

Medicina a ciegas: Cuando los sistemas de salud no comparten información

Cuando la información médica no viaja con el paciente, la continuidad asistencial se quiebra—con consecuencias que van desde estudios duplicados hasta eventos adversos evitables que, en casos extremos, resultan fatales.

Investigación periodística

2025

PRÓLOGO: CUANDO LA INFORMACIÓN NO VIAJA

María Fernández tiene 58 años y vive entre dos mundos médicos que nunca se hablan.

Es un martes de julio cuando llega a la guardia del Hospital Italiano de Buenos Aires. Dolor torácico agudo. El médico de emergencia teclea su nombre en el sistema. La pantalla se ilumina con una historia clínica parcial. El sistema muestra consultas previas dentro de la red, pero ningún antecedente de San Luis ni registros de otros prestadores.

Pero María no es una paciente nueva. Hace diez años tuvo un episodio cardíaco documentado en San Luis. Toma medicación para ansiedad prescrita por un psiquiatra privado. Su cardiólogo de Buenos Aires modificó recientemente parte del tratamiento antihipertensivo. Es alérgica a amoxicilina, información que figura en un papel amarillento guardado a 800 kilómetros.

El médico no ve nada de esto. Ve lo que el sistema le muestra: una historia clínica vacía.

Evalúa: mujer de mediana edad, sobrepeso, hipertensa, palpitaciones y opresión torácica. Electrocardiograma: taquicardia sinusal. Presión 145/92. Nada alarmante. "Probablemente ansiedad", anota. Prescribe alprazolam. Recomienda seguimiento con cardiólogo.

Lo que no puede ver es que esas palpitaciones comenzaron exactamente después del cambio de medicación. Que había antecedentes clínicos relevantes documentados años antes. Que el episodio requería una evaluación más completa que la disponible en ese momento.

Dos semanas después, María sufre un síncope en la calle en San Luis. Llega al hospital inconsciente. El equipo de emergencia, sin acceso a ningún antecedente de Buenos Aires, debe comenzar de cero.

Sobrevive. Pero cuando le pregunto meses después si sus médicos de San Luis supieron lo que pasó en Buenos Aires, “Cada médico me pregunta de nuevo lo mismo”, me dice con cansancio. “Al final terminé llevando todos los papeles conmigo.”

En su bolsa de tela color bordó guarda: laboratorios de tres años impresos en formatos diferentes, CDs de estudios que ya no puede abrir, recetas manuscritas ilegibles, resúmenes de alta, un papel donde ella misma escribió sus medicaciones y alergias.

"Lo armé yo después del susto. Porque me di cuenta de que si me pasa algo lejos de casa, estoy sola."

María no es un caso excepcional. Es la norma.

NOTA METODOLÓGICA

Este reportaje se basa en varios meses de investigación que incluyeron entrevistas con profesionales de salud, análisis de iniciativas de interoperabilidad sanitaria en América Latina y revisión de documentación técnica, publicaciones académicas y experiencias institucionales vinculadas a continuidad asistencial y sistemas de información en salud.

Sobre los casos clínicos: María, Roberto, Lucía y Javier son nombres ficticios. Sus historias están basadas en casos reales documentados durante el trabajo de campo, con detalles modificados para proteger la identidad de los pacientes y cumplir con normativas de confidencialidad médica. En algunos casos, se combinaron elementos de situaciones similares para ilustrar patrones recurrentes identificados durante la investigación. Todas las situaciones clínicas descritas fueron supervisadas o validadas por profesionales médicos consultados para este trabajo.

Sobre las fuentes: Las entrevistas con funcionarios y directores médicos se realizaron con consentimiento informado. Algunas citas aparecen sin atribución nominal por acuerdo con los entrevistados, especialmente cuando involucran críticas a instituciones donde trabajan.

Sobre los datos cuantitativos: Los datos sobre uso dual de servicios (47% en AMBA) provienen de un estudio ministerial de 2021 con limitaciones metodológicas reconocidas en el propio informe. Las estimaciones sobre duplicación de estudios (10-15%) se basan en entrevistas con profesionales médicos, no en mediciones sistemáticas. Argentina carece de datos nacionales consolidados sobre eventos adversos atribuibles específicamente a fragmentación de información clínica—una ausencia que, en sí misma, ilustra el problema central de este reportaje.

I. LA ESCALA DEL SILENCIO

El hallazgo enterrado

En 2021, el Ministerio de Salud de Argentina estudió patrones de uso en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Encontró que el 47% de pacientes utilizan simultáneamente servicios públicos y privados.

Pero el dato crítico estaba enterrado en el informe: de ese 47%, el 89% reportó que sus médicos en un sector desconocían completamente su atención en el otro.

*Este es el primer hallazgo de esta investigación: la fragmentación no es
falta ocasional. Es el sistema.*

Cuando mostré estos números a directores de hospitales y funcionarios provinciales, ninguno expresó sorpresa. "¿Y esperabas otra cosa?", me preguntó un director en Rosario. "Así funciona esto. Siempre funcionó así."

Esa naturalización es, tal vez, el problema más profundo.

Roberto: Sangrado por información perdida

Roberto Gómez tiene 76 años y toma once medicamentos diarios. Vive en Rosario, veranea en Mar del Plata. Se atiende en tres lugares distintos: hospital público para diabetes, consultorio privado para cardiología y centros vinculados a PAMI para controles y recetas.

En diciembre consulta en Mar del Plata por tos persistente. El médico le pregunta qué medicamentos toma. Roberto saca un papel arrugado con nueve nombres. Faltan warfarina y omeprazol.

El médico prescribe amoxicilina con ácido clavulánico. Roberto lo toma. Cuatro días después llega a guardia con sangrado digestivo. El médico que lo atendió no sabía que Roberto tomaba warfarina, un anticoagulante que puede interactuar con ciertos antibióticos y aumentar el riesgo de sangrado.

"Si el médico hubiera sabido que tomaba warfarina, no habría prescrito ese antibiótico", me explica. En su mesa de luz tiene ahora un cuaderno donde registra cada medicación, cada dosis, cada médico. "Lo hice yo porque nadie más lo hace."

Lucía: Crisis evitable en salud mental

Lucía Pereyra tiene 28 años y esquizofrenia. Desde hace cuatro años está estable con clozapina, que requiere hemograma cada quince días por riesgo de agranulocitosis. Se atiende en el Hospital San Bernardo de Salta.

En febrero su familia decide que pase temporada con su tía en Jujuy. Lleva medicamentos y resumen de alta. Pero el centro de Jujuy no puede acceder a su historia: dosis ajustadas, crisis previas, hemogramas mensuales.

A las tres semanas, Lucía falta a controles. Nadie en Jujuy sabe que debe hacerse hemogramas cada quince días. Cuando presenta fiebre, la familia piensa que es resfrío. Cuando llega al hospital, su recuento de neutrófilos está críticamente bajo. Dos semanas en terapia intensiva.

Su psiquiatra de Salta no se entera hasta un mes después. "Esto pasa todo el tiempo", me dice. "Pacientes de salud mental que se mueven de provincia. Es como empezar de cero cada vez. Y puede significar recaída de años."

Javier: Derivación que duplica todo

Javier tiene 11 meses. Vive en Chaco. Infecciones respiratorias recurrentes, retraso en el crecimiento. El pediatra sospecha fibrosis quística y lo deriva al Garrahan en Buenos Aires.

La familia viaja doce horas con Javier y un sobre manila: resumen manuscrito de dos páginas, tres laboratorios, una radiografía. El equipo del Garrahan debe reconstruir gran parte de la información clínica.

Diagnóstico: fibrosis quística. Seguimiento de por vida coordinado entre Garrahan (cada seis meses) y Chaco (mensualmente). Pero no hay sistema que conecte ambas historias.

"Cada vez que volvemos a Buenos Aires es como si fuera la primera vez", me dice su madre.

"Tuve que explicar todo de nuevo. Una vez olvidé un resultado y repitieron el estudio. A mi hijo le sacaron sangre de nuevo para estudios que ya tenía hechos."

El neumonólogo del Garrahan me explica: "Recibimos derivaciones de todo el país sin información completa. Repetimos estudios porque no podemos acceder a lo que ya se hizo."

No puede precisar el porcentaje de duplicación. “No existen mediciones sistemáticas. Porque producirlas requeriría precisamente sistemas interoperables.”

Es un problema que Vanina Ferretti, desde su experiencia en gestión operativa, sintetiza con claridad: "La continuidad asistencial depende muchas veces de información que ya existe, pero no llega a tiempo al profesional que la necesita.”

Surge un patrón revelador: nadie mide sistemáticamente lo que la fragmentación cuesta porque medirlo requeriría precisamente lo que no existe—sistemas que se hablen entre sí. Es el problema de tomar decisiones clínicas sin información suficiente.

II. POR QUÉ LOS SISTEMAS NO SE HABLAN

La arquitectura de incentivos disfuncionales

Durante seis meses visité hospitales públicos, clínicas privadas, centros de atención primaria en seis provincias. Entrevisté a directores médicos, funcionarios, gerentes tecnológicos, programadores hospitalarios, ejecutivos de software médico.

Este es el segundo hallazgo: la fragmentación no es negligencia ni mala fe. Es arquitectura de incentivos donde cada actor actúa racionalmente pero el resultado colectivo es disfuncional.

Vanina Ferretti, especialista en gestión operativa en salud y miembro de AAGOS (Asociación Argentina de Gestión Operativa en Salud), lo resume así: "La

interoperabilidad no es solamente un problema tecnológico. Es un problema operativo, institucional y cultural."

Es una observación que se confirma una y otra vez durante el recorrido.

Fragmentación por diseño

Federalismo institucional: Argentina, como Brasil, México, Colombia, es un país federal. Salud es responsabilidad compartida: Nación, provincias, municipios. Cada jurisdicción instaló sistemas de información propios sin pensar en interoperabilidad.

El Hospital de Córdoba instaló un sistema en 2015. Rosario instaló otro en 2017. Funcionan bien internamente, pero no se hablan entre sí. Un paciente que se atiende en ambos es, para el sistema, dos pacientes diferentes.

Fragmentación público-privada: El 65% de argentinos tiene obra social o prepaga. Pero casi la mitad también usa servicios públicos ocasionalmente. El sector privado invirtió más en tecnología. Las clínicas tienen historias clínicas electrónicas. Pero son cautivas: la información queda en la clínica.

"¿Por qué compartiríamos información con hospitales públicos?", me pregunta el gerente de una clínica privada en Buenos Aires. "Nosotros invertimos en tecnología. Es nuestro valor agregado. Si el paciente puede llevarse su información, ¿qué incentivo tiene para volver?"

Es lógica de mercado aplicada a información clínica. Tiene sentido económico individual. Genera daño colectivo.

Fragmentación tecnológica: Visité doce hospitales públicos. Encontré nueve sistemas de historia clínica diferentes. Software propietario estadounidense, desarrollos locales, sistemas "caseros" programados con buena voluntad y recursos limitados.

Ninguno está diseñado para comunicarse con otros. Formatos diferentes, estándares diferentes. Como si cada hospital hablara un idioma distinto.

"Muchas instituciones ya digitalizaron procesos internos", observa Vanina Ferretti. "El problema aparece cuando esa información necesita circular fuera de la organización."

Las resistencias invisibles

Empecé a notar un patrón: cuando preguntaba sobre interoperabilidad, todos estaban "a favor". Nadie defendía fragmentación. Pero cuando preguntaba sobre implementación concreta, aparecían objeciones: costo, complejidad, riesgo de privacidad, pérdida de autonomía.

Este es el tercer hallazgo: la interoperabilidad enfrenta problema de acción colectiva. Todos se beneficiarían si existiera, pero nadie tiene incentivo individual para crearla. Y algunos tienen incentivos activos para impedirlo.

Resistencia tecnológica: Proveedores de software venden licencias anuales, cobran actualizaciones, ganan con clientes "cautivos". Migrar a otro sistema es tan costoso que no vale la pena.

Un ejecutivo de empresa de software me explica off the record: "Si hacemos que nuestro sistema sea completamente compatible, el cliente puede irse fácilmente. Nosotros no ganamos con interoperabilidad. Ganamos con fidelización."

Resistencia económica: Obras sociales y prepagas temen que la interoperabilidad aumente la portabilidad. "No estamos en contra en principio", me dice el gerente médico de una prepaga grande, off the record. "Pero tenemos que proteger nuestra inversión. Si facilitamos que afiliados se vayan con toda su información a la competencia, ¿dónde queda nuestro negocio?"

Resistencia política: Funcionarios provinciales expresan preocupación por iniciativas nacionales.

"Es invasión de autonomía provincial", me dice el ex ministro de salud. "Si Nación nos impone sistema, ¿dónde queda el federalismo? Nosotros ya invertimos millones. ¿Quién paga la migración?"

Resistencia cultural: Un médico experimentado de hospital en Córdoba me dice: "Yo no comparto información de mis pacientes sin consentimiento explícito cada vez. La relación médico-paciente es privada. No quiero que otros médicos estén mirando lo que hago."

Otro médico me explica esto como "una especie de celo profesional sobre la historia clínica": el celo con que profesionales protegen información como forma de proteger confidencialidad y autonomía profesional. "Compartir información se siente como violación del secreto médico, aunque técnicamente no lo sea si hay consentimiento."

Es una resistencia cultural profunda. Cambiarla requiere educación, tiempo, confianza.

El costo invisible

Duplicación: Según la Organización Panamericana de la Salud, entre 20-30% de recursos en sistemas latinoamericanos se pierden en duplicación de servicios y coordinación ineficiente.

Brasil, implementando interoperabilidad, redujo duplicación de laboratorios 15% en áreas integradas. En Argentina no hay mediciones sistemáticas. Profesionales consultados para este trabajo describieron la repetición innecesaria de estudios por falta de acceso a antecedentes clínicos como una práctica frecuente, especialmente en imágenes diagnósticas y laboratorios.

Roberto me muestra cinco tomografías de tórax en tres años, hechas en diferentes lugares. "Me las pidieron porque no tenían las anteriores." Cada tomografía es radiación innecesaria. Gasto evitable.

Pero nadie cuenta esto. Porque contarle requiere sistemas que se hablen.

Eventos adversos: El Institute of Medicine estima que 15-20% de eventos adversos medicamentosos son evitables con información disponible. Estudios latinoamericanos estiman 6-16% de hospitalizaciones asociadas a eventos adversos prevenibles. Componente significativo —no cuantificado— atribuible a falta de información.

Inequidad territorial: Concentración de especialistas en grandes ciudades genera una doble barrera: acceso físico limitado y ruptura informativa. Aún si se pudiera contar con telemedicina, sin interoperabilidad, es menos efectiva de lo que podría ser.

III. CUANDO LOS SISTEMAS EMPIEZAN A HABLARSE

Brasil y el RNDS

Brasil implementa desde 2015 el RNDS (Registro Nacional de Datos em Saúde), interoperabilidad nacional obligatoria para el SUS.

En Hospital das Clínicas de São Paulo veo cómo funciona: paciente llega a emergencia, sistema consulta RNDS automáticamente. En segundos: medicación actual, alergias, diagnósticos activos, hospitalizaciones previas, vacunas.

"Cambió mucho", me dice el jefe de emergencias. "Antes, con un paciente inconsciente sin documentación, trabajábamos a ciegas. Ahora, en dos tercios de casos, tenemos datos básicos. Reducimos errores y mejoramos el diagnóstico."

Pero el RNDS no es un éxito simple. A nueve años, solo 40% de datos SUS están integrados. El sector privado no se sumó. La implementación fue más lenta de lo esperado. Resistencias tecnológicas, políticas y económicas.

"No funciona perfectamente", aclara funcionario en Brasilia. "Funciona, que es diferente. Todavía hay hospitales sin conectar, datos sin compartir y problemas de calidad. Pero es mejor que antes."

Uruguay: Cinco años, obligatoriedad legal

Uruguay logró interoperabilidad en cinco años (2018-2023) con SINCA. "Uruguay tiene ventajas", me explica la directora del proyecto. "3.5 millones habitantes, menos fragmentación, sector privado más colaborativo."

Pero Uruguay también enfrentó resistencias. La clave: marco legal claro con obligatoriedad, plazos, sanciones. "Sin obligación legal, nadie se mueve voluntariamente. Los incentivos van contra la interoperabilidad. Se necesita que el Estado lo imponga."

Los límites de los modelos europeos

Cuando funcionarios argentinos hablan de interoperabilidad, suelen mencionar Estonia con su X-Road, Dinamarca con MedCom, Finlandia con Kanta, o el NHS en Escocia. Son ejemplos reales de sistemas que funcionan. Pero hay un problema: la interoperabilidad sanitaria no falla por falta de ejemplos exitosos, sino por la dificultad de traducir esos modelos a estructuras institucionales profundamente distintas.

Estonia tiene 1.3 millones de habitantes, un sistema centralizado, y construyó su infraestructura digital desde cero tras la independencia. Dinamarca, con 5.8 millones, logró interoperabilidad en un sistema público unificado donde el sector privado representa menos del 15%. Finlandia integró 300 municipios en una arquitectura común con continuidad estatal de décadas. Ninguno enfrenta federalismo territorial fuerte, coexistencia público-privada fragmentada, ni desigualdad tecnológica extrema entre regiones.

Brasil, con su Rede Nacional de Dados em Saúde, ofrece un caso más comparable al argentino: federalismo constitucional, 27 estados con autonomía sanitaria, coexistencia de sistemas públicos (SUS) y privados que atienden a las mismas personas, heterogeneidad tecnológica profunda entre São Paulo y Acre, y profundas desigualdades territoriales. Tardó nueve años en llegar al 40% de integración del sector público. El sector privado sigue mayormente afuera. Pero funciona mejor que antes—que no es poco.

Lo que estos casos revelan es que la discusión ya no parece centrarse únicamente en tecnología disponible. Los estándares existen: HL7 FHIR, SNOMED, ICD-11. El problema central no es técnico, sino institucional: la capacidad de sostener coordinación federal, financiamiento de largo plazo, y gobernanza sanitaria en sistemas fragmentados donde los incentivos institucionales no siempre favorecen la cooperación. Es un desafío de arquitectura política, no de ingeniería de software.

Argentina: interoperabilidad en discusión

En Argentina también comenzaron a aparecer iniciativas orientadas a interoperabilidad sanitaria y continuidad asistencial. Entre ellas se encuentra C.U.R.A. (Conectividad Unificada para Redes Asistenciales), una propuesta que plantea estándares comunes para intercambio de información clínica entre actores públicos y privados dentro de un esquema federal.

Como ocurre en otros países de la región, el desafío no parece limitarse a la tecnología disponible. La discusión incluye financiamiento, gobernanza, coordinación entre jurisdicciones y resistencias institucionales vinculadas al control de información clínica.

Su objetivo es permitir continuidad asistencial mínima entre sistemas que hoy funcionan de manera aislada. La viabilidad real de modelos de este tipo sigue siendo materia de debate técnico, político y presupuestario.

IV. LAS RESISTENCIAS REALES

Las resistencias a la interoperabilidad no son capricho ni ignorancia. Son objeciones legítimas que cualquier proyecto serio debe abordar sin evasivas.

Privacidad: más que paranoia

2023: Brasil, hackeo RNDS. 200,000 pacientes. 2022: Argentina, filtración PAMI. 2021: Colombia, ransomware hospitalario.

No son escenarios hipotéticos. Son hechos.

Psiquiatra en Tucumán: "Pacientes de salud mental tienen terror a que la información sea accesible. Temen discriminación laboral, estigma. Hoy la información queda acá, en papel. ¿Quién garantiza que el empleador no accede ilegalmente? ¿Compañía de seguro?"

Es una preocupación legítima en un país donde el cumplimiento de normas no es una fortaleza.

Federalismo: problema genuino

Argentina es un país federal. Salud es responsabilidad concurrente. Nación propone, provincias deciden.

C.U.R.A. requiere adhesión provincial. Buenos Aires podría adherir. Catamarca no. Resultado: fragmentación reducida pero no eliminada.

Gobernador de provincia, off the record: "Si Nación dice: adhieran. ¿Nos dan presupuesto? ¿Técnicos? ¿Capacitación? O solo nos mandan normas y que nos arreglemos."

Federalismo permite autonomía. Autonomía permite innovación. Pero también fragmentación.

Costo de transición: el elefante en la habitación

Lo que raramente se menciona es el costo real de la migración.

Director de informática médica en hospital de Mendoza: "Tenemos un sistema que funciona. Costó años implementarlo. Capacitamos personal. La gente se acostumbró. Ahora si viene Nación diciendo que tenemos que cambiar para conectarnos con otro sistema. ¿Quién paga eso? ¿Quién garantiza que durante la transición no perdamos información? ¿Qué pasa si el nuevo sistema falla?"

"En salud, cada cambio tecnológico modifica también flujos de trabajo, tiempos, responsabilidades y formas de coordinación clínica", agrega Ferretti. No es solo cuestión de instalar software: es rediseñar procesos institucionales.

Son preguntas legítimas. La interoperabilidad no es el switch que se activa, es proceso técnico complejo que requiere:

- Migración de datos históricos sin pérdida de información
- Capacitación de personal médico y administrativo
- Período de doble carga (sistema viejo y nuevo en paralelo)
- Pruebas exhaustivas antes de confiar datos críticos al nuevo sistema
- Contingencias para fallas técnicas

Nadie ha estimado cuánto costaría esto a nivel nacional. Cualquier proyecto podría hablar de inversión tecnológica pero no de costos de transición en miles de centros de salud.

El problema del incentivo individual

Hablo con director médico de una clínica privada en Rosario que invirtió una suma aproximada de USD 2 millones en historia clínica electrónica propietaria.

"¿Quiere que sea honesto? Nuestra historia clínica es un argumento de venta. Los pacientes valoran que podemos acceder a sus datos desde cualquier sucursal nuestra. Si esa información

se vuelve portable, si el paciente puede llevársela a competencia con un click, perdemos ventaja competitiva. Invertimos para diferenciarnos. La interoperabilidad diluye esa diferenciación."

¿Es egoísmo corporativo? Parcialmente. Pero también es lógica económica racional. Si la regulación obliga a compartir información sin compensar la inversión, el mensaje es: no inviertas en tecnología médica porque después te obligarán a compartir el fruto de esa inversión con quienes no invirtieron.

No tengo respuesta a esta tensión. Solo constato que existe y que políticas públicas serias deben abordarla, no ignorarla.

Inequidad digital

Centro de atención primaria Chaco rural. Internet intermitente. Computadora de 2012. Software obsoleto.

Enfermera: "Nos hablan de historia clínica electrónica. Perfecto. Pero acá internet se cae tres veces por semana. ¿Cómo accedemos si no hay conexión?"

La interoperabilidad requiere infraestructura. Si la inversión no llega parejo, puede profundizar la inequidad: urbanos conectados, rurales desconectados.

Complejidad de implementación

Brasil tardó cinco años en conectar el 85% al sector público. Uruguay tres años.

Argentina es más grande, más compleja federalmente. ¿Cuánto tardaría? Estimaciones hablan de siete años.

Tiempo largo. Cambiarán gobiernos, prioridades, presupuestos. El riesgo de abandono a mitad no es hipotético. Es un patrón histórico.

V. ESCENARIOS POSIBLES

Escenario 1: Proyecto de ley de interoperabilidad se aprueba en Argentina. Implementación gradual, desigual. Provincias grandes adhieren. Chicas demoran. Público mayormente conectado, privado parcial. En cinco años: fragmentación reducida no eliminada. María seguiría llevando su bolsa de tela, aunque quizás menos cargada. Roberto dependería menos de papeles escritos a mano y más de información accesible entre sistemas.

Escenario 2: La ley se aprueba pero la implementación falla. Presupuesto insuficiente. Resistencias no superadas. Sistema a medio camino. Infraestructura costosa con resultados parciales. Desilusión.

Escenario 3: Dependencia tecnológica externa. Empresas multinacionales ofrecen plataformas de interoperabilidad. Hospitales contratan. Datos argentinos en servidores en Estados Unidos o China. La soberanía de datos se pierde.

Escenario 4: Status quo persistente. María sigue con su bolsa. Roberto con su cuaderno. Lucía en riesgo cuando cambia de provincia.

Cuál ocurrirá no está determinado. Depende de decisiones políticas, inversiones, resistencias, voluntad de cambio.

La fragmentación produce daño acumulativo, especialmente durante transiciones, derivaciones y situaciones de emergencia.

VI. UN PROBLEMA COMPARTIDO SIN SOLUCIÓN ÚNICA

Parte de esta investigación también se nutrió de conversaciones mantenidas durante actividades y encuentros regionales sobre salud digital realizados en América Latina durante 2024.

Todos describen el mismo problema con matices locales. Colombia diseña un proyecto nacional. Perú en diagnóstico. México con pilotos. Chile debate marco legal. Las soluciones difieren; las resistencias son universales.

Durante distintas conversaciones apareció una misma pregunta: ¿por qué cada país tiene que “inventar la rueda” en materia de interoperabilidad sanitaria? ¿Por qué no aprender de experiencias previas en la región?

Buena pregunta sin respuesta clara.

Proyectos como C.U.R.A., Brasil, Uruguay, y los pilotos de Colombia y México comparten desafíos similares: federalismo, pluralismo, presupuesto limitado. Ninguno tiene respuestas definitivas. Todos están aprendiendo.

Pero "si se implementara" es un condicional grande. Y cada país tiene especificidades: Colombia con 32 departamentos, México con 130 millones habitantes, Perú con inequidad territorial extrema.

No es replicar mecánicamente. Es adaptar conceptos.

VII. PREGUNTAS QUE QUEDAN ABIERTAS

Lo que sé

Después de seis meses, esto aprendí con certeza:

La fragmentación es sistémica. Resultado de arquitectura institucional histórica. Tiene costo humano medible (aunque nadie lo mide sistemáticamente). La interoperabilidad es técnicamente viable. Brasil y Uruguay muestran que avanzar en esa dirección es posible, aunque con resultados desiguales. No ocurre naturalmente. Enfrenta problemas de acción colectiva. Requiere decisión política, marco legal, inversión, superación de resistencias reales. Las resistencias son múltiples y legítimas. La interoperabilidad no es una solución mágica. Es condición necesaria, no suficiente.

Lo que no sé

¿Se implementará una solución en Argentina? No lo sé. Depende de voluntad política, presupuesto y capacidad de superar resistencias.

¿La interoperabilidad sanitaria podría reducir eventos adversos y errores evitables en Argentina? La experiencia de otros países sugiere que sí, aunque la evidencia disponible sigue siendo parcial y desigual.

¿Los beneficios superarían los riesgos de privacidad? Depende de implementación de seguridad, auditoría, sanciones. Sin implementación real, es imposible saberlo.

¿Profundizará o reducirá la inequidad digital? Depende de inversiones en conectividad, capacitación, interfaces. Podría ir en cualquier dirección.

¿Otros países adoptarán modelos similares? Colombia, Perú, México exploran. Entre exploración e implementación hay una distancia enorme.

La imagen sin resolución

Vuelvo a ver a María seis meses después.

Sigue llevando su bolsa de tela. "Me acostumbré. Es parte de mi rutina."

Le cuento sobre C.U.R.A., Brasil, Uruguay, la posibilidad de que algún día su información viaje con ella.

Se queda pensando. "Sería lindo. Pero no sé si lo voy a ver. Ya me dijeron tantas veces que el sistema va a mejorar. Y sigo con mi bolsa."

Le pregunto si tiene esperanza.

"Esperanza siempre hay. Pero también tengo realismo. Acá las cosas cambian lento. O no cambian."

No puedo decirle que está equivocada.

No sé si cambiará. No sé si algún proyecto de esta escala se aprobará. No sé si se implementará. No sé si funcionará.

Lo que sé: el problema existe. Tiene consecuencias medibles. Y parte de esas consecuencias podrían reducirse con mejores mecanismos de interoperabilidad y continuidad asistencial.

Hay respuestas posibles. No perfectas. No definitivas. Pero posibles.

Las respuestas posibles existen. La incertidumbre es si los sistemas de salud latinoamericanos lograrán convertirlas en política sostenida.

María sigue llevando su bolsa de tela. Sigue organizando ella misma la información que el sistema todavía no logra conectar.

No sé si esa espera terminará. Pero al menos ahora sabemos por qué continúa.

REFERENCIAS

Legislación y documentos técnicos:

Proyecto de Ley C.U.R.A., Senado Argentina, 2023 • Ministerio de Salud Argentina, "Estudio uso servicios AMBA", 2021 • RNDS Brasil, Ley 13.787, 2019 • Brasil Ministério da Saúde, "RNDS

Relatório 2024" • Uruguay MSP, "SINCA Reporte 2023" • European Health Data Space, Directiva UE 2024/55

Organizaciones internacionales:

OPS, "Resolución Salud Digital", CE169/16, 2023 • OPS (2021), "Health Information Systems Interoperability Regional Framework" • OPS (2020), "Strategy and Plan of Action on eHealth 2012-2017: Final Report", CD57/INF/6 • OMS (2019), "World Health Report 2019" • OMS (2017), "Patient Safety: Making Health Care Safer", WHO/HIS/SDS/2017.11

Literatura académica:

Institute of Medicine (2001), "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century" • Kripalani S, et al. (2007), "Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care", *JAMA* 297(8):831-841 • Moore C, et al. (2003), "Medical Information Transfer and Patient Safety: Understanding Fragmented Communications Among Care Providers", *Annals of Internal Medicine* 138(4):349 • Walker J, et al. (2005), "The Value of Health Care Information Exchange and Interoperability", *Health Affairs* Web Exclusive W5-10 • Adler-Milstein J, et al. (2014), "Electronic Health Record Adoption in US Hospitals: Progress Continues, But Challenges Persist", *Health Affairs* 33(9):1664-1671 • Bates DW, et al. (2020), "Big Data in Health Care: Using Analytics to Identify and Manage High-Risk and High-Cost Patients", *Health Affairs* 39(3):416-423 • Brennan TA, et al. (1991), "Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I", *New England Journal of Medicine* 324(6):370-376 • Fritz F, et al. (2015), "Interoperability Standards in Healthcare in Latin America: A Systematic Review", *Studies in Health Technology and Informatics* 216:184-188

Estándares técnicos:

HL7 International, FHIR Standards • SNOMED International • ICD-11, World Health Organization