

EXPEDIENTE CLINICO



ASUNCIÓN - PARAGUAY
2010



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

AUTORIDADES

DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ

Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

DR. EDGAR D. GIMÉNEZ CABALLERO

Vice Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

DRA. MARIA GRACIELA G. DE CÁCERES

Directora

Dirección General de Información Estratégica en Salud

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| MIEMBROS DEL COMITÉ NACIONAL DEL EXPEDIENTE CLINICO..... | 2 |
| 1. PRESENTACIÓN | 3 |
| 2. INTRODUCCION..... | 4 |
| 3. FUNDAMENTACIÓN..... | 4 |
| 4. OBJETIVOS DEL MANUAL..... | 5 |
| | |
| CAPITULO I | |
| ASPECTOS LEGALES DEL MANEJO DE LA INFORMACION EN SALUD..... | 6 |
| | |
| CAPITULO II | |
| ORGANIZACIÓN OPERATIVA DEL MANEJO DE LA INFORMACION DE SERVICIOS DE SALUD..... | 9 |
| | |
| CAPITULO III | |
| EXPEDIENTE CLÍNICO..... | 10 |
| | |
| CAPITULO IV | |
| CONDICIONES BASICAS DEL EXPEDIENTE CLINICO..... | 12 |
| | |
| CAPITULO V | |
| PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO..... | 15 |
| | |
| CAPITULO VI | |
| MÉTODOS Y NORMAS DE ARCHIVO | 18 |
| | |
| CAPITULO VII | |
| DISPOSICIONES GENERALES..... | 20 |
| | |
| ANEXOS..... | 21 |

MIEMBROS DEL COMITÉ NACIONAL DE EXPEDIENTE CLÍNICO

Coordinación General:

Dra. María Graciela Gamarra de Cáceres, Directora General Dirección General de Información Estratégica en Salud – DIGIES

Coordinación Ejecutiva:

Lic. Lucía Bogado R. Directora
Dirección de Bioestadística-DIGIES
Dr. Carlos A. Bello- Asesor Técnico DIGIES

Secretaría Ejecutiva

Dra. Myriam Adorno, Gineco-Obstetra
Lic. Domingo Avalos –Hospital Nacional

Asesoría Jurídica:

Abog. Filomena Rivas Arias
Asesoría Jurídica de la DIGIES
Equipo Técnico Interinstitucional Marco Legal-SINAIS

POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Dcción Gral. de Desarrollo de Servicios de Salud

Dra. Ana Bordón - Cirujana
Dr. Gustavo Ortiz- Medicina Interna

Dirección General de Programas de Salud

Dirección de Salud Reproductiva

Dr. Rubén Darío Ortiz, Gineco-Obstetra

Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Dra. Elke Strubing, Pediatra
Dra. Blanca Villalba F. Pediatra

Dirección de Salud Mental

Dra. Mirta Mendoza, Psiquiatra
Lic. Ana Frachi, Psicóloga

Unidad de Atención a la Familia

Dr. Aldo Irala, Medico Informático

IV Región Sanitaria – Guairá

Dra. Ana Cristoff, Dpto. de Adolescencia

XVII Región Sanitaria – Boquerón

Dr. Silvio Ortega, Salud Publica y Medicina Familiar

Hospital Nacional

Dra. Avelina Troche, Pediatra
Dra. Gloria Rojas, Gineco-Obstetra
Dra. Raquel Lovera, Pediatra
Dr. Luis María Bogado, Medicina Interna
Dr. José Antonio Buena, Pediatra-Neonatólogo
Dr. Rubén Balbuena, Pediatra
Dr. César I. Zorrilla, Pediatra
Lic. Domingo S. Ávalos, Biólogo

Hospital del Cáncer

Lic. María Asunción Alonso, Lic en Estadística

Hospital Barrio Obrero

Dra. María Rosa Amarilla, Medicina Interna

Hospital San Pablo

Dra. Ana Arrechea, Pediatra
Dra. Rosanna González, Gineco-Obstetra
Dra. Estela Florentín, Pediatra

Hospital de Santísima Trinidad

Dra. Nora Flores, Gineco-Obstetra
Dra. Daisy Cáceres, Pediatra

MIEMBROS REPRESENTANTES DE:

CRUZ ROJA PARAGUAYA

Prof. Dr. Carlos Vera Urdapilleta
Prof. Dra. Teresita Ferreira, Gineco-Obstetra

HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS DE LA NACIÓN

Dra. Gladys Alegre de Arguello, Pediatra

HOSPITAL DE POLICÍA:

Dr. Reinaldo Aguilera, Otorrino-Laringólogo

UNIVERSIDAD NACIONAL, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Centro Materno Infantil Del Hospital De Clínicas
Dr. Daniel Ramalho- Gineco-Obstetra

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL-IPS

Dra. Myriam Adorno, Gineco-Obstetra.

SOCIEDAD PARAGUAYA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dra. Myriam Adorno, Gineco-Obstetra

Sociedad Paraguaya de Pediatría

Dra. Ida Esquivel - Pediatra
Dra. Carmen Figueredo- Pediatra

Sociedad Paraguaya de Medicina Interna

Dra. Mirian Contini

Apoyo Técnico

Lic. Manuel Vargas, Dirección Bioestadística DIGIES
Lic. Zunilda Salinas Ricardo, Dccion. Bioest. DIGIES
Lic. María Victoria Rojas, Consultora CIRD-USAID
Lic. Úrsula M. de Mendoza, Consultora CIRD-USAID

1.- PRESENTACION

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social presenta el “**Manual de Normas y Procedimientos del Expediente Clínico (EC)** que ha sido formulado en el marco del diseño e implementación del Sub Sistema de Información de los Servicios de Salud, componente del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

Este Manual es un instrumento de aplicación, dirigido al personal de salud y administrativo actuante involucrado en el área de atención de usuarios en todos los Establecimientos de Salud públicos y privados de toda la República. En él se incluyen los conceptos básicos, objetivos, finalidades, las funciones de los responsables de la gestión y preservación de los instrumentos de recolección de datos de los eventos de la atención.

La Dirección General de Información Estratégica en Salud – DIGIES, a través de la Dirección de Bioestadística, en forma conjunta con el Comité Técnico Nacional del Expediente Clínico, conformado por Médicos, Abogados, Enfermeras, profesionales de estadísticas e Informática, han elaborado y diseñado los instrumentos de recolección de datos que forman parte del Expediente Clínico, como así mismo las normas y procedimientos que regirán su implementación. Por lo tanto el documento es el resultado de numerosas reuniones de trabajo realizadas para el análisis de las variables a ser incluidas en cada uno de los formularios, como en su validación. En cada jornada de trabajo se ha contado con la participación de funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), del Instituto de Previsión Social (IPS), de la Sanidad Militar, de la Sanidad Policial, de la Cruz Roja Paraguaya, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM - UNA) y de las Sociedades Científicas; y ellos mismos han colaborado activamente en la implementación, de pruebas piloto en más de cuarenta establecimientos de salud seleccionados en forma aleatoria donde fueron captados valiosos aportes.

La colaboración eficiente y oportuna del profesional interviniente y personal administrativo de cada establecimiento de salud, en el cumplimiento de los lineamientos plasmados en este manual, se traducirá en el logro de los objetivos de la gestión de servicios de salud de los establecimientos sanitarios del país.

El MSPyBS en el cumplimiento de lo establecido en la Ley 1032/96 que propone la conformación del Sistema de Información en Salud, en el ejercicio de su rol rector sectorial en la República del Paraguay, pone a disposición y reglamenta el uso de esta herramienta para mejoramiento de la calidad de la gestión de información en salud.

Dra. Esperanza Martínez
Ministra de Salud

2.- INTRODUCCIÓN

El Expediente Clínico (EC) es el conjunto de documentos médico-legales, que abarca el ciclo de vida del usuario a través de sus sucesivos contactos con el Sistema de Salud. Está conformado por la Ficha Clínica, la Historia Clínica y los Anexos, forma parte del Subsistema de Información de los Servicios de Salud (SSISS). Sus componentes están orientados a recoger datos del usuario en cualquiera de los niveles de atención de la Red Integrada de los Servicios de Salud (RISS).

En este Manual se incluyen la organización de los componentes del EC, las definiciones, las condiciones básicas, los procedimientos para el manejo y control de cada uno de los instrumentos de recolección de datos, el método de archivo, así como el período y condiciones de conservación. Está dirigido al personal directivo y operativo que, conforme a la estructura de funcionamiento del establecimiento de salud, está involucrado en los procesos de planificación, dirección, ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación en la prestación de servicios.

Los instrumentos de registro de datos, que conforman el EC, cuales son: la Ficha Clínica y la Historia Clínica con sus anexos, cuentan con sus propios instructivos que establecen las reglas para su manejo.

3.- FUNDAMENTACION

El sistema de información sanitaria en uso en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el cual incorporó la informática desde el año 1992, presenta debilidades y carece de normas de procedimientos estandarizados, no está establecido un sistema de delegación de funciones en el proceso de gestión de datos, los recursos humanos están poco entrenados y el seguimiento a los procesos es deficitario.

Ante la necesidad de responder a los distintos requerimientos de información, en las dependencias del MSPyBS y en los establecimientos de salud de los demás organismos componentes del Sistema Nacional de Salud, se generan datos de manera segmentada. Esto impide contar con información integral e integrada útil para toma de decisiones basadas en evidencias.

Para la resolución de este problema, en el año 2006, con el ingreso de Paraguay a la Red Métrica de Salud, se adelantaron procedimientos de diagnóstico y un plan estratégico, que permitieron diseñar y desarrollar un nuevo Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)¹; uno de sus componentes constituye el Subsistema de Información de los Servicios de Salud, (SSISS), y para su implementación se requiere disponer de reglamentación clara y precisa que oriente al personal operativo, acerca de cómo gestionar los datos y la información resultante de la prestación de servicios de salud.

La aplicación y uso de este Manual permitirá mejorar la calidad de los datos plasmados en los instrumentos de recolección, los cuales son **la Ficha Clínica, la Historia Clínica y sus Anexos**, unificar y garantizar los registros de atención proporcionados en los establecimientos de salud de distintos niveles de complejidad, dar respuesta a la necesidad de conocer la prestación de servicios asistenciales y disponer de información consolidada y segura que defina el perfil sanitario del País.

¹ En los Anexos de este Manual se incluye un cuadro con los subsistemas componentes del SINAIS

5.- OBJETIVOS del MANUAL

OBJETIVO GENERAL

Establecer las normas y procedimientos para la integración, ordenamiento, uso y archivo del Expediente Clínico (EC), en el marco del desarrollo del Subsistema de Información de los Servicios de Salud (SSISS), del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- § Normar la elaboración obligatoria del EC con sus documentos componentes, en todos los establecimientos de salud del país, tanto públicos como privados.
- § Sistematizar el uso de instrumentos estandarizados de recolección de datos del EC, su archivo y conservación.
- § Orientar la aplicación y uso de Expediente Clínico respetando los principios de confidencialidad y la responsabilidad en la custodia y conservación del mismo.-
- § Promover la cultura de la calidad de la información en salud.

CAPITULO I

ASPECTOS LEGALES DEL MANEJO DE LA INFORMACION EN SALUD

A continuación se hace mención a los principales documentos legales y reglamentarios que guardan relación con el contenido de este Manual

CONSTITUCIÓN NACIONAL

Artículo 4 - DEL DERECHO A LA VIDA

El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción. Queda abolida la pena de muerte. Toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y psíquica, así como en su honor y en su reputación. La ley reglamentará la libertad de las personas para disponer de su propio cuerpo, sólo con fines científicos o médicos.

Artículo 28 - DEL DERECHO A INFORMARSE

Se reconoce el derecho de las personas a recibir información veraz, responsable y ecuánime. Las fuentes públicas de información son libres para todos. La ley regulará las modalidades, plazos y sanciones correspondientes a las mismas, a fin de que este derecho sea efectivo. Toda persona afectada por la difusión de una información falsa, distorsionada o ambigua tiene derecho a exigir su rectificación o su aclaración por el mismo medio y en las mismas condiciones que haya sido divulgada, sin perjuicio de los demás derechos compensatorios.

Artículo 68 - DEL DERECHO A LA SALUD

El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.

Artículo 33. DEL DERECHO A LA INTIMIDAD / Artículo 135. DEL HABEAS DATA

Ley Nº 836/80 - CÓDIGO SANITARIO.

Libro I, Título III, Capítulo III

Artículo 143. el Ministerio tendrá a su cargo la recolección, procesamiento, análisis y publicación anual de las Estadísticas Vitales y Sanitarias del sector.

Artículo 144. Todas las instituciones públicas y privadas que tengan relación con la salud, están obligadas a recolectar y suministrar, periódicamente, al Ministerio, los datos que él necesita para hacer el análisis y la evaluación estadística establecida por el artículo anterior

Ley Nº 1032/1996. QUE CREA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículo 10: El Sistema debe redefinir y orientar el rol del subsistema de salud, dependiente del Estado, para que cumpla función rectora y protagónica en el marco político global bajo la conducción del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, ejerciendo eficientemente las funciones que le competen: Para ello las acciones básicas a implementar son: Inciso "d" Desarrollar un sistema de información para el adecuado proceso de decisiones, para el monitoreo, supervisión y control de las acciones políticas, de planes y programas administrativos y operativos que se realizan

Ley Nº 1626/2000 DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

Artículo- 57 De las obligaciones de los funcionarios públicos. Inc. F) Guardar el secreto profesional en los asuntos que revistan carácter reservados en virtud de la Ley, del Reglamento de su propia naturaleza, o por instrucciones especiales

Ley Nº 1682/2001 -Que reglamenta la Información de carácter privado Arts. 3º, 4º y 8º

Ley Nº 1969/2002 – Que modifica, amplía y deroga varios artículos de la Ley Nº 1.682/2001 "Que reglamenta la Información de carácter privado" (regula no sólo la información de carácter privado sino también la pública).

Ley Nº 904/1981 DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS:

Esta ley tiene por objeto la preservación social y cultural de las comunidades indígenas, la defensa de su patrimonio y sus tradiciones, el mejoramiento de sus condiciones económicas, su efectiva participación en el proceso de desarrollo nacional y su acceso a un régimen jurídico que les garantice la propiedad de la tierra y otros recursos productivos en igualdad de derechos con los demás ciudadanos.

Artículo 2º. - A los efectos de esta Ley se entenderá como comunidad indígena a grupo de familias extensas, clan o grupo de clanes, con cultura y un sistema de autoridad propios que habla una lengua autóctona y conviva en su hábitat común. Se entenderá por parcialidad el conjunto de dos o más comunidades con las mismas características, que se identifica a sí mismo bajo una misma documentación.

Artículo 3º. - El respeto a los modos de organización tradicional no obstará a que en forma voluntaria y ejerciendo su derecho a la autodeterminación, las comunidades indígenas adopten otras formas de organización establecidas por las leyes que permitan su incorporación a la sociedad nacional.

Acuerdo Nº 07/1998 DEL MERCOSUR. SISTEMAS DE INFORMACION EN SALUD

Decreto Nº 21.376/98 POR LA CUAL SE ESTABLECE LA NUEVA ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

Artículo 5º Salud Pública como institución se constituye en el ente rector de la política sanitaria nacional, y como tal tiene la responsabilidad de apoyar la conducción del Sistema Nacional de Salud, en base a una sólida capacidad normativa, de planificación y de decisión, que le posibilite identificar prioridades, controlar la gestión pública y privada en salud, promover recursos humanos capacitados y tecnología apropiada según niveles de atención, asegurar una financiación adecuada, garantizar el acceso universal a los servicios de salud, formalizar la participación intersectorial, regional y local, armonizar las políticas gubernamentales en la lucha contra la pobreza, la enfermedad y la inequidad, con miras a lograr la salud para todos como centro eje del desarrollo humano y sostenible

Artículo 9º Diseñar y conducir el sistema de información sanitaria, que permita vigilar activamente la situación sanitaria del país, evaluar el desempeño de los programas y los servicios, así como el impacto de la política de salud y del ambiente humano.-

Decreto Nº 14.602/01 Artículo 1º Dispónese la vigencia en la Republica del Paraguay de las disposiciones aprobadas por el Grupo Mercado Común del Sur (MERCOSUR), relativas a prestación de Servicios de Salud entre los Estados partes del MERCOSUR

Res. GMC Nº 21/00 Glosario de Términos Comunes en los Servicios de Salud del MERCOSUR S.G.T Nº11.-

Res. GMC Nº 73/00, Lista de Especialidades Medicas Comunes en el MERCOSUR S.G.T Nº 11.-

Resolución MSPyBS S.G. Nº 401 11/07/00 Por la cual se constituye una Comisión para el rediseño del Sistema Nacional de Información en Salud.

Resolución MSPyBS S.G. Nº 764 12/09/05 Por la cual se modifican los Arts 2º y 3º de la Resolución S.G. Nº 401/00 por la cual se constituye la Comisión para el rediseño del Sistema Nacional de Información en Salud.

ART. 3º. Establecer como función de la Comisión: rediseñar el sistema de información vigente desarrollando un sistema moderno y actualizado que permita la disponibilidad de información confiable, oportuna y ágil, para satisfacer las necesidades actuales de monitoreo de la situación de salud y sus tendencias, de identificación de inequidades, brechas o exclusión social, identificación de necesidades, evaluación de impacto de las políticas e intervenciones a fin de facilitar la toma de decisiones.

Resolución MSPyBS S.G. Nº 478 21/06/06 Por la cual se conforma el equipo técnico interinstitucional para el fortalecimiento del Sistema de Información en Salud.

ART. 1º. Crear el equipo técnico interinstitucional para el fortalecimiento del desempeño del sistema de información en salud (SIS)

ART. 3º. Establecer como funciones del equipo técnico nacional: 1) identificar y documentar procesos claves y lecciones aprendidas de los SIS de países de la región con experiencias

exitosas. ej.: México, Brasil y otros; 2) llevar a cabo una evaluación diagnóstica del SIS en un marco de trabajo estandarizado y evidencias que apoyen la selección de estrategias y soluciones apropiadas que permitan superar elementos críticos en los SIS. 3) aplicar un marco de referencia, instrumentos y procesos de evaluación sistemática de los SIS así como, difundir y promover el uso del marco de referencia e instrumentos estandarizados para el proceso de fortalecimiento de los SIS, de manera que permita la toma de decisión y orientación de las acciones en base a una evidencia; 4) entregar los productos finales e intermedios del proceso, incluyendo documentos, instrumentos adaptados al contexto nacional y base de datos que se hayan generado; 5) elaborar una propuesta de plan estratégico del desarrollo del SIS.

Resolución MSPyBS S.G. N° 181 27/03/07 Por la cual se aprueba el Código de Ética del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y se dispone su implementación en todos los servicios de salud del MSPyBS.

Resolución S.G. N° 536 14/08/07 Por la cual se aprueba el Código de Buen Gobierno: capítulo 3°, 4° y 5°- artículos 18, 19, 20, 21, 22, 25.

Resolución MSPyBS S.G. N° 69 12/02/07 Por la cual se crea el Programa de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)

Resolución MSPyBS S.G. N° 363 05/06/08 Por la cual se aprueba el Plan Estratégico para el desarrollo del Sistema de Información en Salud.

Resolución MSPyBS S.G. N° 552 12/08/08 Por la cual se aprueba el Manual Básico de Organización funcional de las Regiones Sanitarias, Hospitales Regionales y Distritales, Centros y Puestos de Salud, dependientes del MSPyBS.

Resolución MSPyBS S.G. N° 398 05/12/08 Por la cual se crea la Dirección General de Información Estratégica en Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, se establece su relación jerárquica en la estructura institucional y se aprueba su organigrama.

ART. 1°. Crear la Dirección General de Información Estratégica en salud del MSPyBS, como unidad responsable del desarrollo del Programa Nacional del Sistema de Información en Salud (SINAIS).

ART. 3°. La Dirección de Bioestadística pasa a depender de la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES)

CAPITULO II

ORGANIZACIÓN OPERATIVA DEL MANEJO DE LA INFORMACION DE SERVICIOS DE SALUD

NIVELES²

A continuación se enuncian los niveles correspondientes a la red de servicios de salud del MSPyBS a la cual se relaciona la administración de información de todos los servicios que conforman el Sistema Nacional de Salud.

a. Nivel Nacional.

La Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES) del MSPyBS, tiene como función principal, la recolección, verificación, análisis, integración y difusión de la información generada por los Subsistemas de Información de Salud, con vista a garantizar datos de calidad y la promoción de su uso dentro del Ministerio y en los demás organismos componentes en el Sistema nacional de Salud.

Es el nivel que apoya las decisiones políticas y técnicas relacionadas con el Sistema de Información en Salud (SINAIS), en los aspectos legales, metodológicos, didácticos, operativos y financieros. En este nivel, se constituye el Comité Nacional del Expediente Clínico.

b. Nivel Regional:

La Dirección Regional del MSPyBS es la entidad responsable de la compilación, consolidación, evaluación de la calidad y cobertura de la información, análisis y transferencia de los datos provenientes de los establecimientos de salud de la Región Sanitaria a la base de datos de la DIGIES.

c. Nivel Distrital:

Los establecimientos de salud son responsables de la compilación, evaluación, análisis y transferencia de los datos provenientes de los servicios de salud del Distrito al Nivel Regional.-

d. Nivel Local:

Conformado por los Centros de Salud, Puestos de Salud y las Unidades de Salud Familiar son responsables de la compilación y transferencia de los datos de los servicios prestados al Nivel Distrital.

Todos los establecimientos públicos y privados prestadores de servicios de salud, son responsables de la recolección de datos, la consistencia del llenado y la transferencia de los mismos al Nivel correspondiente.

² Estos niveles corresponden al esquema vigente a la fecha de edición de este Manual, una vez formalizada la puesta en vigencia la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) basada en la atención primaria de la salud, la gestión de la información se adecuará a la misma.

CAPITULO III EXPEDIENTE CLÍNICO

a. Finalidades

Con la aplicación de las normas previstas en este Manual se busca:

- § Unificar y mejorar el proceso de recolección y el registro de los datos generados, en los servicios del SNS.-
- § Estandarizar los registros y eliminar la generación de sistemas de información paralelos
- § Implementar mecanismos para la disponibilidad de la información de salud.
- § Constituir una herramienta para organizar la gestión de la información
- § Contar con un documento de evidencia válida sobre lo acontecido con el paciente y las actuaciones y responsabilidades del Establecimiento de Salud y profesionales que tomaron parte en su atención.
- § Utilizar como herramienta de planificación y control de calidad asistencial
- § Constituir un registro único de las actividades asistenciales realizadas por los miembros del equipo de salud y de los recursos que emplean.
- § Aportar datos para la planificación administrativa y financiera de las Instituciones prestadoras de Salud y al mismo Sistema de Salud.
- § Proporcionar datos generales que permitan identificar en forma sencilla a cada paciente

b. Elementos componentes del Expediente Clínico (EC)

1. Carátula
2. Ficha Clínica (FC)
3. Historia Clínica (HC)
 - Anexos

1. Carátula

Es el contenedor de todos los documentos que forman parte del EC, en el mismo debe encontrarse, de manera visible e inequívoca, los datos básicos de identidad del usuario del servicio cuya información contiene el EC. El material de la Carátula debe ser resistente.

2. Ficha Clínica (FC)

Conjunto de datos personales del usuario, información del establecimiento prestador del servicio y del profesional que realizó la consulta ambulatoria.

Es el registro de la consulta del usuario en el área ambulatoria o de consulta externa. Se completa detalladamente en el primer contacto del usuario con el establecimiento de salud. Tiene por objeto asentar los datos personales, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, condición socio-económica, datos del examen físico, impresión diagnóstica, informes de estudios auxiliares, así como toda información necesaria que permita llegar a un diagnóstico y proponer un tratamiento adecuado. Es un resumen de la patología actual y a la vez son antecedentes para consultas posteriores

En la FC se registran datos referentes a:

Datos generales del establecimiento de salud

Parte I Datos del/la paciente

- Datos del padre
- Datos de la madre

Parte II Antecedentes

- | | |
|---------------------------------------|--|
| • Antecedentes socio-económicos | • Antecedentes alimentarios |
| • Esquema de Vacunación | • Desarrollo madurativo |
| • Familigrama | • Hábitos |
| • Antecedentes patológicos familiares | • Antecedentes gineco-obstétricos- urológicos |
| • Antecedentes personales | |
| • Antecedentes perinatales | |

Parte III Examen físico en el momento de la primera consulta

Parte IV Exámenes auxiliares de diagnóstico

-
- Registro de atención ambulatoria

3. Historia Clínica (HC):

“Documento médico-legal constituido por formularios estandarizados (padronizados) o no, destinado al registro de la atención prestada al paciente.”- Definición del MERCOSUR

La HC, deberá contener los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un usuario a lo largo del proceso asistencial. Incorpora además los datos de antecedentes sanitarios personales y familiares, hábitos y todo aquello vinculado con su salud biopsicosocial. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación.

Partes de Historia Clínica:

Datos generales del establecimiento de salud

Parte I Datos del/la paciente

Parte II Anamnesis

- hábitos
- causa externa de traumatismo
- factores de riesgo asociados
- antecedentes socio-económicos
- antecedentes patológico personales
- antecedentes familiares
- familigrama
- esquema de vacunación
- antecedentes gineco-obstétricos
- datos del padre
- datos de la madre
- antecedentes perinatales
- antecedentes maternos
- datos del recién nacido
- tamizaje neonatal
- promoción de la salud
- patología del/la recién nacido/a
- antecedentes alimentarios
- desarrollo madurativo

Parte III Examen Físico

- Signos vitales y datos antropométricos

Parte IV Diagnóstico y Tratamiento

Parte V Datos al Alta

- Tratamiento neonatal
- Condición de egreso
- Tipo de egreso
- Inscripción en Registro Civil
- Epicrisis

Anexos

Declaración de Consentimiento Informado
Hoja de Evolución
Hoja de Indicaciones Médicas
Gráfico de Temperatura
Registro de Enfermería
Proceso de Atención en Enfermería
Informes de Medios de Diagnóstico

Otros documentos que se irán incorporando en función a las necesidades de los servicios, previa aprobación por el Comité Nacional del Expediente Clínico, a propuesta de la DIGIES.

Aquellos documentos actualmente en uso deberán ser presentados a la DIGIES a través de la cual se presentará al Comité para su validación e inclusión como anexo del EC.

Todos estos documentos anexos, estandarizados o no, contienen datos de procedimientos realizados en el proceso de atención al usuario, en el servicio o en otros establecimientos. Estos documentos Anexos se ordenan de manera cronológica, por evento

CAPITULO IV CONDICIONES BASICAS DEL EXPEDIENTE CLINICO

a. CARACTERÍSTICAS

· **Integridad**

Toda atención brindada al usuario, en cualquier área del establecimiento de salud, debe registrarse en los formularios estandarizados para el efecto, refrendados todos con nombre y apellido, firma, número de registro profesional, sello o identificación escrita de las personas responsables.

· **Exclusividad**

Se refiere a la existencia de un EC único y específico para cada usuario en el establecimiento donde es atendido. Tiene carácter acumulativo, dependiendo de las veces que el mismo acuda a la consulta o sea internado

· **Confidencialidad**

El contenido del EC es confidencial y queda obligado a respetar esa condición todo aquél que por cualquier circunstancia tenga acceso al mismo. La violación de esta disposición se considerará falta grave para todos los efectos legales.

· **Formato Único**

Se refiere a la existencia de un instrumento estandarizado del EC para el Subsistema de Información de Servicios de Salud (SSISS) del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

b. DEL MANEJO

1. **Identificación**

A todo usuario se le habilitará un EC único, personal y exclusivo.

Para habilitar la consulta y el EC, se solicitará la Cédula de Identidad (CI) o pasaporte. Esto es un requisito obligatorio.

El número del EC es el número de la CI o del pasaporte del usuario.

Si el usuario ha accedido con anterioridad a los servicios del establecimiento, se busca sus antecedentes en Archivo y se integran estos al EC nuevo.

Los usuarios que al momento de asistir al establecimiento no cuentan con CI, podrán acreditarse de los siguientes modos:

Menores de edad: se le asignará un número transitorio de EC. Este número será el de la CI de la madre, seguido de una barra inclinada, y un número que indicará el orden de nacimiento del hijo que consulta. Ej. 1.165.263/1 para el primer hijo, luego 1.165.263/2; 1.165.263/3, para el segundo y tercer hijo respectivamente.

Adultos: se le asignará una identidad provisoria al EC que se habilite. Esta identidad estará conformada de la siguiente manera:

- a) primer nombre y primer apellido del usuario,
- b) N° de orden correlativo de números transitorios de ECs confeccionados en el establecimiento.

Miembros de Comunidades Indígenas: que no cuenten con CI, se les habilitara el EC con el número del carnet otorgado por el Instituto Nacional del Indígena (INDI). Cuando no tuviere carnet del INDI se le habilitará el EC con el número de Carnet Sanitario.

Toda numeración transitoria de EC será iniciada a partir de la fecha de implementación de este Manual y se habilitará un registro escrito o digital de números provisorios de ECs habilitados en el establecimiento.

Todos estos procedimientos transitorios de identificación serán aplicados por única vez y serán corregidos los datos en consultas posteriores cuando el usuario cuente con CI.

Los EC habilitados de modo transitorio, serán almacenados en un lugar exclusivo, dentro del Archivo. Cuando el usuario se presente con su CI se corregirá el número de su EC por el de la CI y se ubicará el EC en el archivo correspondiente.

En cada establecimiento de salud debe haber un solo EC por usuario.

La implementación del sistema informático nacional permitirá que el EC sea único e irrepetible y accesible desde cualquier servicio de la red de salud.

2. Inclusión de documentos:

Contiene toda información relacionada con el usuario, tales como: informes de métodos auxiliares de diagnóstico, procedimientos, tratamientos, indicaciones médicas, consentimiento informado y otros.- No forman parte del EC los formularios del Egreso Hospitalario, el Certificado de Nacido Vivo ni el de Defunción. Sin embargo los datos de estos formularios deben estar registrados en el EC.

3. Anotaciones

Corresponde a los profesionales de salud actuantes y al personal del Área de Registro, Admisión y Estadística del Establecimiento de Salud el llenado en los formularios oficiales habilitados. Están obligados a registrar los datos en tiempo y forma.

En caso de falta de formularios, los datos deben registrarse del mismo modo y secuencia que indican los formularios y, posteriormente deben ser llenados en ellos, apenas se disponga de los mismos.

- Deben hacerse con bolígrafo, en forma legible y en estricto orden cronológico, con la fecha y la hora del evento o procedimiento
- Deben quedar suscritas por el responsable con indicación del nombre y apellido, la firma y el registro profesional.
- En ningún caso, deberá quedar espacio entre anotaciones, ni entre éstas y la firma del responsable, evitando así el llenado posterior.
- Queda prohibido hacer anotaciones ajenas a la atención del paciente o que lesionen el principio ético del ejercicio de la profesión.
- En los casos de tachaduras y/o enmiendas en el registro de datos, las mismas deben ser salvadas con la firma del responsable del llenado.

4. Validación

Los establecimientos de salud asumen en la persona del Director o en quien éste delegue en forma expresa, la responsabilidad de controlar el llenado correcto y completo de los instrumentos de recolección de datos del EC generados en el establecimiento, antes de ser remitidos su Archivo.

Los encargados del área de Estadística en los distintos niveles, deben estar facultados, en forma expresa por nota del Director del establecimiento, para solicitar a los responsables del llenado de datos, todas las aclaraciones pertinentes tomando nota del nombre y cargo de quién hace cada aclaración

Con el fin de garantizar la calidad en el llenado y contenido de los instrumentos de recolección de datos del EC, para la corrección de errores, falta de coherencia, déficit de información con relación a las variables en los formularios oficialmente habilitados; cada establecimiento establecerá un sistema ágil de comunicación entre las instancias correspondientes.

5. Modificaciones, correcciones, tachaduras y enmiendas.

La sustitución de carpetas deterioradas, la corrección del número o de datos de identificación en el EC, es responsabilidad exclusiva del personal autorizado del Servicio de Admisión y Archivo del establecimiento para los casos de cambios de forma. En los casos de cambios de fondo, se debe contar con la autorización del Director del establecimiento.

6. Codificación

Consiste en convertir la anotación de un dato, en términos alfanuméricos o numéricos, para luego cargarlos en la base de datos correspondiente. Esta codificación debe ser hecha por personal entrenado para el efecto.

7. Custodia

El Establecimiento de Salud en la persona de su Director es responsable directo de la custodia e integridad del EC. Toda persona ajena al establecimiento con autorización para hacer uso del EC sea por interés judicial o científico, es responsable de la integridad de éste.

Es responsabilidad de los funcionarios de Archivo la custodia del EC mientras este se encuentra en el Archivo. Debe registrarse todo movimiento tanto de salida como de retorno.

Al recibirlo se debe controlar su integridad y el orden de los documentos.

8. Préstamo

Se requerirá autorización expresa de la Dirección del establecimiento de salud o autoridad judicial competente, para acceder al original, copias simples o autenticadas del EC.

- Préstamo por orden judicial: Deberá tramitarse ante la Dirección del establecimiento de salud en horario de oficina, la cual será entregada en copia foliada y certificada. En los casos de solicitud de

los originales, estos serán entregados previa realización de copias foliadas, certificadas y firmadas por el actuario que retira los originales.

En los casos de disposición expresa de Juez Competente que fundamente carácter urgente, se tomará contacto con el Director del establecimiento quien indicará el nombre y cargo del funcionario responsable para la entrega.

- **Restricción de préstamo:** Por ningún motivo, en ninguna dependencia del establecimiento, se entregará el EC al paciente o a persona no autorizada por la Dirección.

9. Referencia de paciente o pedido de informe desde otro establecimiento

En los casos de referencia de paciente, se elaborará un breve resumen de procedimientos realizados por el personal actuante, que acompañará al mismo. En los casos de solicitud de información desde otro establecimiento, acerca de pacientes atendidos, se elaborará un informe específico en respuesta a lo solicitado. El Archivo conservará constancia de ello.

10. Certificación y constancias

Los informes relacionados con el estado de salud de los pacientes serán redactados y firmados por el médico tratante y corresponde a la Dirección del establecimiento de salud su expedición.

11. Migración de ficha personal de carpeta familiar al EC

El EC se conformará a medida que los usuarios acudan al establecimiento. Se buscará su carpeta familiar y se extraerán todos los documentos que le corresponden en forma individual y se agregarán al nuevo EC que se confecciona en ese momento a medida que van acudiendo a solicitar asistencia.

A partir de esta migración los ECs deben ser archivados y manejados de acuerdo a los procedimientos establecidos en este Manual.

Las carpetas familiares permanecerán en Archivo Pasivo, de donde irán migrando las fichas e historias clínicas a los nuevos ECs que sean confeccionados.

12. Sistema informático de archivo de EC

En la medida de la incorporación de recursos informáticos en el establecimiento, se establecerán los procedimientos propios para su uso, conforme especificaciones establecidas por la DIGIES en base al Plan Director Informático.

En los establecimientos donde se incorpore la digitalización de los nuevos datos de los EC, deberá incluirse, en las carpetas del archivo físico un reporte impreso de estos nuevos datos que fueron generados y digitalizados, cuando los mismos alcancen un número a establecerse por el sistema informático.

CAPITULO V

PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

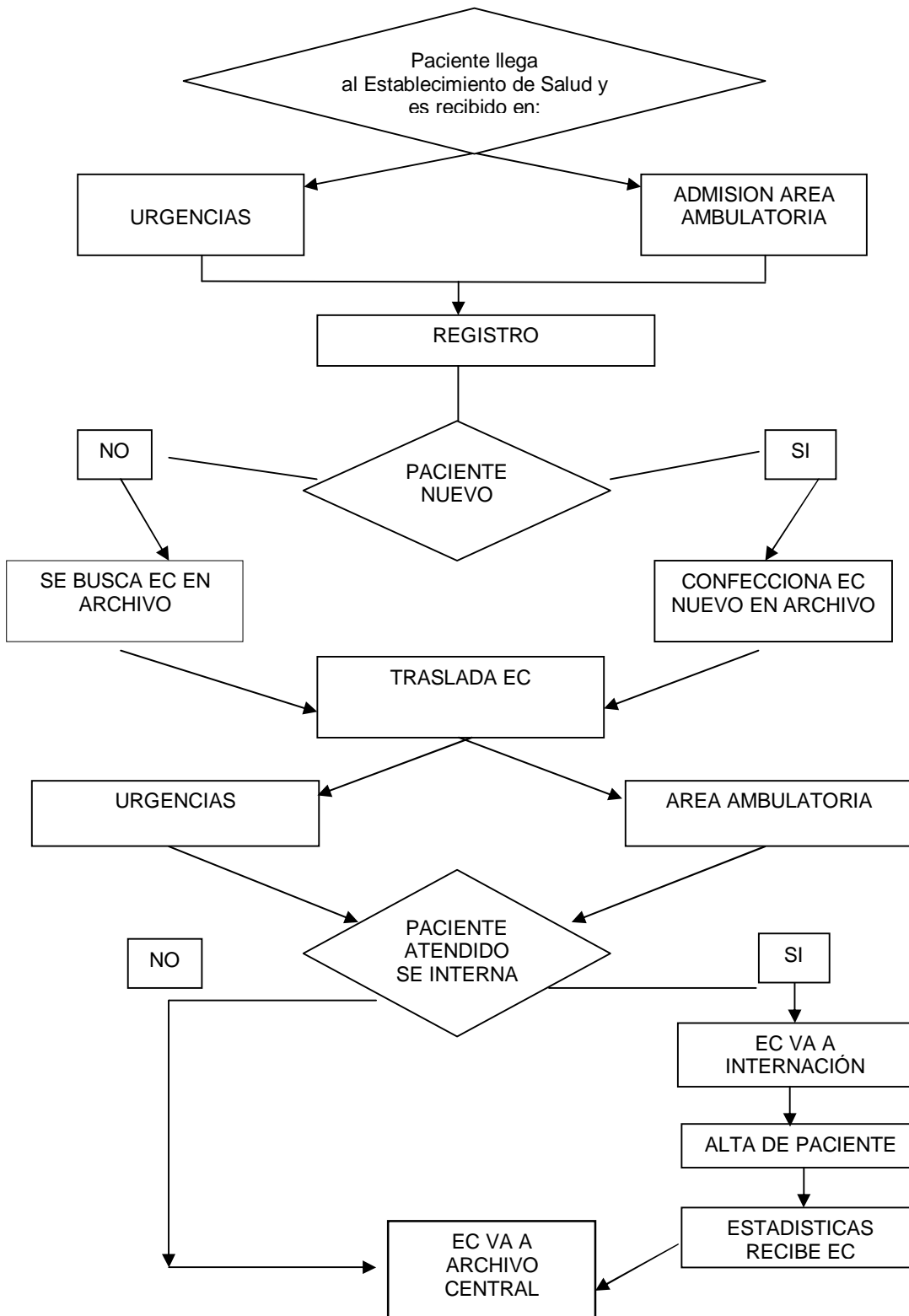
En todos los establecimientos de salud el manejo del EC presenta características similares. La creación del EC sucede en el primer contacto entre el establecimiento y el usuario que llega por primera vez al mismo. Posteriormente, el uso del EC se dará en función a las vías de acceso y necesidades de los siguientes contactos usuario-establecimiento.

En todo establecimiento de salud, conforme los servicios que presta, el acceso del usuario puede darse, orientado básicamente hacia dos vías: la admisión del consultorio ambulatorio y la urgencia. Aun en los casos de internación programada, el usuario pasa por una estas dos áreas de ingreso.

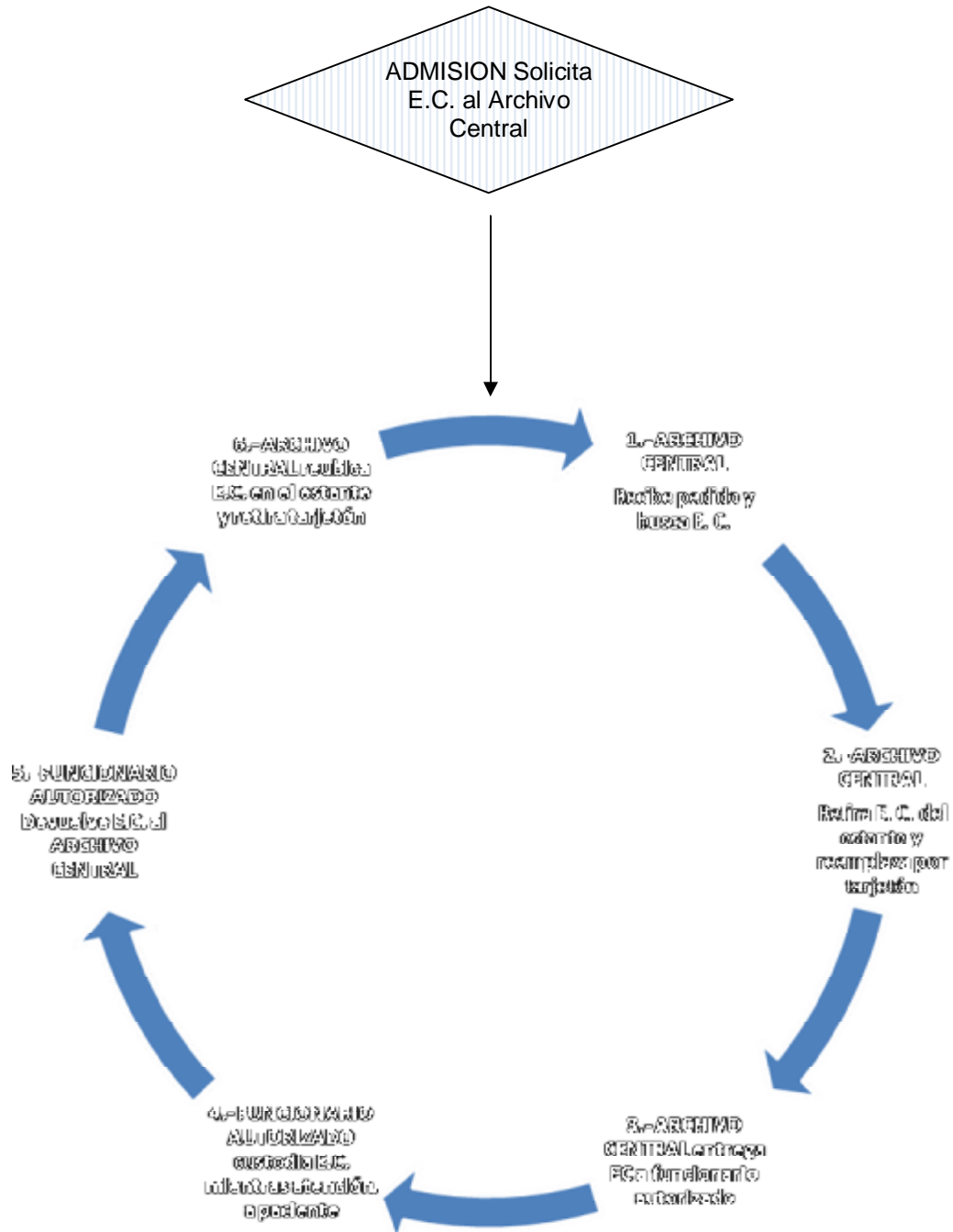
Asimismo, todos los establecimientos de salud, independientemente a su tamaño y servicios que ofrece, cuentan con un área de archivo físico o digital. Este área, además de ser custodio del EC, lo disponibiliza y rescata cada vez que es utilizado. Siendo responsabilidad del área de Archivo, el custodio del EC, el mismo debería tener conocimiento de la trayectoria o lugares por donde va pasando el EC en todas las etapas de atención al usuario.

Las variantes que puedan darse en torno al procedimiento de manejo del EC, son propias de cada establecimiento de salud, pero, en líneas generales, el gráfico siguiente expone el procedimiento típico, teniendo en cuenta las posibles vías de contacto inicial entre el usuario y el establecimiento.

REPRESENTACION GRAFICA DEL MANEJO DEL EC



RERPRESENTACION GRAFICA del PROCEDIMIENTO DEL RETIRO y RETORNO del E.C. al ARCHIVO



CAPITULO VI MÉTODOS Y NORMAS DE ARCHIVO

1. Conservación

EC Activo

El EC se considera activo cuando es utilizado de manera frecuente, se lo mantiene en el archivo activo hasta cinco (5) años después de la última consulta.

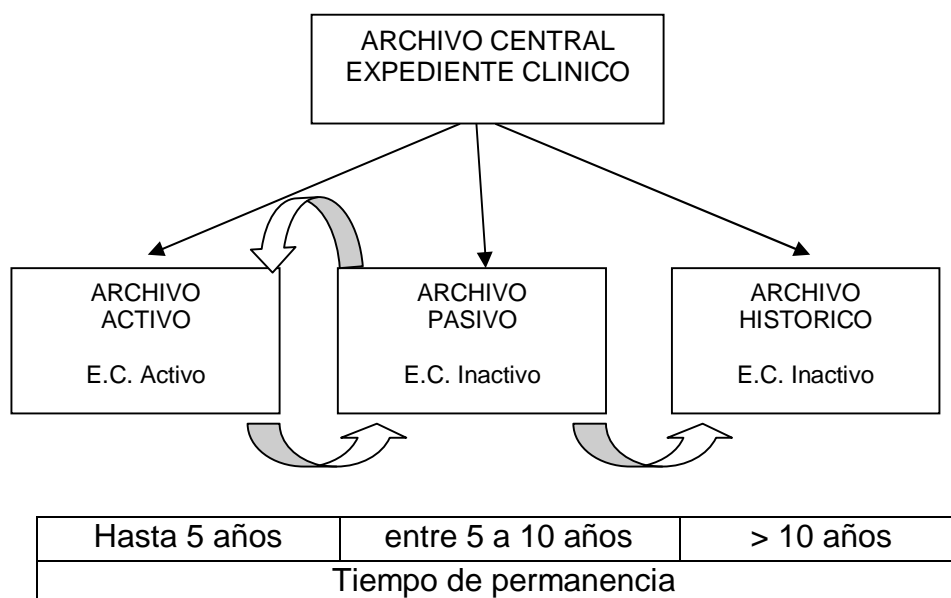
EC Pasivo

En caso de que no sea utilizado durante cinco años se considera EC inactivo y se lo traslada al archivo pasivo donde permanecerá hasta diez (10) años.

EC Histórico Luego de diez (10) años de permanecer en el archivo pasivo, el EC será retirado de los estantes, empaquetado y ubicado en el archivo histórico.

Ningún EC debe ser desechado definitivamente, salvo que los mismos sean debidamente digitalizados cumpliendo con todas las normas que garanticen su seguridad.

REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS ETAPAS DE ARCHIVO DEL EC



2. Tiempo de permanencia del EC en las diferentes áreas:

Mientras el EC este en uso en un servicio del establecimiento, su custodia será responsabilidad exclusiva de los funcionarios de ese servicio.

Una vez concluido su uso, el EC será devuelto al Archivo en los siguientes plazos:

- EC procedente de Urgencias: en 24 hs después del alta
- EC procedente de hospitalización: en 24 hs después del alta
- EC de la Consulta Externa al terminar el turno.

En cualquier otra circunstancia el plazo de devolución nunca superará el plazo de las 72 hs. previa justificación por escrito del jefe de área.

3. Características de materiales para caratula del EC

La caratula del EC es el contenedor de todos los registros de servicios proveídos al usuario, y al utilizarse en forma continua, debe ser de un material resistente y seguro conforme especificaciones establecidas por la DIGIES. Sus dimensiones son: 24 cm. de ancho y 34 cm. de alto

4. Ordenamiento y Clasificación de las Carpetas del Expediente Clínico

Se utiliza el sistema alfabético. Los EC se agrupan en estricto orden alfabético siguiendo una secuencia lógica, basada en el arreglo de los apellidos de acuerdo con el alfabeto.

Los ECs en el archivador o sistema de conservación estarán organizados de izquierda a derecha, de arriba hacia abajo.

En los archivos de gran volumen, por cada 50 ECs se colocará un separador de color diferente al de los ECs. que debe sobresalir 2 centímetros de los ECs. En este separador se marcarán las letras del abecedario de acuerdo a su ubicación en el Archivo.

Si la estructura del archivo es pequeña, este separador se ubicará en cada letra del abecedario.

5. De los estantes del Archivo:

Los estantes se ubican en forma paralela, se dividen en 5 niveles a partir de una altura de 40 centímetros del piso teniendo cada estante 40 cm. de alto de separación entre ellos. Tendrá una altura de 200 centímetros por 30 centímetros de fondo y 90 centímetros de ancho.

Los estantes no deben llegar al techo para permitir la ventilación. Deben ser abiertos para que faciliten el manejo de los EC. Pueden ser de metal o de madera con una estructura que pueda soportar el peso de la carga.

6. Reglas de clasificación

Nombres de individuos. Se consideran en el siguiente orden:

- apellido/s
- coma de separación
- nombre/s.

En los casos de apellidos de personas casadas, este apellido irá después de los apellidos de su familia.

Ejemplo: María Elena Salas Martínez de Gamarra

1- Apellido: **Salas Martínez de Gamarra**

2- Nombre: **María Elena**

Salas Martínez de Gamarra, María Elena

Es conveniente aclarar que unidad de archivo es cada palabra, nombre, letra o sigla que aparezca en el nombre de un individuo.

Deben evitarse las siglas y abreviaturas.

En todos los casos debe registrarse los nombres y apellidos conforme está escrito en la Cedula de Identidad.

7.

8. Entrega oportuna

Siendo el EC la fuente principal de datos para el Subsistema de Información de los Servicios de Salud (SSISS), su registro debe ser oportuno, resultando inaceptable su retención en cualquiera de los servicios una vez concluido su uso.

Es obligación del médico tratante, que utiliza el EC, completar los formularios correspondientes de manera inmediata al término de la consulta o el alta del paciente, para su correspondiente envío a Estadísticas, en forma inmediata o dentro del plazo máximo de 24 horas

CAPITULO VII

DISPOSICIONES GENERALES

La violación a las normas contenidas en este Manual de Normas y Procedimientos generará las sanciones administrativas previstas en el ordenamiento interno institucional, sin perjuicio de aquellas que pudieren corresponder, conforme al ordenamiento civil y penal.

ANEXOS

ABREVIATURAS:

| | |
|------------|--|
| CI | Cedula de Identidad |
| EC | Expediente Clínico |
| DG | Dirección General |
| DIGIES | Dirección General de Información estratégica en Salud |
| FFAA | Fuerzas Armadas |
| FC | Ficha Clínica |
| HC | Historia Clínica |
| IPS | Instituto de Previsión Social |
| OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud |
| MSPyBS | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social |
| MSIS | Mejoramiento del Sistema de Información en Salud |
| USAID | Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos |
| RISS | Red Integrada de Servicios de Salud |
| SG | Secretaría General |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| SINAIS | Sistema Nacional de Información en Salud |
| SI | Sistema de Información |
| SSI | Subsistema de Información |
| SSISS | Subsistema de Información de Servicios de Salud |
| POA | Plan Operativo Anual |
| PDI | Plan Director de Informática |
| RISS | Red Integrada de los Servicios de Salud |
| UNA | Universidad Nacional |
| USF / UASF | Unidad de Salud Familiar / Unidad de Atención a la Salud Familiar |

DEFINICIONES:

Expediente Clínico: (EC) conjunto de documentos médico-legales, escritos, digitales, gráficos, de imágenes que le corresponde a un paciente – usuario. Abarca todo el ciclo de vida del paciente a través de los servicios prestados en sucesivos encuentros con el Sistema de Salud. En el EC, el personal de salud, asienta los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a sus intervenciones.

Contiene los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente/usuario a lo largo del proceso asistencial. Incorpora además los datos de antecedentes personales y familiares, hábitos y todo aquello vinculado con la salud biopsicosocial del paciente-usuario. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación.

Es el documento médico-legal constituido por formularios estandarizados (padronizados) o no, destinado al registro de la atención prestada al paciente. **(MERCOSUR)**

Historia Clínica: Conjunto de documentos médicos-legales constituidos por formularios estandarizados aprobados por el Comité Técnico Nacional del EC. Está destinado al registro de la atención prestada durante el proceso de internación del paciente.

Ficha Clínica: Conjunto de datos personales del usuario-paciente, información del establecimiento prestador del servicio, profesional que realizó la consulta y de datos del paciente- usuario en la consulta ambulatoria.

Consentimiento informado del paciente: documento donde el paciente o el familiar más cercano jurídicamente responsable, tutor o curador manifiesta que fue debidamente informado por el médico tratante y firma su reconocimiento sobre la situación de salud y/o enfermedad, así como los posibles tratamientos, beneficios y riesgos de cada uno, probables complicaciones, mortalidad y secuelas y acepta en forma voluntaria recibir el tratamiento médico/quirúrgico y/o procedimientos necesarios.-

Establecimiento de Salud: nombre genérico dado a cualquier local o ámbito físico destinado a la prestación de asistencia sanitaria a la población en régimen de internación y/o no internación, cualquiera que sea el nivel de categorización.(MERCOSUR).-

Establecimientos de Salud con internación: establecimiento destinado a prestar asistencia a la salud en régimen de internación, pudiendo disponer o no de atención ambulatoria. (MERCOSUR).-

Establecimientos de salud sin internación: establecimiento destinado a prestar asistencia a la salud en régimen exclusivamente ambulatorio. (MERCOSUR).-

Sistema Nacional de Salud: conjunto coordinado de instituciones y establecimientos prestadores de servicios de salud a la población, compuesto por los sectores y subsectores públicos y privados, regulado por la Ley 1.032/98.-

Archivo: Dependencia responsable del manejo, control, custodia y conservación de los E C derivados de la atención del usuario-paciente.-

Equipo de salud: Conjunto de personas responsables de la atención al usuario-paciente en un Establecimiento o Área de salud.-

Departamento de Bioestadística de la Dirección Regional: dependencia responsable de la recolección procesamiento, análisis y transferencia de los datos provenientes de los establecimientos de salud dependientes de la Región Sanitaria a la Coordinación de los Subsistemas de Información de la Dirección de Estadísticas de Salud (DES) .A su cargo está la elaboración de las estadísticas de salud de la Región Sanitaria correspondiente.-

Departamento de Estadística u Oficina de Estadística del Hospital: Es la dependencia responsable de la recolección procesamiento, análisis y transferencia de los datos provenientes de los servicios de salud del hospital a la Región Sanitaria correspondiente. A su cargo está la elaboración de las estadísticas de salud del hospital.

Departamento Estadística u Oficina de Estadística de la Unidad de Atención a la Familia (UAF): Es la dependencia responsable de la recolección procesamiento, análisis y transferencia de los datos de cada UAF al establecimiento de salud del cual depende. A su cargo está la elaboración de las estadísticas de salud de la UAF.-

Paciente-usuario: de los establecimientos de salud. (MERCOSUR) Persona que recibe atención en los establecimientos públicos o privados, en toda la República, sean éstos, de carácter preventivo, curativo o de rehabilitación.-

Paciente ambulatorio: paciente que luego de ser inscripto o matriculado en un establecimiento de salud, recibe asistencia ambulatoria o de emergencia. Es lo mismo que paciente externo. (MERCOSUR).-

Paciente hospitalizado: es la persona que ocupa una cama hospitalaria mientras recibe atenciones de diagnóstico y/o tratamiento; implica la utilización de una Historia Clínica durante el periodo de su internación.

Cama Hospitalaria

Es aquella cama instalada para uso regular de los pacientes internados u hospitalizados durante su estancia en el establecimiento y que está mantenida con regularidad por personal profesional. No debe considerarse como cama de hospital aquellas que se usan solo temporalmente con fines de diagnóstico tales como RX, fisioterapia, cama de alojamiento, cama de parto, de recuperación, camillas ubicadas en la sala de emergencias, cama de alojamiento de médicos, enfermeras y otros empleados, visitas y cunas de recién nacidos sanos.

Redes de Establecimientos de Salud: conjunto de establecimientos del sistema de salud, regionalizado y jerarquizado por niveles de complejidad, capacitado para resolver todos los problemas de salud de la población de su responsabilidad.-

Referencia: acto formal de envío de un paciente atendido en un determinado establecimiento de salud para otro de mayor complejidad. La referencia siempre debe ser hecha después de constatarse la insuficiencia de la capacidad resolutoria, según normas y mecanismos preestablecidos.(MERCOSUR).-

Contra referencia- acto formal de retorno de un paciente al establecimiento de origen (que lo ha referido) tras resolución de la causa responsable por la referencia, y siempre acompañado de las informaciones necesarias al seguimiento del mismo, en el establecimiento de origen.(MERCOSUR)

Consulta: procedimiento prestado a un paciente, por un integrante del equipo de salud con título universitario para fines de diagnóstico y/o orientación terapéutica. (MERCOSUR)

Médico tratante: profesional médico habilitado, a cuyo cargo se encuentra directamente la atención del paciente.

Asistencia Sanitaria: modalidad de actuación realizada por el equipo de salud junto a la población, en la promoción y protección de la salud. (MERCOSUR).

Interconsulta: Procedimiento mediante el cual, a petición de un médico tratante, otro médico revisa la historia clínica del paciente, explora al paciente y realiza recomendaciones sobre asistencia y tratamiento

Junta médica: es el acto que reúne al médico tratante con uno o más médicos e integrantes del equipo de salud para considerar y tomar decisiones respecto al estado clínico del paciente.

Usuario del expediente: se refiere a todo funcionario del establecimiento y/o persona ajena al mismo con autorización escrita de la Dirección del establecimiento, Autoridad competente, y/o paciente o representante legal para hacer uso de la información, cuando sea indispensable para el fin con que se solicita la información.

Sistema de Información: es el conjunto de personas, recursos físicos, recursos financieros, normas, procesos, procedimientos y datos, que funcionan articulados, que buscan facilitar y apoyar el desempeño de los funcionarios del hospital para el cumplimiento de las actividades previstas para la operación y desarrollo de la organización.

Sexo Indefinido: No se puede determinar el sexo por diferentes causas. Ejemplos: nacidos con malformaciones congénitas, siameses, hermafroditas, prematuros extremos y otros.

Rural: áreas que no se encuentran amanzanadas sin tomar en cuenta la cantidad de habitantes. Sin límite inferior de habitantes.

Urbano: definida conforme a las leyes administrativas, todas las localidades o parajes que se presentan en forma amanzanada, sin tener ninguna consideración especial. Son tales, todas las cabeceras de distritos especiales.

| Subsistemas del Sistema Nacional de Información en Salud | | | |
|---|---|---|---------------------|
| Nº | Nombre | Contenido | Siglas ³ |
| 1 | Rectoría del Sistema Nacional de Salud | Políticas y organización del Sistema Nacional de Salud; Superintendencia en Salud, Consejos de Salud: nacional, regionales y locales. Vigilancia Sanitaria, registros de profesionales, establecimientos de salud, medicamentos, laboratorios de producción de medicamentos e insumos, farmacias, domi sanitarios y otros procesos de ejercicio de rectoría del MSPyBS. | SSIRSNS |
| 2 | Estadísticas Vitales | Nacimientos y defunciones | SSIEV |
| 3 | Demográfica y Determinantes de la Salud | Población actual y proyecciones, por regiones y distritos, por características socioeconómicas, estimaciones de embarazos y nacimientos | SSIDDS |
| 4 | Servicios de Salud | Servicios de atención a la salud del MSPyBS y demás prestadores del Sistema Nacional de Salud. Esta información está relacionada con metas establecidas y con población cubierta | SSISS |
| 5 | Vigilancia de la Salud y Ambiente | Incidencia y prevalencia de las enfermedades consideradas prioritarias para la salud de la población, transmisibles y no transmisibles. Vigilancia de laboratorios. Conservación y mejoramiento del agua, control sanitario sobre recursos hídricos, desechos sólidos, sustancias tóxicas y peligrosas, zoonosis, desastres y emergencias, entre otros. | SSIVSA |
| 6 | Bienestar Social | Instituciones públicas y privadas que trabajan en áreas sociales: niñez, discapacidad, tercera edad, etcétera | SSIBS |
| 7 | Recursos Humanos | Cantidad, distribución, características, situación laboral y profesional, incluyendo datos sobre capacitación de los recursos humanos del sector salud | SSIRRHHS |
| 8 | Recursos Físicos | Establecimientos de la red pública y privada, su infraestructura física, transporte y equipamiento, situación de habilitación sanitaria | SSIRFF |
| 9 | Financiamiento en Salud | Presupuesto y su ejecución, cuentas nacionales en salud, disponibilidad financiera | SSIFS |
| 10 | Logística en Salud | Disponibilidad, distribución, entrega y uso de suministros básicos como vacunas, <i>kit</i> de partos, medicamentos, anticonceptivos, otros insumos | SSILS |

³ Todas las siglas llevan SSI al inicio lo cual significa Subsistema de Información

BIBLIOGRAFÍA

- § República del Paraguay. “Código Sanitario”. Ley 836 de 1980. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción. 1980.
- § Simini F, Franco S, Pasqualini D, Lammers C. Sistema informático del adolescente con historia de salud sexual y reproductiva.. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; 2000
- § Fescina RH, Butrón B., De Mucio B., Martínez G, Díaz Rosello JL, Camacho V, Simini F, Mainero L. Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; 2007
- § El Departamento de Registros Médicos: Guía para su organización. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares N° 19. OPS/OMS
- § Llanio, R. Propedeutica Clínica y Fisiopatología. Ciudad de la Habana. Edit. Pueblo y Educación. t1 y t2, 1985. Págs. 1 al 20.
- § Humberto Rotondo. Semiología Psiquiátrica: Manual de Psiquiatría. 2da. Edición. Capítulo 5. sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/.../cap-5.htm
- § Rogelio Bazúa O'Connor, Víctor García Navarro, Javier Medrano Palafox. Alberto Íñiguez Aceves y Sergio Javier Villaseñor Bayardo. Revista Universidad de Guadalajara. *Mitos y realidades de la psiquiatría*.
- § Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), Vol.2, Pág. 97
- § Manual del Censista 2002. DGSEC. Pág 23 al 29.
- § Reynales L. Jairo. “Estadísticas Vitales-Normas y procedimientos” Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción.2004.
- § Reynales L. Jairo. “Administración Hospitalaria”, Capítulo Sistema de Información Hospitalario. Malagón Londoño/ Galán Morera. Pontón Laverde, editores. Editorial Médica Panamericana, tercera edición Bogotá 2008.
- § Reynales L. Jairo. “La salud Pública, Situación actual propuestas y recomendaciones, Capítulo”. Sistema de Información en Salud. Malagón Londoño/ Galán Morera. editores. Editorial Médica Panamericana. Bogotá 2002.
- § OMS. “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud” . Washington. 1994
- § Lic. Pilar Estela Gaona de Benítez. “Bioestadística, Principios Generales”. Asunción, Paraguay 2004.