San Martín (SISSAM) considerando su implementación, uso y el impacto en su trabajo, en el periodo junio 2025 a agosto 2025.

Objetivos Específicos

1. Analizar las percepciones y valoraciones de las y los profesionales de la salud del Centro de Atención Primaria de la Salud N°3 “Eva Perón” (CAPS 3) respecto del proceso de implementación del Sistema Informático de Salud de San Martín (SISSAM).
2. Describir las percepciones y valoraciones de las y los profesionales de la salud del Centro de Atención Primaria de la Salud N°3 “Eva Perón” (CAPS 3), sobre el uso del sistema Informático de Salud de San Martín (SISSAM) en su quehacer laboral específico.
3. Describir las percepciones y valoraciones de las y los profesionales de la salud del Centro de Atención Primaria de la Salud N°3 “Eva Perón” (CAPS 3) usuarios del sistema Informático de Salud de San Martín (SISSAM) respecto de la transformación digital en salud.

Materiales y Metodología

Se escogió un diseño de investigación observacional, cualitativo, exploratorio-descriptivo, siguiendo un abordaje de tipo fenomenológico. Este enfoque permite profundizar en el universo de las percepciones y valoraciones del personal profesional del CAPS 3 en relación con su tarea asistencial tras la implementación del Sistema Informático de Salud de San Martín (SISSAM).

Se realizó un muestreo de tipo intencional, no probabilística, seleccionando como informantes clave a profesionales de salud trabajadores del CAPS 3 con experiencia práctica directa en el proceso de atención sanitaria de pacientes, tanto en consultorio con turno programado como de demanda espontánea, de acuerdo con la estrategia utilizada en estudios similares(6,7,14–16). La extensión se determinó por el alcance de la saturación discursiva(17). Los criterios de inclusión fueron encontrarse, al momento de este estudio, trabajando en el CAPS 3, utilizar el SISSAM para el registro de su tarea asistencial y contar con una antigüedad laboral en el CAPS 3 de por lo menos un año al momento de la puesta en funcionamiento del sistema de historia clínica electrónica. Asimismo, se consideró las implicancias de la feminización en la profesión médica y sanitaria(18)

La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas en profundidad, en forma individual, presencial y semiestructurada, entre agosto y septiembre de 2025 (anexo 1). Se utilizó un cuestionario guía con preguntas abiertas, orientadas a explorar percepciones,

experiencias y opiniones sobre la implementación del SISSAM, y preguntas cerradas, destinadas a recabar información sociodemográfica y de trayectoria profesional.

El material obtenido fue transcrito de manera literal y sometido a un análisis de contenido (19–21) de tipo temático(22) siguiendo un criterio inductivo(23,24). Prescindiendo del uso de categorías de construcción teórica establecidas previamente. Se buscó recuperar así los sentidos emergentes en el grupo estudiado. La información se clasificó en unidades conceptuales, categorías y subcategorías, con el fin de alcanzar una comprensión profunda de los fenómenos estudiados.

Las participantes dieron su consentimiento informado en forma oral y expresaron su decisión voluntaria al inicio de cada entrevista, las cuales tuvieron una duración entre 20 y 38 minutos. Se respetó el anonimato y la confidencialidad de los datos de la observación.

Resultados:

Se realizaron 7 entrevistas en profundidad a profesionales del Centro de Atención Primaria de la Salud N°3 “Eva Perón”, todas ellas mujeres que cumplían con los criterios de inclusión. (tabla 1). Del análisis de contenido emergieron cuatro ejes temáticos que condensan las percepciones, valoraciones y experiencias obtenidas en relación a la implementación del SISSAM. Se establecen en torno de las características de la implementación y la usabilidad del SISSAM, la gestión de la información volcada en el sistema, la afectación de la práctica asistencial y las opiniones sobre las prestaciones y potencialidades de la herramienta en sí. Por su parte, estos ejes agrupan una cantidad variable de categorías y subcategorías temáticas que devienen de la codificación inductiva realizada (tabla2). Se recuperan, de esta forma, tensiones, conflictos y ponderaciones de distinto espesor conceptual y práctico.

Características de la implementación y la usabilidad del SISSAM

Transición Digital y Capacitación

La incorporación de la HCE no sólo implicó un cambio tecnológico, sino también un proceso de aprendizaje organizacional complejo donde se imbrican, entre otras cosas, trayectorias personales e institucionales, políticas públicas en salud y acceso a insumos materiales y servicios. Las entrevistadas refieren que la capacitación para la utilización del SISSAM —tanto en el manejo técnico de la interfaz gráfica como para la carga de diagnósticos y procedimientos— fue escasa e insuficiente, tanto antes del proceso de implementación como

luego. En este sentido, la mayoría de las profesionales refirió haber aprendido de manera autodidacta o gracias al apoyo de compañeros en espacios informales o fuera de los circuitos destinados a ese fin. Esto permite identificar la existencia de redes permanentes de aprendizaje práctico, en gran medida, no supervisadas.

“En mi caso, como volví de una licencia, el día que volví me dijeron cuál era mi usuario y empecé a atender [...] Bueno, creo que ahí, un ratito antes, tipo 5 minutos antes de empezar a atender, una persona acá del centro de salud me explicó un par de cosas y ahí arranqué. Y en la medida que lo fui usando, me fui buscando yo...” (E2, Medicina General)

“Me capacité en la administración en una mañana, en 10 minutos. No es que alguien vino en particular a mí. O sea, básicamente yo tuve que ir aprendiendo sola a ver cómo era el sistema...” (E5, Psicología)

“La capacitación fue transmitida más que nada por los mismos compañeros, yo no tuve una capacitación especial, entonces uno copió cómo el mismo compañero hacía el procedimiento [...] vinieron un día los capacitadores a ver cómo se usaba el sistema y el resto fue aprender por experiencia, por cosas que uno hizo mal [...] después seguimos teniendo errores y yo creo que todavía seguimos manteniendo errores de carga de diagnósticos, de procedimientos, de cómo deberíamos poner el motivo de consulta...” (E6, Medicina General)

Al mismo tiempo, algunas entrevistadas reconocen un impacto significativo en la transición de un sistema de registro a otro. Se impone, en la reflexión sobre esta experiencia, la caracterización de un cambio de tipo abrupto que no contó con preparación suficiente.

“Fue bastante engorroso en cuanto a que algunos días funcionaba el sistema y otros días no. Cuando no funcionaba registrábamos en la historia clínica de papel y al mismo tiempo en el sistema, pero también había algunas cuestiones que considerábamos que sí o sí ameritaban ser volcadas SISSAM, entonces todo el proceso de escanear las historias clínicas y demás era bastante engorroso...” (E4, Pediatría)

“Fue brusco. De un día para otro había que aprender a usarlo.” (E6, Medicina General)

“Yo creo que en mi profesión capaz no fue tan traumática. Me parece que las médicas lo vivieron más como algo difícil, por dejar la historia clínica de papel por los antecedentes. En mi caso no lo viví tan traumático.” (E1, Trabajo Social)

“Fue un día para el otro, no hubo mucha transición. Un día pusieron la computadora, al otro estaba el sistema y había que empezar.” (E5, Psicología)

“Creo que no fue prolijo. No sé cuánto hubiera sido posible que sea prolijo porque hay historias clínicas de personas que se atienden hace años y migrar todo eso y volcarlo, tipearlo, hubiera sido imposible...” (E7, Psicología)

En conjunto, estas manifestaciones señalan que la digitalización -como proceso institucional- se vivenció de manera brusca o repentina. En este sentido, se destaca que la preparación institucional fue percibida como débil. A raíz de ello se dinamizó, por parte del plantel profesional, el desarrollo de estrategias *ad hoc* de transmisión de saberes en un aprendizaje práctico y situacional. El cual, sin bien permitió sostener la tarea cotidiana sin grandes problemáticas agregadas, no consiguió inhibir el planteo de la necesidad de instancias formativas de manera continuada que puedan, también, ser aplicadas al proceso de incorporación de nuevos profesionales.

Se advirtió entre las consecuencias más significativas de este cuadro de situación: errores de carga en diagnósticos y procedimientos, persistencia de registros duplicados, sobrecarga laboral o inseguridad frente al sistema, desigualdades en la apropiación por edad o profesión. Al mismo tiempo, se vuelve ineludible destacar la existencia de matices en la percepción de estas experiencias: mientras algunas profesionales lo vivieron como un cambio repentino y brusco, otras lo describen con una menor carga traumática, evidenciando diferencias de apropiación vinculadas a trayectorias profesionales, roles y condiciones de trabajo.

Infraestructura y Sistemas

Sobre este núcleo temático las entrevistadas señalaron de manera reiterada la dependencia de la electricidad y de la conectividad a internet como un factor central y crítico a la hora de evaluar su experiencia concreta con la HCE en el CAPS 3. Las reiteradas interrupciones del servicio eléctrico o las caídas en el acceso a la red impiden, naturalmente, ingresar al sistema en el momento de la consulta, obligando a postergar registros o recurrir a métodos alternativos como utilizar dispositivos móviles particulares o registrar momentáneamente en papel tanto en hojas sueltas como en cuadernos personales. A este respecto, se señala la carencia de un plan de contingencia desarrollado previamente y validado por las autoridades para estas situaciones.

"...nos ha pasado que no hay [electricidad], y cuando no hay es como un colapso, que eso no sé si está regulado, por ejemplo. Cuando no hay luz, ¿qué se hace? [...] a mí me ha pasado de quedarme a cargo cuando no hubo luz, y era como que vos veías el colapso de todos. ¿Qué hago? Bueno, no sé, organicémonos, pero la verdad es que no sé si hay una normativa a seguir." (E1, Trabajo Social)

“... otro obstáculo es que es dependiente de que haya luz en el lugar [...] en esta institución tuvimos muchas veces dificultades en ese sentido, porque hubo cortes de luz, por cuestiones eléctricas de la institución. Entonces, si se cae el sistema, si no hay electricidad, uno no puede acceder a las historias clínicas...” (E2, Medicina General)

“coincidió también con varios cortes de luz que hubo en esa época, con lo cual el clima a veces no era el mejor, pero no creo que haya habido grandes dificultades... [...] el caso en el que no funciona la luz, por ejemplo, no hay internet, ahí sí demora bastante, o terminamos, como en mi caso, escribiendo en papel y después usando tiempo del propio, digamos, incluso fuera del trabajo para poder acceder de nuevo al sistema y poder cargar todo eso que se hizo...” (E4, Pediatría)

Se suman, aunque no en todos los casos, algunas observaciones al diseño estructural del SISSAM y su configuración.

“... a veces lo que me pasa con la historia clínica electrónica de los pacientes [...] que todavía no evolucioné o supongamos que por algún X motivo me tengo que ir y lo dejo, porque mañana lo hago, se borran [...] no puedo evolucionar si no es en el día. Se borran de la sala de espera, entonces ya se perdió esa evolución. Tengo que volver a pedir que lo carguen...” (E5, Psicología)

“a veces las tablas diagnósticas no están muy claras, no está ni por un sistema CIE 10 o algo como para que sea rápidamente que todos pongamos lo mismo... [...] en los procedimientos también me parece a veces que no se termina de comprender cuál es el alcance del procedimiento en una consulta, si repetir lo mismo en todas las consultas que uno hace durante el transcurso del día de trabajo, porque son todas consultas de medicina general, por ejemplo, demanda espontánea... pero si uno hizo un procedimiento u otro creo que se termina poniendo mucho menos información de la que uno hace porque no es muy intuitivo, aparecen opciones pero no está muy claro cómo es la búsqueda...” (E6, Medicina General)

“No hay una historia clínica orientada al problema entonces uno aprendió de una manera y ahora tiene que hacerlo de otra y cada uno le pone su condimento a su forma de trabajar...” (E6, Medicina General)

Una de las críticas más reiteradas hace referencia a la no interoperabilidad¹ con otros servicios y efectores de salud. La imposibilidad de consultar en tiempo real otras atenciones o compartir resultados de estudios complementarios, epicrisis u otros documentos de salud es valorada como una reducción del potencial integrador del SISSAM y obliga a duplicar esfuerzos para completar la información del paciente.

“sería genial que pudiera hacerse algo masivo y que, así como acá está este sistema, en hospitales provinciales hay otro, en capital hay otro, que en algún momento pudiera unificarse... ya hay bastantes lugares donde eso

¹ La interoperabilidad se define como la capacidad de diferentes sistemas de tecnología de la información, aplicaciones de software y redes para comunicarse e intercambiar datos para su uso efectivo.

está, entiendo que en un futuro se pensará, con los avances tecnológicos, en que sea algo unificado en todos lados". (E4, Pediatría)

"...me parece que estaría bueno, que por ejemplo se pudieran ver las atenciones también en el Hospital Municipal, que no se puede." (E2, Medicina General)

Los relatos revelan la tensión existente entre el potencial integrador de la HCE como herramienta tecnológica y las limitaciones de la infraestructura estatal.

Gestión de la información

Seguridad informática

La digitalización permite consultar a las y los usuarios registrados, la información consolidada en los servidores informáticos. Expande así, los límites que impone la espacialidad y amplía las posibilidades de recuperación de los datos en forma asincrónica. No obstante, introduce en el campo de la salud, nuevos desafíos en términos de protección de la confidencialidad y el control en el acceso a la información. Varias entrevistadas identificaron elementos de tensión en torno a estos temas. Estos se organizan alrededor de la vulneración de la confidencialidad, el temor a lo que se identifica como un uso extra terapéutico de los datos y, por último, el riesgo ante posibles accesos indebidos.

En este marco, emerge una práctica de cuidado que tiende a limitar, en ciertos casos, el registro completo de la información surgida en las consultas. Es decir, una suerte de autocensura o *filtro profesional* que se aplica, sobre todo, frente pacientes o temas concretos que, por algún motivo, son percibidos como delicados o potencialmente perjudiciales para el paciente frente a las situaciones mencionadas.

"... tampoco tenés manejo de quién accede y quién no, más allá de que se supone que está regulado, pero por lo menos todos los profesionales de salud de San Martín podemos ver la historia... Como que todo es abierto a todos[...] Por ejemplo, alguna situación más extrema de violencia sexual o cuestiones que vos decís y la verdad es que cualquier persona que acceda a esta historia no tiene por qué leerla [...] me parece que no está ese resguardo y que quizás uno pueda poner como alguna situación que no esté abierta a la lectura de todos y todas las personas que pueden acceder a la historia clínica [...] ahí también vos tenés que pensar qué pones y qué no [...] me parece que también hay que resguardar un poco la intimidad de las personas. [...] también acá pasa mucho que hay muchas personas que laburan en los puntos de salud que son del barrio, entonces uno no sabe hasta qué punto entran en la historia, ven qué pusiste." (E1, Trabajo Social)

“...uno lo que va viendo es que todos tienen acceso a todo y hay grados de información que debe tener más confidencialidad [...] hay muchos que pueden ver la historia desde enfermería, rayos, laboratorio y todos pueden abrir todo, no debería estar en el mismo lugar toda esa información o sea, el acceso pleno a toda la información a todas las evoluciones de psicología... me parece que hay cosas que se deberían resguardar más [...] uno puede entrar de cualquier lado, que eso está bueno, pero como que obteniendo el usuario y la clave uno podría acceder a información valiosa [...] me hace ruido que ahí se pierde el secreto profesional. [...] me parece que muchos profesionales no ponen toda la información por resguardar a veces información confidencial de lo que ese paciente dijo, ese riesgo que uno, por lo menos yo veo, siempre estuvo porque el acceso a las historias en un archivo también alguien puede venir y sacarla, pero es más complicado. Ahora está como muy accesible [...] gente que trabaja acá y afuera...” (E6, Medicina General)

“algunos pacientes en particular que por ahí vienen acá y tienen algún familiar que también trabaja acá. Y ese familiar puede entrar a la historia. Entonces trato de resguardar lo más posible la privacidad [...] me tengo que cuidar mucho en cómo escribo y qué escribo, porque por ahí en ese caso diría, pero es un caso particular, no estaría cómoda, porque sé que hay acceso.” (E5, Psicología)

“Algo que pueda desfavorecer es que quizás la persona no quiere que en otros lados, en otras instituciones, se tenga disponible su historia clínica [...] de repente hay alguna persona que viene a atenderse a este centro de salud, es de otro barrio, pero no quiere ir a su centro de salud barrial porque lo conocen, y bueno, la realidad es que si hay otra persona de su barrio que quisiera acceder a su historia clínica, puede acceder [...] Hay un mayor acceso, quizás, una mayor disponibilidad de distintas personas, profesionales y no profesionales en la institución, a la intimidad, si se quiere, a esa historia clínica”. (E1, Medicina General)

Se expone, en estos relatos, una readaptación del contrato de confianza entre profesionales, pacientes e institución.

Control Institucional y Autonomía Profesional

El proceso de transformación digital, al mismo tiempo que modifica las dinámicas que se entretejen alrededor de la atención de pacientes, también plantea una posible reconfiguración en la relación del profesional con la institucionalidad. De las entrevistas emergen tres dimensiones temáticas en este sentido: la visibilidad externa del trabajo en el CAPS, la presión por producir registros cuantificables y la lógica de auditoría constante.

Las entrevistadas señalan que el sistema actualmente otorga una mayor visibilidad externa a sus intervenciones comparado con lo que podía permitir el resguardo físico en papel. Esto amplía el espectro de instancias donde se podrían monitorizar registros y evaluar desempeños. Esta nueva condición es percibida como una suerte de “mirada permanente” sobre el trabajo cotidiano, generando en algunos casos, no en todos, sensaciones

ambivalentes: la herramienta, por un lado, registra y documenta la tarea de manera más eficiente; pero por otro, expone y cuantifica el quehacer cotidiano en términos que no siempre logra reflejar la verdadera complejidad del mismo.

“...lo que vos escribías en la historia clínica evidenciaba tu trabajo o no, porque lo tenías que hacer por otro lado [...] Creo que la estadística la toman por los pacientes que vos viste en el día o en el mes o lo que sea. Y a veces si vos no cargas en el sistema parece que no trabajaste y a veces en el día a día capaz no lo hacés por X motivo o porque a veces necesitás que la administrativa te lo suba [...] hay una dificultad para poder plasmar de una forma más fidedigna o más real todo el trabajo que se hace, en algún aspecto porque la herramienta no tiene esa característica [...] Se hacen muchas cosas que a veces no es posible registrarlas o no sabemos cómo hacerlo”. (E1, Trabajo Social)

“...uno no sabe quién lee [...] es verdad que a veces hasta a mí me ha pasado que dicen de secretaría ‘este mes no viste a nadie’ y yo digo ‘no, depende’. Entonces como que de alguna manera hay un control sobre el trabajador, es como una nueva herramienta de control. (E1, Trabajo Social)

“Uno no termina de entender qué miran los que miran cuando miran... Instancias superiores, o sea, direcciones, si miran cantidad de pacientes atendidos, palabras dichas, diagnósticos [...] ¿qué están mirando?, ¿qué se evalúa? ¿a qué nivel? Tampoco sabemos. (E6, Medicina General)

“En relación a mi trabajo no me molestaría que se haga una auditoria o revisión de lo que hago. Si es porque alguien ve mi trabajo, no me afecta para nada. Me parece que eso está bien. (E1, Medicina General)

Los registros informatizados pueden contribuir a la conformación de nuevos indicadores de productividad puesto que el sistema permite pesquisar con mayor detalle y velocidad el trabajo realizado. Esta situación es vivenciada, por muchas profesionales, como una forma de control externo.

Afectación en la práctica asistencial

Estrategias en torno a la relación con las y los pacientes

Otro de los elementos que se repite es la adaptación, frente al fenómeno de transformación digital, de la relación profesional con las y los pacientes. En este sentido, las entrevistadas refieren haber desarrollado estrategias para contener el impacto de la tecnología en la dinámica de la consulta. Estas prácticas se vinculan, por un lado, con la administración del tiempo para el registro en la HCE y por el otro, a la disposición de proteger el eje de la mirada con las y los pacientes. La computadora, en su dimensión de artefacto físico, se percibió como una posible amenaza a la conformación y sostenimiento del vínculo con las y los pacientes,

algo así como una especie de barrera física y simbólica que interrumpe el contacto visual y la conexión interpersonal, favoreciendo la construcción de un imaginario de distracción por parte de la profesional.

“...uno si escribe no mira al paciente [...] de hecho los pacientes lo dicen, varias consultas me dijeron ‘usted por lo menos me mira mientras, yo le cuento porque muchos se esconden atrás de la máquina y ni los veo’ [...] otras cosas como que no tocan, médicos que no revisan o se ponen atrás de la computadora y son como expendedores de información médica pero se pierde la calidez de la atención, el impacto humano que tiene la atención médica [...] la máquina digamos el dispositivo genera una barrera...” (E6, Medicina General)

“Me parece chocante ponerme a escribir en la computadora cuando está el paciente. Eso podría ser un obstáculo para el uso, es decir, tener que diferir el registro del turno. Y eso es con todos los pacientes”. (E5, Psicología)

“quizás al principio me parecía como que por ahí el hecho de tener una computadora arriba de la mesa por ahí interfiere un poco en la cuestión comunicativa o visual, de un lado el profesional y del otro lado el paciente, en el medio de la computadora y la mesa [...] me parece que eso se minimiza si uno no está permanentemente escribiendo...” (E1, Medicina General)

“...en cuanto a la relación médico-paciente, esto de no estar mirando a la cara por el hecho de estar adelante de la computadora, siento que genera como cierta distancia...”. (E4, Pediatría)

La estrategia más consolidada es el registro diferido. Los relatos priorizan sistemáticamente la interacción en tiempo real, postergando la carga de datos en el SISSAM.

“sea en un papel o en la computadora, me resultó, y me resulta, difícil estar escribiendo mientras alguien me está hablando. En general, es un trabajo que tengo después de terminar la sesión o la consulta con el paciente. [...] No escribo en la computadora mientras me está hablando. Me tomo unos 5 minutitos cuando termino [...] hay algo de la escucha, hay algo del uno a uno, hay algo de la mirada, hay algo del acompañamiento que se obstaculiza mientras estas escribiendo. El tema de estar escribiendo o mirando hacia un costado, prefiero tener ese ratito, sostener la entrevista y en un segundo momento terminarla, ahí sí anotar en la historia clínica digital”. (E7, Psicología)

“La historia clínica digital la empiezo a usar después que el paciente se retira. No es que cuando está conmigo, estoy escribiendo”. (E5, Psicología)

“Depende de la situación, hay situaciones que lo hago en el momento y hay otras que ameritan la atención total y lo hago después. Eso voy evaluando según la situación [...] intento hacerlo en el momento, en el consultorio, con la persona al frente. Pero a veces no puedo o me parece que no da...” (E1, Trabajo Social)

“...no escribo a la vez que hablo, para mí es una limitante yo tengo que terminar la consulta y me pongo a escribir, no aprendí. No soy digital, no aprendí a escribir de la misma forma que estoy hablando con el paciente, necesito un tiempo [...] uno ve pacientes y después los va impactando en la historia, entonces yo creo que ahí se pierde información sobre todo en dispositivos de demanda espontánea [...] en el uno a uno con el paciente en el consultorio ahí también creo que tampoco impacta todas las prácticas que se hacen, por ejemplo, cuando uno está con otro profesional, por ejemplo, en mi caso, puede ser alguna puericultora. No escribe y su práctica no está en este caso...”

“Yo escribía al tiempo que hacía la consulta en papel, sin problema. Ahora me es difícil adquirir la parte digital, con la plantilla algo mejor va, pero para mí se pierde un montón de información, más cuando hay cuestiones sociales involucradas o psicológicas”. (E6, Medicina General)

Paralelamente, en algunos casos se utiliza el recurso de realizar anotaciones en papel (agendas, cuadernos).

“tengo una agenda donde voy anotando pacientes. No estoy escribiendo todo el tiempo cuando tengo al paciente en el consultorio”. (E5, Psicología)

“tomo algunos apuntes mientras está hablando y después transcribo un resumen de lo que hablamos”. (E7, Psicología)

Opiniones sobre las prestaciones del SISSAM

Valoraciones y expectativas

El análisis de los relatos evidencia que las valoraciones sobre las prestaciones del SISSAM se estructuran en dos subcategorías claramente articuladas. Por un lado, el reconocimiento de las ventajas que otorga el uso del sistema informático, las cuales se expresan centralmente en términos de la unificación de la información, su recuperación rápida y una mayor continuidad de cuidados. En este sentido, se destaca que el SISSAM mejoró la organización y la tarea de atención sanitaria, al permitir consultar en tiempo real medicaciones, antecedentes y evoluciones cargadas por otros colegas. Por el otro, se señalan expectativas de mejoras y correcciones, orientadas a lograr la conexión efectiva con otros efectores del ámbito municipal, provincial y nacional. Se percibe como una condición fundamental para ayudar a evitar, por ejemplo, la fragmentación y duplicación de registros.

“...tengo varios pacientes que están en tratamiento psiquiátrico, entonces puedo ir también viendo la evolución de esas historias, porque a veces es muy difícil articular con otros profesionales, entonces eso me permite saber más o menos si van, si no van, cuál es la medicación...” (E5, Psicología)

“creo que es la unificación de la historia de salud en un punto [...] que no esté fragmentada, porque se tiene toda la historia ahí [...] a mí me sirve eso, conocer el recorrido de la persona...” (E1, Trabajo Social)

“[me gusta] que el paciente no tenga que ser repetitivo y contar otra vez su historia si le tocó a otro nuevo médico en consulta. Saber con quién te encontrás, la velocidad de atención, que sea más dinámico. (E3, Medicina General)

“es más fácil la lectura de algo escrito en computadora, que en papel. Muchas veces no se entiende la letra, o antes no se escribía, o se escribía en una hoja medio borroneada, bueno, es como que ordena en ese sentido.” (E2, Medicina General)

Al mismo tiempo, se observa que las valoraciones en sentido positivo dialogan con los efectos producidos por las limitaciones del sistema.

“Sería buenísimo que [HCE] fuera a nivel provincial. Eso sería magnífico. Poder saber qué hicieron en otra consulta. A veces [los pacientes] te cuentan algo y que se atendieron en el hospital Eva Perón o en el hospital del Belgrano. Y vos decís, bueno, estamos haciendo más, pero no podemos leer lo mismo...” (E3, Medicina General)

“...que haya Historia Clínica digital es que se pueda ver de una misma persona las atenciones, no solo de esta institución, sino también de otras instituciones. Y como cosas que me parece que estaría bueno, por ejemplo, que se pudieran ver las atenciones en el Hospital Municipal, que no se puede.” (E2, Medicina General)

“se sacan conclusiones importantes porque se accede a información concisa, adecuada, no solamente de medicación sino quién está acompañando a ese paciente, todos los profesionales, si tuvo laboratorio, si hizo rayos, hasta la información del CUD me parece súper importante que uno accede a eso del CMO [Certificado Médico Oficial] y me parece que falta mucho más, el SISSAM para mí debería ampliarse a muchos más efectores...”

“...no debería tener el acceso todos a todo, pero sí está bueno como una herramienta donde uno ve todos los procesos que hace ese consultante”. (E6, Medicina General)

Discusión

Los hallazgos de este estudio orientan a acordar que la digitalización en salud no es sólo un proceso de índole meramente tecnológico, sino también organizacional y cultural. En el análisis del material obtenido se observa que la implementación de sistemas de historia clínica electrónica (HCE) en el ámbito de la atención primaria, se revela como una tarea de construcción paulatina, de diálogo entre los saberes teóricos y la praxis, entre la estructuración de tipo formal pero también el acaecer de lo informal, entre protocolos de acción estandarizados y alternativas *ad hoc*.

La percepción de una transición abrupta y capacitación insuficiente observadas en las entrevistas coinciden con hallazgos publicados por autoras y autores como Krause(6), Chá Ghiglia(7) y Descalzo(9). Se observa una tensión evidente entre la velocidad de implementación y la preparación de las y los profesionales responsables de la atención. En ese sentido, afloraron diferentes estrategias de carácter personal que resultaron efectivas en mayor o menor grado, pero que representan un elemento ineludible en la evaluación de la política pública en salud digital.

A este respecto, la adaptación de la práctica asistencial, mediante estrategias como el registro diferido o el uso de notas en papel, muestra la capacidad de los equipos para asumir el uso de tecnología sin relegar la primacía del buen vínculo con las y los pacientes.

El SISSAM ha mejorado la accesibilidad y disponibilidad de la información volcada en la HCE, pero las debilidades en algunos aspectos del diseño del software y la no interoperabilidad son vistos, al mismo tiempo, como una limitación a su potencial.

Las percepciones sobre el control institucional y los peligros en la vulneración de la confidencialidad inscriben, en la transformación digital, la necesidad de redefinir la relación de confianza al interior del campo de la salud. Es interesante mencionar, a propósito de este punto, la existencia de un protocolo formal para el otorgamiento de la clave acceso a la información sanitaria (anexo 4). Por otra parte, el hallazgo al interior del consultorio de prácticas de *filtro profesional* a la hora de volcar la información en la HCE como medida de cuidado hacia las y los pacientes, no había sido evidenciada en la bibliografía consultada para este trabajo.

Es indudable, entre las fortalezas halladas, la posibilidad de acceso inmediato a la información digitalizada, la continuidad de cuidados y el registro estandarizado. Sin embargo, es necesario señalar que este estudio, de carácter cualitativo en un solo CAPS de la provincia de Buenos Aires, no puede representar resultados generalizables a otros contextos, máxime si se tiene en cuenta que la saturación discursiva fue alcanzada a partir de una muestra pequeña.

Recomendaciones

- Establecer un programa de capacitación continua y planificada que incluya un modelo para la inducción en nuevos ingresos.

- Construir protocolos de contingencia frente a caídas del sistema informático, el acceso a internet y/o los cortes de suministro eléctrico.
- Mejorar y difundir las prácticas de seguridad informática que incluya la consolidación de niveles diferenciados de acceso.
- Trabajar para mejorar los listados diagnósticos y procedimientos vigentes en el sistema.
- Promover la efectiva interoperabilidad entre sistemas.

Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Colectiva

La historia clínica electrónica mejora claramente la tarea asistencial en salud, por ende, hace parte de los aspectos centrales de la APS y de la tarea cotidiana de la Medicina General. Está entre sus potencialidades contribuir al desarrollo de la interdisciplina, el seguimiento de trayectorias personales y la planificación de intervenciones comunitarias. Desde el punto de vista de la gestión del sistema de salud, es un avance significativo en la capacidad de integrar cantidades cuantiosas de información disponible para planificar políticas sanitarias.

Bibliografía

1. Salazar-Villegas B. Implementación de tecnologías de la información en la atención primaria de salud. *Innova Science Journal*. 2024 Apr 30;2(2):15–31.
2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de intervenciones de salud digital v1.0: un lenguaje común para describir los usos de la tecnología digital para la salud. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; 2022 [cited 2025 Apr 23]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/352500>.
3. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Plan estratégico implementación del programa salud digital bonaerense (2022-2027) [Internet]. La Plata; 2022 [cited 2025 Apr 23]. Available from: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saluddigitalbonaerense/wp-content/uploads/sites/245/2022/11/Resumen-del-Plan-Estrategico-de-Implementacion-del-Programa-Salud-Digital-Bonaerense-2022-2027.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial Sobre Salud Digital 2020-2025. World Health Organization; 2021.
5. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colect*. 2010;6(3):275–93.
6. Krause M, Petracci M, Elicabe E, Zoya PGR, Schwarz PKN, Ridaio M. Historia clínica electrónica: miradas críticas de médicos del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2023;27.
7. Chá Ghiglia MM. Historia clínica electrónica: factores de resistencia para su uso por parte de los médicos. *Revista Médica del Uruguay*. 2020 Jun 1;36(2):163–70.
8. Rodríguez Zoya P. Digitalización, gobierno y complejidad de comunicación y salud en Pandemia COVID-19. *Viator Revista científica de comunicación desde los bordes*. 2018;7(jul-dic):24–44.

9. Descalzo JM, Colussi G, Ibarra S, Molina R, Ureta HR, Cassarino M. Evaluación de las Percepciones del Personal de Enfermería sobre la Implementación de una Historia Clínica Electrónica en el Instituto Alexander Fleming. In Sociedad Argentina de Informática e Investigación Operativa; 2023. p. 28–40.
10. Schreiweis B, Pobiruchin M, Strotbaum V, Suleder J, Wiesner M, Bergh B. Barriers and Facilitators to the Implementation of eHealth Services: Systematic Literature Analysis. *J Med Internet Res*. 2019 Nov 22;21(11):e14197.
11. Rodríguez Zoya P. Problematización de eHealth en clave de los núcleos teóricos de Comunicación y Salud. In: Petracci M, editor. *Comunicación y salud: emergencia y desafíos de eHealth*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Teseo; 2020. p. 37–58.
12. Krause M, Elicabe E, Ridaio M. La historia clínica electrónica desde la perspectiva médica: fortalezas, debilidades, concepciones y usos. In: Petracci M, editor. *Comunicación y salud: eHealth entre luces y sombras*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Teseo; 2022. p. 187–239.
13. Organización Panamericana de la Salud. *La eSalud en la Región de las Américas: derribando las barreras a la implementación. Resultados de la Tercera Encuesta Global de eSalud de la Organización Mundial de la Salud*. Washington, D.C.; 2016.
14. Colussi G. Barreras, facilitadores y necesidades en el uso de un sistema de pedidos electrónicos en un hospital de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Publica*. 2021;13(e51).
15. Ganiele M de las N, Weisbrot MA, Sian AM, Carosella Reboredo JM, Weisbrot MV, Grande Ratti MF. Alcances y limitaciones de la teleconsulta en pandemia de covid-19: relatos de profesionales de la salud del primer nivel de atención de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Salud Colect*. 2024 Feb 16;20:e4579.
16. Azpiazu D, Encina T. *La historia clínica electrónica: hacia una problematización de las nuevas tecnologías en la intervención del trabajo social*. [Buenos Aires]: Facultad de Ciencias Sociales UBA; 2019.
17. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Cien Saude Colet*. 2012 Mar;17(3):613–9.
18. Petracci M. Criterios, circunstancias y decisiones entre la formulación del proyecto y la publicación de los hallazgos. In: Petracci M, editor. *Comunicación y Salud: eHealth entre luces y sombras*. 1ra ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2022. p. 59–73.
19. Souza Minayo MC de. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar editorial; 2009. 334 p.
20. Hsieh HF, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*. 2005 Nov 1;15(9):1277–88.
21. Ruiz Olabuénaga JIgnacio. *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto; 2012. 341 p.
22. Castro C, Labra O, Chamblas I iSIS. El análisis de contenido temático: Una mirada a sus etapas desde Nvivo12©. *Revista Internacional de Ciencias Sociales Interdisciplinarias*. 2022;10(1):143–58.
23. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006 Jan 21;3(2):77–101.

24. Braun V, Clarke V. Thematic analysis. In: Cooper HCMN, editor. APA handbook of research methods in psychology. Washington, DC: American Psychological Association; 2012. p. 57–71.

Anexos:

1. Cuestionario

Se transcribe el cuestionario guía utilizado en las entrevistas a informantes clave.

- ¿Cuál es su especialidad?
- ¿Con qué género se percibe?
- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en el CAPS 3?
- ¿Qué opinión tiene sobre la historia clínica electrónica (HCE) en general y sobre el SISSAM en particular?
- ¿Sabe por qué comenzó a utilizarse?
- ¿En qué aspectos podría decir usted que la HCE favorece al paciente?
- ¿En qué aspectos podría decir usted que la HCE desfavorece al paciente?
- ¿Qué obstáculos podría identificar en su uso? Si cree que son más de uno, ¿podría ordenarlos de mayor a menor?
- ¿Le preocupa algo en relación al fenómeno de transformación digital en el campo de la salud? ¿Identifica algo que esté directamente relacionado con su tarea cotidiana?
- ¿Qué opinión le merece el proceso de cambio y migración del sistema de registro anterior al de HCE que se produjo en su trabajo?
- En términos generales y específicos, ¿cómo cree que afecta la relación profesional con el paciente? ¿qué piensa sobre el manejo de información confidencial?
- ¿Cómo afecta la HCE el relacionamiento con el resto del equipo?
- ¿Cree que en su caso existió correcta capacitación previa a la implementación? ¿Se le ocurren sugerencias al respecto? ¿Cómo califica la capacitación a usuarios del sistema informático utilizado y la preparación para el cambio?
- ¿En algún momento sintió que este cambio significaba una sobrecarga de sus tareas?
- ¿Tuvo o tiene una opinión contraria a la instalación del sistema de HCE? ¿Podría, en caso de ser así, justificar explicando por qué lo cree?
- ¿En algún momento dudó que sea pertinente aplicarlo en el entorno específico donde usted trabaja?
- ¿Le parece que la herramienta afecta su autonomía de trabajo?

2. Tabla 1 Perfil de las profesionales entrevistadas

Cantidad de entrevistas realizadas		7
Profesiones/especialidades	Medicina General y/o Familiar	3
	Psicología	2
	Trabajo Social	1
	Pediatría	1
Edad en años	Mediana	42
	Media	43.9
Año de antigüedad laboral	Mediana	9
	Media	8.6

3. Tabla 2. Agrupamiento de ejes, categorías y subcategorías temáticas

Eje temático	Categorías	Subcategorías
Características de la implementación y la usabilidad del SISSAM	Transición Digital y Capacitación recibida	Capacitación escasa
		Aprendizaje autodidacta
		Cambio abrupto papel–digital
		Necesidad de formación continua
	Infraestructura y Sistemas	Dependencia de electricidad y conectividad
		Observaciones críticas al diseño del SISSAM
		Interoperabilidad
Gestión de la información	Seguridad informática	Vulneración de la confidencialidad de la información
		Temor a uso extra terapéutico de los datos
		Accesos indebidos
		Autocensura deliberada
	Control Institucional y Autonomía Profesional	Visibilidad externa al ámbito del CAPS
		Presión por realizar registros que sean cuantificables
		Lógica de auditoría constante
Afectación en la práctica asistencial	Estrategias en torno a la relación con el paciente	Computadora como barrera física - contacto visual
		Registro diferido vs. simultáneo
		Anotaciones en papel durante la consulta
Opiniones sobre las prestaciones	Valoración y expectativas	Reconocimiento de ventajas
		Expectativas de mejora e integración

4. Convenio de confidencialidad



CONVENIO DE CONFIDENCIALIDAD

En virtud de los servicios prestados en la Municipalidad de General San Martín, el que suscribe (nombre completo), CUIT N°, en calidad de empleado, declara conocer que los datos e información a ser conocidos y abordados, se encuentran amparados bajo normas de confidencialidad.

Mediante la suscripción del presente instrumento, me comprometo a guardar la máxima reserva y secreto sobre los datos e información a que acceda en virtud de las funciones encomendadas, a utilizar dicha información solamente para el fin específico al que se la ha destinado, a no comunicar o hacer pública la información no clasificada como “pública”, y a observar y adoptar cuantas medidas de seguridad sean necesarias para asegurar la confidencialidad, secreto e integridad de los datos e información, salvo autorización legal o instrucción expresa de la autoridad competente.

Esta obligación de reserva y confidencialidad seguirá en vigencia aún después del vencimiento del plazo, de la rescisión o resolución del contrato o cese o interrupción de la relación laboral, asumiendo la responsabilidad penal, administrativa o civil de los daños y perjuicios que por dolo o negligencia pudiera ocasionar la difusión de datos o información no publicados.

En General San Martín, a los ____ días del mes de _____ de 20__.-

FIRMA Y ACLARACIÓN