



**ESPECIALIZACIÓN en
AUDITORÍA INTERNA
GUBERNAMENTAL**

(DECRETO 72/2018)

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA INTERNA GUBERNAMENTAL

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LA PLATA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL (TIF)

**“La Ley de Derechos del Paciente en los Hospitales
Públicos Nacionales”
Propuesta para un control de cumplimiento integral.**

AUTOR: MANULIS MARIO MARTIN

DIRECTOR: DRA. MORENO MARIA ESTELA

MARZO DE 2022

Página **1**



1. RESUMEN

En este Trabajo Integrador Final (TIF), se proponen lineamientos para realizar auditorías de cumplimiento de la Ley Nacional de Derechos del Paciente en los Hospitales Públicos que dependen del Ministerio de Salud de la Nación. Además, con las adaptaciones correspondientes, esta propuesta podrá ser utilizada en instituciones de las jurisdicciones provinciales, municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Trabajo Integrador Final fue elaborado sobre la base de mi Tesis para la Maestría en Auditoría Gubernamental de la Universidad Nacional de San Martín, defendida el día 15 de setiembre de 2021 que también contó con la dirección de la Dra. María Estela Moreno.

En primer lugar, planteo la falta de desarrollo de una guía o herramienta que permita el control de cumplimiento integral de la Ley de Derechos del Paciente.

Luego, analizo cada uno de los derechos establecidos en la Ley y su Decreto Reglamentario. Identifico a los Hospitales Públicos Nacionales y expongo el estado actual del control de cumplimiento de la Ley 26.529 (2009).

Por último, expongo una serie de lineamientos y una herramienta de trabajo similar a los instructivos que emite la SIGEN, para que las UAI de los Hospitales Públicos Nacionales puedan relevar en forma integral el cumplimiento de los distintos aspectos que establece la Ley 26.529.

PALABRAS CLAVE: AUDITORÍA; LEGISLACIÓN; DERECHO A LA SALUD; HOSPITAL; PACIENTE.



2. ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. ÍNDICE.....	3
3. INTRODUCCIÓN	5
4. PLANTEAMIENTO DEL TEMA/PROBLEMA	7
5. OBJETIVOS	9
6. MARCO TEÓRICO.....	10
6.1. Los Hospitales Nacionales dentro del Sistema de Salud Argentino	10
6.2. Derechos del Paciente.....	12
6.3. Los Hospitales Públicos Nacionales.....	16
6.3.1. Hospital Nacional “Profesor Alejandro Posadas”	17
6.3.1.1. La Unidad de Auditoría Interna	18
6.3.2. Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer”	18
6.3.2.1. La Unidad de Auditoría Interna	19
6.3.3. Colonia Nacional “Dr. Manuel Montes de Oca”	20
6.3.3.1. Su Unidad de Auditoría Interna	20
6.3.4. Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Dr. Juan Otimio Tesone”	21
6.3.4.1. La Unidad de Auditoría Interna	21
6.3.5. Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”	22
6.3.5.1. Su Unidad de Auditoría Interna	22
7. DESARROLLO	24
7.1. Relevamiento del estado actual del control de cumplimiento de la Ley 26.529.....	24
7.1.1. Hallazgos en el IESCI del Hospital Posadas	24



7.1.2.	Hallazgos en el IESCI del Hospital Sommer	25
7.1.3.	Hallazgos en el IESCI de la Colonia Montes de Oca	26
7.1.4.	Hallazgos en el IESCI del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur	26
7.1.5.	Hallazgos en el IESCI Hospital "Lic. Laura Bonaparte"	27
7.2.	Entrevistas	27
7.3.	Lineamientos para un Control de Cumplimiento Integral	31
7.3.1.	Derecho a la Asistencia.....	32
7.3.2.	Trato Digno y Respetuoso	33
7.3.3.	Intimidad.....	33
7.3.4.	Confidencialidad.....	34
7.3.5.	Autonomía de la voluntad.....	34
7.3.6.	Información Sanitaria	35
7.3.7.	Interconsulta Médica.....	35
7.3.8.	Consentimiento Informado	36
7.3.9.	Directivas Anticipadas.....	38
7.3.10.	Historia Clínica	39
7.4.	Propuesta de Instructivo de Trabajo	40
8.	CONCLUSIONES	42
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	44
	Autores (por orden alfabético)	44
	Normativa Referenciada.....	46
	Documentos de Sitios Web (por orden alfabético)	47
	Glosario de Términos y Abreviaturas utilizadas (por orden alfabético)	48
10.	ANEXO I	50
	Propuesta de Instructivo	50
	ANEXO II	59
	Pautas de Entrevistas	59



3. INTRODUCCIÓN

“La Constitución no consiente interpretaciones que transformen a los derechos en meras declaraciones con un resultado trágico para los ciudadanos” Dr. Ricardo Lorenzetti en Fallos: 329:4741.

En este Trabajo Integrador Final (TIF) de la Especialización en Auditoría Interna Gubernamental, propongo lineamientos para realizar auditorías de cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente (Ley 26.529, 2009) en los Hospitales Públicos Nacionales.

La Ley 26.529 denominada “Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud”, fue sancionada el 21 de octubre de 2009. Sin embargo, a pesar de que han pasado ya más de diez años desde su vigencia, ni los Hospitales Públicos que dependen del Ministerio de Salud de la Nación ni la Sindicatura General de la Nación, han desarrollado de manera uniforme una herramienta que permita a las Unidades de Auditoría Interna controlar el efectivo cumplimiento, por parte de los profesionales e instituciones, de los recaudos y prestaciones necesarias para garantizar esos derechos.

A partir de la pandemia por Covid-19 que azotó al mundo entero y que aún sigue alterando lo que hasta no hace mucho entendíamos como “normalidad”, los derechos de los pacientes adquirieron un rol preponderante en la agenda pública. De esta forma, los medios de comunicación difundieron diariamente cuestiones vinculadas al derecho a la asistencia, al derecho a la confidencialidad, autonomía de la voluntad, entre otras.

Sin embargo, a pesar de contar a nivel nacional con una Ley que reconoce los derechos del paciente, en la práctica, el pleno ejercicio de estos derechos se encuentra en riesgo por la falta de un adecuado sistema de control que permita relevar en forma integral los distintos puntos que establece esa Ley.

Por ello, a través de un relevamiento de la información que se encuentra publicada en la Intranet de la SIGEN como así también del resultado de entrevistas a miembros de los equipos de las UAI de los Hospitales y de la Sindicatura Jurisdiccional



ante el Ministerio de Salud, identifico a los Hospitales Públicos Nacionales y expongo el estado actual del control de cumplimiento de la Ley 26.529.

A partir de allí, elaboro una propuesta de control, que pretendo se constituya como una herramienta útil para los equipos de auditoría de los Hospitales Nacionales.

En definitiva, considero que esta propuesta le servirá no sólo a los equipos de trabajo de las distintas Unidades de Auditoría Interna, sino que también contribuirá a las áreas de gestión de los Hospitales Nacionales, a los equipos asistenciales y a los pacientes, quienes a partir de allí podrán percibir una mejora en la calidad de atención.

Por otra parte, anhelo también que le permita a la SIGEN, como Entidad Superior del Control Interno a nivel Nacional, coordinar y unificar criterios en relación con el control de cumplimiento de esta legislación.



4. PLANTEAMIENTO DEL TEMA/PROBLEMA

Si bien existen diferentes herramientas para la realización de auditorías hospitalarias, no he encontrado disponible una que abarque en forma integral todos los puntos de la Ley 26.529. Por ello, en el presente TIF relevo el estado actual de situación del control de cumplimiento integral de la Ley en los distintos Hospitales Públicos que dependen del Ministerio de Salud de la Nación, para elaborar a partir de allí, una propuesta de control que constituya una herramienta útil para los equipos de auditoría de los Hospitales Nacionales.

En otras palabras, el planteo del problema se basa en la falta de existencia de un enfoque metodológico que contenga normas básicas y procedimientos mínimos para una auditoría de cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente, a fin de poder realizar la misma en forma integral, en los Hospitales que dependen directamente del Ministerio de Salud de la Nación.

Por esta causa, comenzaré haciendo comparación en la búsqueda de puntos en común, entre los cinco Hospitales Nacionales que dependen del Ministerio de Salud de la Nación. Estos son; Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas; Hospital Nacional Baldomero Sommer; Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca; Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Dr. Juan Otimio Tesone” y el Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”.

Estos Hospitales permanecen por diferentes razones en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, han sobrevivido al proceso de traspaso a las provincias –muchas veces sin los recursos necesarios para su funcionamiento- que experimentaron otros Hospitales durante distintos períodos de nuestra historia (principalmente comienzos de la década del 80 y principios de los 90).

En todos estos Hospitales hay constituida una Unidad de Auditoría Interna que funciona coordinada técnicamente por la Sindicatura General de la Nación. En el presente TIF se realizaron encuestas a integrantes de los equipos de estas Unidades de Auditoría Interna y de la Sindicatura Jurisdiccional Salud a fin de relevar cuáles son



actualmente las herramientas que se utilizan para relevar el cumplimiento de los derechos consagrados en la Ley 26.529.

Finalmente, diseño una propuesta de trabajo para que las UAI puedan relevar de manera uniforme y de esta forma también le permita a la SIGEN efectuar un seguimiento adecuado sobre el cumplimiento en los Hospitales Públicos Nacionales de los recaudos y contraprestaciones que suponen los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud.

En definitiva, considero que esta propuesta le servirá no sólo a los equipos de trabajo de las distintas Unidades de Auditoría Interna, sino que también contribuirá a las áreas de gestión de los Hospitales Nacionales, a los equipos asistenciales y a los pacientes que a partir de allí podrían percibir una mejora en la calidad de atención.

Por otra parte, anhelo también que le permita a la SIGEN, como Entidad Superior del Control Interno a nivel nacional, coordinar y unificar criterios en relación con el control de cumplimiento de esta legislación.



5. OBJETIVOS

Teniendo en cuenta el tema y la delimitación del problema planteado precedentemente se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo General: Elaborar lineamientos de auditoría para evaluar el cumplimiento integral de la Ley de Derechos del Paciente en los Hospitales Públicos Nacionales.

Objetivos Específicos:

- 1.- Relevar cuáles son los derechos del paciente que se establecen la ley 26.529.
- 2.- Identificar a los Hospitales Públicos Nacionales y los hallazgos efectuados en los Informes de Evaluación del Sistema de Control Interno relacionados directamente con el cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente.
- 3.- Analizar si existen actualmente herramientas para evaluar el cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente en los Hospitales Públicos Nacionales.
- 4.- Diseñar una herramienta que permita el control integral de cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente.



6. MARCO TEÓRICO

6.1. Los Hospitales Nacionales dentro del Sistema de Salud Argentino

Previo a desarrollar el tema planteado, debo remarcar que el Sistema de Salud en la Argentina presenta importantes rasgos de “fragmentación” e incluye a diversos actores, lo que complejiza la situación y merece que efectúe previamente algunas aclaraciones sobre el contexto en el que funcionan los Hospitales Públicos Nacionales.

Por un lado, encuentro una primera fragmentación de acuerdo con el nivel del Estado del cual dependa el centro de salud y allí se hallan instituciones nacionales, provinciales y municipales. Cabe destacar aquí, que en la organización federal que adoptó la Argentina y la preexistencia de las provincias respecto de la Nación, aquellas se reservaron la facultad de legislar en materia de salud.

Por otra parte, existe a su vez otra “fragmentación” a través de la conformación de tres subsectores responsables de la prestación de servicios sanitarios, según la condición jurídica de sus protagonistas: el subsector público, el subsector de la seguridad social y el subsector privado.

Como señalan Viviana Bonpland y Alberto Bozzolo (2018:135); el sistema de salud encuentra su origen recién en el siglo XX; ya que con anterioridad, cada persona cuidaba de su salud y el Estado se limitaba a controlar la salud pública con el objetivo de proteger a la población sana, y lo hacía limitando el desplazamiento de los enfermos. Aquí, me permito un paréntesis para reflexionar que, durante el transcurso del año 2020 muchos Estados se vieron obligados a volver a implementar esta práctica para prevenir los contagios del virus Covid-19.

Entonces, se puede decir que el Sistema de Salud Argentino está compuesto a su vez por tres subsectores que de algún modo representan los tres modelos de sistemas de salud que fueron dándose en el mundo:

1) El subsector público, a imagen del sistema universalista que reconoce su cara principal en la prestación hospitalaria.



2) El subsector de “prepagos”, consolidado en nuestro país a partir de 1955 con la aparición de los “prepagos sanatoriales”.

3) El subsector de obras sociales, a imagen del sistema del seguro social, que reconoce como antecedentes las Sociedades de Socorros Mutuos y como primera Obra Social la de Dirección de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios (1944).

Según Novo García (2012: 266-279), en lo que respecta al sector público, el primer Ministerio de Salud fue creado en 1949, pero recién fue en 1974 cuando se intentó crear el Sistema Nacional Integrado de Salud, a los fines de unificar el altamente fragmentado sector de la salud argentina. Este intento, de características universalistas, fracasó por las injerencias de los sindicatos, las asociaciones de clínicas y sanatorios y las organizaciones médicas.

En 1985, el gobierno de Ricardo Alfonsín se propuso llevar adelante el segundo y último intento de unificación del sector de salud argentino, por medio del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS), basado en el modelo del Seguro Social Nacional. Pero, el fracaso del plan económico radical hizo que el proyecto tuviera también el mismo destino que su precedente.

De ahí que, se puede decir que la ausencia de recepción constitucional de un sistema de salud claro y preciso, sumado a la gran dispersión legislativa y a la fragmentación existente entre los subsectores, permiten que hoy en Argentina prime el desorden jurídico político en materia de salud pública y privada.

Efectuada esta aclaración, insisto en que si bien el TIF se circunscribe y tiene en principio por destinatarios únicamente a los cinco Hospitales públicos que funcionan dentro de la órbita del Ministerio de Salud de la Nación -el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas; Hospital Nacional Baldomero Sommer; Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca; Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Dr. Juan Otimio Tesone” y el Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”- con las adaptaciones correspondientes, estos lineamientos podrán ser utilizados en instituciones de las jurisdicciones provinciales, municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Es decir, que de acuerdo a la fragmentación explicada precedentemente, mi labor comprenderá el análisis y propuesta para aquellos órganos del sector público de jurisdicción nacional. Sin embargo, como los derechos reconocidos en la Ley de Derechos del Paciente son derechos humanos sustantivos que ya fueron receptados por normativa supranacional, no pueden ser desconocidos por ninguna jurisdicción local independientemente que hayan adherido o no a la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

6.2. Derechos del Paciente

El artículo 2° de la Ley 26.529, reconoce que constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

a) Asistencia: El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

b) Trato digno y respetuoso: El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad: Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;

d) Confidencialidad: El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al



contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) Autonomía de la voluntad: El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significarán la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

f) Información Sanitaria: El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica: El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

De la enumeración precedente, se desprende que el legislador no vino a crear nada nuevo, sino que recolectó, ordenó y reconoció derechos que ya se encontraban



contemplados y aceptados a través de diferentes instrumentos de Derecho Internacional, la Jurisprudencia y la Legislación interna, incluso implícitamente en la Constitución Nacional de 1853.

En la Argentina, la incorporación de los Tratados de Derechos Humanos a la Constitución Nacional en oportunidad de la reforma de la Carta Magna en 1994 inicia un período de cambio en la consideración de la salud, y unos años después se aprueban una serie de leyes que reflejan ese cambio en la normativa nacional.

Así, en nuestro ordenamiento jurídico positivo, la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley 26.529, 2009) y su Decreto Reglamentario (Decreto 1089, 2012) establecen una enumeración de derechos en cabeza de los pacientes y algunos supuestos de sus familiares, que simultáneamente determinan obligaciones por parte de los profesionales e instituciones de salud.

En algunos casos será una obligación de dar, como lo es por ejemplo el derecho que tiene el paciente a recibir asistencia y trato digno y respetuoso; en otros una obligación de hacer, que se halla por ejemplo en el derecho que tiene el paciente a acceder a su historia clínica, en consecuencia la institución sanitaria deberá arbitrar los medios necesarios para facilitarle una copia de dicho documento. También, existen obligaciones de no hacer, por ejemplo en aquellos supuestos en los que el paciente manifiesta que no quiere recibir información, o cuando éste no haya prestado su consentimiento para la realización de alguna práctica clínica.

Garay (2017, pág. 1), define los derechos de los pacientes como “derechos subjetivos de la persona humana relacionados con su estado de salud-enfermedad. Se trata del ser humano –en su condición de paciente– que necesita sean respetados sus derechos humanos fundamentales: a la vida, a la salud, a la integridad física, a la dignidad, a la libertad, a la información, a la identidad, a la intimidad, a la confidencialidad, al consentimiento informado, a la verdad, a una muerte digna y otros”.

Por ello, en la llamada relación paciente-equipo e instituciones de salud, es importante reconocer que tanto las personas usuarias de los servicios de salud como el equipo de salud son sujetos productores de determinadas prácticas; sujetos de saberes y acciones. Al mismo tiempo que protagonizan nuevos procesos también reproducen



prácticas y situaciones ya dadas, por lo que resulta sustancial visibilizar este potencial transformador (2006).

No obstante, en la práctica por lo general el profesional de la salud es el elemento central de este proceso. Decide sobre el diagnóstico, sobre los exámenes complementarios, sobre el tratamiento terapéutico y sobre el uso de varios de los equipos de la tecnología de punta; delega partes del trabajo asistencial a otros profesionales de la salud, sin considerar, en muchas ocasiones, la opinión del paciente, a quien tampoco -en el afán de combatir las enfermedades- se le explican detalladamente y en un lenguaje que pueda comprender, los alcances y consecuencias de determinados tratamientos.

En este sentido, Eduardo Menéndez (1988, págs. 451-464) analiza y define a lo que él denomina Modelo Médico Hegemónico (MMH) como: *“El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes o ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”*.

Al explicar este modelo indica que: *“Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico”* (pág. 2).

En consecuencia, la atención de la salud se plantea básicamente en términos biomédicos, esto es, a partir de la prescripción de medicamentos y la promoción de conductas que faciliten la adaptación o readaptación a las reglas de juego del sistema.

Para entender un poco más sobre este vínculo paciente- profesional de la salud, cabe destacar aquí el trabajo de Rosa Gómez Esteban (2013: 1-24), quien estudió y reflexionó sobre la angustia que padecen los médicos -prefiero utilizar el término profesional de la salud, porque es más abarcativo - ante la muerte de sus pacientes.



La autora citada es psiquiatra y analizó la relación médico-paciente desde la óptica del profesional de la salud. Indica que:

“La muerte del paciente está muy presente en el quehacer de los profesionales y les genera sentimientos muy diversos, entre ellos, impotencia y culpa, que pueden ser reprimidos, hacerse inconscientes y manifestarse a través de síntomas somáticos o psíquicos. Es un acontecimiento de su quehacer que viven con exigencia y temor, sobre todo, si la implicación ha sido excesiva o ha habido una mala praxis. Esta condición humana, real o imaginaria, en la que el médico se implica personal y profesionalmente, si no es reconocida y aceptada, hace que la muerte sea uno de los acontecimientos más ansiógenos de su quehacer clínico”. (2013: 5).

Concluye que las ansiedades más intensas del profesional de la salud derivan de la relación con el paciente. La relación insatisfactoria con éste y el sufrimiento derivado por la enfermedad, son las variables más significativas, que encuentran su máxima expresión en los enfermos graves y, sobre todo, terminales.

En consecuencia, uno de los aspectos a evaluar por parte de un equipo de auditoría que se plantea verificar el cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente, debe ser la capacitación que reciben desde las instituciones, los profesionales de la salud. En otras palabras, si esa capacitación contempla los cambios de paradigma que se dan a partir de la consagración del paciente como actor principal en el vínculo que se podría definir tripartito entre el profesional de la salud, el paciente y su enfermedad, donde el profesional y la institución en la que se desempeña deberán considerar, más allá de sus frustraciones por combatir las enfermedades, lo que decida el paciente.

6.3. Los Hospitales Públicos Nacionales

En este apartado del TIF, en primer término voy a identificar a los Hospitales Públicos Nacionales y las estructuras de sus UAI en relación a la aplicación de controles de cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente.



Cabe aclarar, que aquí no se pretende equiparar en una comparación lineal a los 5 Hospitales Públicos Nacionales que son objeto de estudio. Pues, en tal caso estaría comparando instituciones que son muy diferentes unas de otras.

Sin embargo, todas estas instituciones sanitarias se encuentran alcanzadas por lo que establece la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud y es allí donde centraré mi análisis.

6.3.1. Hospital Nacional “Profesor Alejandro Posadas”

De acuerdo a la información que surge de la página web del organismo (<https://www.argentina.gob.ar/salud/hospital-nacional-posadas>) el Hospital Posadas fue pensado originalmente para atender enfermos con afecciones pulmonares, respiratorias y especialmente afectados por tuberculosis, la planificación edilicia tuvo en cuenta los requisitos que en la época eran esenciales para la atención de estos pacientes: espacios abiertos y balcones orientados para permitir la toma de sol. Sin embargo, el edificio nunca se utilizó para ese fin.

Durante la década del 90, el Hospital pierde su condición de institución nacional y pasa a una administración compartida entre la Provincia de Buenos Aires y la Nación.

En el año 2007, el Hospital Profesor Alejandro Posadas, es nuevamente nacionalizado, y retorna por ley a la órbita del Gobierno Nacional, donde se dispone su reformulación como Hospital de alta complejidad de referencia nacional para la atención de pacientes agudos en todas las etapas de su vida.

Actualmente, el Hospital se constituye como una institución médico asistencial, que desarrolla tareas de prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud dando respuesta a los pacientes en todas las etapas de su vida. Además, es centro de formación profesional para diversas especialidades de salud y referentes en investigación clínica.

El Hospital Posadas cuenta con una extensión de 16 hectáreas y tiene 79.880 m2 de superficie cubierta, distribuidos en cuatro placas de 7 pisos donde se desarrollan actividades preferentemente referidas a internación, también alberga áreas de tratamiento y diagnóstico, estudios de laboratorio, estudios especiales, terapias intermedias e intensivas de pediatría y adultos, unidad coronaria, entre otras.



Además, recientemente se procedió a la construcción de un anexo de 3 pisos, en los cuales se establecieron consultorios externos de todas las especialidades (planta baja y 1er piso), con mejor ubicación y acceso para los pacientes; salas de máquinas en el 2° piso con acceso solo para personal capacitado; y en el 3er piso se instalaron las oficinas administrativas.

El Plan Anual de Trabajo, elaborado por la Unidad de Auditoría Interna del Hospital para el 2021, indica que la dotación total de personal del Hospital ascendía al mes de agosto de 2020 a 4.444 personas.

Del presupuesto publicado en el sitio web de la *Oficina Nacional de Presupuesto*¹, surge que el Hospital Posadas tiene para el año 2021, un crédito presupuestario asignado de \$ 8.827.303.756.

6.3.1.1. La Unidad de Auditoría Interna

Conforme a lo que surge del último Informe de Supervisión elaborado por la SIGEN (SIGEN, 2020), la UAI tiene una dotación total de seis (6) agentes. Así, además del auditor interno titular, cuenta con un contador público, una licenciada en psicología, una diseñadora gráfica, un licenciado en administración pública y una asistente administrativa.

6.3.2. Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer”

El sitio web del Hospital (<https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalsummer>) indica que fue inaugurado el 22 de noviembre de 1941, como Sanatorio - Colonia Buenos Aires, y lleva este nombre -Baldomero Sommer- en homenaje a un dermatólogo y leprólogo argentino que dedicó gran parte de su vida al estudio y la difusión de conocimientos sobre esta enfermedad.

Es una de las 5 instituciones que se construyeron en nuestro país a partir de la sanción de la “*Ley Nacional de Profilaxis y Tratamiento de la Lepra*” (Ley 11.359, del año 1926). Dicha norma establecía, entre otras medidas, el aislamiento hospitalario

1 <https://www.economia.gob.ar/onp/presupuestos/2021> Accedido el día 20/04/21.



obligatorio así como también la creación de sanatorios-colonias en zonas rurales, alejados de las zonas urbanas.

Está ubicado sobre la Ruta 24 Km. 23,500, ciudad de General Rodríguez, Provincia de Buenos Aires, y cuenta con alrededor de 250 hectáreas mixtas; entre rural y urbanizadas; una estructura que consta de ocho pabellones asistenciales y áreas administrativas o de apoyo. Además, como originariamente su finalidad fue aislar al paciente de lepra, en su predio posee cuatro barrios, un cementerio, una capilla, una escuela primaria y secundaria, una proveeduría y antiguamente hasta llegó a tener un destacamento policial donde se detenía a los internos que generaban disturbios o cometían delitos.

En la actualidad, el Hospital se ha diversificado y se constituye como una entidad de mediana - alta complejidad, polivalente, con integración en red, donde se asiste a pacientes con patologías agudas y crónicas no transmisibles; con énfasis en su unidad de cuidados paliativos y su servicio de rehabilitación, sin descuidar su perfil como referente nacional en lepra.

El Plan Anual de Trabajo elaborado por la Unidad de Auditoría Interna del Hospital² para el 2021 indica que la dotación total de personal ascendía al 31/10/2020 a 1086 agentes

Del presupuesto publicado en el sitio web de la *Oficina Nacional de Presupuesto* (<https://www.economia.gob.ar/onp/presupuestos/2021>), surge que el Hospital Sommer tiene para el año 2021, un crédito presupuestario asignado de \$ 2.044.863.112.

6.3.2.1. La Unidad de Auditoría Interna

De acuerdo con el último Informe de Supervisión elaborado por la SIGEN (SIGEN, 2020) la Unidad de Auditoría Interna del Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer, contaba al 31/12/2019 con una dotación de cinco (5) personas. Esto es, el auditor interno titular, dos auditores contables y dos asistentes administrativas.

² En rigor de verdad, conforme surge de la Intranet de SIGEN, el Plan fue elaborado y aprobado de oficio por la SIGEN.



6.3.3. Colonia Nacional “Dr. Manuel Montes de Oca”

Es creada el 28 de junio de 1906 con un fuerte sentido de misión institucional y a instancias del proyecto presentado en el Congreso de la Nación por el doctor Manuel A. Montes de Oca, quien fue Ministro de Relaciones Exteriores y Culto desde el 15 de marzo a 21 de noviembre de 1906, durante el periodo presidencial del Dr. José Figueroa Alcorta.

La piedra fundamental de la institución se coloca el 15 de noviembre de 1908, y se habilita finalmente el 31 de julio del año 1915 en Torres, un pueblo perteneciente al Partido de Luján de la Provincia de Buenos Aires.

Ahora, la Colonia tiene como misión fortalecerse como institución socio-sanitaria especializada en brindar atención integral a personas con discapacidad intelectual y otras problemáticas en salud mental, propiciando su rehabilitación e inclusión social; siendo referente para la atención dentro del área programática de influencia y referente técnico nacional copartícipe en la definición e implementación de políticas específicas en el área (Presupuesto, 2020).

El Plan Anual de Trabajo elaborado por la Unidad de Auditoría Interna para el 2021 indica que la dotación total de personal de la Colonia ascendía al 31/10/2020 a 847 personas.

Del presupuesto publicado en el sitio web de la *Oficina Nacional de Presupuesto*, (<https://www.economia.gob.ar/onp/presupuestos/2021>) surge que la Colonia Montes de Oca tiene para el año 2021, un crédito presupuestario asignado de \$ 1.592.522.040.

6.3.3.1. Su Unidad de Auditoría Interna

Del último Informe de Supervisión (SIGEN, 2020) se desprende que la UAI de la Colonia Montes de Oca está compuesta por cuatro (4) integrantes; estos son el auditor interno titular, un auditor médico, un auditor legal y un ayudante.



6.3.4. Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Dr. Juan Otimio Tesone”

El Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur Juan Otimio Tesone (INAREPS) es un organismo monovalente, incluido en el Régimen de Hospitales Públicos Descentralizados de Autogestión, depende de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales, Secretaría de Política, Regulación e Institutos, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.

Se encuentra ubicado en un amplio predio de 41.716 metros cuadrados, en la zona Oeste de la ciudad de Mar del Plata (Ruta 88 Km 1 y medio). El Instituto nació en mayo de 1952 como CERENIL, Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados, una ONG sin fines de lucro, con la finalidad de asistir a la niñez con secuelas de poliomielitis.

El 1° de julio de 1976, debido a graves problemas económicos, fue transferido a la Nación. Desde esa fecha se denomina Instituto Nacional de Rehabilitación del Sur y toma el compromiso de mantener el perfil de rehabilitación neuromotora con el que fue fundado. Luego, en 1983 cambió su nombre por Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur. Finalmente, en 2008, con motivo de conmemorarse los 50 años de su fundación, se le agregó el nombre del Dr. Juan Otimio Tesone, su fundador.

En la actualidad, el Instituto actúa como único Centro de Referencia en Rehabilitación Psicofísica en el ámbito de la Nación. (Decreto 1089, 2012).

El Plan Anual de Trabajo elaborado por la Unidad de Auditoría Interna del Hospital para el 2021 indica que la dotación total de personal ascendía al 31/10/2020 a 404 personas.

Del presupuesto publicado en el sitio web de la *Oficina Nacional de Presupuesto*, surge que el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur tiene para el año 2021, un crédito presupuestario asignado de \$ 671.857.121.

6.3.4.1. La Unidad de Auditoría Interna

El Informe de Supervisión de mayo de 2020 (SIGEN, 2020) indica que al 31/12/2019 la UAI contó con una dotación de tres personas, dentro de las que se



encuentra el auditor interno titular, un auditor profesional administrativo- contable y un auditor técnico operativo.

6.3.5. Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”

El CENARESO (Centro Nacional de Reeducción Social) se crea el 30 de Abril de 1973 por la Ley 20.332, con el objeto de brindar asistencia integral a la problemática de las adicciones y desarrollar tareas de investigación y capacitación en la temática. La institución se crea originalmente en el ámbito del Ministerio de Bienestar Social de la Nación y el 12 de diciembre de 1996, se incorpora como organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación.

En la actualidad, el Hospital busca consolidarse como Centro Nacional de Referencia en Salud Mental y Adicciones tanto en el funcionamiento asistencial como en la dimensión científico-técnica, estableciendo articulaciones con instituciones públicas de todo el país. (<https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte/institucional/historia>).

El Plan Anual de Trabajo elaborado por la Unidad de Auditoría Interna del Hospital para el 2021 indica que la dotación total de personal ascendía al 31/10/2020 a 422 agentes.

Del presupuesto publicado en el sitio web de la *Oficina Nacional de Presupuesto*, surge que el Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”, tiene para el año 2021, un crédito presupuestario asignado de \$ 737.122.101

6.3.5.1. Su Unidad de Auditoría Interna

El último Informe de Supervisión de la SIGEN (SIGEN, 2020) expone una dotación de dos agentes, dentro de los que se halla el auditor interno titular y un auditor profesional legal.

De la descripción efectuada, puedo advertir que -como se anticipó al comienzo de esta parte del capítulo- las cinco instituciones difieren unas de otras y se encuentran a su vez alcanzadas -además de la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los



Profesionales e Instituciones de la Salud- por normativa específica que hace en algunos casos a su objeto principal³. Sin embargo, todas estas instituciones sanitarias cuentan con una Unidad de Auditoría Interna que actúa bajo la coordinación técnica de la SIGEN y existen puntos en común en el repaso de los principales hallazgos referidos a la temática que estoy desarrollando.

³ Por ejemplo, en el caso de la Colonia Montes de Oca la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657) y en el caso del Hospital Sommer la Ley de Control y Tratamiento de la Lepra (Ley 22.964).



7. DESARROLLO

En este apartado, expondré en primer término los resultados de la búsqueda de hallazgos expuestos en los últimos Informes de Evaluación del Ambiente de Control Interno (IESCI), sobre estas cinco Instituciones que se encuentran publicados en la intranet de la SIGEN, y que se vinculan directamente con los derechos de los pacientes consagrados en la Ley 26.529 y sus modificatorias.

Luego, presentaré el producto de las entrevistas realizadas a los auditores internos y autoridades de la Sindicatura Jurisdiccional de Salud, sobre las buenas prácticas que se están implementando para efectuar un control de cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, en base a un cuestionario diseñado a tal efecto y que se adjunta a la presente en el Anexo I.

7.1. Relevamiento del estado actual del control de cumplimiento de la Ley 26.529.

7.1.1. Hallazgos en el IESCI del Hospital Posadas

La SIGEN en su Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno⁴, de fecha 18/12/2020 remarca para el Hospital Profesor Alejandro Posadas los siguientes hallazgos, que impactan directamente en los derechos de los pacientes, a saber:

- a) *Insuficiencia de oferta de turnos en distintas especialidades para responder a la demanda asistencial;*
- b) *Carencia e inadecuado resguardo de equipos e insumos médicos;*
- c) *Insuficiencia de personal médico y administrativo en diferentes especialidades;*
- d) *Falta de implementación del Sistema Integral de Gestión Hospitalaria (SIGHAP), el cual comprende aspectos tales como la Historia Clínica Electrónica, el Sistema de Agendas Médicas, los llamadores digitales en*

4 IF-2020-88440404-APN-GCSS#SIGEN



las Salas de Espera, las terminales de Autogestión y Admisión de pacientes y, el mapa de camas ocupadas por la internación, entre otros servicios”.

- e) *“Espacios reducidos, deficiencias edilicias en distintos sectores del Nosocomio, inadecuadas condiciones de seguridad e higiene y, faltante de consultorios para la atención de pacientes;*

7.1.2. Hallazgos en el IESCI del Hospital Sommer

La SIGEN en su último Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno⁵, suscripto el 26/01/2021 destaca, entre otros los siguientes hallazgos:

- a) *“Las historias clínicas no contienen toda la información del acontecer del paciente en forma secuencial, con los pasos seguidos cronológicamente, y las acciones realizadas por los profesionales y auxiliares, con sus firmas y aclaraciones en todas las hojas. Asimismo, algunas de ellas se encuentran incompletas o falta el consentimiento médico informado, lo cual genera un alto riesgo de no poder contar con un elemento de prueba fundamental ante una eventual acción judicial por mala praxis.*
- b) *Las Historias Clínicas de Pacientes ambulatorios presentan deficiencias tanto en sus aspectos formales (falta de identificación en todas las hojas, caligrafía ilegible), como sustanciales (ausencia de anamnesis, etc.). Ello dificulta la correcta interpretación por parte de los otros profesionales que deben atender al paciente, sobre su estado de salud y la atención médica efectuada, además de no cumplir con los requisitos exigidos por la normativa vigente (Ley 26.529 y modificatorias).*
- c) *Ausencia de consentimiento médico informado para las prácticas de pleurocentesis y para la biopsia pleural (prácticas invasivas).*
- d) *El espacio físico destinado para la atención de pacientes ambulatorios en Consultorios Externos resulta inadecuado. Se constató que un*

5 IF-2021-06934449-APN-GCSS#SIGEN



consultorio debe ser compartido por los profesionales que realizan la consulta al paciente con el personal administrativo del sector. Lo expuesto incide negativamente en la calidad de la atención, afectando la privacidad de la consulta y exponiendo al personal administrativo al riesgo de contagios”.

7.1.3. Hallazgos en el IESCI de la Colonia Montes de Oca

El más reciente Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno⁶, destaca las siguientes observaciones que se vinculan con la aplicación concreta de la Ley de Derechos del Paciente en la Colonia Montes de Oca:

- a) *“Las Historias Clínicas se encuentran incompletas.*
- b) *El Servicio de Atención Médica no cuenta con un equipo de otoemisores acústicos para registrar la recepción del sonido a pacientes con retraso mental severo, ni un equipo de electronistagmografía, situación que impide garantizar una adecuada atención de los pacientes.*
- c) *Los médicos de guardia no tienen reemplazos cuando deben ausentarse por diferentes motivos. Esta situación genera una disminución en la oferta asistencial de la guardia, afectando directamente la calidad de la atención médica.*
- d) *Inexistencia de atención integral de los pacientes que residen en el pabellón N° 6, configurándose un incumplimiento de los requerimientos establecidos normativamente, e impactando en la atención de los usuarios”.*

7.1.4. Hallazgos en el IESCI del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur

El último Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno⁷, de fecha 02/02/2021 destaca las siguientes observaciones que se vinculan con la aplicación concreta de la Ley de Derechos del Paciente:

6 IF-2021-06936008-APN-GCSS#SIGEN

7 IF-2021-09151306-APN-GCSS#SIGEN



- a) *“Omisiones de registro en las historias clínicas de distintas actividades.*
- b) *Se constató el incumplimiento de la normativa legal vigente (Ley N° 26.529) respecto de la frecuencia de la evolución, tanto de los pacientes internados como de los ambulatorios, reflejada en las historias clínicas por parte de los profesionales intervinientes.*
- c) *Se verificó que la dotación de Enfermería asignada al Sector de Internación para Rehabilitación es insuficiente para garantizar una atención de calidad”.*

7.1.5. Hallazgos en el IESCI Hospital “Lic. Laura Bonaparte”

En el Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno⁸ elaborado por la SIGEN en fecha 30/10/2020 se remarcan las siguientes observaciones que se vinculan con la aplicación concreta de la Ley de Derechos del Paciente:

- a) *“Se observó que algunas historias clínicas presentan una precaria semiología toxicológica en referencia a los registros sobre antecedentes de consumo, consumo actual, frecuencia, vías, dosis, otras asociaciones. Esta situación dificulta el conocimiento del patrón actual del consumo del paciente, como así también el estudio estadístico y epidemiológico a través del tiempo.*
- b) *Falta de diagramación y previsión para cubrir las ausencias programadas y no programadas en el Departamento de Enfermería. Ello puede dar lugar a una insuficiente e inadecuada asistencia a los pacientes y al equipo de guardia médica”.*

7.2. Entrevistas

Las entrevistas fueron diseñadas a través de la aplicación *Google Forms*, que es un *software* de administración de encuestas. Se realizó en forma diferenciada, primero a los auditores de los cinco Hospitales Públicos que dependen del Ministerio de Salud de la Nación, y luego, a personal de la Sindicatura Jurisdiccional ante el Ministerio de Salud de la Nación.

8 IF-2020-73743355-APN-GCSS#SIGEN



De los cinco referentes de los Hospitales Públicos Nacionales entrevistados se dispusieron a contestar los siguientes cuatro:

- a) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas: Su Auditor Interno Titular, el Cdor. Federico Oberti
- b) Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer: Su Auditor Médico Operacional, el Dr. Guillermo Aranciva
- c) Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte: Su auditor Interno Titular, Dr. Daniel Pereira
- d) Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Dr. Juan Otimio Tesone”: Su Auditora Médica Operacional, la Dra. Paola Calabrese.

Por la Colonia Manuel Montes de Oca fueron contactados el titular de la UAI y su Auditora Médica Operacional, pero ambos manifestaron *“que no podían contestar las preguntas por considerar que se trataba de información confidencial que no podían revelar”*.

Por la Sindicatura Jurisdiccional ante el Ministerio de Salud de la Nación, respondió la Cra. Liliana Carcagno, quien se desempeñó como Sindica Jurisdiccional de Salud y Desarrollo Social desde el 27/09/2018 hasta el 31/12/2020. Actualmente se desempeña como Subgerente de Control de Organismos y Jurisdicciones del Sector Social, de la SIGEN y tiene bajo su órbita de control a la Sindicatura del Ministerio de Salud de la Nación.

Todos los entrevistados por los Hospitales Públicos Nacionales manifestaron conocer la Ley 26.529.

A la segunda pregunta, que tiene la finalidad conocer si habían incluido en algún plan anual de trabajo, una auditoría que haya tenido por objeto específico el control de cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente; dos auditores contestaron afirmativamente y los dos restantes que no.

Pero luego, en la tercera pregunta que complementa a la anterior, indagué más específicamente a fin de que indiquen cuáles habían sido los puntos de revisión de la



Ley 26.529 implementados. Y allí, ninguna de las respuestas incluyó todos los puntos de la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud.

Las respuestas, se concentraron en controles sobre historias clínicas (3), sobre consentimientos informados (3), sobre el derecho a la asistencia (2) y en derecho a información sanitaria (1) e interconsulta médica (1).

Sobre la pregunta para que indiquen cuáles fueron los principales aspectos observados, respondieron:

- a) *“Falta de evolución en la historia clínica. Falta de capacitación de los integrantes de los equipos interdisciplinarios”*. (UAI- Hospital “Lic. Laura Bonaparte”)
- b) Se remarcó que *“La Información que se le dé al paciente sea integral y con respeto hasta que sienta tranquilidad de haber entendido”*. (UAI- Hospital “Prof. A. Posadas”)
- c) *“El consentimiento informado en general está casi siempre el formulario, no siempre firmado”*. (UAI- Hospital “Baldomero Sommer”)
- d) *“Los principales aspectos observados fueron: Las omisiones de registros de atención: Diagnostico de ingreso- Objetivos de Tratamiento- Evolución del tratamiento del paciente- Resultados de Estudios diagnósticos-Interconsultas efectuadas con profesionales de otros efectores de salud- Partes quirúrgicos y anestésicos- Cumplimiento de Objetivos terapéuticos- Diagnostico al Egreso”*. (UAI- INAREPS)

Finalmente, en la última pregunta que tiene por objeto conocer la opinión de los auditores sobre cuáles serían los aspectos que deberían incluirse en un listado de verificación integral del cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente, las respuestas fueron las siguientes:



- a) *“Todos los detallados en la tercera pregunta del presente cuestionario”. (UAI- Hospital “Lic. Laura Bonaparte”)⁹*
- b) *“Los puntos detallados en la pregunta 3. Si bien no hemos incluido estos puntos, en este momento nos encontramos trabajando en un proyecto en centro obstétrico incorporando los conceptos incorporados por la nueva Ley de Parto Respetado, aprovechando que esta semana es la de parto respetado. Esos puntos considero que sería importante incorporarlos para casos de auditorías referidas a personas gestantes”. (UAI- Hospital “Prof. A. Posadas”)*
- c) *“El derecho a cumplir horarios, y al trato digno del paciente. No solo por personal médico o enfermería. Hablo del personal administrativo, etc.” (UAI- Hospital “Baldomero Sommer”)*
- d) *“Todos los puntos mencionados en el punto anterior, que son fácilmente identificables en una historia clínica”. (UAI- INAREPS)*

Por otra parte, la Sindicatura Jurisdiccional recordó haber recibido informes que abordaban el análisis y control de historias clínicas. También manifestó que desde la SIGEN, no se han desarrollado herramientas para la comprobación del cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente en forma integral.

Para terminar, respecto a cuáles serían los aspectos que deberían incluirse en un listado de verificación integral del cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente consideró que: *“A los efectos de verificar el cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente se deben incluir todos los aspectos contemplados en la norma, dado que los informes presentados oportunamente lo hicieron en forma parcial”.*

En resumen, las respuestas dan cuenta de un tratamiento parcial de la Ley, centrado fundamentalmente en el análisis de historias clínicas o consentimientos informados.

⁹ Cabe aclarar aquí, que en la tercera pregunta a la que se refiere el entrevistado se encontraban detallados los siguientes puntos de revisión: Derecho de Asistencia; Derecho a un Trato Digno y Respetuoso; Derecho a la Intimidad; Derecho a la Confidencialidad; Autonomía de la Voluntad; Información Sanitaria; Interconsulta Médica; Consentimiento Informado; Historia Clínica.



Al mismo tiempo, todos los entrevistados coinciden en la necesidad de generar informes de auditoría que abarquen en forma integral a la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Además, confirman la hipótesis planteada para este TIF, en cuanto a la ausencia de herramientas generadas por la SIGEN que les permita a los auditores realizar controles de cumplimiento de una manera integral y estandarizada de forma tal que se agilice su labor.

7.3. Lineamientos para un Control de Cumplimiento Integral

Un lineamiento es una tendencia o dirección, un consejo, una enseñanza o preceptos con que se encamina a alguien. También, en las Normas de Auditoría Interna Gubernamental¹⁰, se utiliza como sinónimo de la palabra directriz, que es una norma o conjunto de normas e instrucciones que se establecen o se tienen en cuenta al proyectar una acción o un plan. Por ejemplo, la SIGEN cuando determina los lineamientos para la elaboración de los planes anuales de las UAI los define como “*los criterios fundamentales donde se compilan los principales aspectos a tener en cuenta...*”¹¹ y más adelante aclara que estos lineamientos “*no tienen un carácter inmutable sino que cada año son revisados y modificados conforme los cambios del Organismo y el entorno*”.

Dicho esto, en el presente apartado expondré los criterios que considero, resultan fundamentales para los equipos de auditoría interna de los Hospitales Públicos Nacionales, a la hora de verificar el cumplimiento de los derechos reconocidos en la Ley de Derechos del Paciente.

Por supuesto que, cada equipo de auditoría podrá aplicar procedimientos diferentes de acuerdo al objeto que se proponga o a las características particulares de su Organismo. Así como también, considero que los lineamientos que aquí se desarrollan podrán ser utilizados –con las adaptaciones correspondientes¹²- por Organismos de

10 Aprobadas por Resolución SIGEN N° 152/92.

11 Esta definición surge del Pr 0016 Formulación y emisión de lineamientos para el planeamiento UAI y planeamiento SIGEN. Publicado en la intranet de SIGEN (<https://net.sigen.gob.ar/>)

12 De acuerdo al relevamiento efectuado en fecha 14/06/2020 en el sitio http://www.legislad.gov.ar/atlas/pacientes_provincial.html hasta ahora solo 11 Provincias adhieron completamente a la Ley Nacional 26529, a las que se suman la Provincia de Buenos Aires y Santa Fe que adhieron parcialmente.



Control de otras jurisdicciones que realicen auditorías en instituciones de salud similares a las analizadas en este TIF.

En primer lugar, comenzaré por los derechos que enumera el artículo 2° de la Ley 26.529.

Luego me detendré en dos aspectos que resultan centrales para el control y que, de acuerdo a los resultados de las entrevistas realizadas son los que habitualmente resultan objeto de auditorías, estos son; el consentimiento informado y las historias clínicas.

Finalmente, como cierre del presente apartado, expondré en el Anexo I una propuesta de instructivo de trabajo para que las Unidades de Auditoría Interna de los Hospitales Públicos Nacionales puedan evaluar de manera integral el cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud conforme a los lineamientos que a continuación se detallan.

7.3.1. Derecho a la Asistencia

Existen distintas formas o vías para verificar el grado de cumplimiento del derecho a la asistencia en los Hospitales Públicos Nacionales. Para empezar, uno de los puntos que se pueden controlar son los tiempos de demora para otorgar turnos, ya sea para consultas de primera vez o ulterior, para intervenciones quirúrgicas o para la realización de algún estudio diagnóstico en particular. Este es un dato al cual se puede tener acceso a través de un relevamiento en los sistemas de atención hospitalaria o mediante un requerimiento a las áreas involucradas en la gestión de turnos. A partir de allí, el equipo de la UAI podrá estimar la demanda insatisfecha y evaluar la oferta que proporciona el Hospital en determinadas especialidades o prácticas.

Asimismo, los equipos de las UAI pueden verificar mediante un relevamiento por muestreo de las historias clínicas cómo se han hecho las derivaciones, es decir, si consta en la historia clínica la mención del nuevo profesional, o bien, la decisión del paciente de requerir los servicios de otro profesional.

Por último, tanto en las áreas de internación como en consultorios de las distintas especialidades se pueden implementar encuestas de satisfacción o buzones de



sugerencias que tengan por finalidad verificar la percepción del paciente sobre la calidad de atención recibida.

7.3.2. Trato Digno y Respetuoso

Cabe destacar que, si bien el cumplimiento de este derecho depende en la mayoría de los casos de la actitud personal del profesional de la salud, en el ámbito de los Hospitales Públicos, los equipos de las Unidades de Auditoría Interna pueden comprobar si la Institución adopta medidas tendientes a garantizar el cumplimiento efectivo de este derecho.

Así, por ejemplo; (i) verificar si existen capacitaciones destinadas a los agentes del sistema de salud que tengan por objeto concientizar sobre los derechos de los pacientes; (ii) relevar que el estado de las instalaciones sean óptimos para garantizar una atención adecuada –limpieza, cantidad y mantenimiento de sanitarios, calefacción, ventilación, etc.- (iii) comprobar si se implementan encuestas de satisfacción a los pacientes, familiares y acompañantes.

7.3.3. Intimidad

Respecto a la intimidad, las UAI pueden relevar si los Hospitales Públicos Nacionales han efectuado directivas internas dirigidas a su personal donde se les comunique el deber de garantizar este derecho y las consecuencias de su vulneración.

Además, pueden verificar si se han tomado medidas como pueden ser; (i) la prohibición del uso de dispositivos móviles en áreas de internación para evitar que se recolecten imágenes de pacientes en estado crítico; (ii) la prohibición del uso de datos personales de los pacientes en ateneos o estudios de casos clínicos; (iii) la adecuación de espacios físicos que permitan realizar la consulta en un ámbito de privacidad.

No escapa de mi conocimiento, que en los Hospitales Públicos Nacionales no es común que se priorice la hotelería o el confort en las áreas destinadas a la internación y en muchos casos estas zonas son pabellones o salas compartidas donde difícilmente se pueda garantizar plenamente la intimidad del paciente. Sin embargo, las UAI pueden comprobar a través de las tareas detalladas anteriormente el nivel de cumplimiento de este derecho en sus Organismos.



7.3.4. Confidencialidad

Al igual que los dos derechos detallados anteriormente, para comprobar el grado en que la Institución garantiza el cumplimiento del derecho a la confidencialidad sobre los datos del paciente, los equipos de auditoría interna pueden verificar entre otras cosas las siguientes: (i) la seguridad de los sistemas de información que manejan los datos de los pacientes; (ii) si existe una política de seguridad de la información y si esta ha sido notificada a cada uno de los agentes del Hospital; (iii) el estado de conservación, resguardo y niveles de acceso a los archivos físicos y digitales que contienen datos personales de los pacientes; (iv) si existen procedimientos internos aprobados para el manejo de la información del paciente, (v) si se cuenta con un registro de incidentes, etc.

El incremento de la litigiosidad por cobro de indemnizaciones a las compañías de seguros por accidentes de tránsito o a las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo por infortunios laborales que se ha dado en los últimos años, incrementan el riesgo de vulneración de este derecho y obligan a los Hospitales Públicos a extremar las medidas para evitar que se filtren datos personales de los pacientes y a adoptar sistemas que alarmen sobre esta situación. Las Unidades de Auditoría Interna, deberán incluir en sus relevamientos tareas para evaluar el nivel de controles internos implementados.

7.3.5. Autonomía de la voluntad

Para evaluar el cumplimiento de este derecho reconocido por la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con Profesionales e Instituciones de Salud, las UAI pueden comprobar si ha habido capacitación dirigida a los profesionales de la salud tendiente a divulgar y concientizar sobre este derecho y todo lo que implica su pleno ejercicio por parte del paciente. También, pueden corroborar si existe en su Organismo una Unidad de Cuidados Paliativos y el grado de interacción que tiene este sector con las demás áreas asistenciales.

Por otra parte, pueden verificar si el Hospital cuenta con Comité de Ética para tratar los casos que puedan llegar a generar dilemas en cuanto a la negativa del paciente sobre la continuidad del tratamiento o algún otro supuesto que ponga en riesgo su vida.

Además, los equipos de las UAI pueden verificar mediante un relevamiento por muestreo de las historias clínicas, si existen constancias que acrediten el ejercicio



efectivo del derecho de la autonomía de la voluntad por parte del paciente, con la firma del médico tratante, del segundo profesional si correspondiere, y del paciente o, ante su incapacidad o imposibilidad, del familiar o representante o persona habilitada.

Por último, también puede verificarse si se implementó un registro de incidentes sobre casos de ejercicio de la autonomía de la voluntad, que sirva como indicador para evaluar la calidad de atención médica.

7.3.6. Información Sanitaria

En cuanto a la información sanitaria, he dicho al principio de esta Tesis que busca reforzar la idea del paciente como protagonista principal de su proceso de enfermedad-salud y complementa al derecho a la autonomía de la voluntad detallado anteriormente. Sin una adecuada información, el paciente no podrá ejercer plenamente su autonomía de la voluntad.

Para ello, resulta fundamental que las Unidades de Auditoría Interna comprueben si se han dictado capacitaciones destinadas a los profesionales de la salud donde se les indique la necesidad de comunicar e informar al paciente y a sus familiares en un lenguaje llano, que sea claro y desprovisto de tecnicismos de manera que se facilite su comprensión.

Por otra parte, se pueden efectuar encuestas o buzones de sugerencias que tengan por objeto evaluar la comunicación entre los profesionales de la salud y el paciente.

Finalmente, a través de un relevamiento por muestreo de historias clínicas consentimientos informados, los equipos de auditoría podrán evaluar si existen constancias que acrediten que el paciente o, ante su incapacidad o imposibilidad, algún familiar o representante o persona habilitada han sido informados o bien que han manifestado su voluntad de no recibir información.

7.3.7. Interconsulta Médica

La Ley 26.529 indica que el paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.



Los equipos de las Unidades de Auditoría Interna de los Hospitales Públicos Nacionales deberán incluir en sus planificaciones, tareas tendientes a verificar el cumplimiento efectivo de este derecho en sus Organismos.

Para ello, podrán prever tareas de relevamiento de historias clínicas de pacientes derivados a otros nosocomios y constatar si de sus registros surge acreditado el pedido de interconsulta, ya sea por el paciente o por el profesional tratante.

Como en los restantes derechos explicados anteriormente, también pueden constatar si las capacitaciones desarrolladas en el Hospital han tenido por objeto concientizar a los profesionales de la salud sobre su deber de garantizar y formalizar este derecho; si existen aprobados protocolos internos donde se detalle el procedimiento para las interconsultas y finalmente, si se efectuaron encuestas de satisfacción que den cuenta si se ha comunicado al paciente sobre la posibilidad de ejercicio de este derecho.

7.3.8. Consentimiento Informado

Los equipos de las Unidades de Auditoría Interna de los Hospitales, deberán considerar tareas de relevamiento y control que tengan por objeto verificar que los profesionales de la salud han otorgado al paciente información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de



hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;

h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

Para ello, resulta práctica la utilización de *check list* que sirven para revisar cada uno de los requisitos exigidos en la normativa de una manera ágil y ordenada. Sin embargo, ello solo no basta para evaluar de manera efectiva el cumplimiento de este derecho, ya que deberá estar complementado por otras acciones que permitan confirmar al equipo de Auditoría si en el Hospital se cumple o no de manera eficaz con la obligación del consentimiento informado.

Al principio de esta Tesis, destacué que no se debe confundir al documento que sirve de constancia del otorgamiento del consentimiento informado con el propio consentimiento informado. Y aclaré, que son dos cosas diferentes; la constancia que generalmente se hace a través de un formulario solo constituye el registro documental de un proceso más complejo donde el profesional comunica al paciente todos los aspectos vinculados al tratamiento.

En consecuencia, sería un error –que por cierto, es muy frecuente- limitar la labor de las Unidades de Auditoría Interna a un mero relevamiento de las constancias en las historias clínicas, de los formularios de consentimientos informados.

Además de ese relevamiento, podrán efectuarse entre otras las siguientes tareas: (i) verificar si se han incluido capacitaciones destinadas a los profesionales de la salud que tengan por objeto concientizar sobre la importancia del consentimiento informado y los recaudos exigidos por la Ley para su cumplimiento; (ii) constatar a través de un relevamiento por muestreo de historias clínicas que se haya cumplido con el procedimiento del consentimiento informado –no solo con la firma del formulario-; (iii) revisar si existen protocolos o procedimientos internos aprobados y debidamente



comunicados donde se prevean controles por oposición de intereses para garantizar el cumplimiento del requisito de consentimiento informado antes de la realización de alguna práctica diagnóstica o terapéutica que lo requiera; (iv) relevar si el Hospital cuenta con una Unidad de Cuidados Paliativos y si ésta tiene una interacción frecuente con las restantes áreas del Organismo; (v) relevar si se llevan registros de incidentes vinculados al otorgamiento de consentimiento informado; (vi) encuestas de satisfacción al paciente que tengan por objeto verificar su conformidad con el modo en que le fue suministrada la información.

7.3.9. Directivas Anticipadas

Con respecto a las directivas anticipadas que el paciente haya formulado, el equipo de auditoría puede controlar en primer lugar si el documento se encuentra agregado a la historia clínica, luego si este cumple con los requisitos exigidos en la normativa, es decir, si ha sido extendido por un paciente mayor de edad, con capacidad, que la declaración de voluntad no implique desarrollar prácticas eutanásicas, si fue formalizada por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia con la presencia de dos testigos y, por supuesto, que no haya sido revocada por el paciente.

Cabe subrayar que, de acuerdo al artículo 102 de la Ley de Administración Financiera y de los Sistemas de Control (24.156, 1992) la oportunidad del control que ejerce el equipo de auditoría es posterior al desarrollo de las acciones. De ahí que, en el caso de las directivas anticipadas, la Unidad de Auditoría Interna podrá controlar también si se han cumplido de acuerdo a la voluntad del paciente. Para ello, se puede realizar una tarea de relevamiento de los asientos de la historia clínica para reconstruir el proceso al que fue sometido el paciente.

Adicionalmente, el equipo de auditoría puede verificar: (i) si el Hospital ha incluido capacitación específica sobre directivas anticipadas; (ii) relevar si el Hospital cuenta con una Unidad de Cuidados Paliativos y cómo es la comunicación e interacción con las otras áreas del Organismo; (iii) relevar si se llevan registros específicos de directivas anticipadas y finalmente (iv) si existe un procedimiento o protocolo interno debidamente comunicado que rija la actuación ante directivas anticipadas.



7.3.10. Historia Clínica

La historia clínica es una herramienta esencial para la labor del equipo de auditoría, a través de su relevamiento se puede evaluar el grado de cumplimiento de los deberes y obligaciones en cabeza de los profesionales e instituciones de la salud como consecuencia del reconocimiento de los derechos explicados precedentemente.

Pero además, como indiqué al principio, la historia clínica puede ser utilizada en auditoría con distintos objetivos como pueden ser: a) evaluar la calidad de la atención hospitalaria, relevando indicadores; b) medir el riesgo del Organismo en su exposición a reclamos por mala praxis; c) relevar la procedencia de los pacientes; d) relevar las patologías y diagnósticos más frecuentes; e) evaluar las conductas médicas adoptadas en una patología determinada; f) verificar la constancia y llenado de los registros y formularios exigidos; g) evaluar el porcentaje de facturación de historias clínicas de pacientes con cobertura social; h) verificar el cumplimiento de la normativa aplicable; etc.

En un proceso que tenga por objeto el control de la historia clínica como un derecho del paciente reconocido en la Ley 26.529, los equipos de Auditoría pueden verificar tanto sus aspectos formales como los asistenciales propiamente dichos.

De esta manera, la UAI podrá relevar con la utilización de un *check list* que se cumplan con todos los requisitos exigidos en la normativa, esto es; (i) verificar que posea un número, clave o código identificador de carácter único; (ii) que consten los datos filiatorios del paciente; (iii) que sea integral: que estén todas las actuaciones y que las mismas se encuentren foliadas e identificadas; (iv) que los asientos cuenten con la fecha, hora -en los casos de pacientes en estado grave es fundamental la hora de evolución- firma y sello del profesional de la salud; (v) que las actuaciones se encuentren agregadas en un orden y secuencia cronológica; (vi) que no existan espacios en blanco o agregados interlineados, tachaduras sin salvar, (vii) que la caligrafía legible; (viii) que cuente con todos los formularios agregados y completos.

Por otra parte, las Unidades de Auditoría Interna de los Hospitales Públicos Nacionales pueden controlar si existen dentro del Organismo, procedimientos internos aprobados y debidamente notificados a sus agentes, donde se establezcan controles por



oposición de intereses y los pasos que necesariamente se deben cumplir ante eventuales requerimientos de copias de historias clínicas. Así pues, la UAI podrá relevar si existen registros de pedidos de historias clínicas y si se han cumplido los pasos establecidos en el procedimiento, podrá revisar que se haya verificado la legitimación del requirente conforme a los supuestos previstos en la normativa.

Por último, las UAI pueden verificar mediante un relevamiento ocular, el estado de conservación, guarda y archivo de las historias clínicas. En este punto resulta muy importante que las condiciones físicas de resguardo de las historias clínicas garanticen su integridad y su inviolabilidad, por lo tanto, es fundamental que exista un acceso restringido y que el espacio físico donde se depositen sea adecuado.

7.4. Propuesta de Instructivo de Trabajo

Para finalizar, expongo en el Anexo I una propuesta que he elaborado en base a lo descripto precedentemente.

En ella, se repasan todos los derechos que la Ley de Derechos del Paciente reconoce en los distintos incisos del artículo 2º, estos son; el derecho a la asistencia; derecho a obtener un trato digno y respetuoso; a la intimidad; confidencialidad; a la autonomía de la voluntad; a la información sanitaria y a la interconsulta médica. A los cuales se le suman puntos de revisión sobre el consentimiento informado, directivas anticipadas y sobre la historia clínica. De esta forma, se incluyen todos los aspectos detallados en la Ley 26.529.

Para su desarrollo, también se consideraron las respuestas dadas por auditores internos y miembros de la Sindicatura Jurisdiccional, en las entrevistas realizadas.

En suma, considero que esta propuesta se podrá implementar como Instructivo de Trabajo en las Unidades de Auditoría Interna de los Hospitales Públicos Nacionales. En otras palabras, es una herramienta para guiar y organizar las actividades de control de cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud que deben desarrollar las Unidades de Auditoría Interna de los Hospitales Públicos Nacionales. Asimismo, considero que con las adaptaciones correspondientes, estos lineamientos podrán ser utilizados también en



ESPECIALIZACIÓN en AUDITORÍA INTERNA GUBERNAMENTAL

(DECRETO 72/2018)

instituciones de las jurisdicciones provinciales, municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



8. CONCLUSIONES

Lo expuesto en el presente TIF, permite arribar a las siguientes conclusiones:

Los derechos de los pacientes reconocidos y recopilados por el legislador de la Ley 26.529 son derechos que ya se encontraban contemplados y aceptados a través de diferentes instrumentos de derecho internacional, la jurisprudencia y la legislación interna, incluso de manera implícita en la Constitución Nacional de 1853 (Artículos 19, 33).

No obstante, su reconocimiento y recopilación en una Ley Nacional contribuye a lograr una mayor operatividad y efectividad de estos derechos, además de concientizar a pacientes y profesionales de la salud sobre las consecuencias de su incumplimiento.

Esta Ley, sin dudas vino a equilibrar un poco la histórica relación asimétrica que existe entre profesionales de la salud y sus pacientes. Y, las Unidades de Auditoría Interna de los Hospitales Públicos Nacionales necesariamente deberán evaluar el efectivo cumplimiento de los derechos consagrados en ella.

Porque en definitiva, cuando se habla de Derechos del Paciente se está hablando de Derechos Humanos universalmente reconocidos. A los cuales el Estado debe garantizar y controlar su efectivo cumplimiento.

En cuanto a la situación actual del control de cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente en los Hospitales Públicos Nacionales, pude demostrar que en la actualidad no existe una herramienta que permita a las Unidades de Auditoría Interna efectuar un control integral de la Ley.

También, comprobé que el accionar de las UAI se concentra fundamentalmente en controles sobre historias clínicas o sobre el cumplimiento del consentimiento informado y no abarca de manera integral a todos los derechos que establece la Ley 26.529. En otras palabras, si bien el consentimiento informado y la historia clínica constituyen dos herramientas fundamentales para que se garantice en los Hospitales Públicos y en el resto de instituciones sanitarias, el cumplimiento de los demás derechos reconocidos al paciente, se torna necesario implementar un control integral que abarque todo el articulado de la Ley.



En resumen, considero que la propuesta que he elaborado y expongo en el Anexo I le servirá no sólo a los equipos de trabajo de las distintas Unidades de Auditoría Interna, sino que también contribuirá a las áreas de gestión de los Hospitales Nacionales, a los equipos asistenciales y a los pacientes, quienes a partir de allí podrán percibir una mejora en la calidad de atención.

Por otra parte, sin desconocer la fragmentación y segmentación que caracteriza al Sistema de Salud en la Argentina, entiendo que los lineamientos expuestos podrán ser utilizados también –con las adaptaciones correspondientes– por organismos de control pertenecientes a otras jurisdicciones, cuando tengan que realizar auditorías de cumplimiento en instituciones similares a las analizadas en este TIF.

Finalmente -como indiqué al principio del TIF- anhelo que le permita a la SIGEN, como Entidad Superior del Control Interno a nivel Nacional, coordinar y unificar criterios en relación con el control de cumplimiento de esta legislación.

Porque los derechos cuyo efectivo cumplimiento no se controla, probablemente permanezcan como letra muerta o como una mera declaración de buenas intenciones que no logra alcanzar el objetivo principal que persiguió el legislador, que fue dotar al paciente de herramientas para actuar cuando las instituciones o profesionales de la salud, por acción u omisión, afecten sus derechos.



9. BIBLIOGRAFÍA

Autores (por orden alfabético)

- Achával, A. (1983). *Responsabilidad Civil del Médico*. Abeledo Perrot, p. 233.
- Basterra, M. I. (2010). *Entre el secreto profesional, la auto-incriminación y el poder punitivo del Estado*. DFyP, p. 283.
- Bidart Campos, G. *Lo viejo y lo nuevo en el Derecho a la Salud: entre 1853 y 2003*. Revista La Ley. Vol. C (2003) p.1235 -1240
- Bonpland, V., & Bozzolo, A. (Marzo de 2018). *El Sistema de Salud Argentino*. Revista Argentina de la Administración Pública, p. 135.
- Caramelo, G. (Marzo de 2017). *Historia Clínica*.
<http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/93>
- Castiglione, M. (Marzo de 2017). *La dignidad del paciente bajo un enfoque de derechos humanos*. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-dignidad-del-paciente-bajo-un-enfoque-de-derechos-humanos>
- Colla, J. (III N° 9). *Historia Clínica*. Revista Derecho Privado, p. 45.
- Ekmekdjian, M. (1985). *El derecho a la dignidad y el orden jerárquico de los derechos individuales en los pactos internacionales de derechos económicos, sociales y culturales y de los derechos civiles y políticos, aprobados por la Ley 23.313*. El Derecho, 119-937.
- Garay, O. (2003). *Los Derechos Fundamentales de los Pacientes*. Ad-Hoc.
- Garay, O. (Octubre de 2014). *El consentimiento informado: aspectos jurídicos y bioéticos*. Revista de Responsabilidad Civil y Seguros., pp. 5 a 19.
- Garozzo, N. (Marzo de 2017). *Derecho a la información sanitaria*.
<https://salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-la-informacion-sanitaria>
- Gomez, E. (2002). *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Fundamentos.
- Gomez, E. (2013). *La angustia del médico frente a la muerte del paciente*. Cuadernos de temas grupales e institucionales, pp. 1-24.
- Lamm, E. (10 de mayo de 2016). *Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud*.
<https://salud.gob.ar/dels/entradas/consentimiento-informado-para-actos-medicos-e-investigaciones-en-salud>.



- Lamm, E. (Marzo de 2017). *Directivas médicas anticipadas*
<https://salud.gob.ar/dels/entradas/directivas-medicas-anticipadas>
- Lovo, J. (12 de Diciembre 2020). *El dilema de la última cama*. Rev. Ciencias Médicas.
<http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4562>
- Maglio, I. & Wierzba, S (2015). *El derecho ante una pandemia. Caso del Ébola*. Revista La Ley.
https://www.scba.gov.ar/leyorganica/CCyc30/pdfley/Maglio_Elderechoanteunapandemia.pdf
- Manulis, Mario Martín (2021). *La Ley de Derechos del Paciente en los Hospitales Públicos Nacionales: Lineamientos para el control de cumplimiento*.
<https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/1626>
- Medina & Nóbile. (Marzo de 2017). *Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud: Ley 26529 normativa provincial*.
<https://salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-del-paciente-en-su-relacion-con-los-profesionales-e-instituciones-de-la-salud-ley>
- Menéndez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Segundas jornadas de atención primaria de la salud, Buenos Aires. (pp. 451-464).
- Merhy, E. (2006). *Cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.
- Moreno, M. (2020). *En Emergencia: el control en medio del descontrol. Diez ideas para compartir en voz alta*. En Diego Pando (Comp.) *La Administración Pública en tiempos disruptivos*. A. A.E.A.P (pp. 241-245).
<https://clad.org/wp-content/uploads/2021/05/Libro-AAEAP-MauroSolano.pdf>
- Novo García, E. (2012). *Los nuevos derechos de los pacientes, el servicio de salud y sus conflictos actuales*. Revista Argentina de la Administración Pública (RAP 417), pp. 266-279.
- Patitó, J. (2000). *Medicina legal*. Centro Norte.
- Pombo, H. (2014). *Historia Clínica. Régimen Legal*. Centro Norte.
- Propatto, A. (2014). *Consentimiento informado y derecho a la autonomía personal*. Revista Derecho Privado. Año III., p.179.
- Sacristán, E. (2017). *El concepto de dignidad humana en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación*.
<https://www.estelasacristan.com.ar/publicaciones/El%20concepto%20de%20dignidad%20humana%20en%20la%20jurisprudencia%20de%20la%20CSJN.pdf>.
- Todarello, G. (2008). *El secreto profesional como instrumento garantizador del derecho constitucional a la intimidad*. LA LEY 2008-D, p. 569.



Wierzba, S. (Marzo de 2017). Consentimiento Informado.- 1 Información.

<https://salud.gob.ar/dels/entradas/consentimiento-informado-1-informacion>

Normativa Referenciada

Constitución de la Nación Argentina. (1994).

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

Convención Americana de Derechos Humanos (1948)

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/28152/norma.htm>

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948).

http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=1000

Ley 11.359. (18 de octubre de 1926). *Denuncia obligatoria de los enfermos de lepra.*

<http://www.sajj.gob.ar/legislacion/ley-nacional-11359-denuncia-obligatoria-enfermos-lepra.htm>

Ley 17.132. (17 de Enero de 1967). *Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas.*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/texact.htm>

Ley 20332. (10 de Mayo de 1973). *Créase el Centro Nacional de Reeducción Social.*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?jsessionid=C912993D58B72E5DF7B7865AF474C45A?id=231409>

Ley 22.964 (4 de Noviembre de 1983). *Disposiciones que se aplicarán en todo el Territorio de la República a fin de controlar la endemia de lepra en el país.*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/233084/norma.htm>

Ley 23.661 (20 de Enero de 1989). *Crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud.*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/63/texact.htm>

Ley 23.849 (22 de Octubre de 1990). *Aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño (suscripta el 20/11/89).*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>

Ley 24.156 (30 de Septiembre de 1992). *Administración financiera y de los sistemas de control del sector público nacional.*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/554/texact.htm>



Ley 26.378. (9 de Junio de 2008). *Aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006.*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

Ley 26.529. (20 de noviembre de 2009). *Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>

Ley 26.657 (25 de Noviembre de 2010). *Derecho a la protección de la salud mental.*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley 26.742. (24 de Mayo de 2012). *Modifica la Ley 26.529.*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=197859>

Ley 26.994. (08 de Octubre 2014) *Aprueba el Código Civil y Comercial de la Nación.*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm>

Decreto 1089/2012. (2012). *Reglamentación de la Ley N° 26.529*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=199296>

Resolución (SIGEN) 152/92. (17 de Octubre de 2002). *Aprueba las Normas de Auditoría Interna Gubernamental.*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79051/norma.htm>

Documentos de Sitios Web (por orden alfabético)

Hospital Bonaparte. (Octubre de 2020).

<https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte/institucional/historia>

Hospital Posadas. (Octubre de 2020).

<https://www.argentina.gob.ar/salud/hospital-nacional-posadas/acerca-del-hospital>

Hospital Sommer. (Octubre de 2020).

<https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalsonner>

INAREPS. (Octubre de 2020).

<https://www.argentina.gob.ar/salud/inareps/institucional>

Oficina Nacional de Presupuesto. (Octubre de 2020).

<https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/presutexto/proy2020/jurent/pdf/P20E909.pdf>

SIGEN. (Junio de 2020). <https://net.sigen.gob.ar>:



Hospital Posadas:

IESCI: IF-2019-104314710-APN-GCSS#SIGEN

IS: IF-2020-45817912-APN-GCSS#SIGEN

Hospital Sommer:

IESCI: IF-2021-06934449-APN-GCSS#SIGEN

IS: IF-2020-49415763-APN-GCSS#SIGEN

Hospital Bonaparte:

IESCI: IF-2020-73743355-APN-GCSS#SIGEN

IS: IF-2020-42572650-APN-GCSS#SIGEN

INAREPS:

IESCI: IF-2021-09151306-APN-GCSS#SIGEN

IS: IF-2020-40749976-APN-GCSS#SIGEN

Colonia Montes de Oca:

IESCI: IF-2021-06936008-APN-GCSS#SIGEN

IF-2020-44582780-APN-GCSS#SIGEN

Legislación de Salud de las Provincias.

http://www.legisalud.gov.ar/atlas/pacientes_provincial.html

Glosario de Términos y Abreviaturas utilizadas (por orden alfabético)

APN: Administración Pública Nacional

CN: Constitución Nacional

CENARESO: Centro Nacional de Reeducción Social

CERENIL: Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados

DNU: Decreto de Necesidad y Urgencia

GCSS: Gerencia de Control del Sector Social

IESCI: Informes de Evaluación del Ambiente de Control Interno



IF: Informe

IS: Informe de Supervisión UAI

INAREPS: Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

OPS: Organización Panamericana de la Salud

Pr: Proceso

SIGEN: Sindicatura General de la Nación

SIGHAP: Sistema Integral de Gestión Hospitalaria

UAI: Unidad/es de Auditoría Interna



10. ANEXO I

Propuesta de Instructivo

TABLA N° 1
Instructivo de Trabajo. Herramienta de control para verificar el cumplimiento de la Ley 26.529

Instructivo de Trabajo
Herramienta de Control para verificar el cumplimiento de la Ley 26.529
Objetivo: Brindar un instructivo de trabajo orientado a relevar el cumplimiento de la Ley 26.529 en los Hospitales Públicos Nacionales
Organismo a Relevar:
Responsable de Gestionar el Tema en el Hospital:



ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (SCI): Cumplimiento Ley 26.529						
ASPECTO A VERIFICAR		SI	NO	PARC	N/A	COMENTARIOS
1	Derecho a la Asistencia					
1.1	En su Hospital ¿Se realiza un seguimiento de los tiempos de demora para obtener un turno?					
1.2	En caso afirmativo, indique el tiempo promedio para:					
1.2.1	Turno de primera vez					
1.2.2	Turno ulterior (control o seguimiento)					
1.2.3	Turno para estudios o prácticas diagnósticas					
1.3	¿Se efectúan encuestas de satisfacción a los pacientes?					
1.3.1	En caso afirmativo ¿Se incluye un ítem que evalúe el grado de conformidad con los tiempos para conseguir turnos?					
1.4	¿Se efectúan registros de derivaciones en la H.C?*					



1.4.1	En tal caso ¿Consta la mención al nuevo profesional, o bien, la voluntad del paciente de ser derivado?					
2	Derecho a un Trato Digno y Respetuoso					
2.1	¿Se implementaron en el último año capacitaciones sobre los Derechos del Paciente o atención al público? Detalle.					
2.2	¿Las áreas de atención al público cuentan con sanitarios suficientes para ambos sexos?					
2.2.1	¿Los sanitarios permiten el acceso a personas con movilidad reducida?					
2.2.2	Las condiciones de limpieza y mantenimiento de las áreas destinadas al público. ¿Son adecuadas?					
2.3	¿Se evalúa la satisfacción del paciente con el trato del personal de las áreas asistenciales y administrativas?					
3	Derecho a la Intimidad					
3.1	¿Se han dispuesto medidas que restrinjan o limiten el uso de dispositivos móviles en áreas de internación?					
3.2	¿Existen procedimientos o protocolos que dispongan la prohibición y/o sancionen la divulgación de datos personales de los pacientes?					



3.3	¿Los consultorios garantizan la privacidad?				
3.4	¿Las áreas de internación garantizan la privacidad?				
4	Derecho a la Confidencialidad				
4.1	¿Existe aprobada formalmente una política de seguridad de la información?				
4.1.1	En caso afirmativo ¿Ha sido notificada a todo el personal?				
4.2	¿Cuenta el Organismo con procedimientos o protocolos para el manejo de la información del paciente?				
4.3	El acceso a los registros físicos o digitales donde constan los datos de los pacientes. ¿Cuenta con diferentes niveles de restricción?				
4.4	¿Cuentan con registros de incidentes sobre de filtraciones de datos personales de pacientes?				
4.4.1	En caso afirmativo ¿Cuántos incidentes se ha registrado en el último año?				
4.4.2	¿Se han dispuesto sanciones? Detalle				
4.5	¿Se difunde a través de cartelería u otro medio la prohibición de divulgar datos personales de los				



**ESPECIALIZACIÓN en
AUDITORÍA INTERNA
GUBERNAMENTAL**

(DECRETO 72/2018)

	pacientes?					
5	Derecho a la Información Sanitaria					
5.1	¿Se implementaron en el último año capacitaciones para mejorar la comunicación con pacientes y/o familiares?					
5.2	¿Se registra en las H.C la voluntad del paciente de no recibir información?					
5.3	¿Surge de las H.C que el paciente ha sido informado correctamente?					
5.4	¿Se realizan encuestas de satisfacción al paciente y/o familiares para evaluar la forma en que se brinda la información sanitaria?					
6	Derecho a Interconsulta Médica					
6.1	¿El Organismo cuenta con procedimientos o protocolos para interconsultas?					
6.2	En caso afirmativo. ¿Están aprobados formalmente?					
6.3	¿Se incluye en caso de realizar encuestas de satisfacción, algún ítem donde se verifique si se le informó al paciente la posibilidad de efectuar una interconsulta?					
7	Consentimiento Informado					



7.1	¿Surge de las H.C que se haya efectuado el consentimiento Informado?					
7.2	En caso afirmativo:					
7.2.1	¿Detalla el estado de salud del paciente?					
7.2.3	¿Detalla el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos?					
7.2.4	¿Identifica los beneficios esperados del procedimiento?					
7.2.5	¿Identifica los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles?					
7.2.6	¿Especifica los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto?					
7.2.7	¿Menciona las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados?					
7.2.8	En caso de que corresponda. ¿Se informa sobre el derecho al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital?					
7.2.9	En caso que corresponda. ¿Se informa el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento?					



7.3	¿Se implementaron capacitaciones sobre consentimiento informado? Detalle					
7.4	¿Existen protocolos o procedimientos internos donde se prevean controles por oposición previos a la realización de estudios o prácticas que exigen consentimiento informado por escrito?					
7.5	¿El Hospital cuenta con Unidad de Cuidados Paliativos?					
7.6	¿Se llevan registros de incidentes sobre la falta de consentimiento informado?					
8	Directivas Anticipadas					
8.1	¿Se implementaron en el último año capacitaciones sobre Directivas Anticipadas? Detalle					
8.2	¿Se llevan registros de Directivas Anticipadas?					
8.3	¿Constan en la H.C?					
8.4	¿Existe un procedimiento o protocolo interno debidamente comunicado que rijan la actuación ante directivas anticipadas? Detalle					
9	Historias Clínicas					
9.1	¿Se identifica con un número, clave o código único?					



ESPECIALIZACIÓN en AUDITORÍA INTERNA GUBERNAMENTAL

(DECRETO 72/2018)

9.2	¿Constan todos los datos filiatorios del paciente?					
9.3	¿Toda la documentación se encuentra foliada?					
9.4	¿Toda la documentación se encuentra identificada?					
9.5	¿Todas las actuaciones cuentan con fecha, hora, firma y sello del profesional? Detalle					
9.6	¿Todas las actuaciones se encuentran agregadas en un orden y secuencia cronológica?					
9.7	¿Se observan espacios en blanco o agregados interlineados y/o tachaduras sin salvar? Detalle					
9.8	¿La caligrafía es legible?					
9.9	¿Constan todos los formularios aprobados?					
9.10	¿Todos los formularios se encuentran completos?					
9.11	¿Se implementaron en el último año capacitaciones sobre Historias Clínicas? Detalle					
9.12	¿El Hospital cuenta con Comité de Historias Clínicas?					
9.12.1	En caso afirmativo ¿Se reúne periódicamente? Detalle					



ESPECIALIZACIÓN en AUDITORÍA INTERNA GUBERNAMENTAL

(DECRETO 72/2018)

9.13	¿Las H.C están archivadas en un espacio físico que garantice su integridad e inviolabilidad? Detalle					
9.14	¿Se encuentran ordenadas de manera que puedan ser encontradas fácilmente? Detalle					
9.15	¿Existe un protocolo o procedimiento interno que establezca los responsables y los controles que deberán efectuarse ante un requerimiento de copia de H.C?					
* H.C: Historia Clínica						

Fuente: Elaboración propia



ANEXO II

Pautas de Entrevistas

Preguntas para los Titulares de las UAI

a).- ¿Conoce la Ley de Derechos del Paciente (26.529)? Tache lo que no corresponda

Si - No

b).- ¿Incluyó en algún plan anual de trabajo, una auditoría que haya tenido por objeto específico el control de cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente?

Si- No

b.1) En caso afirmativo ¿Cuáles han sido los puntos de revisión implementados? (Marque con una cruz)

1.- Los Derechos del artículo 2 de la Ley:

Derecho de Asistencia

Derecho a un Trato Digno y Respetuoso

Derecho a la Intimidad

Derecho a la Confidencialidad

Autonomía de la Voluntad

Información Sanitaria

Interconsulta Médica

2.- Consentimiento Informado

3.- Historia Clínica



c).-En relación a las opciones de la respuesta b1) Indique brevemente cuáles fueron los aspectos observados.

d).- ¿Qué aspectos considera Ud. que deberían incluirse en un listado de verificación integral del cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente?

Preguntas para el Síndico Jurisdiccional / Síndica Jurisdiccional Adjunta

a).- ¿Ha recibido de parte de alguna de las UAI de su jurisdicción algún informe que haya tenido por objeto específico el control de cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente (Ley 26.529)?

Sí- No

b).- En caso afirmativo ¿Recuerda cuáles fueron los aspectos que se revisaron? (Marque con una cruz)

1.- Los Derechos del artículo 2 de la Ley:

Derecho de Asistencia

Derecho a un Trato Digno y Respetuoso

Derecho a la Intimidad

Derecho a la Confidencialidad

Autonomía de la Voluntad

Información Sanitaria

Interconsulta Médica

2.- Consentimiento Informado

3.- Historia Clínica

c).- ¿Desde la SIGEN, se han desarrollado herramientas para la comprobación del cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente?

Sí- No



d).- ¿Qué puntos considera Ud. que deberían incluirse en un listado de verificación integral del cumplimiento de la Ley de Derechos del Paciente?