

República de Cuba



Ministerio de Salud Pública



Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud

MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS EN REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD



AUTORES

Eduardo Zacca Peña (Editor Principal)

Doctor en Medicina. Doctor en Ciencias Médicas. Master en Epidemiología. Profesor Titular del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Investigador Auxiliar de la Academia de Ciencias de Cuba. Especialista de 2do. Grado en Angiología y Cirugía Vascular. Director Nacional. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP.

José D. Ramil Valdés (Editor Principal)

Técnico Estadístico de Salud. Especialista Principal del Grupo de Sistema. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP.

Norma Martínez Vázquez (Editora Principal)

Doctora en Medicina. Especialista de 1er. Grado en Epidemiología. Profesor Asistente del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Maestrante en Promoción de Salud ENSP. Jefa del Dpto. de Análisis Estadístico. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

Gloria Hechevarría Puente

Doctora en Estomatología. Especialista de 2do. Grado en Administración de Salud. Master en Atención Primaria de Urgencias Estomatológicas. Profesora Asistente Facultad de Estomatología C. Habana del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Jefa del Dpto. de Estadísticas Sanitarias. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

Ana Margarita Clúa Calderín

Licenciada en Matemática. Master en Estadísticas. Jefa del Grupo de Encuestas. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

María Elena Pérez Leyva

Licenciada en Gestión de la Información. Jefa de Grupo de Sistema. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP.

María Rosa Fernández Viera

Licenciada en Gestión de la Información. Miembro del Grupo de Vitales. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP.

Xiomara Podadera Valdés

Licenciada en Gestión de la Información. Miembro del Grupo de Encuestas. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

Pablo Rojas Valdivieso

Técnico Estadístico de Salud. Asesor de la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

Mario Hernández Hernández

Técnico Estadístico de Salud. Asesor de la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

Orlando Barroso López

Técnico Estadístico de Salud. Jefe de Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas.

María del Rosario Ruiz Beruvides

Técnico Estadístico de Salud. Especialista del Grupo de Sistema. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

COLABORADORES

Eneida Ríos Massabot

Doctora en Ciencias Médicas. Ex-directora Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

Miguel Ángel Martínez Morales

Doctor en Medicina. Especialista de 1er. Grado en Bioestadística. Master en Salud Pública. Jefe de la Sección de Vitales. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

Ismell Alonso Alomá

Doctor en Medicina. Especialista de 1er. Grado en Bioestadística. Miembro del Dpto. de Análisis Estadístico Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

Rosa María Fernández Viera

Licenciada en Gestión de la Información. Profesora Asistente de la Unidad 2 "Tania La Guerrillera" Facultad de Tecnología de la Salud.

Rosa María Torres Vidal

Doctora en Medicina. Especialista de 1er. Grado en MGI y Bioestadística. Master en Estudios de Población. Profesor Instructor de la ENSAP. Miembro del Dpto. de Análisis Estadístico Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

Elizabeth Cardoso de Arma

Licenciada en Gestión de la Información. Jefa del Dpto. Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Camagüey.

Ernesto Ramírez Leyva

Doctor en Estomatología. Especialista de 1er. Grado en Bioestadística. Profesor Instructor de la Facultad Doctor José Assef Yara de Ciego de Ávila. Jefe del Dpto. Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Ciego de Ávila.

Arístides Marrero Piñeiro

Doctor en Medicina. Especialista de 1er. Grado en MGI. Jefe del Dpto. provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Pinar del Río.

Haydee E. Sánchez Labrada

Doctora en Estomatología. Especialista de 1er. Grado en Bioestadística. Jefa del Dpto. Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Las Tunas.

Luisa Cárdenas Martínez

Licenciada en Gestión de la Información. Jefa del Dpto. Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Sancti Spíritus.

Ivón Cueto Eduarte

Licenciada en Gestión de la Información. Jefa del Dpto. Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Cienfuegos

Carmen Isabel Cruz Calzadilla

Licenciada en Gestión de la Información. Jefa del Dpto. Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Holguín

Magdalena González Gallardo

Licenciada en Gestión de la Información. Jefa del Dpto. Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Granma

Margarita Puerto Díaz

Doctora en Medicina. Especialista de 1er. Grado en MGI. Jefa del Dpto. provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Villa Clara.

Paula Tosca Morejón

Técnica Estadístico de Salud. Jefa del Dpto. provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de la Habana

Nilda Sorís Fuerte

Técnica Estadístico de Salud Jefe del Dpto. Municipal de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de la Isla Juventud.

María del Carmen Díaz Medina

Doctora en Medicina. Especialista de 1er. Grado en MGI y Bioestadística. Profesora Instructora del ISCM de Santiago de Cuba. Jefa del Dpto. Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Santiago de Cuba.

Yamilé Portu Machado

Licenciada en Gestión de la Información. Jefa del Dpto. Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Guantánamo.

Ana Consuelo Mesa Machado

Licenciada en Economía y Planificación. Técnica en Estadística de Salud. Especialista Principal de la Sección de Vitales. Dpto. Estadísticas Sanitarias. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

Elia Rosa Jorge

Licenciada en Gestión de la Información. Especialista Principal de la Sección de Servicio. Dpto. Estadísticas Sanitarias. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

Nélida Gallardo Celestrín

Técnica Estadística de Salud. Miembro de la Sección de Servicio. Dpto. Estadísticas Sanitarias. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

Maité Martínez Machin

Licenciada en Gestión de la Información. Miembro de la Sección de Servicio. Dpto. Estadísticas Sanitarias. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

Cristina Valdivia Onega

Doctora en Medicina. Especialista de II Grado en Epidemiología y de I Grado en Administración de Salud. Jefa del Dpto. provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Ciudad Habana

Ada Prior García

Doctora en Medicina. Especialista de I Grado en M G I y Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Profesora Auxiliar. Jefa del Dpto. provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Matanzas

Agradecimientos

Nuestra mayor gratitud a los trabajadores de las Estadísticas de Salud por el valioso aporte de sus sabias experiencias, que sin lugar a duda enriquecieron notablemente esta obra.

También deseamos hacer patente nuestro agradecimiento a la Representación de la OPS/OMS en Cuba por su generosa contribución y apoyo en la reproducción de este manual.

Exergo

- No se puede dirigir si no se sabe analizar, si no hay datos verídicos, si no hay todo un sistema de recolección de datos confiables, si no hay toda una preparación de un sistema estadístico, con hombres habituados a recoger el dato y transformarlo en número.

Ché

Prefacio

En 1964 fueron concebidas en nuestro país las primeras normas para el trabajo estadístico de los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas en los hospitales. Las normas para el trabajo estadístico en policlínicos se crearon en 1967 y en ese mismo año fueron revisadas por primera vez las de los hospitales.

En 1968 se realizó la revisión de ambos documentos, pero no es hasta 1971 que se realiza la primera Jornada Nacional de Normación de Estadística, que incluyó entre sus temas centrales la discusión y aprobación de una nueva revisión elaborada por el Nivel Central y enriquecida por las provincias.

En 1984 se desarrolló la Segunda Jornada Nacional de Normación en Estadística, en la Ciudad de Guantánamo. En octubre de ese mismo año fueron puestas en vigor las Normas de Registros Médicos de Hospitales, Policlínicos y Centros de Higiene y Epidemiología, normas que aún están vigentes.

En el transcurso de estas últimas dos décadas y media, se han producido importantes cambios en el Sistema Nacional de Salud, que han repercutido en su sistema de información estadístico y por ende en los aspectos metodológicos de los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud en las diferentes instancias.

Un rasgo distintivo de estos cambios ha sido el incremento casi exponencial del volumen y diversidad de la información que debe suministrar el sistema estadístico, de manera que actualmente las fuentes de los datos son también muy diversas y su procesamiento resulta complejo. A esto se suma la diversidad y creciente número de registradores de datos, su nivel de especialización, la formación acelerada de los recursos humanos en gestión de la información en salud, proceso que se desarrolla en la gran mayoría de los perfiles y carreras en las propias unidades asistenciales del Sistema de Salud, así como el avance impetuoso en los últimos tiempos de las tecnologías de la información y el conocimiento, hecho manifiesto en el proceso de informatización del Sistema Nacional de Salud.

Todo ello justifica un nuevo proceso de actualización de funciones y propósitos del personal de estadística en cada nivel del Sistema, poniendo énfasis en los procedimientos regulares que deben ejecutarse en las unidades del sistema Nacional de Salud.

Este manual que le presentamos es un producto de la III Jornada Nacional de Normación en Registros Médicos y Estadísticas de Salud, efectuada a lo largo de este año.

Doctor Eduardo Zacca Peña

Director Nacional de Registros Médicos y Estadística de Salud, Ministerio de Salud Pública.

Septiembre de 2008

TABLA DE CONTENIDO

	Página
CAPÍTULO I	
Generalidades	1-9
CAPÍTULO II	
FUNCIONES	10-28
De los Departamentos de Registros y Estadísticas de Salud de las Instancias Administrativas	
Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud	11
Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las Direcciones Provinciales de Salud	14
Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las Direcciones Municipales de Salud	17
Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los Hospitales	19
Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los Policlínicos	23
Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las Clínicas y Servicios Estomatológicos	26
CAPÍTULO III	
PROCEDIMIENTOS	30-94
Hospitales	31-50
De Admisión	31
De Estadística	37
De Codificación	40
Del Archivo de Historias Clínicas	42
De Inscripciones y Turnos	48
Procesos y metodologías especiales	51
Policlínicos	66-80
Del Jefe del Departamento	66
De Estadística	68
De Información	75
De Control de Turnos	76
Clínicas y Servicios Estomatológicos	81-94
Del Jefe del Departamento	81
De Estadística	82
De Información	83
De Inscripción	84
De la Historia Clínica	85
De Turnos	87
Del Archivo de Historias Clínicas centralizado	90
Referencias Bibliográficas	95

CAPÍTULO I GENERALIDADES

GENERALIDADES

A. Mandatos Generales

Trabajar por la integración de las Estadísticas Sanitarias

Garantizar la calidad y oportunidad de la información estadística.

Satisfacer las crecientes necesidades de información estadística del Sistema Nacional de Salud

Adecuar los propósitos y funciones de las instancias administrativas de la estructura estadística, así como de los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Contribuir a fortalecer el nivel científico técnico de los Recursos Humanos de la estructura estadística del Sistema Nacional de Salud.

Optimizar el aprovechamiento de los recursos y la seguridad informática.

B. Características de los Recursos Humanos

Del Jefe del Departamento y Responsables de todos los tipos de unidades y niveles administrativos

1. Especialista en Bioestadística, Licenciado en Gestión de la Información en Salud, Técnico de Estadística o profesionales y técnicos de especialidades afines a la Estadística y los Registros Médicos. En igualdad de condiciones para ocupar una plaza dar prioridad a las tres primeras especialidades relacionadas.
2. El resto del personal puede tener las mismas características expresadas en el acápite uno o no, pero debe tener una escolaridad no menor de 9no. Grado.

Aunque no es potestativo de este Manual regular la cuantía del personal del departamento ni los requisitos para ocupar los diferentes cargos, ya que esto se define por la plantilla aprobada y por el calificador de cargos en vigor, consideramos que deben quedar plasmadas en este documento algunas consideraciones al respecto.

Personal

1. El número de empleados en el caso del Dpto. de Registros Médicos y Estadísticas de Hospitales está en razón directa al número de ingresos de la institución. Este movimiento casi

siempre es mayor en horas de la mañana y en las primeras de la tarde, por lo cual el número de empleados ha de ser mayor durante estas horas.

2. Los turnos de trabajo deben ajustarse a lo descrito en el Reglamento del Sector.

3. En las clínicas y servicios estomatológicos no debe tomarse el número de sillones como base de cálculo para definir la cantidad de técnicos y profesionales de estadística, sino la cantidad de estomatólogos u otro personal que genera información.

C. Funciones comunes de los Jefes de Departamento y Secciones de todos los tipos de unidades y niveles administrativos.

1. Cumplir y hacer cumplir los deberes, atribuciones y funciones establecidas por los reglamentos vigentes para las unidades organizativas.

2. Organizar y controlar al personal que trabaja en la unidad funcional, siendo el máximo responsable del cumplimiento de la disciplina laboral.

3. Trasmirir las orientaciones técnicas, administrativas, docentes e investigativas relacionadas con su especialidad.

4. Cumplir y hacer cumplir con la organización y procedimientos contenidos en este Manual, instructivos y procedimientos específicos de los Sistemas de Información Estadísticos, controlando su integridad y la calidad de los datos.

5. Supervisar el procesamiento, la calidad e integridad de los datos de los sistemas de información estadísticos.

6. Coordinar con otros Departamentos y Servicios de la entidad la recolección de datos primarios para el desarrollo de cualquier trabajo especial de orden estadístico, previa autorización del Director de la unidad.

7. Cumplir el calendario estadístico establecido.

8. Realizar y orientar los análisis necesarios de la información elaborada.

9. Difundir los resultados de la información estadística elaborada.

10. Garantizar la custodia y conservación de los Registros Primarios, Modelos de Información y Series Cronológicas.

11. Controlar la correcta utilización de los medios de trabajo asignados.

12. Programar y presidir reuniones periódicas con el personal a su cargo para análisis y críticas del trabajo y transmitir orientaciones recibidas.
13. Participar en las reuniones en las cuales su presencia esté normada y en aquellas en que sea designado por el nivel superior.
14. Realizar las actividades docentes inherentes a su especialidad que requiera la institución o cualquier otro nivel de la organización, previa autorización de la Dirección.
15. Asesorar y/o participar en la confección de tarjeteros y archivos de Historias Clínicas.
16. Colaborar con la informatización de la unidad funcional.
17. Cumplir con los procedimientos de seguridad informática establecidos en el plan de la unidad.
18. Recibir de los jefes de servicio o del vicedirector a cargo de la Consulta Externa la Programación de Turnos de Consulta y de Exámenes Complementarios.

D. De las Secciones de Registros y Estadísticas de Salud en otros Centros Asistenciales y de Servicios

La Sección de Estadísticas en Centros y Unidades de Higiene y Epidemiología, Unidades de Vigilancia y lucha antivectorial, Centros Educativos del Sector Salud y cualquier otro con igual responsabilidad en la gestión de información en salud forman parte del o se subordinan metodológicamente al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del nivel correspondiente (Provincia, Municipio o Área de Salud)

E. De la Historia Clínica

La Historia Clínica es el conjunto de documentos que recoge toda la información de la atención médica que se ofrece al paciente. Se mantendrá una Historia Clínica por cada paciente que se atienda en la institución, independientemente de que el régimen de atención sea hospitalario o ambulatorio.

La Historia Clínica es el documento en el cual se inicia y registra la atención integral del paciente, tanto durante su hospitalización como en la atención ambulatoria, siendo obligada su utilización para toda atención que se brinde al paciente en una institución del Sistema Nacional de Salud.

La Historia Clínica es un documento público, propiedad de la institución de salud por lo que se prohíbe terminantemente su extracción, a excepción de algunos casos, previa autorización expresa del Director.

El Departamento de Registros Médicos y Estadística es el responsable de la guarda y cuidado de la Historia Clínica, excepto en los policlínicos donde estará a cargo del personal del consultorio médico.

Los datos obtenidos en la Historia Clínica son para uso médico, científico, docente y legal y todo el personal de la institución está obligado a mantener reserva sobre su contenido, siendo sancionable la falta de discreción sobre estos aspectos.

F. Del uso de las herramientas informáticas y la automatización de los sistemas de información

Dado que los documentos y registros médicos primarios contienen datos que son de uso legal y que, ante procesos de este carácter, se requiere que estén confeccionados de puño y letra del personal de salud que los realiza, se regula que:

Todo documento o registro médico primario que se pretenda automatizar y sustituir el soporte en papel o cartulina por soporte digital, debe tener la aprobación de la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística de Salud.

Debe tenerse salva de los datos de todos los Sistemas Estadísticos automatizados, cumpliéndose con lo establecido en el Plan de Seguridad Informática de la Institución.

G. De la conservación de los documentos

- 1.1. Organizar el archivo en secciones y divisiones acorde con la forma de trabajo e interés de la institución. Deben utilizarse guías que faciliten el control y localización inmediata de cualquier documento archivado... Los documentos no deben extraerse del mismo, excepto por asuntos de trabajo o para su eliminación.
- 1.2. Archivar los registros primarios de cada actividad en orden cronológico de confección. Siempre que se haya realizado el informe por escrito de la supervisión del Sistema por la unidad se pueden eliminar al cumplir un año de su confección. Se exceptúan aquellos que constituyen libro registro, los cuales tendrán los siguientes plazos: el Registro de Certificados Médicos con invalidez Temporal 1 año, los libros Registro de Partos, Operaciones, Registro de Pacientes por Sala-estadía y Enfermedades de Declaración Obligatoria 5 años y los Registros de Nacimiento y de Defunciones se mantienen permanentemente.

- 1.3. Archivar los registros diarios mensuales en orden cronológico, los que permanecerán en el archivo un mínimo de un año.
- 1.4. Archivar los manuales de cada sistema (modelos e instructivos).
- 1.5. Archivar las instrucciones y circulares por separado, por año y para cada año según número de orden. En caso de utilizar otro método, es necesario realizar un control de recepción para las instrucciones y otro para las circulares con los datos de años de emisión, número de orden y asunto. Conservar estos documentos mientras estén vigentes, salvo en la instancia que lo emitió donde se conservarán permanentemente.
- 1.6. Archivar copia de los informes mensuales, trimestrales y anuales que envía al nivel superior. Los informes con periodicidad menor a la anual permanecerán en el archivo un mínimo de 2 años y los anuales por 5 años.
- 1.7. Archivar las series cronológicas. Mantenga las series con los datos mensuales como mínimo 10 años, las series anuales no se eliminan.
- 1.8. Archivar los planes de trabajo mensual y anual, los primeros se eliminan al año. Los anuales se conservarán por 2 años.
- 1.9. Archivar las actas por tipo de reunión y eliminarlas a los 2 años.
- 1.10. Archivar los informes de las supervisiones a los sistemas, los realizados por personal de la institución y por los niveles superiores. Eliminarlos a los tres años.
- 1.11. Archivar por un año la correspondencia de entrada y salida y cualquier otro documento de interés.
- 1.12. Los registros constituidos en tarjetero se conservan permanentemente.

H. Regulaciones Generales para el Tratamiento y Uso de Datos, Información Estadística y Registros y Documentos Primarios

1. Conciliación de los Datos con usuarios

Antes de proceder a enviar información estadística a niveles superiores, será obligado conciliarla con los Jefes de Programas u otros usuarios de interés, con el fin de identificar discrepancias. Si las hubiera, debe procederse a una revisión desde los registros primarios verificando cuáles son las cifras correctas. No se debe modificar o reparar a voluntad ninguna información estadística. En caso de subregistros comprobados, registrar los casos

con todos los elementos de rigor. Debe existir una estrecha interrelación entre estadísticos, jefes de programa y otros usuarios para depurar errores en el sistema de información y para que se gestionen los reparos de una forma oportuna en los territorios y no en el nivel central.

2. Uso de la Información estadística

La información estadística ordinaria (**No Clasificada**) puede ser categorizada de diversas maneras, pero en estadísticas, las categorías más utilizadas son:

Oficial, cuando resulta de subsistemas aprobados y contenidos en el Sistema de Información Estadístico Nacional (SIEN), Sistema de Información Estadístico Complementario (SIEC) u otros Sistemas oficiales aprobados por la Oficina Nacional de Estadística (ONE), rectora de la actividad en el país y divulgadas por las instituciones autorizadas en los períodos convenidos.

Definitiva, cuando tras un período de revisión variable se puede garantizar su integridad, calidad y confiabilidad, por lo que está disponible para ser divulgada. Puede ser usada para fines de servicio, docencia e investigación.

Provisional cuando es aún un producto imperfecto susceptible de sufrir modificaciones por adiciones, reparos u otras razones. No debe ser divulgada o diseminada, puede ser utilizada internamente dentro de la institución, pero debe contener aclaraciones que identifiquen su provisionalidad, tales como "datos sujetos a revisión, datos preliminares o cifras provisionales", etc.

Cuando una información estadística ha sido violentada en su cronograma de entrega sin haberse completado los procedimientos de revisión que se exigen, debe considerarse como provisional hasta tanto sean completados los requerimientos de rigor para considerarla una información confiable.

La información estadística provisional puede ser difundida en un territorio o en la nación, solo en el caso de que haya evidencias históricas de poca variabilidad entre éstas y las cifras definitivas; ni siquiera debe ser entregada para ser enviada a las autoridades nacionales salvo indicaciones expresas que llegarán por vías oficiales de la estructura estadística.

3. Custodia del Certificado Médico de Defunción y de la información que contiene

El certificado médico de defunción es un documento primario con características médico-legales.

La custodia del Certificado Médico de Defunción (original destinado al Ministerio de Salud Pública), así como de la información que contiene, corresponde a los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de cada nivel por donde fluye. Este modelo tiene solo fines estadísticos tal como se indica al pie del mismo, por lo que, ante cualquier solicitud de datos o fotocopia de este documento realizada por funcionarios del propio organismo, del Ministerio del Interior, del Ministerio de Justicia, a título personal o de otra entidad, se indicará que debe dirigirse a las oficinas del Ministerio de Justicia en la instancia que corresponda para obtener información con el debido respaldo legal.

Sólo por razones especiales el Ministerio de Salud Pública podrá dar información, previa solicitud por escrito, debiendo estar correctamente fundamentada, firmada y acuñada por las instancias solicitantes y necesita ser autorizada por:

Nivel de provincia: Director Provincial de Salud o Director del Municipio Especial Isla de la Juventud quien podrá, si lo considera pertinente, negarse, solicitando la autorización del Ministro de Salud Pública.

Nivel Nacional: Director Nacional de Estadística, quien podrá, si lo considera pertinente, negarse, solicitando la autorización del Ministro de Salud Pública.

4. Autorización de uso de bases de datos captados por el SIEC de Salud

Sólo en casos excepcionales, se autorizará la entrega de bases de datos provenientes del SIEC de Salud a personas naturales o jurídicas. En los casos de convenios en los cuales esta posibilidad sea tratada, deben existir cláusulas que garanticen el tratamiento y uso final de la información.

En los campos de las bases de datos que se entreguen nunca deben incluirse datos de identificación personal que deben protegerse de acuerdo al principio de confidencialidad que debe presidir el trabajo estadístico.

I. Ubicación de Algunas Secciones del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de los Hospitales

➤ Admisión

Siempre que las condiciones lo permitan, Admisión debe de estar lo más cerca posible del Cuerpo de Guardia que es fuente del mayor número de ingresos y no debe de encontrarse muy alejada de la Sección de Archivo.

➤ Archivo de Historias Clínicas

La ubicación del archivo va a depender del carácter de sus relaciones intra e inter departamentales. Es recomendable ubicarlo cerca de la sección de Estadística, cerca de la

sección de Admisión y cerca del consultorio externo, al cual se dará preferencia en caso necesario, ya que hacia esa área se produce el mayor movimiento de historias clínicas. En los hospitales sin consulta externa deberá estar lo más cerca posible de admisión. El ambiente debe ser seco y sin peligro de inundación, con iluminación y ventilación adecuadas.

También es recomendable que el archivo de las Historias Clínicas esté ubicado en la planta baja del edificio. De no ser así, que los pisos estén preparados para soportar el peso de las historias clínicas que estarán archivadas.

CÁPITULO II

FUNCIONES

FUNCIONES DE LA DIRECCION NACIONAL DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y DE LOS DEPARTAMENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD DE LAS INSTANCIAS ADMINISTRATIVAS

DIRECCION NACIONAL DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MANDATOS ESPECÍFICOS:

Proveer al país y a los Organismos Nacionales e Internacionales de la información estadística necesaria para la evaluación de los planes y programas del Sistema Nacional de Salud

Instituir las metodologías para la recolección, el procesamiento y la emisión de la información estadística del Sistema Nacional de Salud desde el nivel de base y controlar su cumplimiento

Definir las funciones y los procedimientos de los Departamentos de Estadística y Registros Médicos a todos los niveles del Organismo

Establecer vínculos con organismos nacionales e internacionales a través de proyectos de cooperación, que permitan el fortalecimiento de las estructuras estadísticas

Contribuir a la formación en estadísticas de salud del personal médico y paramédico

Realizar y cooperar en investigaciones nacionales e internacionales relacionadas con las estadísticas de salud y la Familia de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

FUNCIONES:

5. Establecer la organización, funcionamiento y los procedimientos a cumplir por los Departamentos de Estadística y Registros Médicos del Sistema Nacional de Salud contenidos en los documentos regulatorios en vigor.
6. Definir, diseñar, implantar y adecuar periódicamente los subsistemas que componen el Sistema de Información Estadística Complementario acorde con las necesidades del Sistema Nacional de Salud.
7. Controlar la racionalidad de los Sistemas de Información.
8. Elaborar y emitir las instrucciones metodológicas referentes a los Sistemas de Información Estadísticos con vistas a garantizar la calidad y oportunidad de los datos.
9. Exigir la supresión del envío sistemático de toda aquella información que no esté aprobada en el Sistema de Información Estadística Complementario (SIE-C) y en el Sistema de Información Estadística Nacional (SIE-N).
10. Exigir y controlar observancia de las periodicidades establecidas en los calendarios para los distintos Sistemas de información Estadísticos y reportes adelantados.
11. Autorizar la utilización de los sistemas automatizados a los Departamentos de Estadística de los niveles correspondientes.
12. Controlar la adecuada utilización de los recursos disponibles
13. Controlar y evaluar la veracidad de los datos de las informaciones emitidas por los Departamentos de Estadística de las Direcciones Provinciales, Municipio Especial Isla de la Juventud y Unidades Nacionales.
14. Retroalimentar o redistribuir datos concernientes a distintos programas, indispensables para el análisis en niveles inferiores.
15. Procesar y analizar la información enviada por los Departamentos de Estadística y Registros Médicos de las Direcciones Provinciales, Municipio Especial Isla de la Juventud y Unidades Nacionales y emitir las publicaciones correspondientes.
16. Diseminar la información estadística por todas las vías y medios posibles a interesados del Sector así como a otros sectores y organismos nacionales e internacionales.
17. Custodiar la información estadística y elaborar y mantener actualizadas las bases de datos.
18. Realizar investigaciones que permitan obtener información sobre estadísticas de salud y la calidad de estas.
19. Participar en investigaciones que realicen otras Direcciones del MINSAP u Organismos.
20. Asesorar en estadísticas de salud a las diferentes Direcciones del MINSAP y a otros Organismos cuando sea necesario.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICA DE SALUD
FUNCIONES. INSTANCIAS ADMINISTRATIVAS**

21. Desarrollar acciones de coordinación con las distintas dependencias del MINSAP y otros Organismos Nacionales e Internacionales para facilitar el cumplimiento de las funciones.
22. Asesorar y supervisar el trabajo de los Departamentos de Estadística a todos los niveles y auditar los sistemas de información en uso en las unidades del Sistema Nacional de Salud.
23. Participar en las actividades docentes de la Licenciatura en Tecnología de la Salud en la especialidad de GIS, y cursos de Post-Grado.
24. Realizar estudios relacionados con la aplicación de la Familia de la Clasificación Internacional de Enfermedades.
25. Orientar y evaluar la utilización de la Familia de Clasificación Internacional de Enfermedades en el país.
26. Controlar y hacer cumplir el Reglamento de Seguridad para las Tecnologías de la Información.
27. Diseñar e implementar procesos de adiestramiento y capacitación en los diferentes sistemas de información estadístico.

DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD DE LAS DIRECCIONES PROVINCIALES DE SALUD

MANDATOS ESPECÍFICOS:

Disponer de información estadística en tiempo y forma para la evaluación de los planes y programas del Sistema Nacional de Salud; cumplir y hacer cumplir a las unidades subordinadas las funciones y procedimientos de trabajo contenidas en este manual para la recolección, el procesamiento y la emisión de la información estadística establecida para cada una de ellas por el Nivel Central; definir los sistemas de información específico del territorio en coordinación con la Oficina Provincial de Estadística; establecer vínculos con otros organismos que permita el fortalecimiento de las estructuras de estadísticas; contribuir a la formación en estadísticas de salud del personal médico y paramédico; realizar o cooperar en investigaciones provinciales, nacionales e internacionales relacionadas con las estadísticas de salud y otras afines.

FUNCIONES:

1. Revisar, procesar y analizar la información recibida de los Departamentos de Estadísticas y Registros Médicos de los municipios y las unidades de subordinación provincial.
2. Emitir información veraz y oportuna para la Dirección Nacional de Estadística y para las representaciones provinciales del resto de los órganos y organismos provinciales, la cual haya sido previamente convenida.
3. Controlar el cumplimiento del Calendario Estadístico, tanto el indicado por el Nivel Nacional, como de los Departamentos Municipales de Registros Médicos y Estadísticas de Salud y de las Unidades de Subordinación Provincial.
4. Asesorar, cumplir y hacer cumplir las funciones, las normas de trabajo y los procedimientos de registro, recolección y emisión de la información estadística establecida y otras orientaciones emitidas por la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud para los Departamentos Provinciales o sus unidades subordinadas
5. Exigir la supresión inmediata del envío sistemático de toda aquella información que no esté debidamente aprobada, evitar informaciones innecesarias, el paralelismo y la proliferación de solicitudes de datos.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICA DE SALUD
FUNCIONES. INSTANCIAS ADMINISTRATIVAS**

6. Evaluar los Sistemas de Información que se encuentren en pilotaje y período de prueba y emitir criterios a la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística de Salud.
7. Diseñar, previa coordinación con la Oficina Provincial de Estadística, los Sistemas de Información específicos de su territorio no contemplados en el SIE-C o en el SIE-N, garantizando el flujo de la información que se encuentre aprobada.
8. Elaborar y actualizar las bases de datos de los sistemas automatizados.
9. Asesorar a las direcciones municipales y unidades de subordinación provincial sobre la implantación de nuevos sistemas automatizados
10. Controlar el cumplimiento de todos los procedimientos establecidos para la conservación de documentos según tipo de institución y custodiar la información estadística.
11. Asesorar y supervisar el trabajo de los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud y auditar los sistemas de información en uso en las unidades del Sistema Nacional de Salud de su territorio.
12. Diseñar guías de supervisión que respondan a los procedimientos de registros, procesamiento y emisión de datos de los distintos sistemas de información estadísticos vigentes.
13. Asesorar en organización y funcionamiento a los Departamentos de Estadística y Registros Médicos de las Direcciones Municipales y Unidades de Subordinación Provincial.
14. Adquirir la preparación necesaria y los conocimientos de Seguridad Informática imprescindibles para el desempeño del trabajo.
15. Cumplir el Reglamento de Seguridad para las Tecnologías de la Información.
16. Garantizar la calidad de la información elaborada en el departamento antes de su emisión
17. Realizar el análisis de la información resultante del trabajo estadístico.
18. Mantener una estrecha relación con las vicedirecciones y departamentos de la Dirección Provincial de Salud y otros organismos del territorio para asesorar en materia de estadística.
19. Coordinar con las distintas dependencias de la Dirección Provincial y otros Organismos para facilitar el cumplimiento de las funciones del Departamento.
20. Actualizar sistemáticamente los diferentes sistemas de información estadística.
21. Realizar las investigaciones que permitan obtener información sobre estadísticas de salud o verificar la calidad de estas.
22. Participar en las investigaciones que se orienten por la Dirección Nacional, las Autoridades Provinciales y de otros Organismos.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICA DE SALUD
FUNCIONES. INSTANCIAS ADMINISTRATIVAS**

23. Participar en el Consejo de Dirección y en otras reuniones técnicas y científicas cuando sea solicitado.
24. Participar en las tareas docentes que le sean asignadas por la Dirección Provincial de Salud o por los niveles superiores.
25. Difundir información estadística a través de distintos medios en las instituciones del sistema de salud, así como a otros organismos territoriales para contribuir al desempeño de la función gerencial, la investigación y la docencia.
26. Retroalimentar o redistribuir datos de distintos programas, los cuales son indispensables para el análisis en niveles inferiores.

DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICA DE SALUD DE LAS DIRECCIONES MUNICIPALES DE SALUD

MANDATOS ESPECÍFICOS:

Proveer en tiempo la información estadística necesaria para evaluar los planes y programas de salud a las representaciones municipales de los diferentes órganos y organismos; cumplir y hacer cumplir a las unidades subordinadas las funciones y el manual de procedimientos de trabajo definidos para cada una de ellas por el Nivel Central; contribuir a la formación en estadísticas de salud del personal médico y paramédico y realizar o cooperar en investigaciones municipales, provinciales, nacionales e internacionales relacionadas con las estadísticas de salud y otras afines.

FUNCIONES:

1. Revisar, procesar y analizar la información recibida de los Departamentos de Registros Médicos de las unidades de subordinación municipal.
2. Emitir información veraz y oportuna hacia el Departamento de Estadística Provincial y para las representaciones municipales del resto de los órganos y organismos.
3. Diseñar guías de supervisión que respondan a los procedimientos de registros, procesamiento y emisión de datos de los distintos sistemas de información estadísticos vigentes.
4. Supervisar la calidad de la información elaborada en el departamento antes de su emisión.
5. Realizar el análisis de la información emitida según solicitud de las vicedirecciones municipales.
6. Cumplir, asesorar y hacer cumplir, las funciones y procedimientos de trabajo y los procedimientos de registro, recolección de la información estadística establecida y otras orientaciones emitidas por los niveles superiores.
7. Controlar el cumplimiento del Calendario Estadístico al nivel provincial, así como de las unidades de subordinación municipal.
8. Exigir por la supresión inmediata del envío sistemático de toda información que no esté debidamente aprobada, evitar informaciones innecesarias, el paralelismo y la proliferación de solicitudes de datos.
9. Evaluar los Sistemas de Información que se encuentren en pilotaje y período de prueba y emitir su criterio a los niveles superiores que proceda.
10. Procesar y emitir la información de las incidencias que constituyen riesgo contempladas en el Sistema de Información Directa (SID).

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICA DE SALUD
FUNCIONES. INSTANCIAS ADMINISTRATIVAS**

11. Elaborar y actualizar las bases de datos y custodiar la información estadística.
12. Cumplir y hacer cumplir el Reglamento de Seguridad para las Tecnologías de la Información.
13. Asesorar el trabajo de los Departamentos de Registros Médicos de las unidades de subordinación municipal.
14. Asesorar en estadísticas de salud a las vicedirecciones y departamentos de la Dirección Municipal y a otros organismos del territorio.
15. Asesorar a las unidades de subordinación municipal sobre la implantación de nuevos sistemas automatizados.
16. Asesorar y supervisar el trabajo de los Departamentos de Estadística a su nivel y auditar los sistemas de información en uso en las unidades del Sistema Nacional de Salud.
17. Coordinar con las distintas dependencias de la Dirección Municipal y otros Organismos para facilitar el cumplimiento de sus funciones.
18. Garantizar que se cumpla todos los procedimientos establecidos para la conservación de documentos según las normas para cada tipo de institución.
19. Realizar investigaciones que permitan obtener información sobre estadísticas de salud y verificar la calidad de estas.
20. Participar en las investigaciones que se realicen por la Dirección Nacional de Estadística, las Direcciones Provinciales y otros Organismos.
21. Mantener actualizado al personal en los diferentes sistemas de información estadísticos.
22. Participar en el Consejo de Dirección y en otras reuniones técnicas y científicas cuando sea solicitado.
23. Participar en las tareas docentes que le sean asignadas por la Dirección Municipal, Provincial y Nacional.
24. Difundir información estadística a través de todas las vías posibles a los funcionarios del sistema de salud, así como a otros organismos territoriales para contribuir al desempeño de la función gerencial, de investigación y docencia.
25. Retroalimentar o redistribuir datos de distintos programas, los cuales sean indispensables para el análisis en niveles inferiores.

DEPARTAMENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICA DE SALUD DE HOSPITALES

MANDATOS ESPECÍFICOS:

Ofrecer información estadística confiable y oportuna sobre los servicios prestados, requisitos indispensables para la planificación, programación, ejecución y evaluación de las actividades del Sistema Nacional de Salud a nivel de la atención hospitalaria.

Custodiar, conservar y mantener en forma accesible las historias clínicas de todos los pacientes.

Funciones

Funciones del Departamento

1. Llevar el control interno de la población hospitalizada y de su movimiento.
2. Custodiar las historias clínicas, mantenerlas actualizadas y velar por su conservación.
3. Organizar, realizar y controlar la actividad de Inscripción de Pacientes y Distribución de Turnos.
4. Procesar y controlar la integridad y calidad de los datos que se obtienen para la evaluación de los programas, actividades médicas, paramédicas y administrativas.
5. Trasmitir en tiempo y forma a la Dirección, a los usuarios del hospital y a los niveles correspondientes la información convenida.
6. Mantener estrecha coordinación con el resto de las unidades organizativas del hospital, con las que componen el Sistema Nacional de Salud y las de otros organismos con los cuales existen relaciones de trabajo.
7. Participar en las tareas docentes e investigativas relacionadas con las actividades del departamento y que le sean asignadas por la dirección del hospital o por los niveles superiores.

Funciones de Admisión.

1. Mantener un control permanente de las camas del hospital por servicios; salas y su disponibilidad.
2. Efectuar y registrar los ingresos de pacientes.
3. Registrar los egresos y recoger sus historias clínicas.
4. Realizar los trámites de entrega de cadáver y reportar a las autoridades las muertes relacionadas con causas médico-legales.
5. Autorizar y verificar los traslados de pacientes.
6. Confeccionar las listas de espera y efectuar las citaciones para ingresos.
7. Revisar, registrar y controlar los certificados de defunción, de defunción neonatal y defunción fetal.
8. Enviar diariamente a la sección de Estadística los registros primarios utilizados en la ronda y el resumen del censo de pacientes por sala.
9. Ensamblar los formularios que integran la historia clínica y mantener un conjunto de ellas para los próximos ingresos.
10. Consultar el tarjetero Índice de Pacientes o la base de datos digital antes de inscribir un paciente.
11. Comunicar las incidencias del Sistema de Vigilancia Epidemiológica a las Autoridades Sanitarias correspondientes.
12. Realizar la entrega del turno de trabajo

Funciones de Estadística

1. Garantizar la integridad de los sistemas de información y la calidad de los datos estadísticos.
2. Procesar los datos de los sistemas de estadísticas continuas vigentes.
3. Cumplir el calendario estadístico establecido para cada sistema de información, con los usuarios del hospital u otros organismos.

4. Realizar la inscripción de nacimiento de los nacidos vivos en la institución, en el plazo establecido por la legislación vigente y a los nacidos fuera de las instituciones en las unidades autorizadas para ello.
5. Organizar y controlar el archivo de los documentos.
6. Procesar los datos necesarios para la dirección, vicedirecciones, servicios y los diferentes comités.
7. Mantener actualizadas las series históricas de la información que se elabora de forma habitual.
8. Realizar análisis de la información seleccionada a solicitud del jefe de departamento.

Funciones de Codificación

1. Controlar las Historias Clínicas que entran a la Sección.
2. Codificar los diagnósticos, los procedimientos de medicina y otros datos de las historias clínicas de los egresados.
3. Confeccionar al final de cada semana la relación de las Historias Clínicas que no se han podido codificar por no estar cerradas y entregar dicha relación al Jefe de Estadística.
4. Mantener actualizados los tarjeteros o bases de datos según códigos de familias de clasificaciones y realizar el informe estadístico.
5. Realizar la evaluación cuantitativa de la historia clínica de los egresos vivos.
6. Revisar la integridad y calidad de los datos de los Certificados Médicos de Defunción, solicitando los reparos pertinentes o tramitando los solicitados por niveles superiores. Realizar la codificación de las variables administrativas de dichos certificados, según esté orientado por el nivel provincial.
7. Confeccionar y actualizar el tarjetero o base de datos de los reportes de cáncer con los casos nuevos egresados con este diagnóstico.
8. Controlar la integridad y revisar la calidad de los datos sobre enfermedades de declaración obligatoria y otros sistemas de información que estén relacionados con los diagnósticos de egresos hospitalarios.
9. Confeccionar los listados de historias clínicas para los estudios de la morbilidad y los procedimientos.

Funciones de Archivo

1. Ordenar, controlar y conservar las historias clínicas de pacientes inscriptos en la institución.
2. Foliar y controlar la numeración de las historias clínicas.
3. Incluir en cada historia clínica los documentos que forman parte de ella y llegan al archivo, fundamentalmente los resultados de las investigaciones realizadas.
4. Cumplir los procedimientos normados para esta Sección.
5. Extraer de la estantería las historias clínicas solicitadas por Admisión, Consulta externa u otros usuarios.
6. Extraer de las historias clínicas los documentos que han perdido vigencia.
7. Eliminar del archivo las historias clínicas que han perdido vigencia.
8. Controlar la ubicación de las historias clínicas que están fuera de la estantería.
9. Unificar las historias clínicas de pacientes que cuenten con más de una. En aquellos casos en que el paciente esté ingresado, se hará después de su egreso.
10. Comunicar a inscripciones el número de historia clínica definitivo de un paciente al que se le unificó más de una historia clínica.
11. Controlar y tramitar los resúmenes de historia clínicas solicitados.

Funciones de Inscripción y Turnos.

1. Inscribir y asignar un número de historia clínica a los pacientes.
2. Distribuir los turnos y confeccionar los listados de control de turnos.
3. Consultar el tarjetero Índice de Pacientes o base de datos digital antes de inscribir un paciente.
4. Mantener actualizada la información de interés de los pacientes referente a la Consulta Externa y la relacionada con Inscripción y Turnos.

DEPARTAMENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD DE POLICLÍNICOS

MANDATOS ESPECÍFICOS:

Contribuir a la identificación de los principales problemas de salud de la población que reside, trabaja y estudia en el área de influencia de la unidad básica de salud, para favorecer la toma de decisiones de la Dirección, ofreciendo además una información estadística confiable y oportuna sobre los servicios prestados, requisitos indispensables para la planificación, programación, ejecución y evaluación de las actividades del Sistema Nacional de Salud a nivel de la atención primaria.

FUNCIONES GENERALES DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS¹:

1. Identificar y ofrecer las vías necesarias para satisfacer una adecuada atención al paciente que solicite el servicio médico y paramédico.
2. Brindar información necesaria a la población sobre la unidad asistencial y controlar los turnos para la atención médica y paramédica según establezca la unidad asistencial.
3. Tramitar los Certificados de Defunción, dietas y otras certificaciones.
4. Mantener estrecha relación con los departamentos o secciones que sea necesario, así como con el personal médico que labora en las diferentes áreas de la unidad para la recolección de los datos primarios sobre las actividades realizadas en la institución.
5. Recibir las historias clínicas de las áreas intensivas municipales y de hogares maternos y proceder a su entrega a los consultorios médicos que correspondan.
6. Mantener estrecha coordinación con el resto de las unidades que componen el Sistema Nacional de Salud.
7. Procesar la información según establecen los Sistemas de Información Estadística y su control.

¹ ***En policlínicos con servicios comunes a unidades hospitalarias cumplirán las funciones y procedimientos que aparecen en este Manual para Hospitales. El departamento de estadísticas las revisará para cumplir con las actividades y emitir la información de los SIE que se realicen en su unidad funcional.***

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICA DE SALUD
FUNCIONES. POLICLÍNICOS**

8. Emitir en tiempo y forma a la Dirección y a los niveles superiores toda la información estadística oficialmente establecida.
9. Suministrar información solicitada sobre las diferentes actividades de la unidad previa autorización de la Dirección.
10. Colaborar y ejecutar actividades docentes relacionadas con su área de trabajo que estén dirigidas a los diferentes niveles de enseñanza y perfiles presentes en la Unidad Básica y en otras de su área de influencia.
11. Participar en las actividades científicas y cursos de perfeccionamiento técnico y reciclaje de la especialidad, programados por la unidad básica y por los niveles superiores.
12. Iniciar, custodiar y conservar los documentos de registros Médicos existentes en la unidad funcional.
13. Asesorar en la confección de tarjeteros, registros y archivos de historias clínicas, centralizados o no.
14. Colaborar con la informatización de la unidad funcional organizando los procedimientos necesarios.
15. Contribuir con la custodia de los equipos informáticos y cumplir con el plan de seguridad informática establecido para la unidad funcional.
16. Garantizar la custodia y conservación de la documentación.

FUNCIONES DE LA SECCIÓN DE ESTADÍSTICAS

1. Controlar la integridad de los Sistemas de Información Estadística y calidad de los datos.
2. Recoger, revisar y procesar los datos estadísticos y enviar según calendario estadístico.
3. Garantizar la conservación de los documentos.
4. Realizar los análisis necesarios de la información elaborada.
5. Contribuir con la docencia e investigación científica.
6. Asesorar en la confección de tarjeteros, registros y archivos de historias clínicas.

7. Colaborar con la informatización de la unidad funcional.

FUNCIONES DE LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN

1. Ofrecer información al usuario sobre los servicios de salud que se ofrecen dentro y fuera de la institución.
2. Registrar y tramitar los certificados de invalidez temporal, dietas y otras certificaciones

FUNCIONES DE LA SECCIÓN DE CONTROL DE TURNOS

1. Distribuir los turnos y confeccionar los listados por especialidades.
2. Distribuir y controlar los turnos de consultas o servicios que ofrecen otras unidades.

DEPARTAMENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD DE CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS

MANDATOS ESPECÍFICOS:

Ofrecer una información estadística confiable y oportuna sobre los servicios prestados, requisitos indispensables para la planificación, programación, ejecución y evaluación de las actividades del Sistema Nacional de Salud a nivel de la atención estomatológica.

FUNCIONES DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICA.

1. Identificar y realizar la inscripción de los pacientes
2. Coordinar, organizar y controlar el sistema de turnos de la unidad, con énfasis en la organización de referencia y contrarreferencia a otros servicios del municipio y la provincia para la garantía de la continuidad de la atención estomatológica, de conjunto con los jefes de servicio de la institución.
3. Revisar, recolectar y procesar los datos de los sistemas de información vigentes y los autorizados por la Dirección de la Clínica.
4. Custodiar las historias clínicas, mantenerlas actualizadas y velar por su conservación cuando el archivo es centralizado.
5. Participar en las tareas docentes e investigativas relacionadas con las actividades del departamento y que le sean asignadas por la dirección de la institución o por los niveles superiores.
6. Revisar, controlar y registrar los documentos médicos legales: resumen de HC. Certificado Médico por Invalidez Temporal, de acuerdo a las regulaciones vigentes.
7. Cumplir el calendario de los Sistemas de Información estadísticos establecidos.
8. Comprobar que las personas que llenan los registros primarios, cumplen las definiciones y procedimientos establecidos por los sistemas de información.
9. Mantener estrecha coordinación con las demás unidades organizativas de la clínica y con el resto de las unidades que componen el Sistema Nacional de Salud.
10. Garantizar el inicio, custodia, conservación y evaluación de los registros estomatológicos de la clínica.

11. Participar con el personal de la clínica y niveles superiores facilitando datos con fines investigativos, evaluativos o docentes.

FUNCIONES DE LA SECCIÓN DE ESTADÍSTICA:

1. Exigir por la integridad y fidelidad de la información que se procesa en la sección.
2. Elaborar la información estadística de las actividades contempladas en los sistemas informativos establecidos.
3. Realizar análisis de la información estadística que permita a los directivos evaluar programas, rendimiento y calidad de la Información.
4. Cumplir en tiempo y forma el calendario estadístico.
5. Elaborar la información estadística de trabajos especiales de orden científico, técnico y docente que oriente el jefe de la Unidad Funcional.
6. Ofrecer la información estadística que le sea solicitada por la dirección de la Unidad, los niveles superiores y otras unidades funcionales.
7. Participar en las actividades docentes y científicas.

FUNCIONES DE INFORMACIÓN:

1. Ofrecer Información al público sobre los servicios que se brindan dentro y fuera de la unidad, así como otras informaciones que faciliten la atención a la población.
2. Controlar y tramitar certificados médicos por invalidez temporal y otras certificaciones, previa aprobación.

FUNCIONES DE INSCRIPCIÓN.

1. Mapificar el área de atención de la clínica o servicio.
2. Solicitar información inherente a la ubicación geográfica del paciente de acuerdo a su residencia habitual.
3. Inscribir los casos nuevos.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICA DE SALUD
FUNCIONES. CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

4. Confeccionar, custodiar y mantener actualizados en forma sistemática los libros registros de inscripción, organizados por consultorios, familias y personas.
5. Confeccionar todos los documentos que se deriven del procedimiento de inscripción.
6. Brindar información al paciente sobre su responsabilidad en la custodia y conservación de los documentos que lo acreditan como inscripto en la institución.
7. Ofrecer información de las inscripciones realizadas en forma sistemática y oportuna a los departamentos, secciones o servicios que necesiten conocer la misma.

FUNCIONES DE TURNO:

1. Distribuir los turnos por día y hora para las consultas de Estomatología General y especialidades que se brindan en la Unidad.
2. Distribuir y controlar los turnos de consulta que ofrecen otras unidades del territorio, provincia o país, coordinando con las mismas para garantizar la continuidad de la atención.
3. Distribuir turnos a los pacientes para exámenes complementarios que se realizan en la unidad.
4. Distribuir turnos a los pacientes para exámenes complementarios que se realizan fuera de la institución, ya sea del mismo municipio o fuera de este, en otra provincia o en alguna institución de referencia nacional, previa coordinación con las mismas, para lo cual se cuenta con una programación brindada por la dirección de la clínica.
5. Coordinar con los jefes de Servicios y Departamentos todo lo inherente a la organización y control de los sistemas de turnos.
6. Registrar los pacientes remitidos a prótesis en la Lista de Espera, siempre que esta exista, según tipo de Prótesis.

FUNCIONES DEL ARCHIVO CENTRALIZADO.

1. Controlar la numeración de la historia clínica.
2. Archivo y desarchivo de las historias clínicas.
3. Recepcionar y colocar los informes de exámenes complementarios en las Historias Clínicas.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICA DE SALUD
FUNCIONES. CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

4. Controlar las entradas y salidas de los documentos al archivo.
5. Custodiar y mantener adecuadamente el archivo impidiendo que personas ajenas al mismo tenga acceso a el.
6. Tramitar los resúmenes y traslados de Historias Clínicas.
7. Garantizar previo al inicio de las consultas, la ubicación de las Historias Clínicas en las consultas, de los pacientes que serán atendidos.
8. Garantizar la entrega de las historias clínicas a la consulta en la cual serán atendidos los pacientes que acuden por urgencia y pertenecen al Área de Salud.

CÁPITULO III
PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD EN LOS HOSPITALES

Procedimientos de Admisión

1. Control de Camas

Hay tres hechos de los cuales depende el conocimiento de las camas ocupadas y las disponibles: ingresos, egresos (vivos o fallecidos) y traslados.

Conjuntamente con el conocimiento de este movimiento de pacientes debe existir un método auxiliar que permita conocer con rapidez y en forma correcta la disponibilidad de las camas por salas y servicios, para ello se orienta el uso de la "pizarra control de camas, listado control de camas o control automatizado u otro" (Ver Procesos y Metodologías Especiales).

1.1. Realizar, teniendo en cuenta las horas de mayor número de egresos, las rondas necesarias para conocer de los mismos y de las camas vacías.

1.2. Iniciar a las 12 de la noche una ronda para recoger en cada sala el reporte diario del movimiento de sala del día que termina, comprobar y anotar el número de camas vacías y ocupadas. Además, confeccionar una relación de pacientes en postoperatorio, parto, parto y otros.

1.2.1 El empleado que realiza la ronda debe llevar información sobre el resultado del censo anterior (existencia del día anterior), la relación de ingreso egresos y traslados por salas del día que acaba de finalizar, confeccionado durante el día y la relación de los traslados efectuados durante ese día. Una vez en la sala, solicitará de la enfermera el reporte diario del movimiento de sala.

1.2.2 Cotejará cada uno de los nombres de la relación de ingresos, egresos y traslados con el reporte del movimiento de sala. En el hospital cuyo número de ingresos diarios sea de diez o más por servicios, las relaciones se llevarán en hojas separadas por servicios a fin de facilitar el censo. Se aconseja fundamentalmente para obstetricia.

1.2.3 Entrará a la sala y hará igual cotejo con las respectivas camas, los posibles errores que pueden haber ocurrido, tanto por Admisión como por Enfermería, pueden ser

subsanaos en este momento. Con esta información confeccionará el Resumen del Movimiento de Salas del Día.

1.2.4. Chequeará la calidad de la información del reporte diario de sala con el movimiento hospitalario y la relación de traslado. En horas de la mañana, al entregar a estadísticas los documentos, notificará las deficiencias detectadas.

1.2.5. En aquellos hospitales cuyas condiciones no permitan realizar la ronda a las 12 de la noche, se efectuará a las 7 a.m. con referencia a la hora antes señalada.

2. Ingreso de Pacientes

2.1. Efectuar el ingreso de los casos nuevos, inscribiendo al paciente en igual forma que la descrita en los procedimientos de "Inscripción y Turnos", enviando la Historia Clínica a la sala y el tarjetón de reemplazo al Archivo.

Quando el paciente no venga acompañado, los datos los suministra el propio paciente, si su estado de salud lo permite, de no ser posible se utilizarán todos los medios disponibles para establecer su identidad.

2.2. Localizar el número de la Historia Clínica que corresponda al paciente en la base de datos digital o en el Tarjetero Índice.

2.3. Solicitar la Historia Clínica de los pacientes ya inscriptos al archivo por medio de un listado de pacientes ingresados o del tarjetón de reemplazo, en el horario laborable de éste.

2.4. Cuando el archivo se encuentre cerrado, el empleado de admisión extraerá las historias clínicas, a solicitud del médico y las entregará a la sala. En el resto de los casos, solicitarlas al archivo al día siguiente llevarlos a la sala e incluirle la nueva Historia Clínica.

2.5. Solicitar al archivo, el día anterior de su llegada o el mismo día, las historias clínicas de los ingresos electivos, y verificar sí han sido cumplidos los requisitos de ingreso.

2.6. Enviar al paciente a la sala con el empleado que se designe al efecto.

2.7. Registrar el ingreso en el modelo Movimiento Hospitalario o en la base de datos.

2.8. Actualizar el Sistema de Control de Camas. Cuando el mismo no es automatizado.

2.9 Notificar a información el ingreso en la forma convenida, ya sea por medio de Tarjeta, o modelo escrito, aportando los datos necesarios para una rápida localización del paciente.

3. Egreso de Pacientes

3.1. Exigir la entrega de las historias clínicas de los pacientes egresados en el momento de su salida física del hospital.

En los hospitales con múltiples edificios la comunicación del egreso se hará por teléfono en el momento que este ocurra.

3.2. Registrar en la base de datos o en el modelo Movimiento Hospitalario los pacientes que egresan, tanto vivos como fallecidos, una vez que conozca de estos. Los datos tomarlos de las historias clínicas.

En los casos de Altas a Petición, se deberá confirmar en las historias clínicas de los pacientes que solicitaron alta a petición el formulario de exoneración de responsabilidad por alta, el cual deberá quedar situado en las historias clínicas detrás de la hoja de egreso. En estos casos deberá aparecer la firma del paciente o familiar responsable.

3.3. Actualizar el Sistema de Control de Camas.

3.4. Notificar los egresos a Información en la forma convenida.

3.5. Control de recepción y entrega de historias clínicas.

3.5.1 Admisión recibirá las historias clínicas de los egresados, las que entregará al Archivo o a Codificación por medio del siguiente procedimiento:

3.5.1.1 Preparará una libreta donde se anotarán las historias clínicas recibidas del archivo ya sea las de ingresos electivos, las de la urgencia o las que fueron extraídos del archivo por el personal de admisión a solicitud del médico en el mismo momento del ingreso.

3.5.1.2 A medida que vaya recibiendo las historias clínicas, se irán controlando a través de firmas o haciendo cualquier otro tipo de indicación.

3.5.1.3 Las historias clínicas con una lista, relación o la misma libreta, se entregarán al archivo, quien firmará como constancia de haberlas recibido y hará el control adecuado en la lista que debe haber elaborado al enviarlas a Admisión. En el caso de su entrega a Codificación, esta se realizará por medio del movimiento hospitalario del día.

- 3.6. Avisar a los familiares o instituciones sociales, cuando no estén presentes, del fallecimiento del paciente que tenían hospitalizado.
- 3.7. Avisar a Anatomía Patológica del fallecimiento de un paciente y comunicar a la sala para que hagan llegar el cadáver a la morgue y la historia clínica del fallecido a Admisión.
 - 3.7.1 Admisión requerirá los servicios del patólogo y llenará los epígrafes correspondientes del modelo de Fallecidos (registro de muerte) (53-60), según se realice o no la necropsia, completando además los datos correspondientes a la entrega del cadáver y recibo de la funeraria, cuidando muy especialmente que tanto el empleado de la funeraria como el familiar del fallecido firmen. El modelo de fallecido se adicionará a la historia clínica detrás de la hoja de egresos y en caso de no hacerse la necropsia esta se remitirá al archivo o a codificación según corresponda. Si se hiciera la necropsia en el hospital, podrá permanecer la historia clínica en el Departamento de Anatomía Patológica por un tiempo prudencial, necesario para hacer investigaciones de rigor o informar de los resultados de las mismas (alrededor de dos semanas). Transcurrido este tiempo y con los datos obtenidos, el original del informe de la necropsia se adicionará a la historia clínica que deberá ser devuelta al Archivo por el Departamento de Anatomía Patológica.
- 3.8. Tramitar en los casos de muerte médico-legales o con implicaciones judiciales, la certificación médica con los órganos policológicos, militares o diplomáticos correspondientes; por mediación de los familiares en el primer caso y por los mecanismos establecidos en los restantes.
 - 3.8.1 En caso de fallecidos en los cuales los órganos policológicos consideren que sus causas de muerte tienen implicaciones médico legales, los remitirán a Medicina Legal, dejando constancia en el hospital mediante copia de modelo de la remisión del cadáver.
- 3.9. Entregar el cadáver al empleado de la funeraria, los familiares o autoridades competentes con el original del Certificado Médico de Defunción correspondiente al Ministerio de Justicia y el carné de identidad, cuando se trate de una muerte natural, o con la del órgano policológico cuando se trate de una muerte médico-legal o con implicaciones judiciales. Anotar en el Registro de Defunciones los datos que se solicitan.
- 3.10 Tramitar la documentación del fallecido, cuando exista coordinación con la Facultad de Medicina, para el traslado de los que no tengan familiares o no sean reclamados por estos. Proceder de igual forma que el punto anterior.

3.11 Cumplir lo que está reglamentado sobre la manipulación de cadáveres y restos humanos.

4. Traslado de Pacientes

4.1. Recibir la solicitud de traslado y anotar este movimiento en el Registro de Traslados, actualizar el control de camas y notificar a Información en la forma convenida, el egreso de una sala y el ingreso en otra.

4.2. Recibir la solicitud para el traslado definitivo a otras unidades de pacientes no urgentes, gestionar la cama y solicitar la ambulancia o vehículo adecuado para efectuar el mismo.

5. Lista de Espera

5.1 Llevar un tarjetero o registro manual o automatizado (por especialidad y médico) por fecha de llegada del paciente a la sección, tomar los datos necesarios para su futura localización.

5.2. Coordinar con los jefes de servicios médicos la planificación de citas.

5.3. Citar a los pacientes con un tiempo prudencial de acuerdo a la distancia de la localidad en que éste viva y medios de transporte que empleará para su traslado.

5.4. Anotar la fecha para la que fue citado en la tarjeta o registro.

5.5. Dejar con vigencia la tarjeta o el nombre en el Registro Control, cuando el paciente no acude a la cita, tantas veces como haya sido normado por el hospital (no menos de tres veces).

5.6. Destruir la tarjeta o eliminar el nombre del Registro Control si el paciente acude al ingreso o si después de citado las veces normadas no ha acudido.

5.7. Incluir nuevamente en el Tarjetero o Registro Control a los pacientes en lista de espera para operación que, por diferentes razones inherentes a si mismos, no llegaron a ser operados, reprogramándolos para los primeros 30 días posteriores a su nueva inclusión. Si no se opera por razones inherentes a la institución, entonces debe de reprogramarse dándosele prioridad inmediata.

6. Control del Certificado Médico de Defunción, Defunción Neonatal.

6.1. Recibir el Certificado Médico de Defunción y la HC del fallecido y revisar cada inciso del certificado, comprobar con el familiar declarante que no haya dato

omitido o consignado incorrectamente, así como que toda la información sea legible.

6.1.1 El Certificado Médico de Defunción consta de dos originales y en ambos deben quedar consignados el número de orden que le correspondió, el nombre, cuño y código de la unidad que registra, fecha y hora del registro y nombre, cargo y firma del empleado que ha procedido a su revisión y anotación, entregando uno a la persona que lo ha presentado y conservando el otro para enviarlo al día siguiente en la mañana, al Departamento de Estadística.

6.1.2 Es importante recordar que cada año se inicia por el uno: un Registro de defunciones (fallecidos de 28 días y más), un Registro de defunciones neonatales (fallecidos de 0 a 27 días), un Registro de defunciones fetales y un Registro de defunciones fetales por causa genética.

6.1.3 En los casos en que se haya omitido datos en el certificado, tomado incorrectamente o resulten ilegibles, procédase de la siguiente forma:

6.1.3.1 De ser posible se pondrá en contacto enseguida con el médico que expidió el certificado de defunción, para que confeccione otro certificado (lo que deberá hacerse siempre que la letra esté ilegible), cuidando siempre de anular el anterior y entregarlo al Departamento de Estadísticas o de lo contrario anotando en "nota-reparo" la información que brinde dicho médico sobre los puntos que se le consultan. A continuación consignará la fecha y hora en que hizo la consulta al médico, se la dará a firmar, después firmará él la "nota-reparo" y le pondrá el cuño del hospital. Esta "nota-reparo" se presilla al certificado de defunción de manera tal que no se corra el riesgo de pérdida.

Es importante consignar que, **una vez que el certificado de defunción ha sido registrado, no se puede escribir nada en el mismo**, por lo que toda la información obtenida posteriormente hay que mostrarla en nota-reparo, en la forma indicada

6.1.4 Los certificados de los fallecidos en el propio hospital serán objeto de una segunda revisión por parte del codificador especialmente en lo relacionado con las causas de la muerte. Ver procedimiento de la Sección de Estadística.

6.2. Anotar en el libro Registro que corresponda, ya sea el de fallecidos de 28 días o más, el de defunciones neonatales, el de fetales y genética, los datos requeridos del Certificado Médico de Defunción.

6.3. Ordenar los certificados médicos de defunción por el número consecutivo de la unidad para su posterior envío a Estadística.

7. Envío de documentos a la Sección de Estadística.

7.1. Enviar los Certificados Médicos de Defunción del día anterior a Estadística, ordenados por el número consecutivo de la unidad.

7.2. Enviar en las primeras horas de las mañana el modelo del Movimiento Hospitalario, los formularios del Movimiento de Sala, relación de traslados del día, relación de pacientes a las 12 de la noche en post-operatorio, parto y el resumen del movimiento de sala, acompañados de las historias clínicas de los pacientes egresados el día anterior (en aquellos hospitales donde la sección de Codificación esté en el Departamento de Estadísticas), a excepción de aquellas correspondientes a fallecidos a los cuales se les haya realizado necropsia.

8. Orden de los formularios para conformar la Historia Clínica.

8.1. Ordenar y ensamblar los formularios que conformarán las historias clínicas de pacientes ingresados, de acuerdo a la secuencia establecida por el hospital y especialidades correspondientes.

9. Tarjetero Índice de Pacientes

9.1. Utilizar igual procedimiento que los descritos en inscripción y turnos.

10. Incidencias Epidemiológicas.

10.1. Comunicar en horas no laborables por la vía más rápida a la unidad o Centro de Higiene y Epidemiología, las incidencias epidemiológicas orientadas por el Sistema de Información Directa.

11. Entrega del Turno de Trabajo.

11.1. Hacer entrega personal y por escrito al terminar cada turno de trabajo al personal entrante, dejando debidamente aclarado todo lo que se encuentre pendiente, incluido fallecidos del turno anterior, número de camas vacías, traslados pendientes a otras unidades y otros.

13. Entrega de datos a Información

Entregar los datos relacionados con los ingresos, egresos y traslados que se produzcan en el día, con una frecuencia tal que facilite las labores específicas de este servicio al público

En hospitales con Servicio de Medicina Legal y en el Instituto de Medicina Legal

- Tener un control de los cadáveres recibidos que llegan a través de instrucción policial porque no son reclamados, los que pueden permanecer hasta 30 días en calidad de depósito.

- Tener identificada la Funeraria a la que serán enviados estos cadáveres para proceder según se defina por la Instrucción Policial:
 - Enterramiento
 - Envío a una Facultad de Ciencias Médicas

Procedimientos de Estadística

1. Control de la integridad de los Sistemas y la calidad de los datos.

1.1 Realizar por lo menos cada seis meses, una supervisión de la fidelidad de los datos primarios de cada sistema en los diferentes servicios y departamentos, evaluar la integridad, cumplimiento de las definiciones y procedimientos de registro y recolección. Utilizar para ello las guías que aparecen en cada sistema.

1.2 Realizar un informe escrito de la supervisión en el cual se plasmen conclusiones y recomendaciones.

1.3 Programar y ejecutar los seminarios de readiestramiento de los sistemas en los cuales la supervisión detectó problemas.

2. Elaboración de Datos Estadísticos

2.1 Para todos los sistemas

1.1.1 Recibir los informes de los diferentes departamentos o secciones del hospital según esté establecido.

1.1.2 Comprobar que no existen omisiones y que los datos registrados cumplen las definiciones establecidas en los manuales del sistema. Sí existen deficiencias repare la información.

1.1.3 Anotar los datos en los registros diarios mensuales.

1.1.4 Pasar a las series históricas la totalidad de los indicadores de cada sistema. Sí detecta deficiencias, realizar los arreglos correspondientes.

1.1.5 Confeccionar los informes estadísticos y enviarlos al nivel inmediato superior según periodicidad y calendario establecidos.

1.1.6 Revisar los reparos del Nivel Superior y al dar respuesta cumplir las disposiciones establecidas.

2.2.- Resumen del Censo Diario de Pacientes

2.2.1 Recibir en las primeras horas de la mañana los documentos de la ronda realizada por Admisión.

2.2.2 Revisar el resumen diario del movimiento de sala "Reporte diario de sala", cotejándolo con los datos del Movimiento Hospitalario, el registro de traslado. Sí se detectan errores, haga las rectificaciones correspondientes.

2.2.3 Actualizar el registro de paciente por sala, en la columna de traslado debe señalarse en caso de ingreso su procedencia y en caso de egreso su destino.

2.2.4 Anotar en las tablas diario-mensual "Registro diario de censo de pacientes" de cada sala y servicios correspondientes al día.

2.2.5 Cotejar el número de pacientes que permanecen en el hospital según el Registro de pacientes por sala estadía con los que aparecen reportados en el Registro diario del censo; sí no coincide determine a qué obedece la diferencia y haga los arreglos pertinentes en todos los documentos

2.2.6 Hacer cada diez días un cuadro del registro diario del censo de pacientes, cotejándolo con los resultados del censo realizado.

2.2.7 Realizar como mínimo una vez al mes una ronda física general, comprobando en las salas del hospital nombre a nombre que los pacientes que estaban ingresados antes de las 12 de la noche aparecen anotados en el Registro de pacientes por sala estadía.

3. Inscripción de Nacimiento

3.1 Anotar en las hojas de Registro de nacimiento los nombres y otros datos de las madres que tuvieron un nacido vivo en las 24 horas anteriores, tomar los datos del libro de parto y del carné de identidad de la madre y realizar las inscripciones siguiendo las instrucciones del Ministerio de Justicia.

- 3.2 Realizar la inscripción de los nacidos vivos del día anterior en la sala, mediante la declaración de la madre, el padre o de ambos.
- 3.3 Realizar la inscripción de oficio, cuando la madre o el padre no pudieran o no quisieran hacerla, mediante declaración que prestará ante el director de la institución, el médico o la enfermera que asistió el parto. Esto se hará siempre antes del egreso del recién nacido y dentro del término establecido por el Ministerio de Justicia y se comunicará a la madre o al padre del recién nacido que éste ha quedado inscripto y por tanto debe abstenerse de inscribirlo de nuevo.
- 3.4 Realizar la inscripción de los nacidos vivos que mueren antes del egreso y que no habían sido inscriptos, aplicando los procedimientos anteriores.
- 3.5 Inscribir los nacidos vivos extra-institucionales dentro del término establecido por el Ministerio de Justicia, en aquellas unidades autorizadas para ello.
- 3.6 Entregar a la madre el comprobante de la inscripción.
- 3.7 Entregar los originales de la inscripción de nacimiento al Registro Civil y las copias a la Oficina Nacional de Estadística según los convenios establecidos.
- 3.8 Completar los datos de las hojas del Libro Registro de Nacimiento.
- 3.9 Revisar cada día las inscripciones que falten por realizar de los días anteriores.
- 3.10 Archivar las hojas del Libro Registro en orden cronológico y con ellas confeccionar el libro Registro de Nacimientos de la Institución.

4. Programación de Turnos a los Policlínicos de Área

- 4.1 Recibir del Vicedirector del área la Programación de turnos para los policlínicos y otras instituciones entregándola a su vez al Área de Inscripción de Pacientes y Distribución de Turnos y a las instituciones de salud a las que se les ofrecen dichos turnos.
- 4.2 Comprobar la utilización que las áreas de salud hacen de los turnos que se les enviaron, por medio de las estadísticas continuas o por muestreo.

5. Control de Certificados Médico de Defunción Fetal y de Interrupciones de Embarazo por causa Genética.

- 5.1 Se habilitará y mantendrá actualizado un registro de los certificados médicos de defunción fetal y de las interrupciones de embarazo por genética para lo cual se utilizará el modelo de registro de defunciones.

Procedimientos de Codificación

1. Controlar las Historias Clínicas que entran a la Sección.

- 1.1 Elaborar un Registro de Control de Recepción diario consignando el número de egresos del día que aparecen en el Movimiento Hospitalario, la cantidad de historias de egresos recibidas, la cantidad de historias sin cerrar y su posterior entrega al Archivo.
- 1.2 Reclamar a Admisión o al Archivo las Historias pendientes de codificar
- 1.3 Reclamar a los Jefes de Servicio el cierre de las historias clínicas que no estén cerradas y de no haber respuesta comunicar al Jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas.

2. Codificar los diagnósticos, procedimientos quirúrgicos y otros datos que aparecen en la hoja de egreso o en el modelo historia clínica general, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, el Manual de Procedimientos en Medicina y cualquier otra clasificación recomendada por el Nivel Central.

- 2.1 Anotar en la historia clínica los códigos correspondientes al diagnóstico principal, los diagnósticos coexistentes, complicaciones y los procedimientos de Medicina.
- 2.2 Anotar en la tarjeta índice de diagnóstico y en la tarjeta índice de operaciones o introducir en la base de datos la información que en ambos formularios se solicita.
- 2.3 Anotar en una libreta las dudas que tenga en relación al trabajo diario para aclararlas posteriormente con el nivel superior.
- 2.4 Confeccionar el formulario de egreso hospitalario que se envía al nivel superior.

3. Confeccionar el Tarjetero Índice de Diagnóstico, Procedimientos de Medicina y otros.

- 3.1 Encabezar cada tarjeta con el nombre de la enfermedad o proceder quirúrgico y el código correspondiente.
- 3.2 Archivar la tarjeta en orden alfanumérico según el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Este índice debe ser continuado, o sea, no iniciarse cada año. Utilizar para su facilitar su localización guías o separadores.

4. Determinar y entregar historias clínicas a evaluar.

- 4.1 Calcular y determinar la cantidad de Historias Clínicas a evaluarse por el Comité de Evaluación de Procedimientos Asistenciales (CEPA).
- 4.2 Solicitar al archivo las historias clínicas a evaluar y entregarlas al CEPA.

5. Controlar integridad y revisar la calidad.

5.1- Certificado de defunción

- 5.1.1 Revisar los números consecutivos de las defunciones registradas en el día anterior para evitar repeticiones, omisiones o saltos.
- 5.1.2 Revisar los datos administrativos y en caso de existir errores solicite el reparo de la deficiencia detectada en el certificado de defunción.
- 5.1.3 Comprobar si los diagnósticos o las circunstancias en que ocurrió la muerte violenta, están expresadas con todo el detalle necesario para realizar la codificación siguiendo las orientaciones dadas por el Nivel Central; de no ser así solicite el reparo correspondiente.
 - Llevar el control de la solicitud de reparos recibidos y de su respuesta al nivel superior, así como también de las discusiones de fallecidos.
 - Entregar al jefe inmediato superior, para su envío, las respuestas a las solicitudes de reparo y los reportes de discusión de fallecidos.
 - Confeccionar el modelo 18-45 Discusión de Fallecido a todos los fallecidos menores de 1 año.

5.2 Enfermedades de Declaración Obligatoria.

- 5.2.1 Chequear que los casos de egresos con enfermedades de declaración obligatoria tengan confeccionada la tarjeta y se anoten en los registros, sean de casos presuntivos o confirmados.
- 5.2.2 Reclamar al médico de asistencia las tarjetas de aquellos casos egresados con enfermedad de declaración obligatoria de los cuales no se haya recibido esta.

5.3 Registro de Cáncer

- 5.3.1 Recibir los Reportes de Cáncer confeccionados por los médicos y estomatólogos, revisando su integridad y calidad, tramitando los reparos de los mismos.
- 5.3.2 Confeccionar y actualizar un tarjetero o base de datos de Casos nuevos de Cáncer a partir del reporte de estos, el cual se ordenará en estricto orden alfabético o por número de identidad.
- 5.3.3 Comprobar que se ha llenado el reporte de caso de cáncer a todos los casos diagnosticados.
- 5.3.4 Solicitar al médico de asistencia que haga el reporte en aquellos casos que no haya sido hecho por el servicio o departamento correspondiente y comunicar el resultado de su gestión al jefe inmediato superior.
- 5.3.5 Entregar al jefe inmediato superior los reportes de caso de cáncer para su envío, después de confeccionar los controles que permitan eliminar duplicidades.

6. Realizar **búsqueda del número de historias clínicas con igual diagnóstico o proceder.**

- 6.1 Confeccionar las listas con los números de las historias clínicas en las que aparezcan consignados el o los diagnósticos que se desean para un trabajo científico, previa autorización del Jefe.

Procedimientos de Archivo de Historias Clínicas

1. Conservación, Control y Custodia de las Historias Clínicas

1.1. Ordenamiento de las Historias Clínicas

- 1.1.1. Ordene los historias clínicas en los estantes por el método convencional o método dígito terminal.**

1.2. Conservación y custodia de las historias clínicas

- 1.2.1 Conservar las historias clínicas en forma ordenada, sustituyendo las carátulas en mal estado y evitando que los documentos que estén incluidos sobresalgan de las mismas.

1.2.2 Controlar la entrada y salida de los historias clínicas del archivo, mediante tarjetones de reemplazo, registro-control de historias clínicas, solicitudes de historias en casos de préstamo y otros.

En todos los casos el tarjetón de reemplazo tendrá, además de la numeración de la historia, la fecha y motivo de la solicitud y el nombre del solicitante. Las historias clínicas que sean manipuladas por concepto de atenciones en Consulta Externa, serán controladas además en un registro por días y médicos, en el cual también se señalen aquellas historias solicitadas el mismo día de consulta.

En caso de pérdida o extravío de la historia se confeccionará un "acta de pérdida" con los datos que se tengan del hecho en cuestión y además de comunicarlo a la instancia superior se dejará copia del acta en el lugar donde corresponda la numeración de la historia clínica.

Revisar el archivo periódicamente para buscar historias clínicas mal archivadas. En caso que falte la historia clínica y no exista información de donde se encuentre, se colocará en su lugar un tarjetón con la fecha en que se detectó su ausencia hasta su posterior localización.

Cuando se necesite extraer historias clínicas para trámites judiciales, policiales u otros de carácter legal, deberán ser solicitadas oficialmente por escrito y autorizado por la Dirección del Hospital. En los casos anteriores y en los amparados por una Resolución Ministerial, la historia clínica deberá ser foliada y hacerse una relación de su contenido, así como dejar acuse de recibo, como constancia de quién recibió el original.

Por ningún concepto personas ajenas al Departamento deben archivar o extraer historias clínicas.

1.3. Control de la Numeración de las Historias Clínicas

1.3.1 Utilizar para la numeración de la historia clínica el sistema de numeración única, en el cual se asigna un número a cada paciente cuando se inscribe, ya sea en la consulta o para su ingreso; es una historia clínica unificada y continua. Se podrá utilizar como número de historia clínica, el número de identidad de la persona.

1.3.2 Foliar: carátula de la historia, hoja de historia clínica general, tarjeta de identificación, tarjeta de inscripción y demás documentos. En caso de las historias clínicas destinadas para Admisión, se foliarán los tarjetones de reemplazo correspondientes a esas historias clínicas, incluyéndolos en ellos.

1.3.3 Registrar los números en estricto orden consecutivo en un listado "Control de Historias Clínicas", que constará además del número de la historia clínica, la fecha en que éste se inicia y el nombre(s) y dos apellidos del paciente. Este proceder se

hará utilizando la tarjeta índice de paciente, la cual se archivará posteriormente en estricto orden alfabético.

1.3.4 Enviar a Inscripción y Admisión las historias foliadas de acuerdo a los promedios de consumo de este documento, registrando la numeración que se entrega a cada grupo de trabajo, con el fin de facilitar la búsqueda de los historias que no aparezcan y que deberían estar en la lista de Control de Historias Clínicas.

1.4. Inclusión de informes en las Historias Clínicas

1.4.1 Recibir el total de informes a incluir acompañados por una relación en original y copia; compruebe los informes que recibe y devuelva la copia firmada. Sí faltan informes, haga la reclamación correspondiente y organice los informes recibidos en orden numérico.

1.4.2 Retirar las historias clínicas a las cuales debe incluirse resultados de complementarios, colocando en su lugar un tarjetón de reemplazo. Esta función debe realizarse diariamente

1.4.3 Enviar a las salas correspondientes los informes recibidos de pacientes que estén hospitalizados. Deje un listado o documento como constancia del envío.

1.4.4 Enviar al Tarjetero Índice de Pacientes aquellas investigaciones que no tengan anotado el número de historia clínica o que este no coincida con las generales del paciente. Una vez localizado este número, anotarlo en el modelo de la investigación. Deben agotarse todos los recursos para localizar la historia clínica correspondiente. De no lograrse, archivar las investigaciones por orden alfabético y mantenerlas por el tiempo que establezca la Dirección del Hospital.

1.5. Desarchivo de las Historias Clínicas

1.5.1 Desarchivar de acuerdo a la lista enviada por inscripción y turnos, y otras solicitudes.

1.5.2 Colóquese un tarjetón de reemplazo en el momento de extraer la historia, con este sistema cada historia que se retira del Archivo está reemplazada por un tarjetón, así como también las historias clínicas de los pacientes que habiendo ingresado se les hizo la inscripción en Admisión. Los tarjetones indicarán el destino de la historia clínica

1.5.3 Entregar al personal de consulta externa las historias clínicas, conjuntamente con la hoja de Actividades de Consulta Externa.

1.5.4 Ubique el tarjetón de reemplazo enviado por Admisión que corresponda a nuevas inscripciones de pacientes en esa Sección.

1.5.5 Exigir que la solicitud de préstamo de historia clínica se realice por escrito contemplando: número de la historia, nombre del paciente, fecha de solicitud y devolución, persona solicitante y aprobación de la Dirección del Hospital o personas autorizadas.

1.5.6 Controlar la fecha de devolución de las historias clínicas mediante un tarjetero calendario.

1.6. Archivo de las Historias Clínicas

1.6.1 Archivar los historias de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo en el estante y con el número de la historia clínica hacia el lado del pasillo.

1.6.2 Recibir las Historias Clínicas que salieron del archivo, comprobando mediante el cotejo del número y nombre de cada historia contra el registro o listado que amparó su salida del archivo. Cuando se trate de historia clínica de consulta externa enviar las hojas de actividades a la sección de estadística. Al final del día, las historias clínicas deben permanecer en el archivo, excepto aquellas de pacientes hospitalizados y préstamos autorizados.

1.6.3 Revisar las historias devueltas al archivo y aquellas deterioradas o desordenadas deben separarse para proceder a su restauración.

1.6.4 Colocar las historias en la estantería, retirando simultáneamente el tarjetón de reemplazo.

1.6.5 Comunicar al Jefe del Departamento, para que éste tome las medidas oportunas, cuando las historias clínicas prestadas no sean reintegradas en las fechas establecidas.

1.7. Duplicidad de Historias Clínicas

1.7.1 Unir las HC de un mismo paciente, en caso de duplicidad. Cuando se utiliza como número de historia clínica el número de identidad, eliminar el número provisional. La carátula de la historia que se unificó quedará en su lugar correspondiente en el Archivo con una nota que señale a cual número ha pasado y comuníquese a Rayos X, Anatomía Patológica y a cualquier otro departamento que tenga archivos de informes con la numeración de las historias clínicas del cambio producido, para que haga la unificación de la misma forma.

1.7.2 Cambiar el número de una de las dos Historias Clínicas con igual numeración para dos pacientes diferentes. Se cambiará el del paciente que está en el hospital en el momento que se detecta. Sí se detecta antes de que acuda alguno de ellos al hospital, se cambiará el número a la que contenga menos informes de cirugías, exámenes anatomopatológicos, radiológicos y de otras investigaciones.

1.8. Eliminación de documentos de las historias clínicas y confección del archivo pasivo

1.8.1 Revisar durante el año la totalidad de las historias clínicas del archivo, lo cual corresponde a las personas que trabajan de forma habitual en esta actividad.

1.8.2 Determinar que hacer con cada Historia Clínica del archivo activo según las normas vigentes para la eliminación de documentos de la historia clínica. Pueden presentarse las alternativas siguientes:

- Dejarla en el archivo activo tal como está.
- Necesario extraerle algunos documentos y reintegrarla al archivo activo.
- Necesario extraerle algunos documentos e integrarla al archivo pasivo.
- Pasarla al archivo pasivo tal como esta.

1.8.3 Determinar el número de años que las historias clínicas deben permanecer en el archivo activo de acuerdo a los convenios con cada especialidad médica, los intereses asistenciales y científicos de la institución, el espacio físico con que cuenta esta Sección, aunque nunca deberá ser menor de 5 años. La cantidad de historias clínicas a eliminar todos los años debe estar en concordancia con el número de historias clínicas que se inicia cada año.

1.8.4 Determinar las historias clínicas del archivo activo que forman el conjunto de historias clínicas candidatas a pasivas: para ello localice el número de la primera historia clínica del año que no formará parte de las candidatas a pasivas, toda historia clínica con número inferior a este considérese candidata a pasiva.

- Dar un nuevo número de los de Inscripción y Turnos o de los de Admisión, a toda historia clínica de las candidatas a pasiva que salga del archivo, confeccionar la tarjeta de inscripción y la de identificación, esta última se le entregará al paciente.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICA DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN HOSPITALES**

- Actualizar con la nueva tarjeta el Tarjetero Índice de Paciente, la que quedará con 2 números, el anterior anulado y el nuevo.
- Avisar al departamento de Radiología, Anatomía Patológica y otros que lo requieran, el cambio de la numeración.
- Dejar en el lugar de la historia clínica la carátula vieja con indicación del cambio realizado.
- Controlar los cambios de numeración de historias CANDIDATAS A PASIVAS mediante un listado que registre, al lado de la antigua numeración de la historia clínica, el nuevo número asignado, fecha del cambio y nombre y dos apellidos del paciente.
- Calcular al finalizar el año el porcentaje de las historias clínicas candidatas a pasivas que cambió su numeración. Si es menor de 10, pase todas las "candidatas" al archivo pasivo; si es de 10 ó más, continúe trabajando en igual forma un año más.

1.8.5 Determinar el número de historias clínicas que se colocarán en el archivo pasivo. Debe tenerse en cuenta los intereses asistenciales y científicos de la institución, el espacio físico con que cuenta esta Sección. La cantidad de historias clínicas a eliminar todos los años debe estar acorde al número de historias clínicas que se inicia cada año. Estas historias clínicas permanecerán en el pasivo por un tiempo no menor de un año.

1.8.6 Archivar las historias clínicas en el archivo pasivo por el método convencional y separar las historias clínicas de egresos vivos de las de egresos fallecidos.

1.8.7 Enviar a otro hospital o institución de salud las historias clínicas del archivo pasivo que sean solicitadas y eliminar de este archivo las historias clínicas después de transcurrido el tiempo máximo establecido para su permanencia en este local. Para el envío de la Historia Clínica se utilizará la forma que le sea más factible a la institución emisora y que garantice la preservación del carácter confidencial del documento.

1.8.8 Controlar la llegada de las historias clínicas de los fallecidos al archivo y comprobar, que a las historias clínicas anteriores a la del ingreso en que ocurrió la muerte, se le extrajeron los documentos normados. En caso negativo, realice la extracción y deje intacta la del último ingreso.

- El informe anatomopatológico de los fallecidos con necropsia, debe estar incluido en la historia clínica. Verifique si la historia clínica fue codificada, en caso contrario gestione su codificación.

- Archivar la historia clínica en el espacio destinado para el archivo de fallecidos, por un tiempo mínimo de 5 años. En el espacio correspondiente a este número del archivo activo, se dejará un tarjetón de reemplazo que diga "fallecido".

1.8.9 Los hospitales deben tener un acuerdo con los servicios para la eliminación de documentos de forma sistemática. Después de transcurrido determinado tiempo del egreso se realizará la eliminación de los documentos de forma diaria, para ello utilizará los listados de pacientes egresados del día en que se inició el período convenido.

La eliminación de historias clínicas se realizará diariamente mediante revisión de las historia de los egresados de hace 5 años que no han concurrido nuevamente.

1.8.10 Conservar la Historias Clínicas de Legrados y de los pacientes operados ambulatoriamente por el término de un año.

1.9. Tramitación de los Resúmenes de Historia Clínica Solicitados

1.9.1 Recibir la solicitud de resumen de historia clínica.

1.9.2 Entregar o comunicar la solicitud recibida al servicio y médico que corresponda.

1.9.3 Recibir del servicio o médico el resumen confeccionado y proceder a su entrega al solicitante.

Procedimientos de Inscripción y Turnos

1 Inscripción de los Pacientes

1.1 Realizar la inscripción el día que el paciente concurra a consulta, estableciendo prioridades de acuerdo con la hora de inicio de la consulta y teniendo en cuenta el orden de llegada de los pacientes. En los hospitales con consulta de valoración previa o clasificación, inscribir el paciente a solicitud del médico.

1.2 Solicitar la tarjeta del menor o carné de identidad, para obtener los datos necesarios para llenar los documentos. No escribir los nombres o apellidos con abreviaturas, omitir los títulos o rangos, tales como Doctor, Coronel, Licenciado y otros.

1.3 Elaborar las tarjetas siguientes: Tarjeta de Identificación, entregándosela al paciente y recordándole que debe conservarla para futuras visitas. Tarjeta de Inscripción para el Tarjetero Índice de Pacientes. En los casos que se utilice como

número de historia clínica el del carné de identidad del paciente, no será necesario elaborar las tarjetas referidas anteriormente.

1.4 Iniciar la carátula de la historia clínica e incluir los formularios necesarios con los datos que se solicitan. Los mismos serán escritos a máquina o con letra legible.

2 Distribución de los Turnos.

2.1 Confeccionar los listados control de turnos por servicios, especialidades y médicos. Las hojas de control de turnos que serán utilizadas serán las hojas de consultas del propio médico (hoja de cargo).

2.2 Reservar los turnos a pacientes nuevos y referidos, para ello anotar en el listado control de turnos los datos necesarios en las primeras líneas del modelo.

2.3 Anotar día, hora, servicio y médico asignado, en el listado control de turnos y en el volante de los pacientes remitidos de un servicio a otro.

2.4 Citar los casos remitidos antes del inicio de la consulta en el día que van a ser atendidos por primera vez, a fin de hacer la inscripción en los casos que sea necesario.

2.5 Citar los casos referidos teniendo en cuenta la hora del inicio de la consulta y el número de turno del paciente (turno por hora o turno escalonado). Considerar dos alternativas para las consultas ilimitadas y casos imprevistos: **a)** Cuando el paciente es nuevo se hará la inscripción. **b)** Cuando el paciente es antiguo, solicítese su historia clínica al archivo.

2.6 Los turnos de reconsulta o seguimiento serán distribuidos por los propios médicos consultantes.

2.7 Enviar el registro de actividades de consulta externa al archivo con antelación al día de la consulta.

3 Mantener el Tarjetero Índice de Pacientes en estricto orden alfabético o en estricto orden numérico. En caso en que esté digitalizado podrán usarse las dos variantes anteriores.

3.1 Mantener para cada paciente con historia clínica en el hospital una tarjeta en el Tarjetero Índice de Pacientes.

3.2 Archivar la totalidad de las tarjetas antes de las 24 horas de confeccionadas.

3.3 Archivar los apellidos en estricto orden alfabético. **Ver Tarjetero Índice en Procesos y Metodologías Especiales.**

4 Información sobre la Consulta Externa

4.1 Exigir de los Jefes de Servicios la información necesaria para la organización de la distribución de los turnos.

4.2 Mantener actualizada la información referente a días de consultas de los médicos, horarios de consultas, pacientes que deben consultar: nuevos, reconsultas y referidos, lo cual debe ser conocido por todo el grupo de trabajo que está en esta área, además de conocer con exactitud la programación de los turnos ofrecidos a cada una de las áreas de salud.

PROCESOS Y METODOLOGÍAS ESPECIALES

DE ADMISIÓN

Pizarra de Control de Camas

La pizarra consiste en un tablero donde aparecen representadas las salas o cuartos y camas del Hospital, considerando las camas adicionales (centros) que puedan instalarse en un momento determinado. Cada sala estará identificada por su nombre o número y cada cama por su número. Para cada cama habrá una chapa, que servirá para indicar el movimiento de enfermos, de la siguiente forma: cuando la cama es ocupada se cuelga la chapa de modo que tape el número de la cama ocupada (en el momento mismo de ordenarse la hospitalización); siempre que la cama esté desocupada no estará cubierta por la chapa, y será visible el número de la cama disponible. Cuando se produce un egreso, inmediatamente se retira la chapa. También se cubrirán con chapa las camas adicionales o centros cuando no estén funcionando, y las camas que estén en reparación, etc.

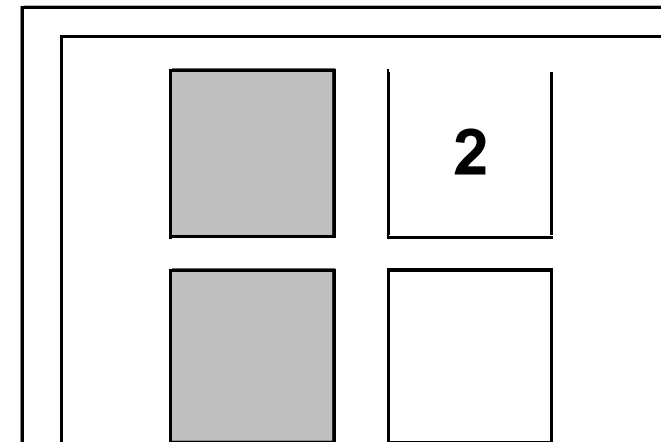
Las chapas no se numeran.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCESOS Y METODOLOGÍAS ESPECIALES**

MODELO DE PIZARRA PARA EL MOVIMIENTO DE PACIENTES INGRESADOS

DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS
SECCIÓN DE ADMISIÓN

SERVICIO	SALA	CAMAS EXISTENTES											
MEDICINA	A	■	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	B	■	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
CIRUGIA	A	■	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	B	■	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PEDIATRÍA	A	■	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	B	■	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OBST-GINEC	A	■	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	B	■	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

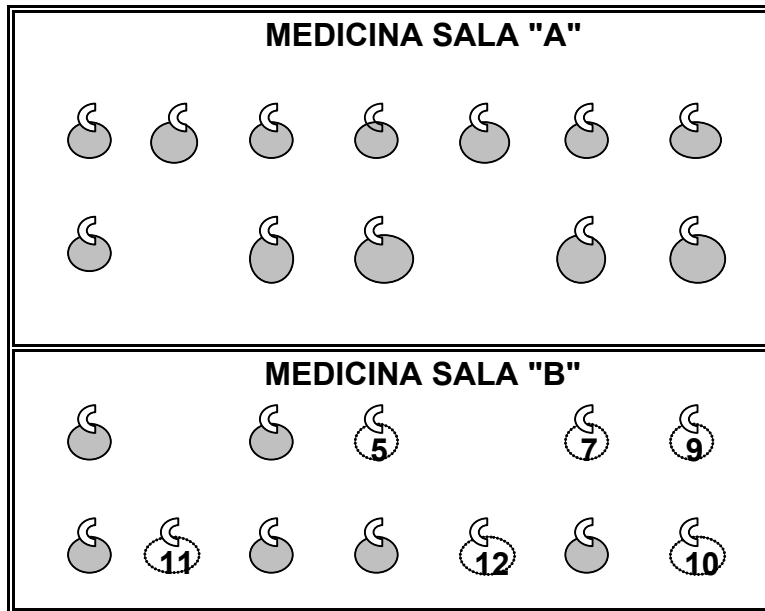
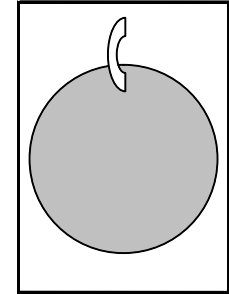
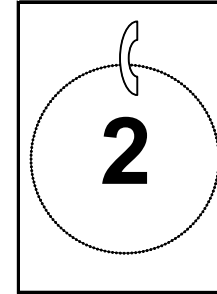


En las gráficas se ilustra el funcionamiento de la pizarra

Tratándose de camas ocupadas
(chapas con bordes continuos)
y camas desocupadas (bordes discontinuos)

MODELO "2" DE PIZARRA PARA EL MOVIMIENTO DE PACIENTES INGRESADOS

DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS
SECCIÓN DE ADMISIÓN



El disco sombreado representa la cama ocupada,
con la chapa correspondiente.

DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Métodos de Ordenamiento de las Historias Clínicas

Para el ordenamiento de las historias existen dos métodos: el convencional y el dígito terminal.

MÉTODO CONVENCIONAL

En este método las historias se archivan correlativamente por número, leyendo el número de izquierda a derecha, por ejemplo: 37829, 37830, 37831, 37832, etc.

Ventajas del método convencional

- a) Por ser el más sencillo de manejar numéricamente, resulta más rápido adiestrar personal en su uso.
- b) Resulta más fácil retirar del archivo grupos de historias con una numeración consecutiva.

Desventajas del método convencional

- a) Las historias más nuevas, que son por lo general lo que se usan más frecuentemente, están colocados en un extremo del archivo, causando así concentración y congestión de actividad en las secciones más nuevas del mismo.
- b) Es imposible fijar la responsabilidad para una sección del archivo por empleado.
- c) A medida que se retiran las historias inactivas y se agregan los activos, el punto de mayor actividad en el archivo varía o se tienen que correr todas las historias.
- d) Para ubicar y archivar una historia correctamente con este método, es necesario leer todo el número. La posibilidad de error humano aumenta en proporción directa a medida que se incrementa el número de dígitos a considerar.

MÉTODO DE DÍGITO TERMINAL

El método de archivo de dígito terminal elimina las dos ventajas del método convencional, pero conserva las ventajas del archivo numérico. Este método consiste en fraccionar la cifra numérica de la historia clínica en 3 posiciones que permitan colocar el documento en su correcta ubicación, sin tener necesidad de manejar todos sus dígitos en una sola ocasión.

En el método dígito terminal la lectura del número se realiza de derecha a izquierda, en forma contraria a la manera convencional.

Existen tres modalidades para conformar un Archivo dígito terminal. Esto estará en dependencia de la cantidad de historias clínicas que sea necesario albergar, teniendo en cuenta la actividad asistencial de la institución y sus intereses científicos e investigativos.

VARIANTE "A" DE MÉTODO DE DÍGITO TERMINAL PARA ARCHIVOS MAYORES DE 300 000 HISTORIAS CLÍNICAS

Usando el número 862345 como un ejemplo, éste se divide en tres partes de dos dígitos cada una, es decir 86 – 23 – 45. De esta manera el número quedará ubicado de la siguiente forma:

SECCIÓN 45 - DIVISIÓN 23 - NÚMERO PRIMARIO 86

El archivo quedará dividido en 100 SECCIONES, cada Sección en 100 DIVISIONES y en cada división los NÚMEROS PRIMARIOS que pueden llegar a 100.

Aplicando este principio, la primera historia tendrá el número 00-00-00 y pudiera llegar hasta el 99-99-99, lo que significa que su capacidad numérica es de 1'000,000 de números.

El esquema a continuación sirve de ejemplo de lo que serían las DIVISIONES dentro de una SECCIÓN.

SECCIÓN 45

00-45	01-45	02-45	03-45	04-45	05-45	06-45	07-45	08-45	09-45
10-45	11-45	12-45	13-45	14-45	15-45	16-45	17-45	18-45	19-45
20-45	21-45	22-45	23-45	24-45	25-45	26-45	27-45	28-45	29-45
33-45	31-45	32-45	33-45	34-45	35-45	36-45	37-45	38-45	39-45
40-45	41-45	42-45	43-45	44-45	45-45	46-45	99-45

VARIANTE "B" DE MÉTODO DE DÍGITO TERMINAL PARA ARCHIVOS MENORES DE 300 000 HISTORIAS CLÍNICAS

Es el mismo principio, solamente usando como número de **DIVISIÓN** un solo dígito (76 – 3 – 45). De este modo quedarían 100 **SECCIONES** de 10 **DIVISIONES** cada una y dentro de ésta el ordenamiento del **NÚMERO PRIMARIO**.

Es recomendado para archivos menores de 300,000 historias. En esta modalidad la primera historia tendrá el número 00-0-00 y pudiera llegar hasta el 99-9-99, lo que significa que su capacidad es de 100,000 números.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCESOS Y METODOLOGÍAS ESPECIALES**

El esquema a continuación sirve de ejemplo de lo que serían las DIVISIONES dentro de una SECCIÓN.

SECCIÓN 44 SECCIÓN 45 SECCIÓN 46

0-44	1-44	0-45	1-45	0-46	1-46
2-44	3-44	2-45	3-45	2-46	3-46
4-44	5-44	4-45	5-45	4-46	5-46
6-44	7-44	6-45	7-45	6-46	7-46
8-44	9-44	8-45	9-45	8-46	9-46

VARIANTE "C" DE MÉTODO DE DÍGITO TERMINAL PARA ARCHIVOS MENORES DE 10000 HISTORIAS CLÍNICAS

Esta modalidad no contempla DIVISIONES, solamente la **SECCIÓN** y el **NÚMERO PRIMARIO**. Si leemos el número 62345 de derecha a izquierda, los dos primeros dígitos componen la SECCIÓN (45) y los tres siguientes componen el NÚMERO PRIMARIO (623).

En esta modalidad la primera historia tendrá el número 000-00 y pudiera llegar hasta el 999-99, lo que significa que su capacidad es de 100,000 números.

El esquema a continuación sirve de ejemplo de lo que serían los NÚMEROS PRIMARIOS dentro de cada SECCIÓN.

Sección 00 001 al 999	Sección 05 001 al 999	Sección 10 001 al 999	Sección 15 001 al 999
Sección 01 001 al 999	Sección 06 001 al 999	Sección 11 001 al 999	Sección 16 001 al 999
Sección 02 001 al 999	Sección 07 001 al 999	Sección 12 001 al 999
Sección 03 001 al 999	Sección 08 001 al 999	Sección 13 001 al 999
Sección 04 001 al 999	Sección 09 001 al 999	Sección 14 001 al 999	Sección 99 001 al 999

El primer paso para archivar según el método dígito terminal es ordenar las historias según su número de **SECCIÓN**, dentro de ésta el número de **DIVISIÓN** y posteriormente el **NÚMERO PRIMARIO**.

Ventajas del método dígito terminal:

- a) Todas las secciones aumentan uniformemente porque cada vez que se asignan 100 números a pacientes se agrega solamente una nueva historia a cada **SECCIÓN** del archivo, ya que sólo una del grupo va a terminar en 00, una en 01, una en 02, etc.
- b) El número de errores en archivo se reduce a un mínimo porque el archivista no tiene que leer más de dos dígitos a la vez y así este no tiene que retener en su memoria números grandes. Esto evitaría la transposición de dígitos que es el error más común.
- c) El trabajo del archivo está distribuido de modo uniforme entre todos los archivistas. El uso de historias de todas las secciones va a ser más o menos igual; luego se puede distribuir el trabajo uniformemente entre todos los archiveros. Uno de ellos se podría responsabilizar con todas las historias de números terminados en 00-19, otro con todas las que terminan en 20-39, el tercero de todas las que terminan en 40-59, el cuarto de todas las que terminan en 60-79 y el quinto de todas las que terminen en 80-99.
- d) Se facilita el traslado de historias al archivo pasivo. Usualmente el archivo pasivo se organiza según el método convencional de archivo numérico.
- e) Como se tienen que retirar únicamente las historias antiguas de cada sección, solamente las 10 ó 20 historias más viejas de cada sección se trasladan de una vez.
- f) Se facilita la supervisión del archivo. Como cada archivero puede tener una sección definida del archivo para trabajar, se puede establecer quien cometió los errores de archivo. Cada archivista va a realizar la misma cantidad de trabajo.
- g) Se ahorra tiempo archivando y retirando historias. Se ha calculado que el método dígito terminal de archivo aumenta el rendimiento de los archiveros aproximadamente en un 30%. Esto es porque el archivero al leer el número de la historia clínica sabe exactamente donde está la sección a la cual el número corresponde.

Desventajas del método dígito Terminal

- a) Aunque no sucede frecuentemente, cuando se tiene que retirar un gran número de historias con numeración consecutiva, el archivero tiene que ir a cada una de las distintas divisiones del archivo para ubicarles.
- b) Se necesita más tiempo para adiestrar al personal. El proceso de hacer la conversión del método convencional al de dígito terminal es un problema cuando no se tienen conocimientos al respecto. Muchos de los obstáculos se pueden eliminar con una

buena planificación de antemano y una supervisión adecuada mientras se realiza el cambio.

SOBRE EL CONTROL DE LA HISTORIAS CLÍNICAS Y EL TARJETON DE REMPLAZO

Controlar la entrada y salida de las historias clínicas del archivo mediante tarjetones de reemplazo, registro control de historias clínicas, solicitudes de Historias en casos de préstamo y otros.

Colóquese un tarjetón de reemplazo en el momento de retirarse la historia. Con este sistema cada historia que se retira del archivo está reemplazada por un tarjetón, así como también las historias clínicas de los pacientes que habiendo ingresado se les hizo la inscripción en Admisión. Los tarjetones indican el destino del expediente.

Cuando la historia vuelve al archivo, el tarjetón se retira, al igual que se hace cuando llegan las historias clínicas de casos nuevos ingresados, y se usa para otros casos. El tarjetón tiene la ventaja de que al llegar al lugar donde debe estar el expediente se sabe donde está y también sirve de guía cuando se archivan los expedientes devueltos.

Estos tarjetones deben ser un poco más grandes que las historias y preferiblemente de color distinto al de las carátulas de éstas. Si se quiere, los tarjetones para las historias que van a la Consulta Externa pueden ser de un color diferente para poder controlar fácilmente que todas éstas han sido devueltas al Archivo en el día.

En todos los casos el tarjetón de reemplazo tendrá, además de la numeración de la historia, la fecha y motivo de la solicitud y el nombre del solicitante. Las historias clínicas que sean manipuladas por concepto de atenciones en Consulta Externa, serán controladas en un registro por días y médicos en el cual, además, se señalen aquellas historias solicitadas el mismo día de consulta. En caso de pérdida o extravío de la historia se confeccionará un "acta de pérdida" con los datos que se tenga del hecho en cuestión. Se comunicará a la instancia superior y se dejará copia del acta en el lugar donde corresponda la numeración de la historia.

Revisará el archivo periódicamente para buscar historias mal archivadas. En el supuesto caso que falte la historia y no exista información de donde se encuentra, se colocará en su lugar un tarjetón con la fecha en la cual se detectó su ausencia hasta su posterior localización.

Cuando necesite extraer historias clínicas para trámites judiciales, policiales u otros de carácter legal, deberán ser solicitados oficialmente por escrito y autorizados por la Dirección del Hospital. En los casos anteriores y en los amparados por una Resolución Ministerial, la historia clínica deberá ser foliada y hacer una relación de su contenido, así como dejar acuse de recibo como constancia de quién recibió el original.

Duplicidad de Historias Clínicas.

En caso de duplicidad de historias clínicas para un mismo paciente, procédase de la siguiente forma:

1. Revísense las historias y tómese aquella que mayor importancia tenga, según intervenciones quirúrgicas e investigaciones, especialmente radiografías e informes de anatomía patológica, y únase a esta la otra historia.
2. En caso de que ambas historias tengan la misma importancia, únense al número más reciente.
3. La carátula de la historia que se unificó quedará en su lugar correspondiente en el Archivo con una nota que señale a cual número ha pasado.
4. Comuníquese a Rayos X y a cualquier otro Departamento que tenga archivo de informes con la numeración de las historias clínicas el cambio para que haga la unificación de la misma forma.
5. En los casos de un mismo número para dos pacientes, ver 1.7.

ESPACIO Y EQUIPAMIENTO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Iluminación

Debe de estar bien iluminado, con la luz artificial colocada de tal manera que se puedan leer los números de las historias fácilmente. Si hay luz natural debe haber una manera de controlarla. Una consideración muy importante es la necesidad de tener pisos reforzados, pues el peso a soportar puede llegar a 270 kilos por metro cuadrado.

Espacio requerido.

Estará en dependencia de las características asistenciales y científicas de la institución, que van a determinar el número de historias clínicas y hasta su volumen, según promedios de estadía, complejidad de los estudios diagnósticos, etc.

El tipo de mueble que se va a utilizar para archivar las historias afectará la cuantía del espacio requerido. La necesidad de ahorrar espacio y la facilidad que ofrece para archivar y extraer las historias ha hecho que la estantería sea el equipo de preferencia.

La misma cantidad de material archivado en estantería ocupa casi un tercio de la superficie de piso que se requiere, si estuviera archivado en archivos de gavetas.

Distribución de Espacio y Equipos.

El mayor aprovechamiento del espacio se consigue usando estantería de doble cara pues entonces el mismo pasillo se aprovecha para dos estantes.

Si la altura de la estantería es tal que permite que las historias se archiven sin necesidad de usar un banco o escalera, un pasillo de 80 cm. es suficiente. Si hay necesidad de escaleras entonces los pasillos tienen que ser más anchos, entre 1,0 y 1,5 metros de ancho, dependiendo del movimiento de las historias. La colocación de la estantería debe ser perpendicular a las ventanas para poder aprovechar al máximo la luz y aire que estas ofrecen.

Es conveniente que los estantes no estén colocados justos contra la pared porque esto dificulta el trabajo de archivar (las historias se archivan de izquierda a derecha en los estantes). Por la misma razón no se debe esquinar la estantería, pues además de dificultar la lectura de los números también evita que dos personas trabajen en esa sección en el mismo momento. Una estantería demasiado larga puede presentar problemas del movimiento del personal.

La estantería puede ser de madera o de metal, la última tiene la ventaja de ahorrar espacio, pues el grosor del metal es menor que el de la madera. El diseño de la estantería también dependerá de la cantidad de historias a archivar, su actividad, etc.

En lo posible, para los archivos activos, se debe evitar tener que utilizar bancos o escaleras, por lo que la altura del archivo no debe ser mayor que 2 metros. Archivos mayores reducen la eficiencia con que se pueda retirar y archivar historias y ofrecen posibilidades de accidentes. Si se utilizan escaleras deben tener ruedas para facilitar su traslado y contar con resguardos, para evitar que se muevan mientras se están usando.

Las medidas de las historias y las radiografías deben ser consideradas cuando se diseña la estantería. Las historias se deben archivar sobre su lomo pues así se ahorra espacio vertical. Para mayor eficiencia, la profundidad del estante no debe ser mayor que el largo de la historia. Se deben prever divisiones que sostengan las historias erectas.

El espacio de los entrepaños debe oscilar entre 27 y 30 cm. Del piso al primer entrepaño debe haber un espacio no inferior a 30 cm.

Para un estante sencillo, la profundidad no debe exceder los 30 cm.

El espacio a ocupar por cada historia en hospitales que tienen, además de ingresos, atención ambulatoria, varía entre 0,3 y 0,5 cm.; en aquellos que no tienen consulta externa, es en promedio 0,5 cm.

A este espacio debe agregársele aproximadamente un 30% más para el probable aumento de volumen. Para el archivo de placas radiográficas deben tenerse en cuenta también, las siguientes características:

- a) La separación de los entrepaños y la profundidad de la estantería dependerá del tamaño de las placas que se utilicen. Así por ejemplo: si la placa más grande utilizada, fuera de 14 x 17 pulgadas, los entrepaños deberán tener una separación no mayor de 14 pulgadas, ya que las placas radiográficas se deben archivar verticalmente.
- b) Este tipo de archivo debe tener divididos los entrepaños en secciones no mayores a dos pulgadas, a fin de evitar que por el poco espesor de las placas se doblen, deteriorándose y dificultando su archivo y desarchivo.
- c) El espacio a ocupar por las placas radiográficas se ha calculado en una quinta parte del ocupado por las respectivas historias clínicas. En la ubicación de la estantería, cuando se planifica un archivo integrado de historias y placas radiográficas, este último debe de estar cerca de la puerta principal del archivo a fin de evitar tener que retroceder a buscar las placas después de haber retirado la historia clínica respectiva.

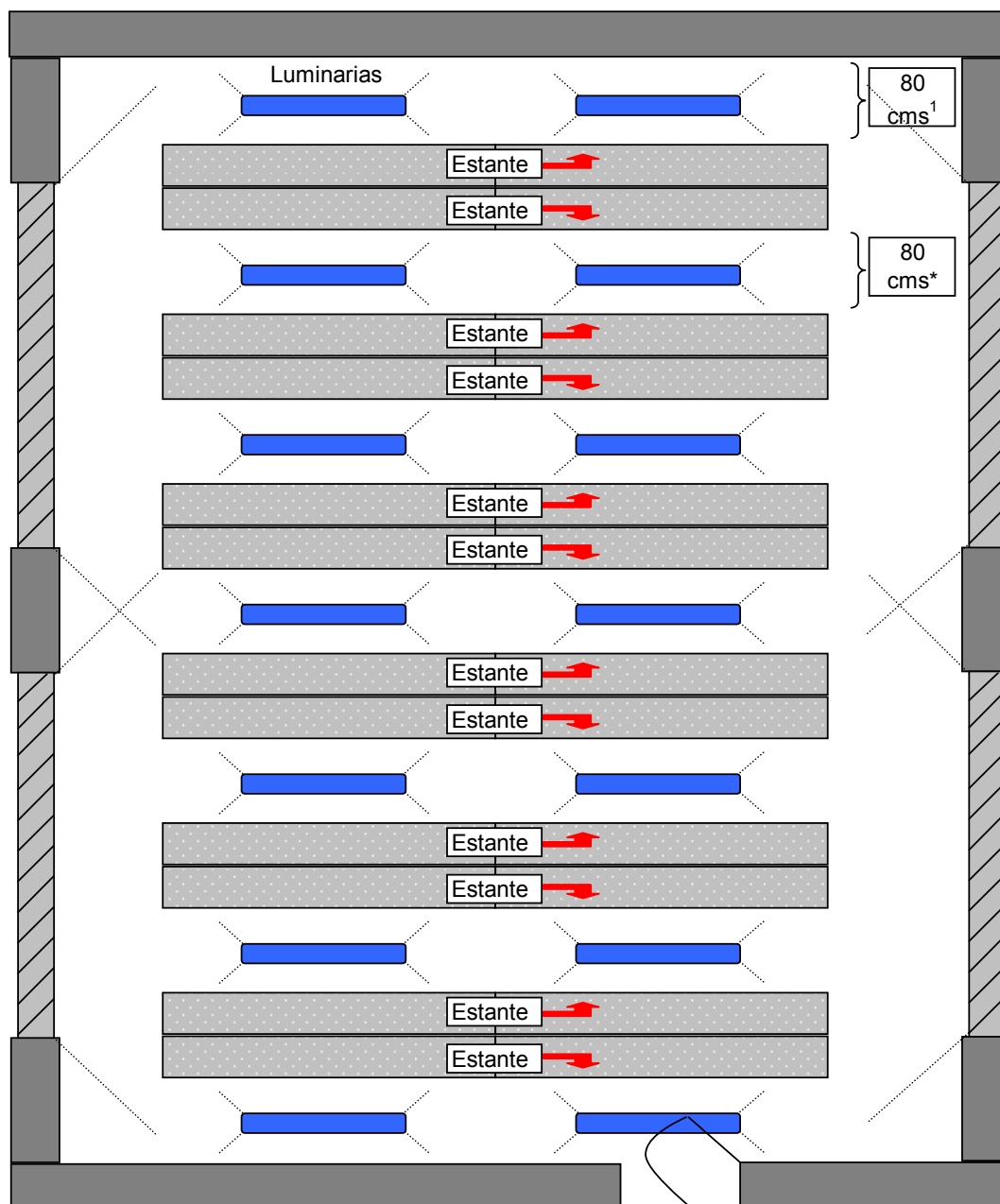
Otros muebles y equipos.

Además del espacio físico y de la estantería, el Archivo requiere otros muebles y equipos para cumplir sus funciones.

La entrada al archivo debe de estar prohibida a todas las personas ajenas a la sección, esto requiere un mostrador para atender al personal autorizado que se presente a solicitar y entregar historias. Debe haber mesas de trabajo en las cuales se puedan ordenar las historias, repararlas, etc. También es útil disponer de una superficie a una altura cómoda para poder apoyar las historias mientras se agregan informes de laboratorio, etc.

Se requiere además una mesa pequeña con ruedas o un carrito que se pueda utilizar para transportar las historias mientras se retiran o archivan en la estantería.

ESQUEMA DE COLOCACIÓN DE ARCHIVOS DE ESTANTERIAS



¹ Si hay necesidad de usar escaleras entonces los pasillos deben ser más anchos

² La estantería debe estar vertical a las ventanas

³ La iluminación artificial debe estar sobre los pasillos

Préstamo y devolución de Historias Clínicas.

Las solicitudes de préstamos de historias clínicas deben hacerse mediante un documento que recoja la fecha de préstamo, número de la historia, nombre y apellidos del paciente, nombre y firma del solicitante, así como fecha establecida para su devolución. Este formato debe estar preparado y disponible en el Archivo para facilitar el trámite al solicitante

Cuando la solicitud es de varias historias, hágase un listado que contemple los datos del documento referido.

De no ser reintegradas las historias clínicas en la fecha establecida, debe informarse al jefe del Departamento para que éste resuelva al respecto.

Aplicúense luego los procedimientos de desarchivo y archivo descritos.

El plazo de devolución de las historias solicitadas no debe exceder de 72 horas, en casos especiales el responsable de Archivo podrá prorrogar el tiempo de este préstamo. Para controlar la fecha de devolución de las historias clínicas se utilizará un tarjetero calendario.

Se archiva esta solicitud en la fecha señalada.

Será función del responsable de la Sección la revisión diaria del tarjetero y en el caso de que no se haya efectuado la devolución de las historias, proceder a su reclamación. Cabe señalar que las historias serán extraídas del Archivo por los procedimientos descritos anteriormente y que el tarjetón de reemplazo señalará su ubicación física por si son solicitadas con urgencia.

Tarjetero Índice

Los dos datos que más interesan en la tarjeta son los apellidos y nombres del paciente y número de la Historia Clínica. En la tarjeta siempre se consignan los apellidos antes que los nombres.

Como el índice se consulta por apellido y nombre, y las tarjetas se manipulan con la mano derecha, el primer apellido debe aparecer en el lado izquierdo superior de la tarjeta. Este dato debe figurar suficientemente alto en la tarjeta para permitir su rápida consulta, igualmente al número de la historia se le debe dar una ubicación preferencial (ángulo superior derecho).

El número de la historia clínica se debe colocar en la tarjeta índice con la máquina foliadora o a mano cuando se numera la misma, la tarjeta de identificación y los otros documentos. Esto evita la posibilidad de errores al registrar el número.

Las tarjetas deben ser blancas o de un color muy claro para que la información escrita en ellas pueda leerse fácilmente.

Cada paciente va a tener una tarjeta en el Índice de Pacientes. Si las tarjetas son de un grosor común, 100 de ellas ocupan más o menos 2.5 cm. En base a esto, se puede calcular el tamaño del tarjetero o tarjeteros que serían necesarios.

Al elegir el tarjetero se debe tener en cuenta la cantidad de consultas que se hará y el número de tarjetas que se archivarán diariamente. Se debe evitar las gavetas demasiado cerca del piso porque hacen incómoda la búsqueda y aumentan el número de errores posibles. Se puede evitar colocando el tarjetero sobre una base (con o sin ruedas).

Archivarse en el mismo día la totalidad de las tarjetas, comprobando a través de la lista de inscripción y movimiento hospitalario que se han recibido todas...

El archivo de cada una de las tarjetas debe ser controlado, este se debe hacer archivando una tarjeta de distinto color y que es un poco más alta detrás de cada tarjeta índice que se archiva.

La persona que controla la exactitud del archivo entonces la retira. Si la gaveta cuenta con una varilla para sujetar las tarjetas, éstas se pueden ubicar en el lugar que corresponde, pero sobre la varilla. Después del control se pasa la varilla por el agujero de la tarjeta.

Si no es posible hacer un control diario del archivo en el índice, se debe hacer una auditoría periódica de la exactitud del archivo. Cuando sólo se hace un control periódico, siempre existe la posibilidad de que al encontrar muchos errores se tenga que revisar todo el fichero.

Cada paciente debe tener una sola tarjeta en el Índice de Pacientes. La única excepción sería cuando se agregan tarjetas cruzadas al fichero para facilitar la búsqueda de casos por cambios de apellido o nombre.

Por ejemplo: al niño Luís Ferreiro se le confecciona una historia clínica (y por supuesto, una tarjeta índice). Posteriormente cambia su apellido para Fernández. Se confecciona una nueva tarjeta índice utilizando el apellido Fernández. Se toma la tarjeta de Luís Ferreiro y se anota en la misma.

Ferreiro Luís
Ver
Fernández Luís

De solicitarse una consulta, el índice por Luís Ferreiro, se puede localizar el caso rápidamente.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCESOS Y METODOLOGÍAS ESPECIALES**

Archívense los apellidos en estricto orden alfabético hasta llegar al final de éste, primer apellido y después el segundo. Para los efectos de archivo considérense los apellidos compuestos como un solo apellido y archívense después de los apellidos únicos.

Por ejemplo: García Rafael, archívese primero que García-Rangel, Alfonso y García-Ferrer, José (apellido compuesto único), que para el archivo debe considerarse Garciaferrer-José, archívese en tercer lugar y García Ferrer Díaz Pedro, en cuarto lugar.

En aquellos apellidos compuestos como Mac. Fedden o como D.Strampes, considérese como una sola palabra, no así Del Real en que no se toma en cuenta "del" sino sólo Real.

Si hay más de un paciente con el o los mismos apellidos, archívense en orden del primer nombre de pila. En caso de que los apellidos y primer nombre de pila sean idénticos, considérense el segundo nombre de pila, siempre ateniéndose a un orden alfabético estricto.

Cuando los apellidos y nombres de dos o más pacientes son idénticos, archívense las tarjetas según fecha de nacimiento.

Archívense los apellidos y nombres que se han escrito en forma abreviada en la tarjeta, como si fuesen completamente deletreados. Por ejemplo: Ma. se considera María; Fco. como Francisco, etc.

Para fines de archivo, ignórese títulos o rangos tales como Doctor, Coronel, Licenciado, etc. El índice de pacientes está basado sólo en apellidos y nombres.

Cuando se archivan apellidos alfabéticamente, considérense cada letra de ellos para poder ubicar la tarjeta correctamente. Deletrear mal el apellido, trae como consecuencia que se archive incorrectamente; apellidos con pequeñas variaciones en la manera en que se inscriben, se encuentran alejados, uno de otro. Por ejemplo: Ferreiro y Ferreyro.

No debe por ningún motivo sacarse las tarjetas del archivo mientras la historia clínica exista en la institución.

Ubíquese este tarjetero en un lugar de fácil acceso tanto para el personal de archivo como para el de inscripción.

Colóquense guías externas, indicando de qué letra a qué letra contiene cada gaveta, al igual que guías auxiliares para facilitar la localización de las tarjetas. Debe haber suficientes guías auxiliares para que no hayan más de 50-75 tarjetas índices detrás de cada guía.

Cuando se inicia un tarjetero téngase en cuenta dejar mayor espacio para aquellas letras más usadas a fin de no tener que estar cambiando las guías; para facilitar la búsqueda de las tarjetas, no deben llenarse las gavetas en su totalidad, se aconseja hacerlo solamente en un 90%.

PROCEDIMIENTOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS EN POLICLÍNICOS

DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS:

1. Establecer los mecanismos para la recogida de la información según el SIE.

- 1.1. Coordinará con los jefes de unidades funcionales y servicios que se requiera para la recolección de los datos primarios de las actividades realizadas en la unidad básica y en otras de su área de influencia.
- 1.2. Establecerá la coordinación de entrega de la información con la periodicidad establecida.
- 1.3. Coordinará con otras unidades funcionales cualquier trabajo especial de orden estadístico aprobado por el Director.
- 1.4. Mantendrá estrecha coordinación con el resto de las unidades que componen el Sistema Nacional de Salud, para la entrega y recibo de información de la unidad funcional (traslados, recién nacidos, EDO, etc.).

2. Cumplir y hacer cumplir la organización y procedimientos contenidos en este Manual, así como los instructivos y procedimientos específicos de los Sistemas de Información Estadísticos, controlando su integridad y la calidad de los datos.

- 2.1. Realizará una vez al año una supervisión a los técnicos evaluando cumplimiento de las definiciones, recolección y procesamiento, según lo orientado por los instructivos de los sistemas de información estadística y circulares que los modifican.
- 2.2. Realizará como mínimo dos veces al año una supervisión de la fidelidad de los datos primarios de cada sistema en los diferentes servicios y departamentos, incluyendo los consultorios médicos, evaluando la integridad y el cumplimiento de las definiciones y procedimientos de registro y recolección.
- 2.3. Realizará un informe escrito de la supervisión realizada a cada técnico, departamento o servicio expresando las conclusiones y recomendaciones.
- 2.4. Programará y ejecutará los seminarios de readiestramiento al personal que trabaja con aquellos sistemas en los cuales la supervisión detectó dificultades.

3. Coordinar y controlar el cumplimiento adecuado de todas las funciones técnicas, administrativas, docentes e investigativas de la Unidad Funcional.

- 3.1. Organizará actividades docentes de superación técnica y científica que promuevan el adiestramiento en servicio del personal de la unidad funcional.
- 3.2. Garantizará la asistencia de su personal a las actividades de perfeccionamiento y reciclaje que programen los niveles superiores.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN POLICLÍNICOS**

- 3.3. Estimulará y coordinará con capacitación de la unidad básica la incorporación del personal a los cursos de técnico básico, medio y licenciatura en Gestión de la Información en Salud y otros.
- 3.4. Estimulará a su personal a una integración política ideológica, mediante su participación en actividades sindicales, administrativas y otras.
- 3.5. Estimulará a su personal a participar en jornadas científicas programadas en la unidad funcional o niveles superiores.

4. Controlar el cumplimiento de entrega de la información.

- 4.1. Enviará la información oficial establecida, luego de ser revisada, según calendario, a los niveles correspondientes, previa aprobación del Director.
- 4.2. Revisará la información estadística que se emite a los consultorios y equipo básico de trabajo, para su análisis y discusión.
- 4.3. Suministrará datos solicitados para las diferentes actividades de la unidad previa autorización de la dirección.
- 4.4. Establecerá los mecanismos de control para garantizar la integridad, autenticidad, confiabilidad de la información.

5. Analizar la información elaborada.

- 5.1. Realizará los análisis necesarios de la información elaborada para:
 - 5.1.1. Rendir a la dirección de la unidad o niveles superiores los resultados del análisis de la información elaborada, mediante cuadros, indicadores y gráficos.
 - 5.1.2. Evaluar programas, rendimientos, índices y la calidad de la información.

6. Participar en reuniones coordinadas.

- 6.1. Participará en reuniones del consejo de dirección o en las que haya sido solicitada su presencia.

7. Asesorar en la confección de tarjeteros, registros y archivos de historias clínicas.

- 7.1. Asesorará la confección de los tarjeteros y registros establecidos por el SIE.
- 7.2. Contribuirá a la aplicación de la metodología de archivo de historias clínicas cuando sea centralizado o no en la unidad funcional, según los procedimientos que se relacionan en Procedimientos de Archivo de Historias Clínicas en el Consultorio del Médico de Familia y otras unidades del Área de Salud contenidos en este Manual.

8. Colaborar con la informatización de la unidad funcional

- 8.1. Propiciará la capacitación del personal de la unidad funcional en el manejo de equipos de cómputo y sistemas y aplicaciones aprobados.
- 8.2. Contribuirá con la custodia de los equipos informáticos y al cumplimiento del plan de seguridad informática.

PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA

Controlar la integridad de los sistemas de información estadística y la calidad de los datos.

- 1.1- Realizará por lo menos semestralmente una supervisión de la fidelidad de los datos primarios de cada sistema en los diferentes servicios y departamentos (incluyendo los consultorios), evaluando la integridad y el cumplimiento de las definiciones y procedimientos de registro y recolección, utilizando las guías de los sistemas y comprobando la superación de las deficiencias detectadas o sugerencias en anteriores supervisiones.
- 1.2- Elaborará un informe escrito de cada supervisión que debe contener conclusiones y recomendaciones, el cual debe ser analizado con los encargados de la recolección de los datos y con el jefe del servicio, departamento, consultorio o unidad funcional correspondiente y el jefe de la unidad funcional. Este informe debe archivar y servir de base para la próxima supervisión a realizar.
- 1.3- Programará y ejecutará seminarios de readiestramiento al personal de los departamentos vinculados a los sistemas en los cuales la supervisión detectó dificultades, a realizarse en un plazo máximo de dos meses a partir de concluida la supervisión.

2-Recoger, revisar, procesar los datos estadísticos y enviar según calendario estadístico.

2.1- Para todos los sistemas

- 2.1.1-Se recibirán los informes diario, semanal o mensual de las diferentes unidades funcionales, departamentos o secciones de la Unidad Básica de área según esté establecido, incluyendo la hoja de cargo.
- 2.1.2-Se comprobará que no existan omisiones y que los datos registrados cumplan las definiciones establecidas en los manuales del sistema. Si existen deficiencias se repara la información.
- 2.1.3-Se procesará la información de las actividades de los departamentos o servicios y de las hojas de cargo, según lo establecido por el Sistema de Información Estadística.
- 2.1.4-Se anotarán los datos procesados de casos vistos en hojas de cargo según lo establecido en los registros diarios-mensuales separados por consultante, así como también los datos procesados de los reportes de las actividades realizadas en los servicios y departamentos, consolidándolo al final de mes.
- 2.1.5-Se actualizará en series históricas la totalidad de los indicadores de cada sistema. Si se detectan deficiencias se realizarán los arreglos correspondientes.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN POLICLÍNICOS**

- 2.1.6-Se confeccionarán los informes estadísticos y se enviarán al nivel inmediato superior según periodicidad y calendario establecidos.
- 2.1.7-Se emitirá información estadística a los consultorios y equipo básico de trabajo para su análisis y discusión.
- 2.1.8-En caso de recibir reparo del nivel superior se procederá a revisar los aspectos señalados y la respuesta debe cumplir todas las disposiciones establecidas.

2.2. Controles específicos de consulta externa.

- 2.2.1- Se habilitará control de recepción para la entrada de hojas de cargo por consultante y fecha de entrada.
- 2.2.2-Se anotarán de forma nominal en el registro habilitado las incidencias de Enfermedades de Declaración Obligatoria confirmadas, reclamando las tarjetas y encuestas epidemiológicas de enfermedades convenidas y enviarla por semana estadística al nivel superior.
- 2.2.3- Se anotarán en el registro habilitado las incidencias de Enfermedades de Declaración Obligatoria presuntivas de forma nominal, reclamando las tarjetas y su seguimiento hasta la confirmación o no de los casos.
- 2.2.4- Se anotará en el registro habilitado la captación de embarazadas de forma nominal, según lo establecido por el SIE para el programa Materno Infantil.
- 2.2.5- Se anotará de forma nominal en el registro habilitado de recién nacido los nacimientos residentes en la unidad funcional para su seguimiento en la captación de puérpera y recién nacidos.
- 2.2.6-Se anotará en registro habilitado los casos de mordedura animal de forma nominal para su control por zoonosis.
- 2.2.7-Se anotará de forma nominal los casos de ingresos en el hogar en el registro habilitado para su seguimiento hasta el egreso.
- 2.2.8- Se anotará de forma numérica en un registro diario mensual los datos epidemiológicos del sistema de información directa como síndrome febril, incidencias de traumatismos, EDA, IRA, CAAB y otros de interés de la Unidad, del centro municipal de Higiene y Epidemiología u otro nivel superior, para su reporte diario.

2.3- Registro, control y envío de los certificados de defunción.

- 2.3.1-Se habilitará registro de certificados de defunciones de adultos, perinatales y fetales para el asentamiento de certificados.
- 2.3.2-El registro del certificado se realizará de forma inmediata por personal del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de la unidad.
- 2.3.3-Se revisará los números consecutivos, evitando omisiones o repeticiones, comenzando cada año por el 1.
- 2.3.4-Se revisará los datos administrativos, solicitando los reparos pertinentes de ser necesario, se codificarán dichos datos previo acuerdo con el nivel superior.
- 2.3.5- Se comprobará las causas de la defunción según las orientaciones del nivel superior y se verificará si se llenó el acápite 12 en las mujeres de 12-49 años y las circunstancias en que ocurrió la defunción, caso de ser violenta, solicitando reparos de ser pertinente.
- 2.3.6-Se llevará control de solicitud de reparos recibidos y enviados así como de la respuesta al nivel superior de acuerdo a las regulaciones establecidas por la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- 2.3.7- Se remitirá semanalmente según semanas estadísticas al nivel superior, no reteniendo ningún certificado en la unidad y con adjunto por separado, según tipo de certificado en adultos y perinatales con los siguientes datos:
- Total de Certificados de Defunción registrados durante la semana.
 - Nombre y apellidos de los fallecidos con el número correlativo de inscripción en el libro registro.

En caso de que durante la semana no se haya registrado ningún certificado de defunción se hará constar así.

3- Registro y control de programas específicos.

3.1-Control específico de mortalidad

3.1.1-Se habilitará registro de recolección de la información de los fallecidos menores de un año, preescolares, escolares, fetales y maternas con residencia en el área de salud para su control por el programa materno infantil.

3.2- Registro y control del programa de Cáncer Cervicouterino.

- 3.2.1-Realizará el conteo de las pruebas citológicas realizadas a partir del modelo Registro de pruebas citológicas, separados los casos nuevos de los re-exámenes por grupos de edades.
- 3.2.2-Resumirá los datos del modelo Registro de Pruebas Citológicas y confeccionará, con la periodicidad establecida, el modelo 241-422-01 "Actividades relacionadas con el programa de atención a la mujer".
- 3.2.3- Aportará a la comisión municipal y provincial los datos de las mujeres fallecidas por cáncer cérvicouterino para la evaluación y reparo.

3.3- Registro y control del programa de Tuberculosis

- 3.3.1-Anotará en el registro preparado al efecto los casos de SR que aparezcan en la hoja de trabajo del médico según criterios del programa correspondiente.
- 3.3.2-Anotará la fecha y resultado de las muestras en el registro SR, conociendo de los casos positivos de Tuberculosis, reclamando la tarjeta de EDO, con el número de carné de identidad y fecha del pesquisaje de VIH.
- 3.3.3-De igual forma procederá con los casos de tuberculosis extrapulmonar confirmados en el área.
- 3.3.4-Verificará en el tarjetero Prevalencia de tuberculosis que el caso no haya sido notificado con anterioridad, enviando la tarjeta por semana estadística al nivel municipal.
- 3.3.5- Llenará la tarjeta 18-17 Prevalencia de tuberculosis y la archivará en un tarjetero por orden alfabético con los casos nuevos y, al finalizar el tratamiento, se ordenará con la Prevalencia histórica del policlínico.
- 3.3.6-Cotejará con el laboratorio los casos de SR con la finalidad de determinar:
 - a)- Casos que tiene el laboratorio de los cuales la Sección de Estadística no conoce, por no haber sido reportados por el médico en la hoja de cargo.
 - Se anotará en el registro y se informará al jefe del Equipo Básico de Trabajo y al epidemiólogo sobre el caso en esta situación.
 - b).- Casos que tiene Estadística y no tiene el laboratorio

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN POLICLÍNICOS**

- En este caso informar al médico de familia para visitar al paciente para que se realice el esputo.

c)- Verificará los resultados de los exámenes directos y cultivos.

3.3.7- Dará un código consecutivo a todo caso que ingrese al registro, iniciando cada año por 1 que se anotará conjuntamente con el código del área de salud. (Tres últimos dígitos)

Ej. El tercer caso que ingresa al registro del policlínico Reina

618 03
Policlínico Consecutivo

3.3.8-Habilitará y mantendrá actualizado el Libro Registro Control de Casos con la prevalencia, para el seguimiento de cohortes de tratamiento.

3.3.9-Controlará a través del municipio los casos de tuberculosis detectados por otras unidades, tanto pulmonar como extrapulmonar, comunicándolo al médico y al epidemiólogo.

3.3.10-Llevará el control de los contactos al dorso del modelo 18-17, controlando con el médico de familia los casos que se encuentren con Quimioprofilaxis.

3.3.11- Recibirá del subdirector de epidemiología el modelo 81-51 Tuberculosis Control de Foco de todo caso nuevo o recaída a los 7 días de haberse diagnosticado. Señalará en observaciones del registro de EDO que se recibió dicho modelo.

3.3.12-Tomará del modelo 81-50-1 (Control de Tratamiento del Enfermo y Contacto), directamente del consultorio y al cierre de cada período, la información sobre: reingresos por abandono, altas curados, defunciones, abandonos, errores diagnóstico y fracasos del tratamiento, anotando cada caso de estas categorías en el modelo 18-91-1 (Relación de casos), agregando los traslados recibidos y enviados y los datos sobre los sintomáticos respiratorios informados y los exámenes directos 1 y 2, así como los cultivos realizados.

3.3.13- Enviará al municipio las tarjetas 84-01-01 (Notificación de EDO), el modelo 18-91-1 (Relación de casos), el modelo 81-51 (Tuberculosis y Control de Foco) y el modelo 241-462 (Seguimiento de Cohortes de Tuberculosis), según calendario estadístico, una vez actualizada la serie cronológica.

3.4-Control y procesamiento de Dispensarizados.

3.4.1- Confeccionará anualmente, junto al médico y enfermera del consultorio, las estadísticas de dispensarización utilizando las historias familiares.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN POLICLÍNICOS**

- 3.4.2-Cotejará los casos reportados por los códigos 53.01 hasta el 53.04. Por consumo y riesgo de droga, y casos que fueron incidencia del año y que se encuentren en prevalencia al cierre del período de enfermedades reportadas por el sistema de EDO.
- 3.4.3-Agrupará por consultorio, equipo básico de trabajo y área de salud los datos obtenidos por enfermedad y discapacidad, separando la incidencia de la prevalencia para confeccionar el modelo 241-476, obteniendo los indicadores establecidos.
- 3.4.4-Tabulará la incidencia y Prevalencia de las enfermedades crónicas no trasmisibles en escuelas, círculos infantiles y centros de trabajos, y cerrará con fecha 31 de octubre para confeccionar el modelo Dispensarizados.
- 3.4.5-Enviaré la información al nivel superior según calendario estadístico.

3.5- Control y procesamiento de la Vacunación

- 3.5.1- Recepcionará, tabulará y procesará los modelos 18-30-01 y 84-19 recibidos, separando la información por tipo de vacuna, dosis y edad, en concordancia con las orientaciones de las campañas realizadas.
- 3.5.2- Pasará al diario mensual la información tabulada, actualizando la serie cronológica.
- 3.5.3- Confeccionará el mod. 241-415-03 según calendario establecido enviándolo al municipio.
- 3.5.4- Recepcionará las encuestas de efectos adversos a la vacunación y las enviará al nivel superior.
- 3.5.5-Supervisaré los tarjeteros de vacunación en los consultorios o centralizados, revisando que se encuentren las tarjetas actualizadas, para garantizar la calidad del dato y la información anual sobre vacunación completa.

3.6- Control y registro del programa de Lepra

- 3.6.1-Verificaré que la incidencia de Lepra registrada en el modelo 18-144, 18-145 ó 53-12, se le haya confeccionado la notificación de EDO y la encuesta epidemiológica, revisando su confección y realizando los procedimientos que establece el SIE.
- 3.6.2- Conjuntamente con el dermatólogo y la enfermera especializada elaborará el informe 18-191-01 "Registro de Actualización de Prevalencia de Lepra" y el modelo 18-50 "Movimiento de los enfermos de Lepra" o listado nominal de casos en

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN POLICLÍNICOS**

incidencia, casos que pasaron a observación, traslados, fallecidos y casos en Prevalencia al cierre del período de cada informe, lo cual enviará al nivel superior, según calendario estadístico.

3.6.3- Consolidará junto a la enfermera encuestadora el control de los contactos.

3.6.4- Consolidará los datos de pacientes a los cuales se les realice el Examen Dermatoneurológico (EDN) y los entregará al epidemiólogo del área para su control.

3.6.5- Tramitará los traslados de enfermos fuera del municipio, enviando la historia clínica y comunicará los traslados de contactos enviando el modelo 18-147 "Control de traslados".

3.7-Certificados médicos por Invalidez Temporal

3.7.1- Verificará diariamente que no haya saltos en la numeración y procesará las hojas del libro de Certificados Médicos por Invalidez a trabajadores.

3.7.2- Recolectará la información correspondiente a certificados otorgados y días expedidos por grupo (4-7, 8-15, 16-30) desglosando aquellos que correspondan a trabajadores de la salud y al cuerpo de guardia.

3.7.3- Tabulará los certificados otorgados y días perdidos por diagnósticos descritos en el modelo 241-413-04.

3.7.4- Confeccionará la variante Centro de trabajo con médico, teniendo en cuenta los certificados presentados en otras unidades asistenciales, de los cuales son amparados por la resolución conjunta No 1 MINSAP- CETSS. Tendrá en cuenta los Reevaluados y confeccionados nuevamente, así como los presentados por trabajadores hospitalizados en aquellas unidades que cuenten con camas.

3.7.5- Pasará la información al diario mensual preparado al efecto y al final del mes a la serie cronológica, calculando los indicadores según variante (Atención Primaria de Salud, Centro de trabajo con Médico), el cual será enviado según calendario estadístico al nivel superior.

4-Analizar la información elaborada.

4.1 Realizará los análisis necesarios de la información elaborada para:

4.1.1 La dirección de la unidad o niveles superiores, mediante cuadros, indicadores y gráficos.

4.1.2 La evaluación de programas, rendimientos, índices y calidad de la información.

5- Contribuir con la docencia e investigación científica.

- 5.1-Participará y contribuirá con datos estadísticos a las actividades docentes y jornadas científicas programadas de la unidad funcional.
- 5.2-Contribuirá con la docencia específica del perfil gestión de la información entrenando y evaluando a los alumnos incorporados en su centro.
- 5.3-Participará en las actividades de perfeccionamiento y reciclaje que programen los niveles superiores.
- 5.4-Se incorporará, según posibilidades, a la licenciatura en Gestión de la Información en Salud.

6-Asesorar en la confección de tarjeteros, registros y archivos de historias clínicas.

- 6.1- Asesorará la confección de tarjeteros y registros establecidos por el SIE.
- 6.2- Contribuirá al cumplimiento de la metodología de archivo de historias clínicas, sea centralizado o no, en la unidad funcional según lo que se expresa en "Procedimientos de Archivo de Historias Clínicas en el Consultorio del Médico de Familia y otras unidades del Área de Salud" contenidos en este Manual.

7-Colaborar con la informatización de la unidad funcional

- 7.1- Se capacitará en el manejo equipos de cómputo y sistemas y aplicaciones aprobados.
- 7.2- Contribuirá con la custodia de los equipos informáticos y el cumplimiento del plan de seguridad informática.

PROCEDIMIENTOS DE LA SECCION DE INFORMACIÓN

1. Ofrecer información al usuario sobre los servicios de salud que se ofrecen dentro y fuera de la institución.

- 1.1-Orientará al usuario en el momento en que lo solicite, sobre los servicios que se ofrecen dentro y fuera de la institución y ubicación de los mismos, tales como:

Sistema de turnos, especialidades que se ofrecen, nombre y apellidos de los médicos y estomatólogos, ubicación de los servicios de Enfermería, Laboratorios, Rayos X, Cruz Roja, Servicio Social, Administrativos y otros.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN POLICLÍNICOS**

Sistema de Certificación de documentos (Dietas, Certificados Médicos, Inscripciones de Nacimientos y Certificados de Defunción)

1.2- Habilitará y ubicará el número del teléfono de las instituciones relacionadas con el área de salud:

- Hospitales
- Laboratorios Sanitarios
- Centro Coordinador del SIUM
- Unidades de Asistencia Social
- Instituciones Infantiles
- Centros de Trabajos priorizados del área
- Centros de Higiene y Epidemiología
- Farmacias
- Funeraria
- Otras

1.3- Habilitará un registro con nombre y estado de los pacientes ingresados y relación de las altas, traslados, fallecidos y nacimientos en aquellas unidades que cuenten con camas o servicio de partos.

2-Registrar y tramitar los certificados de invalidez temporal, dietas y otras certificaciones.

2.1- Llevará registro habilitado por estadística de Certificados Médicos en las dos variantes de trabajadores y los de la resolución conjunta No 1 MINSAP-CETSS, anotando en el pie del certificado el número consecutivo, firma y nombre de la persona que asienta el mismo, solicitando siempre el carné de identidad del paciente.

2.2-Tramitará las dietas según establezca la dirección de la unidad funcional.

2.3-Acuñará las certificaciones legales como recetas, resúmenes de historias clínicas, certificados de invalidez temporal y otros documentos que así lo requieran cumpliendo con la integridad y autenticidad requerida.

PROCEDIMIENTOS DE LA SECCIÓN DE CONTROL DE TURNOS.

1-Distribuir los turnos y confeccionar los listados por especialidades.

1.1-Confeccionará los listados de control de turnos por especialidades, consultantes y día de consulta, previa coordinación con los especialistas y servicios.

1.2-Distribuirá los turnos según lo acordado teniendo en cuenta las siguientes variantes:

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN POLICLÍNICOS**

1.2.1-Variante 1: personalmente

-Otorgará el turno que el paciente solicite personalmente con la remisión, ya sea porque fue remitido por otro especialista dentro de la unidad funcional o porque su consultorio no tenga teléfono.

1.2.2-Variante 2: Con Servicio Telefónico

- Informará al personal médico o de enfermería del consultorio, hogar de ancianos o materno, que solicitó, el lugar, día y hora de la consulta con el especialista requerido.

1.2.3- Variante 3: A través del mensajero del Policlínico

Se entregará al mensajero el turno solicitado.

1.3- Entregará o informará la notificación de la cita, detallando día, hora, local y especialidad donde se realizará la consulta. Para determinar la hora deberá tenerse en cuenta la hora de inicio de la consulta y el número del turno escalonado, siempre que sea procedente.

1.4-En caso de reconsulta se pueden utilizar dos formas:

a)-El paciente con su volante de reconsulta entregado por el médico se dirigirá a turnos donde se le seguirán los pasos detallados en los procedimientos anteriores.

b)-Habilitarle al médico la agenda con la fecha de sus próximas consultas a fin de que éste registre las citas especificando los datos del paciente y le entregue la fecha y hora de su próxima consulta.

2-Distribuir y controlar los turnos de consultas o servicios que ofrecen otras unidades.

2.1- Procederá igual al anterior.

2.2-Distribuirá turnos solicitados para exámenes complementarios que se realizan fuera de la institución según la programación entregada al área de salud, siguiendo las 3 variantes mencionadas.

2.3- Si se agotaran en el área los turnos para las consultas o servicios que se ofrecen fuera de la unidad, se informará al vicedirector de asistencia médica y hasta tanto se oriente otra conducta, se procederá de la siguiente manera:

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN POLICLÍNICOS**

2.3.1-Archivaré el modelo Remisión de caso por Especialidades y orden consecutivo de llegada. Cuando se reciban los modelos de Turno concedido se otorgarán según orden establecido.

2.3.2- Se cerciorará de que la dirección expresada en el modelo referido está correcta, así como el teléfono informándole al paciente que se le avisará a su domicilio la fecha en que debe pasar a recoger el turno.

2.3.3-Avisará al paciente utilizando la variante que le corresponda cuando ya tenga el turno solicitado.

2.4.4-Cuando se entregue el turno, se remitirá a la unidad correspondiente el modelo Remisión de Caso.

Procedimientos sobre archivo de Historias Clínicas en el Consultorio del Médico de Familia y otras unidades del Área de Salud.

A diferencia de la Historia Clínica Hospitalaria, en el Policlínico corresponde al personal de cada consultorio la guarda y cuidado.

En el Reglamento General de Policlínicos del 17 de junio del 2008 se establece que:

“Son documentos de trabajo del Grupo Básico de Trabajo y de los consultorios médicos la Hoja de Actividades de Medicina Familiar, la Historia Clínica Individual y la Historia de Salud Familiar.

La Historia Clínica Individual es el conjunto de documentos que, de manera individual, recoge la información del Estado de Salud del Individuo, registrándose los aspectos relacionados con la atención médica integral, quedando conformado un expediente clínico.

La Historia de Salud Familiar, es el conjunto de documentos que recoge la información del estado de salud de la familia y su entorno.

El personal médico y de estomatología, está obligado a registrar la atención brindada en la historia clínica individual y en la historia de salud familiar, cada vez que atiende a un paciente o familia.

Los datos obtenidos en la historia clínica son para uso exclusivo de tipo médico o estomatológico, científico, docente y legal y todo el personal del Policlínico estará obligado a la mayor reserva sobre el contenido de las mismas, siendo sancionable la falta de discreción”.

Es responsabilidad del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas asesorar en la metodología de archivo tanto de la historia clínica individual como en la de salud familiar.

En el Consultorio del Médico de Familia

1. Sobre la Historia de Salud Familiar
 - 1.1. Se confeccionará una a cada familia del área de atención
 - 1.2. Se le asignará un número compuesto por: Consultorio-Circunscripción-CDR-Vivienda²
 - 1.3. En caso de traslado de la familia dentro y fuera de la localidad, le será entregada para hacerla llegar al nuevo médico
 - 1.4. Cuando se incorpore una familia en sustitución de otra, le será asignado el número que ocupaba la anterior, en caso de tratarse de incrementos por construcción de una nueva vivienda, se le asignará el número consecutivo después del último del CDR correspondiente.
 - 1.5. Los modelos se organizarán en carpetas siguiendo la numeración establecida
2. Sobre la Historia Clínica Individual
 - 2.1. Se confeccionará una para cada miembro de la familia
 - 2.2. Se le asignará un número compuesto por el número de la Historia Familiar más un número de persona dentro de la familia, es decir: Consultorio-Circunscripción-CDR-Vivienda-Número de persona en la familia
 - 2.3. La Historia Clínica Individual debe permanecer en el consultorio de atención por el médico de familia y sólo se le entregará al paciente para ser atendido por otros servicios del policlínico (ver procedimientos de la Sección de Turno), debiendo ser devuelta por el paciente al terminar su atención en el otro servicio.
 - 2.4. Las historias clínicas se archivarán siguiendo la numeración establecida, utilizando separadores por Circunscripción y CDR para facilitar su localización. En caso de ser necesaria la salida de la historia clínica del archivo, utilizar un tarjetón de reemplazo. En todos los casos el tarjetón de reemplazo tendrá, además de la numeración de la historia, la fecha y motivo de la salida y el nombre de la persona a la cual se le entregó.

En Hogares Maternos

La Historia Clínica en los Hogares Maternos, como documento docente-asistencial y médico legal, deberá cumplir con todos los parámetros establecidos al efecto.

1. Las Historias Clínicas que se habiliten para cada gestante que ingrese al Hogar utilizarán para la numeración el sistema de numeración única, en el cual se asigna un número a cada paciente de forma consecutiva, comenzando por uno cada año.

² Se entiende como número de vivienda un número consecutivo que se asigna a cada local destinado a vivienda familiar cuando se realiza el censo del área correspondiente al consultorio.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN POLICLÍNICOS**

2. Si posterior al alta la gestante vuelve a ingresar durante el propio embarazo u otros posteriores, en un lapso de 5 años a partir del primer ingreso, se usará la misma Historia Clínica.
3. Archivar las Historias Clínicas por un período de cinco años. Pasado este tiempo se deberá entregar al Departamento de Estadísticas de la unidad a la que corresponde el Hogar, para su envío al Consultorio del Médico de Familia al cual pertenece la mujer, para que sea incorporada a su Historia Clínica Individual.
4. Si transcurrido cinco años la mujer vuelve a ingresar en el Hogar Materno se habilitará una nueva Historia Clínica.

En Áreas Intensivas Municipales

1. En las Áreas Intensivas Municipales que se encuentran en Hospitales o Policlínicos con camas, para los pacientes que ingresan se utilizará la Historia Clínica de la institución y se seguirán para su apertura, custodia y conservación los procedimientos establecidos en las Normas de Registros Médicos y Estadística para Hospitales.
2. En las Áreas Intensivas Municipales que se encuentran en Policlínicos sin camas y Otras Unidades, a los pacientes que ingresen en dichas áreas se le habilitará en una micro-historia y se seguirán los siguientes procedimientos:
 - 2.1. Al egreso del paciente el Jefe del Área será el responsable de la entrega de la micro-historia al Dpto. de Estadística de la unidad a la que pertenece esa Área Intensiva.
 - 2.2. El Jefe del Dpto. de Estadística de la unidad será el responsable de la entrega de la micro-historia al consultorio que le corresponde.
 - 2.3. El Jefe del Grupo Básico del consultorio será el responsable de que dicha micro-historia se agregue a la historia clínica que tiene el paciente en el consultorio.
 - 2.4. En los casos de pacientes que no residan en el área de salud en cuestión, le será entregada a su egreso la micro-historia por el médico de asistencia, para que se la haga llegar a su Médico de Familia.

PROCEDIMIENTOS DE LOS DEPARTAMENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS

PROCEDIMIENTOS DE LOS DEPARTAMENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD

PROCEDIMIENTOS DEL JEFE DE ESTADÍSTICA

1. Establecer coordinación de trabajo con la Unidad Funcional de Estadísticas de la Unidad Básica del área de salud a la cual el servicio o clínica brinda atención estomatológica, para actualizar población por área y consultorios, nombre de los médicos por consultorio, que permita la organización de los registros y sistemas de turnos del servicio estomatológico.
2. Conformar la reglamentación interna de la unidad ejecutiva de registros médicos de la Clínica o Servicio Estomatológico, sometiéndola a la consideración del director y de la sección sindical del centro.
3. Dar a conocer en reunión de la unidad ejecutiva a todos sus integrantes, de forma detallada, la reglamentación interna de trabajo de la unidad y las funciones inherentes a cada una de las secciones de trabajo.
4. Realizar una vez al año una evaluación a los técnicos controlando el cumplimiento de las definiciones, recolección y procesamiento (según lo orientado por los instructivos) de los sistemas de información estadística y circulares que los modifican.
5. Efectuar auto supervisiones, por lo menos una vez en el semestre, del trabajo que se realiza por la unidad funcional que dirige, verificando se cumplan las funciones, procedimientos y reglamentaciones del área, de acuerdo al Manual de Organización y Procedimientos, Sistemas de Información, resoluciones y cartas circulares del organismo.
6. Efectuar reuniones mensuales con todo el personal de la unidad funcional, evaluando el cumplimiento y calidad del trabajo de cada uno de sus miembros.
7. Coordinar con los departamentos o la sección que sea necesario, la recolección de los datos primarios sobre las actividades realizadas en la institución.
8. Revisar la integridad y calidad de la información reflejada en los registros primarios de los sistemas de información de acuerdo a las definiciones y procedimientos establecidos por lo menos una vez en el semestre.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

9. Distribuir a los estudiantes por las diferentes secciones de la unidad funcional según programa de estudio, estableciendo responsabilidad del personal de la unidad funcional para la orientación de los estudiantes en la formación en el trabajo.
 - a. Evaluar el cumplimiento y la calidad del contenido docente a impartir a los estudiantes.
10. Habilitar en el Archivo Administrativo carpetas para:
 - a. Reglamentación Interna de la unidad Funcional.
 - b. Manual de procedimientos de Registros Médicos y Estadísticas de Clínicas y Servicios Estomatológicos.
 - c. Actas de las reuniones de la Unidad Funcional y sus acuerdos.
 - d. Supervisiones internas de la unidad Funcional.
 - e. Evaluación mensual de los miembros de la unidad Funcional
 - f. Planes de trabajo mensual y evaluación del cumplimiento.
 - g. Sistemas informativos vigentes, modelos correspondientes y sus instructivos.
 - h. Decretos Ley
 - i. Resoluciones.
 - j. Circulares.
 - k. Instrucciones.
 - l. Programación de actividades docentes.
 - m. Supervisiones de las instancias superiores y planes de medidas.

En todas las carpetas se archivara la documentación de forma cronológica de atrás hacia adelante. En el caso de las carpetas de Decretos Ley, Resoluciones, Circulares e Instrucciones, la primera hoja al abrir la carpeta será un modelo en el cual estará relacionado el número del documento y año de emisión, así como el asunto de que trata el documento.

PROCEDIMIENTOS DE ESTADISTICA

1. Habilitar control de recepción para la entrada de registro primario (actividades de Estomatología) por estomatólogo y fecha de entrada.
2. Recibir los registros primarios establecidos en los diferentes sistemas de información, diariamente en zonas urbanas y semanalmente en las zonas rurales y de montañas, de los departamentos o servicios de la Unidad Básica del área según esté establecido.
3. Comprobar que los datos registrados cumplan las definiciones establecidas en los manuales del sistema, que no existan omisiones. De existir deficiencias solicitar reparo a los que registraron el dato primario.
4. Tabular y anotar los datos en los registros diarios-mensuales.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

5. Elaborar la información estadística aprobada y enviar al nivel inmediato superior, según periodicidad y calendario establecidos, previa revisión por el jefe de la unidad Funcional y aprobación del Director de la Clínica o Servicio Estomatológico
6. Realizar observación de incidencias ocurridas en el período informativo que hayan influido en el crecimiento, decrecimiento y calidad de la información estadística.
7. Incorporar a las series Históricas la totalidad de los indicadores de cada sistema, si se detectan deficiencias realizar los arreglos correspondientes previa revisión de la información fuente de esta serie.
8. Dar respuesta a las solicitudes de reparos del nivel superior revisando los aspectos señalados y cumpliendo con todas las disposiciones establecidas.
9. Realizar semanalmente supervisión de un 10% de los registros primarios y fuentes de datos primarios de cada sistema, en los servicios y departamentos. Evaluar integridad, cumplimiento de las definiciones y procedimientos de registros. Utilice para ello las guías de los sistemas e instructivos.
10. Informar por escrito los resultados de la supervisión al jefe de la unidad funcional para el análisis asistencial y docente.
11. Realizar los seminarios de readiestramiento para aquellos sistemas en los cuales la supervisión detectó problemas, previa aprobación del jefe de la unidad funcional de Registros Médicos.
12. Coadyuvar con el trabajo de evaluación de historias clínicas, teniendo en cuenta la metodología del Comité de Calidad.

PROCEDIMIENTOS DE INFORMACIÓN

1. La persona encargada de dar información deberá orientar al usuario sobre los servicios que se ofrecen dentro y fuera de la institución, mediante comunicación verbal y pizarra informativa, tales como:
 - Horario de servicio de la Unidad
 - Servicios y especialidades que se ofrecen.
 - Sistema de turnos
 - Nombre y apellidos del estomatólogo y Tecnólogo que le corresponde la atención del consultorio a que pertenece el paciente.
 - Servicios de urgencia, tanto dentro de la unidad como en otros lugares del municipio o provincia.
 - Ubicación de Laboratorio de Prótesis, Rayos X, Departamentos Administrativos y otros.
 - Ubicación y teléfonos de las instituciones de salud relacionadas con el área de salud.
 - Servicios que se ofrecen en la clínica, y de no estar brindándose orientar donde se ha establecido coordinación para la atención y entregar turno previa programación establecida por la sección de turno.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

2. Recibir de los departamentos resúmenes de historias clínicas y otras certificaciones, que se anotarán en el registro correspondiente y entregar a los pacientes.
3. Registrar y tramitar los certificados médicos por invalidez parcial que emitan los profesionales de la unidad.

PROCEDIMIENTOS DE INSCRIPCIONES

1. Confeccionar y mantener actualizados los registros de inscripciones por consultorio y estomatólogo asignado, de acuerdo a la organización establecida por la dirección de la clínica estomatológica y la información aportada por el estomatólogo o tecnólogo de la salud a partir del censo de su población.
2. Exigir carné de identidad al paciente que permita comprobar que la persona que solicita el servicio reside en el área de atracción de la unidad o es un residente temporal.
3. Verificar en el mapa la ubicación según dirección para asignar el número de la historia clínica individual.
4. Confeccionar los registros de Altas y Bajas por Consultorio, mediante los cuales se actualizará la población del área. La carátula del registro deberá tener croquis del área atendida por el consultorio con las direcciones que la limitan.
5. Habilitar en el registro una hoja para cada vivienda del área atendida por el consultorio, en la cual se anotará el número consecutivo de los miembros de cada familia, para determinar el número de la historia clínica individual. La ficha familiar realizada por el estomatólogo o tecnólogo es la fuente de esta información.
6. Confeccionar las Historias Clínicas individuales a medida que los técnicos y profesionales de Estomatología van actualizando el censo de su población.
7. Habilitar dos Tarjetas de Identificación del paciente con el número de la Historia Clínica individual. Una se archivará en el Tarjetero Índice de Pacientes, según orden alfabético por la letra inicial del primer apellido; la otra se mantendrá en la Historia Clínica Individual para su entrega al paciente cuando concorra por primera vez solicitando atención, indicándole que debe presentarla siempre que asista a la unidad estomatológica.
8. Verificar ante toda solicitud de Inscripción el **Registro de Altas y Bajas por consultorios**. Si el paciente se encuentra registrado, localizar en la historia clínica tarjeta de identificación y entregar al paciente. De no existir, proceder a su confección e inclusión en dicho registro, reflejándolo en la hoja que corresponda esa vivienda o familia, para ir incluyendo de forma consecutiva según censo o inscripción directa a cada nuevo miembro de la familia.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

9. Revisar mensualmente los registros de altas y bajas por consultorio con la finalidad de conocer miembros de la familia a los cuales no se le ha realizado historia individual y dárselo a conocer al estomatólogo que atiende esa familia.

DE LA HISTORIA CLINICA INDIVIDUAL:

- La historia clínica de Estomatología es única por paciente debiendo tener incluido el modelaje de las especialidades de las cuales reciba atención el paciente.
- El número de la historia clínica se asignará considerando el código del Área de Salud y los números de, consultorio, circunscripción y CDR, seguidos del que corresponde a la familia según censo en la ficha familiar y el consecutivo que tenga cada uno de sus miembros.

Ejemplo:

Inscrito: **1er miembro de una familia: 1- 03-01-04-01-01**

1	Área de Salud
03	Consultorio
01	Circunscripción
04	Número del CDR
01	Número de la vivienda en el censo(Ficha Familiar)
01	Número consecutivo que tenga cada miembro en la familia en la ficha.

Cuando el radio de atracción de la Clínica o servicio estomatológico sea territorial o provincial, el Registro de inscripción será único (Modelo18-07) y la numeración de las historias clínicas se iniciara a partir 001.....N por orden consecutivo de confección.

- Si la inscripción se realiza por solicitud personal del paciente y la historia clínica individual se entrega al servicio en el cual va a ser asistido, previamente se relacionara el número de la historia en una hoja.
- Se orientará al paciente hacia los locales de consulta en los cuales recibirá atención.
- Al finalizar el turno de trabajo se entregará al archivo la constancia escrita de las historias clínicas confeccionadas y entregadas directamente por el área de inscripción a los servicios.
- Si al paciente se le extravía tarjeta de inscripción o hay pérdida de la historia clínica individual, se debe confeccionar nuevamente estos documentos con el mismo número que en el ingreso inicial.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

- Cuando se trate de un traslado procedente de otra área de salud, solicite al paciente carné de identidad para comprobar que el usuario pertenece al área.
- Verifique si la historia clínica ha sido enviada por la otra unidad, de lo contrario efectuará su reclamación al área de procedencia.
- De encontrarse la historia clínica en la unidad, realizar la inscripción siguiendo los pasos relacionados en el procedimiento general, otorgando la numeración que le corresponda a la historia recibida, según vivienda de residencia.
- De no encontrarse la historia clínica en la unidad, iniciar una nueva y reclamar la de la otra unidad.
- Cuando el estomatólogo de asistencia de la población de un consultorio notifique los casos de familias o de sus miembros que se trasladan del área correspondiente al radio de atracción del servicio o Clínica, se deberá localizar en el Registro de altas y bajas por consultorio la hoja correspondiente a la vivienda, procediendo a efectuar la BAJA de la siguiente forma:
 - Si la Baja es de uno o varios miembros del núcleo, pero no del núcleo en su totalidad, localizar la hoja correspondiente a la vivienda y dar baja a la anotación del o los pacientes.
 - Si la baja es del núcleo completo localizar la hoja y anular sin extraerla del libro.
- Informar al Archivo para que proceda a la **pasivación** de las Historias Clínicas, según corresponda.
- Cuando se produzca el alta de un núcleo familiar completo, se localizará en el registro de Altas y Bajas por consultorio la hoja de la vivienda anulada cuando se dio baja a la familia que residía en esa. Se extrae en ese momento esa hoja y se coloca en su lugar una que corresponda a la nueva familia.
- Si el alta es de una nueva Vivienda, intercalar la hoja de esa vivienda o familia en el lugar que corresponda en el registro de Altas y Bajas por consultorio, continuando la numeración dada en el proceso del censo.
- Cuando el solicitante del servicio no pertenezca al radio de atracción de la Clínica o Servicio Estomatológico, se le confeccionará la historia clínica individual y se inscribirá en un registro con numeración consecutiva a partir del No. 1 y no en el registro por consultorio, siguiéndose lo indicado de confección de tarjeta de identificación doble (paciente y Tarjetero Índice de Pacientes). Solamente se atenderá sin historia clínica a las urgencias estomatológicas cuando el paciente no sea del área de atracción de la clínica o servicio estomatológico.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

- Una vez concluida la atención del paciente que no corresponde al área e informado por Archivo, se confeccionará resumen de la historia clínica, que se entregará al paciente, para que lo lleve a la unidad estomatológica que le corresponda según regionalización.
- La historia clínica del paciente que no es del área se mantendrá en el archivo por espacio de 6 meses después del alta. Al concluir este período se eliminará si no es reclamada por la unidad correspondiente y se informará a Inscripciones para la baja del registro de Historia Clínica Modelo 18-07.
- En el caso de atención al escolar se establecerá un registro de inscripción (Modelo 18-7) por escuelas y grado, anotándose al alumno en el registro que corresponda a la escuela y modelo que corresponda al grado que cursa en el momento de inscribirlo en el servicio. Su número de historia clínica será el mismo de su matrícula en el aula.

EJ: 2B-18

2B	Segundo grado B
18	# Que ocupa el estudiante en el registro del aula.

PROCEDIMIENTOS DE TURNOS

1. Procedimientos Generales:

- 1.1. Se confeccionarán los registros de programación de turnos por estomatólogo, especialidad y horario escalonado, previa coordinación con los jefes de servicios y aprobación del director de la unidad.
- 1.2. Solicitar al paciente tarjeta que acredite su inscripción en la unidad.
- 1.3. Conceder el turno al paciente registrando en el modelo de programación creado al efecto por estomatólogos: nombre y apellido del paciente, número de historia clínica individual y horario de la consulta, según sistema escalonado de citación establecido.
- 1.4. Entregar al paciente notificación de la cita, detallando: día, hora, local o estomatólogo y especialidad, tantas veces como se le programe una atención estomatológica o la utilización de algún medio diagnóstico en la unidad, incluyendo los casos remitidos.
- 1.5. Notificar al archivo el nombre y número de la historia clínica Individual de los pacientes programados de cada consulta, con 24 horas de antelación, para la extracción de las historias y preparación adecuada de la documentación de las diferentes consultas.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

1.6. En cada servicio de Estomatología se confeccionará un registro de los pacientes que necesitan prótesis con los requisitos siguientes:

- a. Debe llenarse sin dejar espacios entre líneas
- b. Se numerará correlativamente
- c. Fecha de anotación en la lista de espera
- d. Se pondrá el nombre del paciente, su número de historia clínica, número de consultorio.
- e. Puede anotarse también su dirección y teléfono, aunque estos datos deben estar registrados en la Historia Clínica
- f. Se registrará también el tipo de prótesis según remisión, siendo las básicas: prótesis total, prótesis parcial acrílica, prótesis parcial metálica y prótesis fija.
- g. Se registrará si posee condiciones de prioridad
- h. En la última columna se anotará la fecha de citación
- i. Debe llenarse sin dejar espacios entre líneas
- j. Se numerará correlativamente
- k. Fecha de anotación en la lista de espera
- l. Se pondrá el nombre del paciente, su número de historia clínica, número de consultorio.
- m. Puede anotarse también su dirección y teléfono, aunque estos datos deben estar registrados en la Historia Clínica
- n. Se registrará también el tipo de prótesis según remisión, siendo las básicas: prótesis total, prótesis parcial acrílica, prótesis parcial metálica y prótesis fija.
- o. Se registrará si posee condiciones de prioridad
- p. En la última columna se anotará la fecha de citación

Ejemplo:

Nro	Fecha	Nombre	# HC	Dirección	Teléfono	Nro. CMF	Tipo de prótesis	Prioridad	Fecha de citación
1	6/4/08	Luís García	18-3436	Jovellar #56	870-5669	18	Total		

1.7. Controlar la lista de espera de prótesis, analizando:

1.7.1. Si está actualizada según las necesidades reconocidas por el Análisis de la Situación de Salud del estomatólogo de asistencia de cada consultorio y otras especialidades concluida.

1.7.2. Si se mueve a través de la citación de pacientes a partir de la lista.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

1.7.3. Comunicar mensualmente al director el promedio de días que se mantiene un paciente en lista de espera para iniciar tratamiento en el servicio de prótesis.

2. Procedimientos Específicos

2.1. Para casos sin turno previamente consignado, de existir posibilidad de atención y desearlo el paciente se le ofrecerá para esa misma sesión de trabajo u otra, procediendo a su inscripción y todo lo establecido en los procedimientos generales.

2.2. En caso de reconsultas o interconsultas el paciente se dirigirá al área de Turnos con el volante que le entregó el estomatólogo, en el cual se le anotará la fecha y horario de la próxima consulta.

2.3. En caso de pacientes referidos a otros servicios dentro de la misma institución, solicitar el modelo de referido entregado al paciente por el estomatólogo y actuar de acuerdo a los pasos descritos en el procedimiento general.

2.4. Las remisiones de pacientes que se envían a especialidades o medios diagnóstico que se brindan en otras instituciones, requieren:

- Coordinar previamente con la institución que brinda ese servicio la cobertura de turnos que corresponde a la unidad.
- Solicitar al paciente el modelo de remisión y documento que acredite su inscripción en la unidad.
- Registrar en el modelo de programación de turno el número de historia clínica y nombre del paciente de acuerdo a la especialidad o medio diagnóstico a cual ha sido remitido.
- Entregar al paciente documentación que lo oriente sobre fecha horario, especialidad e institución donde debe concurrir a la consulta o para la prueba diagnóstica, así como el modelo de remisión emitido por el médico para su presentación en el servicio en el cual va a ser atendido.
- Si la programación de turnos que envía la unidad es insuficiente para la demanda o urgencia de un caso, es responsabilidad del área de Turnos gestionar con la institución que ofrecerá el servicio un turno adicional: nunca se le debe indicar al paciente que solucione su turno. Es obligación de la institución.
- Cuando no se pueda brindar turnos por determinadas dificultades o aún no se haya coordinado con otra institución para que asuma la atención de los casos que requieran los servicios no brindados por la unidad, previa comunicación al director de la clínica y hasta tanto no se oriente otra conducta a seguir:

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

- ✓ Informar al paciente la situación y la fecha probable de solución que haya comunicado la Dirección de la institución
- ✓ Establecer registro para anotar nombre, dirección, teléfono del paciente, para avisar a su domicilio en la fecha en que debe pasar a recoger el turno.
- ✓ El aviso al paciente se hará mediante teléfono, telegrama, personal de terreno u otro procedimiento.
- ✓ Al presentarse el paciente se le entregará la notificación del turno señalando lugar y horario. En este momento se comprobará que el paciente conserva el modelo de remisión o en su defecto se extraerá del archivo la historia clínica y se le solicitará a su estomatólogo de asistencia que le haga nueva remisión.
- ✓ Se deberá anotar en el registro a los pacientes según se les va entregando los turnos para recibir el servicio en la unidad de referencia

2.5. Para turnos de visitas estomatológicas a domicilio a pacientes con limitaciones físicas y mentales que le impidan el traslado a la unidad:

- Recepcionar y registrar en el modelo establecido las solicitudes recibidas para las consultas estomatológicas a domicilio, haciéndole entrega del mismo al jefe del Servicio de que se trate para la definición y envío del profesional que brindará la atención.

2.6. Para otorgar los turnos de ingresos al servicio de prótesis se seguirá el siguiente procedimiento:

- El Director de la Clínica o Jefe del Servicio Estomatológico, previo conocimiento de las necesidades de prótesis de la población con atención concluida en los Servicios Básicos y otras especialidades estomatológicas, a partir de la LISTA DE ESPERA y el ejercicio de la Socialización (para aquellos casos que su prioridad lo requiera) citará a los pacientes mensualmente, según capacidad de ingreso diario del servicio de prótesis.
- El área de Turnos entregará el turno de ingreso a los pacientes citados por la Dirección según programación preestablecida.

PROCEDIMIENTOS DEL ARCHIVO CENTRALIZADO

1. Organización del Archivo

- En las unidades cuyo radio de atracción es una o dos áreas de salud la estantería se organizara por:

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

- Áreas de Salud.
- En cada zona dedicada a cada área la estantería estará organizada por consultorios. En orden consecutivo empezando por el Consultorio de menor numeración.....N según localización en el mapa que se tiene del área en la unidad.
- En el espacio dedicado a cada consultorio se establecerá un área por circunscripción.
- Dentro de cada circunscripción un área según número del CDR.
- En el área por CDR se colocarán las HC según número de la vivienda otorgado en la ficha familiar y el dígito terminal de los habitantes de cada vivienda.

GRAFICO DEL ÁREA DE ARCHIVO CENTRAL

Área Salud Vedado				Área Salud Rampa	
Consultorio # 18			Consultorio #19		
Circunscripción 20		Circunscripción 21			
CDR 1		CDR 2			
# Ficha Familiar					
Digito terminal					

- Se habilitará una zona del Archivo para la conservación de las historias clínicas de los pacientes que no son del radio de atracción de la Clínica o Servicio Estomatológico por numeración consecutiva.

- En el caso de la atención al escolar a través de las escuelas enclavadas en el área:

Se abrirá un espacio en el archivo para archivar las historias clínicas por escuelas y, en el espacio de las escuelas, por años y aula donde se incluirán las Historias Clínicas de los estudiantes a los cuales se les vaya brindando atención según grado y número de historia clínica. Se revisará, si el escolar es del Área, en el archivo por consultorio, para verificar si ya existe su historia clínica, a fin de evitar duplicidad.

Mientras el paciente sea matrícula de la escuela que se atiende por la clínica o servicio estomatológico se extraerá la historia clínica del archivo por consultorio, colocándose tarjetón de reemplazo que identifique su destino y se archivará en el área de la

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

escuela y grado, según orden que posea el alumno en el registro de matrícula del aula. Una vez concluido los estudios en esa escuela la historia clínica se archivará por consultorio, retirando el tarjetón.

En los casos de escolares que no son del área, se mantendrán las historias clínicas en el archivo de la escuela a la que pertenece mientras se mantenga en la matrícula.

A. Desarchivar

- Desarchivar las historias clínicas individuales mediante las listas de turnos ofrecidos o cualquier solicitud autorizada, colocando tarjetón de reemplazo en el estante en el lugar que ocupa esa historia clínica
- Marcar en el listado enviado por el área de turnos las historias clínicas que se desarchivaron.
- Verificar integridad de la historia clínica y de faltarle algún modelo añadirsele.
- Preparar las consultas organizando las historias clínicas según programación escalonada de turnos.
- Entregar al técnico de atención estomatológica, Lic. en Tecnología o recepcionista de la consulta las historias clínicas con las hojas de trabajo por estomatólogo, el cual firmará constancia de haber recibido dichos documentos.
- Cuando se solicite una historia clínica para una consulta ya funcionando se seguirán los procedimientos de archivo antes descritos.
- Si la historia clínica no se encuentra en el archivo se ubicará según referencia del tarjetón de reemplazo, localizándola inmediatamente.
- Si no fuera posible localizar alguna historia clínica en la estantería, se solicitará en Inscripción los datos de la tarjeta archivada en el Tarjetero Índice de Pacientes, con el fin de verificar si las anotaciones de los turnos fueron correctamente realizadas.
- Se revisará el listado de historias clínicas desarchivadas en la última consulta a la cual asistió ese paciente, para verificar si fue devuelta por el servicio de asistencia.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

- De haber sido devuelta por la consulta se revisará en los estantes de las otras historias clínicas que se extrajeron ese día para comprobar si fue mal archivada. Se buscará nuevamente hasta su localización definitiva.
- De no aparecer la historia clínica confeccionar una nueva con igual número y ponerle a la carátula duplicado. No anotar nuevamente en el registro de inscripciones.

B. Archivo

- Cuando las historias clínicas se reintegran al archivo deberán chequearse contra el listado de los turnos, en el cual se marcó las desarchivadas y la relación de las nuevas inscripciones pasadas directamente a un servicio.
- Se procederá a su ordenamiento por consultorios y forma ascendente según el código que identifica el número de las viviendas y miembro de la familia.
- Se procederá a colocar en los estantes en la posición que corresponda según orden de inscripción y ultimo dígito que tiene la historia clínica, lugar donde debe estar ubicado tarjetón de reemplazo que entonces se retira.
- Revisar al finalizar jornada laboral estantes que mantienen tarjetones de reemplazo para efectuar reclamación de las historias clínicas a los servicios a los cuales les fue entregada, previa comprobación de no haber entrado al área de archivo.

C. Exámenes Complementarios.

- Chequear los informes de los resultados de complementarios contra el listado que los acompaña y archivarlos en las historias clínicas correspondientes.
- Recepcionar los resultados de complementarios realizados en otras unidades, chequeándose contra el listado que los acompaña y archivarlos en las Historias Clínicas correspondientes.

D. Resúmenes traslados y desactivación de Historias Clínicas

- Tramitar los resúmenes de historias clínicas que sean solicitados por los pacientes, previa autorización del director.
- Al conocerse el traslado de un paciente o núcleo familiar hacia otra Área, desarchivar la historia clínica individual según corresponda, revisar integridad, añadir documentación faltante y cerrarla. Colocarla en un archivo por término no menor de 6 meses.

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y
ESTADÍSTICAS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICAS Y SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

- Pasado este tiempo si no ha sido reclamada por otra unidad proceder a su eliminación.
- Al concluir la atención estomatológica de un paciente que no es del Área, con historia clínica provisional se aplicarán las normas establecidas de entrega de resumen de historia clínica al paciente (Ver Procedimientos de Inscripciones, no. 10).

**ORIENTACIONES ESPECÍFICAS PARA SERVICIOS AISLADOS DE ESTOMATOLOGÍA
SUBORDINADOS A CLÍNICAS O SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS DE
POLICLÍNICOS U OTRAS UNIDADES DE SALUD.**

- El control, inscripción, archivo y desarchivo de las historias clínicas corresponderá a la asistente dental o técnico de atención estomatológica.
- Es responsabilidad de la Unidad Funcional de Registros Médicos y Estadísticas de la Unidad de Salud a la que esté subordinada orientar y revisar la integridad y cumplimiento de los procedimientos, así como supervisar la correspondencia entre lo que aparece en la fuente primaria de la información (historia clínica) y lo que se registra en el Modelo 18-198 de Actividad de Estomatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Normas de Registros Médicos y Estadística del MINSAP. Año 1972.
2. Normas de Registros Médicos y Estadística del MINSAP. Año 1984.
3. Reglamento General de Hospitales. Enero del 2007.
4. Reglamento General de Policlínicos. Junio del 2008.
5. Resolución Ministerial del MINSAP de 9 del 30 de enero de 1992.
6. Manual de Procedimientos para la Inscripción y Distribución de Turnos en Hospitales, Clínicas Estomatológicas y Servicio de Estomatología. Área de Información. MINSAP 2007
7. Circular No. 5 del año 1998. de la Dirección Nacional de Estadística. MINSAP
8. Circular No. 4 del año 2005 de la Dirección Nacional de Estadística. MINSAP
9. Manual de organización estadística. Estudio sobre la organización de servicios nacionales de estadística y cuestiones conexas de administración. Estudios de métodos serie f no.28 Naciones Unidas Nueva York, 1981
10. Estudios de métodos. Principios y métodos para el mejoramiento de las estadísticas sociales en los países en desarrollo. Naciones Unidas serie f no. 25. Nueva York, 1979
11. Departamento de asuntos económicos y sociales internacionales. Oficina de estadística. Estudios de métodos. Manual de indicadores sociales. Serie f no. 49 Nueva York, 1989
12. Estudios de métodos. Manual de indicadores sociales serie f no. 49 Naciones Unidas. Nueva York, 1989
13. Manuales sobre sistemas de registro civil y estadísticas vitales. Estudios de métodos. Serie f, no. 69 Naciones Unidas Nueva York, 2000
14. Manual sobre sistemas de registro civil y estadísticas vitales. Normas y protocolos para la divulgación y el archivo de datos personales. Naciones Unidas Nueva York, 1999
15. Red de la métrica de salud. Hacia un marco y estándares para el desarrollo del sistema de información en salud del país. versión 1.65 Antecedentes, estándares e implantación. OMS, Ginebra 2006.