MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
REPUBLICA DE EL SALVADOR

Documento Derogado

HOY SE EXPIDIO LA RESOLUCION MINISTERIAL No. 822 **, QUE DICE:** "El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador, el dos de octubre del año dos mil tres. De conformidad con lo establecido en los Artículos 42 numeral 2 del Reglamento Interno del Organo Ejecutivo; 265 y 266 del Código de Salud; y con el objeto de normar las actividades de los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos y los establecimientos de Salud de Primer Nivel y además brindar los lineamientos para organización y funcionamiento de los mismos; esta Secretaría de Estado RESUELVE: Oficializar la **"NORMA TECNICA PARA LOS DEPARTAMENTOS DE ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL"** y **"LINEAMIENTOS PARA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS DEPARTAMENTOS DE ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS DE UNIDADES Y CASAS DE SALUD";** por lo que pide su cumplimiento por parte de las instituciones y personal involucrado. **HAGASE SABER**. El Vice-Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, encargado del Despacho (F). H.Betancourt Q.".

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos consiguientes

DIOS UNION LIBERTAD

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
SAN SALVADOR
REP. DE EL SALVADOR

DR. HERBERT ABRAHAM BETANCOURT QUIJADA
VICEMINISTRO ENCARGADO DEL DESPACHO

Documento Derogado

PRESENTACION

Para contribuir a la modernización y conducción de los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de las Unidades y Casas de Salud, la Unidad de Información en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como rectora del Sistema de Información Estadística, presenta el documento Norma Técnica para los Departamento de Estadística y Documentos Médicos de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, el cual se ha elaborado para facilitar normas en el contexto legal, técnico y administrativo que fundamenten, orienten, sistematicen y unifiquen criterios para el desarrollo de las actividades diarias que realizan los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de los establecimientos de salud.

La precisión y la agilidad de los Sistemas de Información contribuyen a realimentar los procesos de programación, control y evaluación del Sistema de Salud; esto demanda contar con información estadística de calidad total que apoye la gestión, la provisión de servicios de salud, la docencia y la investigación médica. En los Establecimientos de Salud de Primer Nivel, la preparación de información estadística y el mantenimiento de los documentos médicos son responsabilidad propia de los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos, para que dichos departamentos puedan cumplir con su misión institucional deben estar debidamente organizados y dotados con recurso humano calificado en número acorde al volumen de trabajo que se genera en cada establecimiento de salud, así también fortalecerá su óptimo funcionamiento los recursos tecnológicos de punta, mobiliario, equipo y área física adecuada; estas necesidades demandan que los Directores Región SIBASI, Directores de cada establecimiento de salud y el personal del Departamento de Estadística y Documentos Médicos asuman el compromiso real de impulsar y modernizar el departamento en el menor tiempo posible, por lo que les invito para que la presente normativa se constituya en una de sus principales herramienta diarias de trabajo lo cual se reflejará en la obtención de expedientes clínicos de calidad para contribuir a la atención oportuna de nuestra población.

Dr. Herbert Betancourt
Ministro de Salud

Documento Derogado

Documento Derogado

INTRODUCCION

La presente norma se ha redactado de una manera amplia y precisa para facilitar la comprensión de la lectura a todo usuario del documento, redacción que se fortaleció también a través de los talleres de validación, en los que participaron Técnicos de Información con amplia experiencia en el campo de la Estadística y los Documentos Médicos, así como por personal médico que se desempeña en los diferentes niveles de este ministerio y que tiene especial conocimiento sobre la organización y funcionamiento de los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de.

La norma técnica esta organizada por afinidad de temas, ordenándolos en cuatro partes básicas; la primera se refiere a Disposiciones Generales en el Capítulo I. La segunda parte incluye los Capítulos II, III y IV dedicados a normar las actividades más importantes que se relacionan con los documentos médicos. La tercera parte del documento incluye los Capítulos V y VI y contiene la norma para las actividades estadísticas. La cuarta parte del documento que propiamente no es parte del cuerpo técnico de esta norma, contiene lineamientos sobre la organización y el funcionamiento de los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos, se ha incluido dentro de este documento, para orientar y unificar criterios de organización entre todos los establecimientos de salud del primer nivel y porque un adecuado ordenamiento y clasificación de funciones fortalecerá las actividades aquí normadas; finalmente se presentan los apartados de anexos y glosario de términos más complejos utilizados en el documento con el propósito de facilitar la comprensión de mismo.

El Director y los Técnicos en Planificación e Información de la Región SIBASI; el Director y el Jefe del Departamento de Estadística y Documentos Médicos de los Establecimientos de Salud, son responsables de realizar una oportuna y adecuada capacitación sobre la aplicación de esta norma técnica, así también son responsables de mantener un programa permanente para realizar y garantizar monitoreo, evaluación y realimentación de su correcta utilización. El Personal de los Equipos Técnicos de Zona y especialmente los Asesores de Provisión de Servicios, Sistemas de Información y Jurídicos son responsables también de asesorar la implantación y utilización de la norma, así como de propiciar diferentes estrategias o metodologías que permitan alcanzar una exitosa aplicación de la presente norma técnica en todos los establecimientos de salud bajo su área geográfica.

Documento Derogado

Documento Derogado

INDICE GENERAL

PRESENTACIÓN i

INTRODUCCIÓN ii

CAPÍTULO I 1
Disposiciones Generales

CAPÍTULO II 2
Proceso de Identificación de Expedientes Clínicos

CAPÍTULO III 9
Proceso de Inscripción de Pacientes
al Establecimiento de Salud

CAPÍTULO IV 12
Proceso de Organización, Custodia,
Utilización, Archivo y Conservación de los Expedientes Clínicos

CAPÍTULO V 31
Proceso de Evaluación Técnica de los Expedientes
Clínicos

CAPÍTULO VI 35
Proceso de Producción de Estadísticas de Salud

GLOSARIO 40

ANEXOS 45

Lineamientos para Organización y Funcionamiento
del Departamento de Estadística y Documentos Médicos 66

Documento Derogado

Documento Derogado

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Documento Derogado

OBJETO

La presente norma tiene por objeto regular las funciones que se realizan en los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

AUTORIDAD COMPETENTE

Corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la aplicación de la presente Norma a través de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención.

CAMPO DE APLICACION

La presente norma es de obligatorio cumplimiento para el personal de los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos y para el personal médico y paramédico que por su función profesional le corresponda en todos los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención.

CAPITULO II

PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE EXPEDIENTES CLINICOS

Cada expediente debe ser identificado con un número, lo que requiere de una tarjeta índice que permite relacionarlo con el nombre del paciente, todo organizado bajo un sistema de identificación que tiene varios componentes y elementos que entran en operación y que son: sistema de identificación, banco de números, registro de números, e Índice Alfabético de pacientes. Se provee algunas normas sobre la organización de cada uno para garantizar su funcionamiento.

- En lo sucesivo cada vez que en esta normativa se refiera al expediente clínico del paciente, será nombrado únicamente como el expediente.

- En lo sucesivo cada vez que en esta normativa se refiera al Departamento de Estadística y Documentos Médicos, será nombrado únicamente como Departamento de ESDOMED.

<u>SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN</u>

1. Asignar a cada paciente al momento de su inscripción en el establecimiento de salud, un número único que identificará su expediente, el cual conservará mientras lo mantenga activo.

2. La numeración que se asigne para la identificación de los expedientes se basará en el Sistema de Numeración Correlativa Anual.

3. Los formularios que se utilizan para la inscripción de pacientes se prepararán anticipadamente; la preparación de formularios consiste en reunir todos los formularios básicos del expediente con la tarjeta de identificación del paciente, tarjeta índice y fólder protector de expediente; marcando cada uno de estos formularios con su respectivo número de identificación.

4. Se considerarán formularios básicos del expediente a preparar para inscripción del paciente que será atendido los siguientes: Ficha de Identificación, Historia Clínica, Hoja para anexar informes de laboratorio y Hoja para Notas de Enfermería.

Documento Derogado

5. Es responsabilidad del personal de enfermería, agregar ordenadamente los formularios especiales que se utilizan en las diferentes atenciones que se brinden a los pacientes, por ejemplo: formularios del programa de atención integral al niñ@, formularios del programa de atención materna, programa de tuberculosis, etc. etc.

6. La periodicidad con que se preparan los formularios del expediente para inscripción de pacientes, debe ser cada cuatro días para los establecimientos de menor complejidad y cada dos días para Unidades de Salud con gran demanda de paciente. Siempre debe tener presente que el material para elaboración de expedientes, se prepara de acuerdo al volumen de pacientes que se inscriben diariamente en el establecimiento.

<u>BANCO DE NUMEROS</u>

7. Controlar las series de números de expedientes que se preparan para hacer la inscripción de los pacientes, anotándolas en el documento denominado Banco de Números, en donde se controlan las series escribiéndolas cada 50, 100 o 200 expedientes, ello dependerá de la demanda diaria de apertura de expedientes que tenga el establecimiento de salud.

8. El Banco de Números puede ser un libro o libreta que contiene las siguientes columnas: series de números, total de expedientes preparados, fecha de elaboración de las series numéricas y persona responsable que las preparo. Diseño de formulario banco de números, de acuerdo al modelo establecido en el anexo 1.

<u>REGISTRO DE NUMEROS</u>

9. El Registro de Números debe ser llenado diariamente para controlar los pacientes inscritos y el número de expediente que se le asigna.

10. El Registro de Números se mantendrá en libretas o libros tipo “order book”, que se conservará cronológicamente para formar un registro permanente.

11. El Registro de Números debe tener el siguiente diseño: número de expediente, nombre del paciente a quien se le asignó el número de expediente, edad del paciente, fecha de asignación. Diseño de registro de números de expedientes clínicos, de acuerdo al modelo establecido en el anexo 2.

Documento Derogado

12. El Registro de Números será llenado por cada estadístico de la Sección de Admisión del Departamento de ESDOMED, pero se realizará al momento de elaborar la tarjeta índice del paciente, que es la fuente para el Registro de Números.

TARJETA INDICE

13. Cada expediente debe tener sólo una tarjeta índice, la cual se archivara en el Tarjetero Índice de Pacientes y servirá para localizar rápidamente el expediente en el archivo

14. Cada paciente atendido por primera vez en el establecimiento se le elaborará su respectiva tarjeta índice, para facilitar la búsqueda de su expediente en futuras atenciones.

15. La tarjeta índice se elaborará en máquina de escribir y su contenido será: apellidos y nombres completos del paciente es decir que no debe usarse abreviaturas ni iniciales, edad, sexo, número de expediente, lugar y fecha de nacimiento, nombre de madre y padre, número de DUI, teléfono, fecha de inscripción y nombre del empleado que hizo la inscripción. Diseño de Tarjeta Índice de Pacientes, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 3.

16. Los datos personales anotados en la tarjeta índice deben ser iguales a los datos contenidos en el formulario Ficha de identificación del respectivo expediente; los datos personales se basaran en el documento de identidad ya sea el DUI, certificación de la partida de nacimiento, carné de minoría de edad, carné de residente que presenta el paciente durante su inscripción.

17. Los datos de la tarjeta índice deben llenarse completamente, no debe dejar ninguno en blanco, sí algún dato se desconoce o no hay seguridad de él, por ejemplo fecha de nacimiento, anote el año de nacimiento basándose en la edad del paciente y agregue un signo de interrogación ?, mientras se obtiene el correcto.

18. En la tarjeta índice los apellidos completos del paciente deben elaborarse con letras mayúsculas. Si el paciente no informa apellido paterno, se anotarán como primer y segundo apellido los dos apellidos de la madre y sí ésta tuviere uno solo, ese será el primer apellido y en el segundo apellido se pondrán guiones.

Documento Derogado

19. Si la paciente es casada o viuda el apellido del cónyuge, ira después de los apellidos de soltera con las preposiciones de o vda. de, en paréntesis. Ejemplo:

    CASTRO MEDINA (de) Vega, Berta Lidia

    PEREZ ------- (vda. de) Coto, Mercedes Aminta

La tarjeta índice de pacientes que solamente tienen un nombre debe completarse el espacio para el segundo nombre con guiones. Ejem:

APARICIO CASTRO (de) Márquez, Joaquina ----------

20. El empleado encargado del archivo de tarjetas índices debe efectuar su recepción antes de archivarlas, utilizando para ello el Registro de Números lo cual realizará con el propósito de verificar exactitud de las anotaciones o para detectar inconsistencia o falta de datos.

21. La tarjeta índice se archivará el mismo día en que se elabora y debe mantenerse permanentemente en el Tarjetero Índice; solamente se retirará cuando se elimine el correspondiente expediente de acuerdo a las normas de conservación que aparecen en esta norma.

22. Las tarjetas índices que sean elaboradas en turnos de fines de semana o días de asueto por personal que no pertenece al departamento, no se archivarán se dejarán dentro del Departamento de ESDOMED para que lo realice el estadístico responsable del manejo del Tarjetero Índice el siguiente día hábil.

23. El manejo y mantenimiento del Tarjetero Índice de Pacientes debe estar asignado a un estadístico de mayor experiencia para garantizar la exactitud del archivo. Sí por razones justificadas algún estadístico del Departamento de ESDOMED necesita localizar alguna tarjeta, debe obtener previamente autorización del estadístico responsable del tarjetero.

24. Las tarjetas índices se archivarán <u>en estricto orden alfabético</u>, de acuerdo a la siguiente secuencia: primer apellido, segundo apellido, primer nombre y segundo nombre. Para fines de archivo cuando dos tarjetas tienen apellidos paternos idénticos, se toman en cuenta los apellidos maternos; si los apellidos paternos y maternos son iguales, se considera el primer nombre y si todavía son iguales, el segundo nombre.

Documento Derogado

25. Las tarjetas de pacientes con apellidos y nombres exactamente iguales, se archivarán por fecha de nacimiento, colocando primero la tarjeta de la persona que nació antes que las otras de su mismo apellido, así sucesivamente en orden cronológico.

26. La tarjeta de un paciente que tenga solo un apellido, se archivará de primera en el bloque de tarjetas del apellido al que pertenece. Si hay varias tarjetas con un solo apellido deben ordenarse también por los nombres.

27. Para elaborar la tarjeta índice de los recién nacidos que aún no han sido inscritos en el registro de la persona natural de la respectiva alcaldía municipal se procederá para la anotación de sus apellidos de la manera siguiente: si son hijos nacidos de matrimonio o reconocidos por el padre llevarán el primer apellido de éste, seguido del primer apellido de la madre. Si son hijos no reconocidos por el padre llevarán los dos apellidos de la madre. Debe solicitarse a los padres del recién nacido sus documentos de identidad para verificación de nombres y apellidos.

28. Las tarjetas índices de recién nacidos que no tengan un nombre asignado, porque sus padres aún no los han inscrito en el registro de la persona natural de la respectiva alcaldía municipal, se archivarán adelante de las demás tarjetas con los mismos apellidos, archivándolas también por orden de fecha de nacimiento. Debe tenerse especial cuidado de completar o verificar el nombre del niño o niña, cuando sus padres presenten la certificación de la partida de nacimiento a fin de revisar y corregir los apellidos y nombres sí fuera el caso. Evítese hasta donde sea posible elaborar tarjetas índice de recién nacidos sin nombres.

29. Los títulos académicos o rangos, tales como sargento, doctor, sacerdote etc., no se escribirán en la tarjeta índice como parte del nombre.

30. Las tarjetas índices no deben retirarse del tarjetero alfabético por ningún motivo mientras exista el expediente en archivo activo o pasivo y cuando se necesite consultar algunos datos de ellas, solamente se tomará nota y se dejará en el mismo lugar.

31. Cuando se delegue archivar tarjetas índice a personal estadístico de nuevo ingreso, éste debe colocar un cartoncillo blanco detrás de cada tarjeta incorporada al archivo. El supervisor verificará que este correctamente archivada, luego retirara la tarjeta de control. Sí la tarjeta esta mal archivada indicar a la persona responsable la forma correcta de hacerlo.

Documento Derogado

32. Mensualmente, la jefatura del departamento verificará la exactitud de la organización y funcionamiento del Tarjetero Índice, lo cual puede realizarlo por una muestra aleatoria simple u otro método aceptable.

EQUIPO Y MATERIAL PARA EL ÍNDICE GENERAL DE PACIENTES

33. El Tarjetero Índice de Pacientes es un componente esencial del sistema de identificación de los pacientes por lo que para su adecuado funcionamiento se debe disponer del equipo y materiales en cantidades necesarias.

34. El Tarjetero Índice General de Pacientes estará ubicado en la Sección de Admisión del Departamento de ESDOMED, a fin de verificar si el paciente tiene o no expediente antes de inscribirlo.

35. Disponer de una máquina numeradora para numerar la tarjeta índice y los formularios básicos del expediente. Es conveniente utilizar un sello numerador con dígitos más grandes solo para marcar el número del expediente en el fólder protector de éste, a fin de que el número sea más visible al archivarlo o para facilitar su utilización en las diferentes atenciones dentro del establecimiento.

36. Con el propósito de evitar errores de archivo en el Tarjetero Índice General de Pacientes, se debe disponer de una gaveta que haga las veces de clasificador de tarjetas índice, la cual puede ser metálica o elaborada con material resistente, con las mismas dimensiones de la tarjeta índice y con separadores movibles por letra del alfabeto. El propósito es preclasificar las tarjetas que se vayan elaborando durante la jornada, a fin de facilitar y agilizar su archivo al final del día.

37. El mobiliario para organizar el Tarjetero Índice de Pacientes debe ser metálico con gavetas verticales, por lo general de ocho gavetas en fila doble. Las dimensiones de las gavetas serán adecuadas al tamaño de las tarjetas índices.

38. La tarjeta índice debe ser hecha en cartulina fuerte para que resista la constante manipulación dentro del tarjetero y en color claro para facilitar su lectura. Las medidas de la tarjeta serán en tamaño estándar, con medidas de 12.5 cm. por 7.5 cm.

Documento Derogado

39. Para facilitar la búsqueda de las tarjetas en el Tarjetero Índice General de Pacientes se colocarán tarjetas guías por cada letra del abecedario y por cada apellido principal. Cuando un apellido principal tenga muchas tarjetas índices elaboradas por ejemplo: Amaya, Hernández, López, Pérez, también se colocará dependiendo su amplitud guías por cada 50 tarjetas índices del segundo apellido. Generalmente las tarjetas guías dentro del tarjetero se ubican en tres posiciones diferentes, cada posición tiene un fin específico el cual se detalla en anexo. Diseño de guías alfabéticas, de acuerdo al modelo establecido en el anexo 4.

40. El director con su equipo técnico de los establecimientos de salud que tengan facilidad de tecnología y que por ello planifiquen realizar la admisión e inscripción de pacientes y la elaboración mecanizada del expediente a través de un sistema computarizado, diseñarán un plan anual operativo que contemple: capacitación permanente al personal estadístico que tendrá acceso al sistema mecanizado para la inscripción de pacientes, número de equipos de cómputo necesarios, periféricos y otros insumos en calidad y cantidad, número de personal técnico para mantenimiento, actualización del software y equipos de cómputo, energía eléctrica segura y estable.

41. El director con su equipo técnico correspondiente de los establecimientos de salud que tengan computarizada la inscripción de pacientes y la elaboración mecanizada del expediente, deben diseñar además del plan antes referido, un plan alternativo que contemple posibles soluciones cuando ocurran fallas en el sistema o fallas en la energía eléctrica, con el propósito de no interrumpir la atención oportuna a los pacientes, ni la producción de trabajo del Departamento de ESDOMED.

42. Antes de implementarse el sistema mecanizado para la inscripción de pacientes y para la elaboración mecanizada del expediente, el director del establecimiento de salud enviará con tres meses de anticipación los planes antes indicados a la Unidad de Información en Salud de Nivel Central para su revisión y aprobación oficial.

Documento Derogado

CAPITULO III

NORMAS PARA EL PROCESO DE INSCRIPCION DE PACIENTES AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

En este capítulo se establecen los aspectos que deben cumplirse para tramitar la atención formal de los pacientes en el establecimiento.

INSCRIPCION DE PACIENTES

1. En todo establecimiento existirá una Sección de Admisión de pacientes dentro del Departamento de ESDOMED, la cual es la única autorizada para hacer la inscripción de los pacientes que se atenderán en la Consulta Externa del establecimiento. Diseño de mueble para admisión de pacientes, de acuerdo al modelo establecido en el anexo 5.

2. La elaboración o apertura del expediente, se debe realizar hasta que se haya comprobado minuciosamente en el Tarjetero Índice que el paciente realmente no tiene expediente en el establecimiento.

3. Los pacientes que se atiendan por referencia y solamente para que se les realice un examen especial o para que se les practique algún procedimiento médico no se les hará apertura de expediente, porque el reporte del examen o procedimiento realizado se identificará con los datos que envío el establecimiento que refirió al paciente.

4. Los expedientes que se elaboren en turnos de fin de semana o días de asueto, por personal que no corresponde al Departamento de ESDOMED, no se archivarán, se dejarán dentro del departamento para que lo realice el estadístico responsable del manejo del archivo clínico el siguiente día hábil.

5. Los datos para elaborar la Ficha de Identificación del expediente, se obtendrán a través de una entrevista que permita recibir datos de identificación personal que sean confiables; El estadístico desarrollara la entrevista en un ambiente de respeto y cortesía hacia el paciente.

6. El estadístico encargado de hacer la inscripción de pacientes, solicitará que le presenten un documento legal de identificación personal, el cual será: para recién nacidos, preescolares y escolares la certificación de la partida de nacimiento, para adolescentes el carné de minoría de edad y para adultos el documento único de identidad (DUI).

Documento Derogado

7. Cuando el paciente para su inscripción no presente el documento de identificación establecido, se anotará al pie de la Ficha de Identificación del expediente que no presento documento, observación que seguidamente firmara el paciente, a falta de ello colocará las huellas de sus dedos pulgares izquierdo y derecho. Diseño de ficha de identificación del expediente clínico, de acuerdo a modelo establecido en anexo 6.

8. Cuando los datos de identificación no sean proporcionados por el paciente debido a su edad o gravedad y los proporcione un familiar o acompañante, debe especificar la situación en la ficha de identificación, así como también debe anotarse el nombre, parentesco y número de documento legal de quien dio datos. Diseño de ficha de identificación del expediente clínico, de acuerdo a modelo establecido en anexo 6.

9. Inmediatamente después de la inscripción del paciente en el establecimiento de salud, se entregará el carné de identificación y citas, haciéndole énfasis que debe presentarlo cada vez que solicite una atención de salud.

10. El carné de identificación y citas debe contener al frente: número de expediente, nombre completo del paciente y fecha de inscripción; al dorso de la tarjeta instrucciones especiales de interés para el paciente y en el diseño interno los datos básicos de la cita. Diseño de carné de identificación y citas, de acuerdo a modelo establecido en anexo 7.

11. El departamento, oficina o servicio de citas sí existiera en el establecimiento de salud, llevara un registro de citas por médico según especialidad. El contenido básico del formulario sugerido es: nombre del médico, especialidad, fecha y hora de la consulta, número de orden, número de expediente, nombre del paciente, control de entrega y devolución del expediente. Diseño de registro de citas para consulta médica, de acuerdo a modelo establecido en anexo 8.

12. El Departamento, oficina o servicio de citas, enviará a la Sección de Archivo las listas de pacientes citados con un día de anticipación a la consulta médica, con el propósito de que se desarchiven oportunamente los expedientes o se localicen de no encontrase archivados.

13. El personal médico, enfermería, otro personal técnico y administrativo del establecimiento de salud, realizara diferentes acciones educativas dirigidas a los pacientes, para formarles el hábito de presentar su carné de identificación y citas cada vez que soliciten cualquier tipo

Documento Derogado

de atención en el establecimiento de salud, lo cual beneficiará el funcionamiento del Departamento de ESDOMED y en especial de los consultorios externos.

Documento Derogado

CAPITULO IV

PROCESO DE ORGANIZACIÓN, CUSTODIA, UTILIZACION, ARCHIVO Y CONSERVACION DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS

ORGANIZACIÓN DE EXPEDIENTES CLINICOS

1. Toda atención, consulta preventiva o curativa brindada a un paciente en el establecimiento, debe anotarse en el expediente y en los registros de atenciones correspondientes tales como Registro de Consulta Médica, Libro de atenciones especiales por personal no médico.

2. Los expedientes son propiedad del establecimiento de salud y es responsabilidad del Director Región SIBASI y de su equipo técnico, del Director del establecimiento de salud y de su equipo multidisciplinario mantener todas las condiciones necesarias para la organización, custodia, utilización, archivo y conservación de los expedientes.

3. La Sección de Archivo Clínico del Departamento de ESDOMED, es la sección especializada a la cual se delega la organización, custodia, archivo y conservación de los expedientes.

4. El Departamento de ESDOMED deberá disponer de suficiente área física para ubicar solo expedientes activos al que se denomina archivo activo y un área para ubicar expedientes inactivos que se conservarán y que se denomina archivo pasivo.

5. El Archivo de expedientes activos se debe ubicar dentro del Departamento de ESDOMED inmediato a la Sección de Admisión de Pacientes. El Archivo de expedientes pasivos estará en un área relativamente cerca y accesible al archivo activo.

6. El Director del Establecimiento de Salud y el Comité de Expedientes son responsables de garantizar que para el archivo de expedientes se disponga de estantería y área física necesaria para ubicar los expedientes activos y pasivos. Así también se dotará al Departamento de ESDOMED de todos los insumos necesarios para la elaboración de expedientes: formularios, básicos y especiales, folders, sellos numeradores y fechadores, papel bond base 20.

Documento Derogado

7. Para archivar los expedientes activos y pasivos se utilizará el Método Convencional que funciona con la numeración correlativa anual.

8. Las Unidades de Salud mantendrán en archivo activo los expedientes elaborados en los últimos cinco años; las Casas de Salud mantendrán en archivo activo los últimos tres años.

9. El número de años antes determinado para mantener los expedientes en archivo activo, es de acuerdo a los intereses y necesidades de los pacientes y de acuerdo a los usos administrativos, docentes, científicos y legales del establecimiento. Por ningún motivo se determinarán los años ha mantener en archivo activo de acuerdo a la disponibilidad de espacio físico asignado al Departamento de ESDOMED como suele ocurrir, por ello es que el director médico con el Comité Local de Expedientes debe buscar las diferentes soluciones a la falta de espacio físico, mobiliario y equipo cuando se tuviesen.

10. No se debe suprimir ningún formulario del expediente, excepto cuando se requiera efectuar la depuración de sus formularios con el propósito de evitar el aumento innecesario de su volumen, lo cual permite ahorro de espacio en los estantes para archivo de expedientes; los únicos expedientes que no se depuran son los expedientes que han sido foliados porque son o han sido pruebas en procesos legales. El personal del Departamento de ESDOMED es responsable de hacer la depuración de los formularios del expediente.

11. La depuración de los expedientes consistirá en eliminar formularios de las penúltimas o últimas atenciones, los cuales pueden ser hojas en blanco, documentos que no forman parte del expediente tales como: recibos, recomendaciones, exámenes de laboratorio que ya no tienen validez en el tiempo.

12. Los formularios antes referidos son a manera de ejemplo, el Comité Local de Expedientes puede analizar la situación e incluir otros formularios. El Director del Establecimiento de Salud entregará por escrito al Jefe de Departamento de ESDOMED, la lista de formularios que se eliminaran periódicamente del expediente, a fin de que el personal del departamento cumpla con la responsabilidad que le compete.

13. El director de la unidad de salud que disponga de facilidad tecnológica y que planee computarizar la elaboración de los expedientes, debe diseñar un plan anual operativo bien estructurado que contemple: capacitación permanente al personal que tendrá acceso al sistema de expedientes electrónicos, número de equipos de cómputo, periféricos y otros

Documento Derogado

insumos adecuados en calidad y cantidad, personal técnico para mantenimiento, actualización del software y equipos de cómputo.

14. El director de la unidad de salud, además de elaborar el plan antes referido, debe elaborar también un plan alternativo que contemple posibles soluciones cuando ocurran fallas en el sistema o fallas de energía eléctrica, todo ello con el propósito de no interrumpir la atención oportuna a los pacientes, ni la producción de trabajo del Departamento de ESDOMED.

15. Antes de implantar el sistema de expediente electrónico se enviará con tres meses de anticipación los planes con los aspectos antes referidos, a la Unidad de Información en Salud para su revisión y aprobación oficial.

Documento Derogado

CUSTODIA DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS

16. Solamente el personal de la Sección de Archivo y personal de turno del Departamento de ESDOMED, son los únicos funcionarios autorizados para desarchivar y archivar los expedientes.

17. Los expedientes que se desarchiven por personal que no corresponde al Departamento de ESDOMED del establecimiento durante turnos de fines de semana o días de asueto, no se archivarán después de utilizarlos, se dejaran dentro del departamento para que lo realice el siguiente día hábil el estadístico responsable de la custodia de los expedientes.

18. El profesional en salud responsable de atender directamente a los pacientes en cualquier área del establecimiento, es el autorizado para solicitar los expedientes con dicho fin, los otros miembros del equipo de salud, solicitarán autorización a la jefatura del Departamento de ESDOMED

19. Toda solicitud de préstamo de expedientes será controlada mediante listas, vales, ya sea para el préstamo de un expediente que serán vales individuales o para el préstamo de varios expedientes que será llamado vale colectivo, tarjetones o guías de reemplazo y libro de saca.

20. El préstamo de los expedientes para atención de los pacientes en consulta ambulatoria, será controlado a través de listas de pacientes citados o listas de pacientes que consultan de momento.

21. La devolución de los expedientes que se han prestado para consulta ambulatoria se debe hacer diariamente al Departamento de ESDOMED y es responsable de ello el personal de enfermería de cada consultorio. Los expedientes que por alguna razón justificada no se devuelvan el mismo día de la consulta, serán sustituidos inmediatamente por un tarjetón de reemplazo, el cual se colocará en el lugar que ocupa habitualmente el expediente dentro del archivo. Diseño de tarjetón de reemplazo, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 9.

22. La jefe de enfermería notificará por escrito a la jefatura del Departamento de ESDOMED, la lista de expedientes que por alguna causa justificada no se devuelvan el mismo día de la consulta.

23. Los expedientes que se presten a la dirección, trabajo social, administración u otra dependencia del establecimiento se controlarán a través de un vale que elaborará el solicitante con sus datos generales, el préstamo del expediente no excederá de un día. Diseño de vale individual para préstamo de expediente, de acuerdo a modelo establecido en anexo 10

24. Los expedientes que se prestan para uso en docencia, investigación científica u otros usos se controlarán a través de un vale individual o colectivo, ello dependerá del número de expedientes que necesite el usuario, quien también especificará en la solicitud algunos datos personales y su procedencia laboral para tener debidamente controlados los expedientes. Diseño de vale colectivo para préstamo de expedientes, de acuerdo a modelo establecido en anexo 11.

25. El préstamo de expedientes para docencia e investigación científica, no debe exceder de dos días y deberán ser revisados dentro del Departamento de ESDOMED.

26. El personal médico y paramédico que necesite expedientes para fines de investigación científica y docencia, solicitara autorización de ello al director del establecimiento, quien indicará con suficiente anticipación al Jefe de Departamento de ESDOMED atender la solicitud. El jefe de ESDOMED determinará el número máximo de expedientes que pueden prestarse diariamente para estudio.

27. Los profesionales que necesiten utilizar los expedientes por más de dos días, solicitarán la autorización a la jefatura del Departamento de ESDOMED, garantizando al personal de la Sección de Archivo, que tendrán acceso permanente a los expedientes cuando se necesiten para la atención de los pacientes.

Documento Derogado

28. Los expedientes que han sido utilizados por problemas legales y que se presten para atención del paciente, investigación médica y docencia, se revisaran minuciosamente al momento de su devolución para verificar que estén completos todos sus folios antes de ser archivados.

29. Mantener un Libro de Saca para controlar los expedientes que se prestarán a los tribunales siempre que medie una orden judicial de secuestro o préstamo de determinado expediente.

30. El Libro de Saca, puede elaborarse en un libro tipo order book, el cual será foliado correlativamente desde la primera hasta la última página por el Jefe del Departamento de ESDOMED y se diseñará con el siguiente contenido: número de expediente, nombre del paciente, edad, domicilio, diagnóstico principal, nombre del funcionario que retira el expediente, numero de DUI, cargo que desempeña, lugar de trabajo, firma, fecha de entrega y devolución del expediente. Diseño de libro de saca, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 12.

31. En casos muy especiales cuando una persona natural que no pertenece al establecimiento, solicite tener acceso a un expediente, lo hará por escrito al director del establecimiento de salud especificando las razones de la solicitud, el director valorará la petición y si es aceptada extenderá un resumen médico del expediente al solicitante.

32. Los expedientes que se retiran del archivo activo para ser utilizados con fines de docencia, investigación u otro trámite administrativo, serán sustituidos por un tarjetón o guía de reemplazo, el cual se coloca en el lugar que ocupa el expediente que se retira del archivo, con ello se determinará su localización durante las auditorias de archivo y se garantiza su custodia.

33. Todo usuario del expediente es responsable directo de su custodia e integridad durante el tiempo que lo tenga asignado y no podrá prestarlo a otra persona.

34. Por ética profesional el personal del establecimiento que tiene acceso a la información de los expedientes, esta obligada a guardar confidencialidad sobre la información contenida en ellos.

35. El personal que labora en el establecimiento de salud u otra persona natural que tiene o haya tenido acceso a los expedientes esta obligado a manipularlos con mucha

Documento Derogado

responsabilidad, caso contrario incurrirá en faltas que serán notificadas al director del establecimiento de salud.

36. Ningún expediente deberá salir del establecimiento, salvo cuando lo requiera la autoridad jurisdiccional competente. Sí el paciente se refiera a otro establecimiento para recibir algún tipo de atención de salud se le entregará únicamente la hoja de referencia médica, la cual debe contener un resumen clínico que claramente especifique el estado del paciente y la atención que se solicita.

37. Para garantizar la integridad de los expediente, todos sus formularios deben ser foliados desde el momento en que se elabora el expediente y se continuran foliando en la medida que se vayan agregando nuevos formularios. El foliado del expediente se hará de acuerdo al siguiente procedimiento:

PROCEDIMIENTO PARA FOLIADO DE EXPEDIENTE Y CERTIFICACIÓN ADMINISTRATIVA

1. Se inicia el foliado numerando a partir de la ultima página del expediente clínico con el número 1 en forma cronológica hacia lo más reciente, es decir numerar de abajo para arriba del legajo de formularios.

2. El folio, se compone de una página tanto el frente y el reverso.

3. Foliar cada página con un sello numerador colocándolo en el margen superior derecho. Nunca se debe escribir el folio con números a tinta.

4. Anotar en el último folio del expediente o sea en la primera página del legajo de formularios la Certificación Administrativa, solamente cuando el expedientes vaya ha entregarse a la autoridad jurisdiccional competente. La certificación se hará de la siguiente manera:

CERTIFICACIÓN ADMINISTRATIVA

El Infrascrito Director del Hospital Nacional de _____ CERTIFICA la fidelidad y conformidad de la presente fotocopia, la cual es conforme con su original que se tuvo a la vista y que consta de un total de ____ folios útiles que contiene todo el

Documento Derogado

expediente, nombre, firmo y sello la presente en la Ciudad de _____ a los _____días del mes de _____ del año Dos mil_____.

38. Cuando se depuren los expedientes que están foliados, se anotará en un formulario que se colocará al final de todo el expediente, la fecha de la depuración y el número de cada folio que fue eliminado durante la depuración.

39. El director del establecimiento de salud es el funcionario autorizado para dar información del expediente a la policía, Fiscalía General de la República en casos urgentes comprobados o cuando haya una orden de un tribunal competente. El director o su delegado dará por escrito al jefe del Departamento de ESDOMED, la indicación de proporcionar la información o el expediente.

40. Todos los expedientes clínicos, podrán ponerse a disposición de las siguientes autoridades: Jueces de Paz
    1. Jueces de Instrucción
    2. Jueces de Sentencia
    3. Fiscal General de la República, o sus auxiliares
    4. Director Policial Nacional Civil, o sus auxiliares
    5. Procuradora para la Defensa de los Derechos Humanos, o sus auxiliares
    6. Procurador General de la República, o sus auxiliares

    Siempre y cuando lo comprueben mediante orden emanada de cada una de las Autoridades anteriormente enumeradas.

41. Los expedientes que la autoridad jurisdiccional competente necesite usar para apoyar procesos legales, los solicitará al director del establecimiento de salud , previa entrega de la orden de secuestro emitida por las autoridades anteriormente citadas.

42. El expediente que sea requerido por mandato judicial, se entregará debidamente foliado y certificado administrativamente, ya que la certificación lo eleva a la calidad de documento original. El expediente original se dejará para mantenerlo en el archivo clínico del Departamento de ESDOMED.

Documento Derogado

43. Las autoridades, funcionarios o empleados autorizados para tramitar el préstamo de un expediente, deben guardar total consideración con los empleados del Departamento de ESDOMED.

44. El personal de la Sección de Archivo, bajo ninguna circunstancia prestará expedientes sin cumplir con todos los trámites de préstamo de expedientes que se han establecido en la presente norma.

45. Por ningún motivo el personal de la Sección de Archivo u otra empleado del establecimiento, entregará expedientes a personas no autorizada por la dirección del establecimiento.

46. Cuando se le haya comprobado a un empleado del establecimiento de salud que ha sustraído, destruido, ocultado o inutilizado formularios del expediente, no se le permitirá acceso a ningún expediente, dichas faltas serán sancionadas por el jefe de la unidad administrativa, o sea por el director del establecimiento.

47. Cada expediente será protegido por un folder para evitar el deterioro normal ocasionado por su continuo uso. El personal de la sección de archivo cambiará los fólder cuando estén deteriorados y mantendrá todos los formularios del expediente en las mejores condiciones posibles.

48. La dirección del establecimiento de salud debe proveer al personal que trabaja en la Sección de Archivo guantes, mascarillas y gabachas para resguardar su salud por la constante manipulación de los expedientes con partículas de polvo u otro contaminante

Documento Derogado

UTILIZACIÓN DEL EXPEDIENTE CLINICO

49. El personal de salud que atiende al paciente, detallará en los formularios del expediente todas las atenciones que le proporcione; los formularios siempre debe identificarlos con el nombre completo, edad y número del expediente. Cuando el paciente se retire voluntariamente sin esperar la atención que solicito, se debe justificar en el expediente para resguardar la responsabilidad del personal de salud.

50. El expediente debe contener suficiente información y documentación que garantice y certifique la atención del paciente.

51. Las anotaciones en el expediente se harán con tinta, con letra y números legibles y en estricto orden cronológico, anotando al final de cada atención o consulta el nombre del responsable de la atención, firma y código de profesional. No se permitirá expedientes con manchones, borrones, tachaduras o enmendaduras en lo escrito.

52. Con el propósito de evitar alteraciones posteriores de lo escrito en los formularios del expediente, no deberá dejarse espacio entre cada anotación, ni entre éstas y la firma del profesional que atiende al paciente, evitando así alteraciones posteriores. Queda prohibido hacer anotaciones ajenas a la atención del paciente o que lesionen el principio ético del ejercicio de la profesión.

53. Todo reporte relacionado con el paciente, que se genere en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamientos u otros servicios o departamentos, deben remitirse a la Sección de Archivo para su inclusión al expediente respectivo.

54. El expediente no se utilizará para fines distintos al especificado en la solicitud de préstamo del mismo, ni se cambiará su destino sin previa autorización y control del Departamento de ESDOMED; tampoco se solicitará expedientes para fines ajenos a los de la competencia del solicitante. El incumplimiento de lo anterior, es objeto de sanción.

55. Corresponde al personal de enfermería, anexar correctamente los resultados de exámenes, estudios u otros reportes médicos del paciente al expediente cuando lo tenga a su cargo.

56. El personal de enfermería de cada consultorio o área especifica del establecimiento de salud es responsable de enviar los expedientes diariamente y al final de la atención del paciente al Departamento de ESDOMED. Cada expediente se entregara con formularios completos, correctamente llenados y ordenados.

57. Cuando un paciente se niegue ha recibir algún tratamiento y su salud o su vida peligren por falta del tratamiento indicado, el establecimiento de salud deberá exigir que el paciente, esposo o esposa, parientes hasta el cuarto grado de consaguinidad o su representante legal que firmen una exoneración de responsabilidad para el personal de salud a cargo del paciente. Modelo de nota del no consentimiento sobre realización de tratamiento médico, de acuerdo diseño establecido en anexo 13.

Documento Derogado

ANEXO DE EXAMENES

58. Los diferentes departamentos de diagnóstico y apoyo llevarán un libro en el que controlaran las respuestas de los exámenes de laboratorio, reportes radiológicos y otros resultados afines que entregan a la Sección de Archivo del Departamento de ESDOMED

59. El personal de la Sección de Archivo es responsable de anexar diariamente a cada expediente los exámenes de laboratorio, reportes de radiología, otros reportes de los recibidos de los servicios de diagnóstico y apoyo.

60. La Jefatura del Departamento de ESDOMED notificará por escrito a las jefaturas de enfermería, consulta externa, laboratorio y otros servicios de apoyo, los reportes, resultados o informes que se reciban en la Sección de Archivo con datos de identificación de los pacientes de manera equivocada o incompletos, a fin de buscar las soluciones pertinentes a la situación para facilitar el anexo adecuado de exámenes a los expedientes.

AUDITORIA DE LOS ARCHIVOS

61. El jefe del Departamento de ESDOMED realizará mensualmente control de calidad a la organización de los archivos de expedientes activos, a fin de garantizar la correcta ubicación y devolución de los expedientes. El control de calidad se hará de acuerdo al siguiente procedimiento:

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR CONTROL DE CALIDAD AL ARCHIVO DE EXPEDIENTES

La función periódica del control de calidad en los archivos de expedientes clínicos, es vital para garantizar la correcta ubicación de éstos, con el beneficio de ofrecer expedientes oportunos para la atención al paciente.

Los objetivos del control de calidad son:

- Identificar expedientes mal archivados.
- Detectar expedientes duplicados.
- Detectar expedientes no devueltos según el período de préstamo.

Documento Derogado

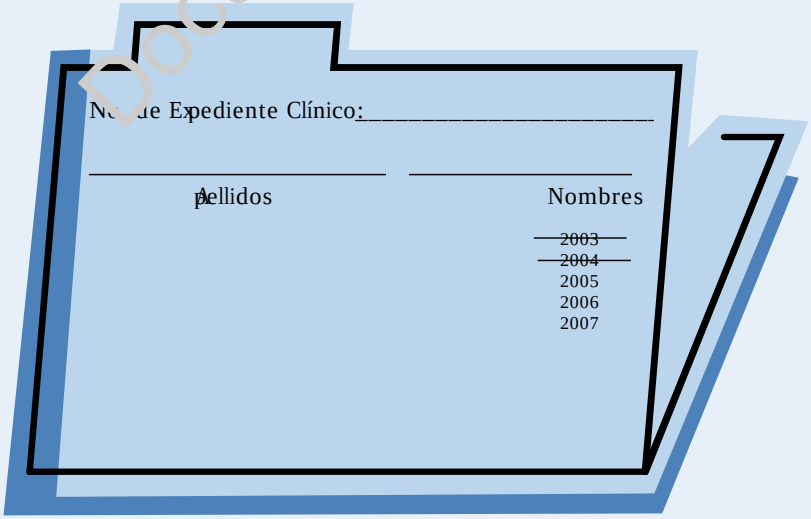
conservarse en archivo pasivo y que expedientes por estar inactivos y tener diagnósticos de menor importancia deben ser incinerados.

65. Para realizar la revisión de los expedientes que se conservarán o eliminarán, se verificara los diagnósticos por los que han consultado los pacientes en los últimos años y la asistencia periódica o al menos anual al establecimiento, detectando así la actividad o inactividad del expediente.

66. El expediente que no ha sido utilizado por el paciente para ninguna atención dentro del establecimiento de salud en los últimos tres años, se considera expediente inactivo, por lo tanto debe revisarse el tipo de diagnósticos que ha tenido en atenciones anteriores, para tomar la decisión de enviarlo o no al archivo de expedientes pasivos. Según estudios los tres años establecidos son un promedio de tiempo en que los expedientes pueden volverse inactivos debido a que el paciente ya no regresa a solicitar una atención.

67. Para conocer la actividad o inactividad de los expedientes y facilitar su revisión para enviarlos al archivo pasivo, utilizar un sello con una escala de años que indicara la actividad o inactividad del paciente. Para controlar la actividad del expediente clínico, se hará de acuerdo al siguiente procedimiento

PROCEDIMIENTO PARA CONTROLAR LA ACTIVIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO



Documento Derogado

Objetivo: Conocer el último año en el que ha sido atendido el paciente dentro del establecimiento de salud, para facilitar el retiro de los expedientes inactivos.

Colocar un sello con la escala de años (iniciando con el año en que se elabora el expediente) en la cara anterior del fólder que protege el expediente.

- Marque el número del año calendario, cuando el paciente acuda por primera vez en el año para recibir una consulta o atención dentro del establecimiento. Actualizarlo una sola vez cada año

- Los años que no llegue el paciente al establecimiento aparecerán sin tachadura y podrá determinarse de inmediato que expedientes deben revisarse para trasladarlos no al archivo pasivo.

68. Los expedientes inactivos de pacientes que tienen diagnósticos de enfermedades crónicas y/o degenerativas, embarazos de alto riesgo, lesiones ocasionadas en supuestos hechos de violencia y accidentes de tránsito, deberán trasladarse al archivo pasivo en donde se conservaran por cinco años. Ejemplo de diagnósticos a conservar:

- Artropatías infecciosas
- Artritis y Espondilitis
- Asma y Estado asmático
- Cirrosis del hígado
- Dengue Hemorrágico
- Desnutrición
- Diabetes Mellitus
- Difteria
- Embarazos de alta riesgo y partos por cesárea de mujeres en edad reproductora
- Encefalitis y Meningitis Viral
- Enfermedades Cardíacas
- Enfermedades Cerebrovasculares
- Enfermedades Depresivas
- Enfermedades Hipertensivas
- Epilepsias
- Hepatitis Viral
- Infecciones Meningocóccicas
- Leishmaniasis
- Lepra
- Leptospirosis
- Lesiones por hechos de violencia
- Malformaciones Congénitas
- Planificación Familiar
- Pleuresia
- Poliomielitis
- Sarampión
- Sífilis Congénita
- Tétanos
- Tosferina
- Trastornos Metabólicos
- Tuberculosis de toda localización
- Tumores Malignos, In situ, Benignos, Comportamiento in cierto o desconocido
- VIH/SIDA

Documento Derogado

La lista anterior es a manera de guía, se han seleccionado esos diagnósticos por tratarse de padecimientos crónicos que posiblemente demanden nuevas consultas. El Comité de Expedientes debe estudiar la necesidad de conservar otros diagnósticos.

69. El director de establecimiento de salud con su Comité de Expedientes definirán si la conservación de los expedientes en archivo pasivo se hará en su forma original total, es decir conservando los expedientes completos o por destrucción selectiva, la cual consiste en la eliminación de formularios de menor trascendencia o por destrucción total de formularios, que consiste en reemplazar el expediente por resúmenes médicos con datos esenciales.

70. La selección de expedientes que se conservarán en archivo pasivo deberá ser realizada preferentemente por personal médico en año social, quien será previamente capacitado por el representante del Comité Local de Expedientes. En aquellos establecimientos donde solo haya un recurso médico, la selección de expedientes puede hacerse por el personal del Departamento de ESDOMED pero con la asesoría y el monitoreo permanente del médico.

71. Los expedientes ubicados en archivo pasivo que cumplan su período de conservación de 5 años y que no han sido reactivados por el paciente deberán incinerarse, haciendo lo mismo con la tarjeta índice pero elaborando previamente un listado en estricto orden alfabético con el nombre del paciente, a fin de conocer el destino final del expediente. El listado deberá conservarse solamente por dos años. Todo lo actuado se hará con previa autorización del Director del Establecimiento, lo cual constará en un acta que conservará la jefatura del Departamento de ESDOMED. Acta para destrucción de expedientes pasivos, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 14

72. A las tarjetas índices de los expedientes que pasaran al archivo pasivo se les deberá escribir con tinta roja la letra “P” en el margen superior derecho de la tarjeta, a fin de facilitar la localización del expediente cuando el paciente regrese a solicitar una atención en el establecimiento.

73. Cuando solicite atención un paciente que tiene su expediente en archivo pasivo, se le desarchiva, se elabora nuevo expediente asignándole un nuevo número de acuerdo a la numeración del presente año y se le elabora también nueva tarjeta índice. Para resguardar la integridad del expediente, los formularios que estaban en archivo pasivo no se les cambia el número y se anexan al final del nuevo expediente.

Documento Derogado

74. Se levantará un acta por aquellos expedientes que se pierdan o se inutilicen debido a desastres naturales tales como terremotos, incendios e inundaciones y un acta por los que extravíe el personal de salud estando los expedientes bajo su responsabilidad. Cuando el acta se levante por desastres naturales la firmará el director del establecimiento y la jefatura del Departamento de ESDOMED; cuando el acta sea por extravío de expedientes, deberá ser firmada por la persona que perdió el o los expedientes, por su jefatura inmediata, por el director y el jefe del Departamento de ESDOMED del establecimiento de salud. Diseño de acta por inutilización o extravío de expedientes, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 15.

75. Los expedientes inactivos y que tengan diagnósticos de enfermedades agudas de menor relevancia, atenciones por controles de embarazo normal, controles de niño sano, deberán incinerarse. Todo lo actuado se hará con previa autorización del Director del Establecimiento, lo cual se hará constar en un acta que conservará la jefatura del Departamento de ESDOMED. Diseño de acta para destrucción de expedientes inactivos, de acuerdo a modelo establecido en anexo 16.

76. Los establecimientos que tengan limitado espacio en los tarjeteros índices, deberán sacar del archivador las tarjetas de los expedientes que se eliminarán, haciendo a continuación un listado en estricto orden alfabético con los nombres de los pacientes a quienes se les destruirá el expediente, a fin de tener control sobre la disposición final de expediente. El listado deberá conservarse únicamente dos años a partir de la destrucción de los expedientes.

77. El jefe del Departamento de ESDOMED verificará anualmente y cuantas veces fuese necesario, que el personal de la Sección de Archivo realice adecuadamente la depuración de los expedientes ubicados en el archivo pasivo.

Documento Derogado

REQUISITOS DEL LOCAL PARA ARCHIVO DE EXPEDIENTES

El cálculo del espacio físico y diseño de la planta de archivo debe ser una tarea coordinada entre los profesionales encargados de la construcción, el director y el Jefe del Departamento de ESDOMED, desde la etapa de la planificación del mismo, para evitar problemas futuros de espacio en el archivo

78. Las dimensiones del área física para el archivo de expedientes activos deberá incluir espacio físico suficiente para la estantería de expedientes, para otro equipo, para los pasillos de circulación y áreas de trabajo del personal.

79. Asignar también una área física para ubicar el archivo de expedientes pasivos, la cual estará inmediata al archivo de expedientes activos.

80. El local asignado para archivo de expedientes deberá reunir condiciones ambientales y de seguridad óptimas para garantizar la custodia y conservación de los expedientes. Las condiciones ambientales serán: suficiente iluminación y ventilación tanto natural como artificial, un piso suficientemente fuerte para sostener el peso de los estantes, mantenimiento diario de limpieza, así como efectuar periódicamente tratamiento de desratización y control de vectores. El cumplimiento de las condiciones ambientales y de seguridad favorecerán el trabajo eficiente del personal y contribuirán a evitar el deterioro de los expedientes.

Documento Derogado

MOBILIARIO Y EQUIPO PARA ARCHIVO DE EXPEDIENTES

81. El Comité Local de Expedientes, debe presentar a la dirección del establecimiento las necesidades de mobiliario y equipo que tenga el Departamento de ESDOMED para la Sección de Archivo Clínico y para las otras secciones que lo conforman. Así también debe verificarse que las necesidades planteadas sean satisfechas a la brevedad que se requieren.

82. La Sección de Archivo para su adecuado funcionamiento debe disponer de estantería metálica, mesas de trabajo, preclasificadores de expedientes, escaleras metálicas, intercomunicadores, teléfonos, otro mobiliario y equipo que se considere necesario para el buen rendimiento de los empleados como para el aprovechamiento del espacio físico.

83. El número de estantes debe estar de acuerdo al volumen actual y futuro de expedientes que se deben archivar, además de considerar suficiente espacio adicional en los estantes para el crecimiento de los expedientes durante toda su actividad, más espacio para manipularlos dentro de cada entrepaño de estante.

84. Los estantes para el archivo de expedientes serán metálicos por su resistencia y duración, de doble cuerpo, de 6 a 7 entrepaños, con 3 separadores metálicos movibles en cada entrepaño y tramo de estante; con módulos de 0.90 m. de largo por 0.28 m. de fondo, 0.26 m. de altura entre cada entrepaño y 0.18 m. de zócalo o sea altura entre el piso y el primer entrepaño. Diseño de estante metálico, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 17.

85. Los establecimientos de salud de menor complejidad que no tengan gran cantidad de expedientes en archivo activo pueden utilizar un tipo de estantes metálicos más sencillos que encuentren en el comercio, es decir de un solo cuerpo, pero con las medidas recomendadas.

86. Los estantes se colocarán en filas dobles, dejando 1metro 25cms. entre cada fila de estantes para formar un pasillo amplio que le permita a los empleados desplazarse y realizar sus actividades funcionalmente. Los estantes deben colocarse perpendicularmente a las ventanas para aprovechar al máximo la iluminación y ventilación natural; La luz artificial se colocará entre los pasillos de los estantes y paralela a éstos.

87. Cuando los estantes son de un solo frente o llamados estantes simples deben colocarse espalda con espalda para ahorrar espacio, cuando los estantes son de doble cuerpo es decir que se puede archivar por ambos lados del estante no deben estar colocados justo contra la pared porque dificulta el trabajo del archivo.

88. La distribución de los expedientes en los estantes se realizará colocándolos de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo, de tal manera que se distribuyan en orden ascendente en cada entrepaño de los estantes.

89. Cada estante debe estar identificado con una guía del año al cual corresponden los expedientes en él archivados. En cada entrepaño también deben colocarse guías numéricas por cada doscientos expedientes. El propósito de las guías es identificar rápidamente a que año pertenecen los expedientes y en que lugar aproximadamente puede localizarse determinado número de expediente.

90. Para facilitar el archivo de expedientes y minimizar el tiempo que se utiliza en ello, la Sección de Archivo debe disponer de muebles clasificadores de expedientes para preordenar antes de ubicarlos en el archivo. Diseño de mueble clasificador para expedientes, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 18.

91. Sí se tienen estantes que cuenten con varios entrepaños, como cinco o más, se necesitará usar escaleras metálicas para el archivo y desarchivo de los expedientes. El número de peldaños de la escalera deberá guardar relación con la altura de los estantes. El número de las escaleras dependerá del número de toda la estantería que tenga asignada la Sección de Archivo. Diseño de escalera metálica de acuerdo a modelo establecido en el anexo 19.

Documento Derogado

92. Debe dotarse al Departamento de ESDOMED de mesas de trabajo, en donde se puedan revisar los expedientes que se devuelven al archivo, numerar y compaginar los formularios que componen el expediente, anexar exámenes de laboratorio u otros resultados.

COMITÉ LOCAL DE EXPEDIENTES CLINICO

93. Todos las unidades de salud deberán tener un Comité Local de Expedientes, el cual será designado por el director para que ejerza en el cargo durante dos años; lo integrarán uno o dos médicos todo dependerá del número de médicos que laboren en el establecimiento de salud, la jefe de enfermería y el jefe del Departamento de Estadística y Documentos Médicos o la secretaría donde no hay estadístico.

94. El presidente del comité será un médico, preferentemente con experiencia en funciones y responsabilidades en comités de esta naturaleza, El secretario debe ser la jefatura del Departamento de ESDOMED, quien será miembro permanente porque debe aportar al comité la posible problemática que se tenga con los expedientes y otros registros médicos

95. En las reuniones del comité deben participar también representantes de otros servicios o departamentos, cuando se traten problemas específicos de su interés, por ejemplo el jefe de laboratorio, jefe de radiología, otro personal que se requiera.

96. El Comité Local de Expedientes será responsable de garantizar el cumplimiento de las normas sobre organización, custodia, utilización, archivo y conservación de los expedientes, sus funciones principales serán las siguientes:

- Velar porque el personal médico de fiel cumplimiento a esta norma, en todos los aspectos que por su función profesional les corresponda.

- Recomendar a la dirección del establecimiento la aprobación, uso y cambios necesarios en los formularios especiales del expediente.

- Evaluar las anotaciones hechas en el expediente por el personal médico y personal no médico autorizado, a fin de verificar el cumplimiento de lo normado sobre utilización del mismo en este capítulo, así como para evaluar la calidad de atención profesional brindada al paciente

Documento Derogado

- Rechazar los expedientes que no cumplen las normas establecidas para llenado y uso de los expedientes y recomendar a la dirección las medidas que deben tomarse para evitar las faltas detectadas.

- Asegurar que el personal del Departamento de ESDOMED esta utilizando las técnicas más convenientes para manejo, custodia, archivo y conservación de los expedientes.

- Servir de enlace entre todo el cuerpo médico y el personal del Departamento de ESDOMED, con el propósito de colaborar al logro de su misión y visión institucional.

- Asesorar en los problemas de funcionamiento que tenga el Departamento de ESDOMED, tales como: necesidades de espacio físico, mobiliario y equipo para el mantenimiento y conservación de los expedientes activos y pasivos, necesidades de papelería, útiles de oficina, necesidades de recurso humano y capacitaciones.

- Elaborar actas de cada reunión, mantenerlas cuidadosamente archivadas y verificar el cumplimiento de acuerdos y compromisos.

El cumplimiento de las funciones antes detalladas, asegurará información médica necesaria y de calidad para las actividades docentes, investigaciones científicas y generación de estadísticas sobre producción de servicios.

97. El comité se reunirá ordinariamente cada quince días. De cada sesión se elaborará y conservará un acta con la asistencia y los acuerdo alcanzados

Documento Derogado

CAPITULO V

PROCESO DE EVALUACIÓN TÉCNICA DE LOS EXPEDIENTES

La evaluación técnica de los expedientes debe realizarse preferentemente en las Unidades de Salud de mayor complejidad porque se dispone de un Departamento de ESDOMED con mayor personal estadístico y porque la complejidad de los servicios que brindan permiten hacer la evaluación de los expedientes. Sin embargo es conveniente que dentro de las posibilidades, todo tipo de unidades y casas de salud realicen la evaluación técnica de los expedientes, lo cual asegurará expedientes consistentes y ordenados que contribuyan a la adecuada atención del paciente.

La evaluación técnica de los expedientes comprende dos etapas: evaluación cuantitativa y evaluación cualitativa.

Documento Derogado

EVALUACION CUANTITATIVA

Para llevar a cabo la evaluación cuantitativa, deben realizarse cinco actividades: recepción de los expedientes, ordenamiento de los formularios del expediente, análisis o revisión cuantitativa, control de expedientes incompletos, corrección de expedientes.

RECEPCION DE EXPEDIENTES

1. El estadístico, debe comprobar diariamente que los expedientes de pacientes atendidos en consulta ambulatoria le sean devueltos, lo cual cotejará contra las listas de préstamo establecidas.

ORDENAMIENTO DE FORMULARIOS DEL EXPEDIENTE

2- Los formularios básicos y especiales que forman el expediente de cada paciente atendido en consulta ambulatoria, deberán ser ordenados dentro del fólder que protege el expediente.

3- El ordenamiento de los formularios debe realizarse después de cada consulta, para que sean fácilmente utilizados en atenciones médicas posteriores.

4- El ordenamiento de los formularios se hará de acuerdo a un orden preestablecido y dentro de cada grupo de un mismo formulario, se ordenan de, manera cronológica ascendente. A continuación se presenta un ordenamiento que debe efectuarse a los formularios del expediente antes de archivarse.

- Ficha de identificación
- s Historia clínica
- s Continuación de historia clínica
- s Hoja para anotaciones de enfermería
- s Hoja para anexar resultados de laboratorio
- s Hoja para otros resultados auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- s Hoja para interconsultas
- s Formularios del Programa de Atención Materna (según tipo de paciente)
- s Formularios del Programa de Atención del Niño (según tipo de paciente)
- s Formularios del Programa de Planificación Familiar (según tipo de paciente)
- s Otros formularios de programas preventivos o curativos

5. Es responsabilidad de la Sección de Estadística del Departamento de ESDOMED efectuar ordenamiento a los formularios de todos los expedientes devueltos de la consulta ambulatoria.

<u>ANALISIS CUANTITATIVO DEL EXPEDIENTE</u>

6. En las Unidades de Salud se realizará análisis cuantitativo a una muestra de expedientes de pacientes que hallan sido atendidos en consulta ambulatoria durante el día; la muestra debe estar constituida por un 5% del total de expedientes seleccionados al azar entre expedientes de grosor mayor y normal. Queda a criterio de cada director el aumentar la muestra determinada, con el propósito de garantizar expedientes completos.

7. El análisis cuantitativo de los expedientes puede realizarse cada dos días, ello dependerá del número de personal asignado al Departamento de ESDOMED del tipo de pacientes que se atienden, de la demanda de pacientes, y de la complejidad de servicios que presta la unidad de salud.

8. La Sección de Estadística del Departamento de ESDOMED, realizarán el análisis cuantitativo a la muestra de expedientes de pacientes atendidos en la consulta ambulatoria, de acuerdo al procedimiento siguiente:

Documento Derogado

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ANÁLISIS CUANTITATIVO A EXPEDIENTES CLÍNICOS

1- Verificar que el número de expedientes con el número registrado en el fólder, que todos los formularios tengan la identificación del paciente (nombre, número de expediente, edad, sexo), fechas en que se hacen las anotaciones, hora (cuando se requiera), firma y nombre del médico u otro personal responsable

2- Verificar que los expedientes contengan todos los formularios básicos y especiales que documentan su atención en consulta ambulatoria. Si falta algún formulario anótelo en la hoja de análisis cuantitativo.

3- Para mayor comprensión de lo anterior se sugiere el ejemplo siguiente: si es una consulta por embarazo, debe aparecer además de los formularios básicos, los diferentes formularios que documenten la atención de la embarazada dentro del Programa de Atención Materno.

4- Además de revisar lo particular en cada caso, el expediente debe contener los formularios de las atenciones que se generen de las órdenes médicas, tales como radiografía, análisis de laboratorio, etc. Si falta algún formulario, anótelo en la hoja de análisis cuantitativo.

5- Revisar que los formularios hayan sido llenados correctamente. Por ejemplo, en la hoja de historia clínica deben estar registrados además de los datos identificación personal del paciente, los signos vitales y diagnósticos médicos, anotados por orden de importancia, especificados con todos los calificativos necesarios, congruentes con la atención brindada.

6- También es importante corroborar la frecuencia de anotaciones en los diferentes formularios del expediente, de acuerdo a las propias normas internas que halla definido cada director con su cuerpo médico.

El alcance de este análisis cuantitativo puede ser mayor para sustentar las auditorias médicas; cada establecimiento de salud puede incluir otros elementos adicionales a revisar además de los antes anotados.

Documento Derogado

9. El análisis cuantitativo del expediente se documentará a través del formulario denominado "Hoja para Análisis Cuantitativo del Expediente," con el propósito de disponer de una guía para realizarlo, así como para tener un comprobante de los aspectos revisados y de los resultados encontrados. Formulario para documentar el análisis cuantitativo de expedientes, de acuerdo a modelo establecido en anexo 20.

CONTROL Y CORRECCION DE EXPEDIENTES INCOMPLETOS

10. Cada Comité Local de Expedientes, definirá los mecanismos para que el personal médico y paramédico, complete las omisiones o inconsistencias de datos detectadas en el análisis cuantitativo de los expedientes.

11. El Jefe del Departamento de ESDOMED, es responsable de verificar que las normas y mecanismos de control implantadas para corregir los expedientes incompletos, sean eficaces y tendientes a agilizar la corrección de datos que permitan en expedientes completos.

12. La jefatura del Departamento de ESDOMED, notificará por escrito y cada vez que sea necesario a los jefes de consulta ambulatoria y de los servicios de diagnostico y apoyo, los expedientes incompletos de su servicio que se hayan detectado al realizar el análisis cuantitativo para buscar corrección de los mismos. Cuando persistan los expedientes incompletos lo hará del conocimiento del Comité de Expedientes para buscar soluciones al respecto.

EVALUACIÓN CUALITATIVA

13. Los expedientes que serán revisados cualitativamente deben tener realizado previamente el análisis cuantitativo.

14. La evaluación o análisis cualitativo de los expedientes será realizada por el Comité Local de Expedientes, con el propósito de garantizar que los expedientes de los pacientes atendidos en consulta ambulatoria, tengan suficiente información anotada sobre la prestación de servicios de salud.

15. El Comité Local de Expedientes evaluará la calidad de anotaciones hechas en los expedientes, tomando como base las propias normas definidas sobre la atención de salud a los pacientes; los resultados del análisis cualitativo serán comunicados al director del establecimiento y cuerpo médico involucrado para lo pertinente.

Documento Derogado

CAPITULO VI

PROCESO DE PRODUCCIÓN *DE ESTADÍSTICAS DE SALUD*

TABULADOR DIARIO DE ACTIVIDADES

1. Para registrar y tabular las actividades de los diferentes programas preventivos y curativos que ejecutan los establecimientos de salud dentro y fuera de sus instalaciones, así como para registrar las actividades que realizan los servicios de apoyo, se utilizaran los formularios oficiales diseñados para dicho propósito por la Unidad de Información en Salud del Nivel Central.

2. La recolección de datos estadísticos sobre producción de servicios de salud se hará en el Tabulador Diario de Actividades, para lo cual se usará previamente los pre-tabuladores o registros diarios oficiales diseñados por cada responsable de programa o servicio de apoyo de nivel central; a falta de éstos en registros creados por cada establecimiento de salud para facilitar y garantizar la calidad de datos que anotará diariamente en el tabulador.

3. Los pretabuladores o registros diarios se totalizaran al final del día para trasladar el total de cada variable estadística al respectivo Tabulador Diario de Actividades.

4. El Tabulador Diario de Actividades debe ser llenado diariamente por el profesional responsable, encargado o delegado de cada programa o servicio, de acuerdo a lo reglamentado por el Ministerio de Salud en el documento "Manual de Instrucciones para Registro de datos en el Tabulador Diario de Actividades", publicado en Noviembre del año 2000 por la Unidad de Información en Salud de Nivel Central.

5. Los datos anotados en cada programa del Tabulador Diario de Actividades serán legibles, comparables con otras fuentes estadísticas que existan sobre el mismo dato y confiables en el sentido que reflejen veracidad en las acciones de salud realizadas o atenciones brindadas.

Documento Derogado

6. El profesional encargado de cada programa es el único responsable de que las anotaciones en el tabulador sean diarias, completas y veraces.

7. Los datos contenidos en el Tabulador Diario de Actividades serán revisados semanalmente por el profesional responsable o ejecutor de cada programa o por la jefatura de departamento o servicio, a fin de garantizar datos de la más alta calidad.

8. El último día hábil de cada mes, se totalizará el Tabulador Diario de Actividades por el jefe de cada departamento o encargado de programa, entregándolo inmediatamente a la Jefatura del Departamento de ESDOMED, a falta de este recurso lo entregará a la secretaria designada para ello.

9. El primer día hábil de cada mes el jefe del Departamento de ESDOMED o la secretaría designada, hará revisión final al Tabulador Diario de Actividades con el propósito de verificar la calidad de los datos; de encontrar alguna inconsistencia devolverá el tabulador para su inmediata corrección a la jefatura del programa o de la disciplina correspondiente.

10. El Jefe del Departamento de ESDOMED o la secretaria designada informará mensualmente al director del establecimiento, el departamento, programa o disciplina que no entrega el tabulador en la fecha establecida o que lo entrega sin revisión, o que no atiende solicitud de corrección de datos, esto con el único propósito de buscar soluciones inmediatas para obtener información estadística de la más alta calidad.

11. En los establecimientos de salud con equipo de computo que tengan instalado el Sistema Estadístico Computarizado, será el estadístico o la secretaria designada quien hará el segundo día hábil de cada mes la captura de datos del Tabulador Diario de Actividades de acuerdo a procedimientos informáticos normados.

12. Es responsabilidad del estadístico o secretaria que digita los datos del Tabulador Diario de Actividades hacer control de calidad mensual a lo digitado, para lo cual generará un reporte del Informe Estadístico Mensual, verificará que el sistema acumula correctamente los datos y revisará con el encargado de cada programa la consistencia de los datos antes de su envío al nivel correspondiente.

13. Los establecimientos de salud que disponen de computadora, copiaran en diskette los datos digitados y los enviaran el tercer día hábil de cada mes al Técnico de Información del Equipo Gerencial del SIBASI.

Documento Derogado

14. Los establecimientos de salud que no tienen computadora para la digitación de datos del Tabulador Diario de Actividades, enviarán el tabulador el segundo día hábil de cada mes a la sede de la Región SIBASI o asistirán a digitarlo a la Sede del SIBASI o al Centro de Red donde haya indicado el SIBASI, es decir que se actuará de acuerdo a lo normado por cada Región SIBASI a la que pertenezca el establecimiento.

15. Los establecimientos que no tienen computadora para la digitación de datos del Tabulador Diario de Actividades, elaborarán manualmente el Informe Estadístico Mensual, antes de enviar el tabulador a la Región SIBASI o al establecimiento del Centro de Red correspondiente.

16. El Jefe del Departamento de ESDOMED o la secretaria designada, trasladará una copia del Informe Estadístico Mensual al director del establecimiento para revisión, análisis y presentación al personal multidisciplinario en reuniones de trabajo, con el propósito de buscar soluciones a los problemas de recolección e interpretación de datos, así como para apoyar la toma de decisiones o la búsqueda de nuevas estrategias de salud.

17. El director del establecimiento con su equipo multidisciplinario, elaborará trimestralmente análisis a la información estadística que se produce en el establecimiento para apoyar la gerencia institucional.

18. Los Tabuladores Diarios de Actividades se conservaran por cada uno de los meses del año actual más seis meses adicionales, lo mismo aplica para los Informes Estadísticos Mensuales; solamente el Informe Mensual correspondiente al mes de diciembre se conservará por diez años.

<u>REGISTRO Y CODIFICACION DE CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD INSTITUCIONAL</u>

19. Los Registros Diarios de Consulta Médica serán llenados, revisados y procesados de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud en el documento “Normativa para Registro y Procesamiento de Causas de Morbilidad y Mortalidad atendidas por los Establecimientos de Salud, publicado en Febrero de 2002 por la Unidad de Información de Salud del Nivel Central.

20. La codificación de los diagnósticos médicos en consulta ambulatoria, se efectuará de acuerdo a instrucciones, principios generales y principios específicos de codificación emanados en los tres volúmenes de la Clasificación Estadística de Enfermedades y

Documento Derogado

Problemas Relacionados con la Salud – Décima Revisión (C.I.E.- 10) y de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud en el documento "Normativa para Registro y Procesamiento de Causas de Morbilidad Y Mortalidad atendidas por los Establecimientos de Salud, publicado en Febrero de 2002 (o edición vigente) por la Unidad de Información de Salud del Nivel Central.

21. La actividad de codificación de causas de consulta médica, debe ser realizada por un estadístico o secretaria formada para ese fin y fortalecida o actualizada periódicamente por el estadístico de la Región SIBASI correspondiente.

22. Los establecimientos de salud con equipo de cómputo y que tienen instalado el SIEES, digitarán los datos de los Registros Diarios de Consulta Médica de acuerdo a la muestra vigente de diagnósticos, harán control de calidad a lo digitado, así como también verificarán la exactitud en los procesos de consolidación de datos mecanizados y reportes de informes.

23. Los establecimientos de salud que no tienen computadora para la digitación de los datos de los Registros Diarios de Consulta los enviarán el décimo día hábil de cada mes a la sede de la Región SIBASI o asistirán a digitarlo a la Sede del SIBASI o al Centro de Red donde haya indicado el SIBASI, es decir que se actuará de acuerdo a lo normado por cada Región SIBASI a la que pertenezca el establecimiento.

SANCIONES

El incumplimiento de la presente norma se sancionará conforme a lo establecido en el Código de Salud, de acuerdo al artículo 284 numeral 22; artículo 285 numeral 29 y 36; artículos 293 y 287 literal C.

Documento Derogado

DEPENDENCIAS PARTICIPANTES
EN LA ELABORACIÓN, REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LA NORMA TECNICA

DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN	SIBASI DE CHALCHUAPA
DIRECCION DE REGULACIÓN	SIBASI CHALATENANGO
UNIDAD DE INFORMACIÓN EN SALUD	SIBASI NORTE, SAN SALVADOR
UNIDAD DE ASESORÍA JURÍDICA	SIBASI LA PAZ
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA	SIBASI MORAZÁN

Documento Derogado

GLOSARIO

ACTIVIDAD DEL EXPEDIENTE CLINICO

Es la utilización constante que hace el paciente de su expediente clínico durante un período de años determinados. La actividad del expediente se controla en el fólder protector del expediente a falta de éste en la hoja de identificación del expediente.

ARCHIVO CLINICO

Es la colección de expedientes clínicos ordenados bajo un método de archivo determinado que facilita su accesibilidad, custodia y conservación.

BANCO DE NUMEROS

Es el control de las series numéricas de expedientes clínicos que se preparan para la inscripción de pacientes.

COMITÉ LOCAL DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

Es el órgano técnico local encargado de instrumentar con estricto apego a esta normativa, las regulaciones sobre trámite, custodia, uso y conservación de los expedientes y otros documentos de atención, de acuerdo a la realidad del establecimiento.

CONSERVACION DE EXPEDIENTES CLINICOS

Consiste en definir un esquema de periodos de conservación que especifiquen cuanto tiempo el expediente se conservará en un archivo activo, en un archivo pasivo y cuando se pueden destruir, así también definir que tipo de expedientes se conservaran en archivo pasivo y bajo que método (Conservación de expedientes en su forma original parcial o total, destrucción total con resúmenes médicos y conservación total o parcial por otros medios tales como microfilmación o en computadora)

CONTROL DE CALIDAD DEL ARCHIVO

Garantizar la correcta ubicación de los expedientes clínicos dentro del archivo, con el consecuente beneficio de ofrecer expedientes oportunos para la atención del paciente. Los objetivos del control de calidad del archivo son: Identificar expedientes clínicos mal archivados; Detectar expedientes clínicos duplicados; Detectar expedientes clínicos no devueltos.

CUSTODIA DE EXPEDIENTES CLINICOS

Consiste en controlar la circulación de los expedientes cuando serán utilizados para la atención de los pacientes, para docencia, investigaciones médicas, trámites legales, trámites administrativos etc. La circulación de los expedientes implica identificar tres actividades básicas:

Documento Derogado

La solicitud del expediente, el préstamo del expediente y el control de la devolución de los expedientes.

DOCUMENTOS MEDICOS

Es el conjunto de registros o documentos organizados que cumplen con el propósito de mantener y brindar información para usar en la atención de salud de las personas y para abastecer el Sistema de Información en Salud. Los documentos médicos más utilizados en nuestro medio son: Tarjeta de Identificación del Paciente, Tarjeta de Citas, Tarjeta Índice, Tarjetas de Programas Preventivos, Tarjetas de Visitas Domiciliares, Tarjetas de Diagnóstico y Operaciones, Libros para Ingresos y Egresos de Pacientes, para Defunciones, Otros registros especiales en los que se anota información médica de las personas para usos administrativos y técnicos, pero el más importante de todos los documentos médicos es expediente clínico.

ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION

Son los establecimientos que tienen organizados sus recursos para que les permita resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población dada, en consideración de que éstas necesidades se resuelven con tecnologías simples que deben estar accesibles en forma inmediata a la población.

ESTADÍSTICAS DE SALUD

Son las cifras procesadas y analizadas que generan los establecimientos de salud de diferente nivel de complejidad sobre las atenciones que proporciona a la población bajo su responsabilidad tales como: consultas médicas y egresos hospitalarios por enfermedades atendidas dentro y fuera de sus instalaciones, producción de servicios de salud preventivos y curativos, recursos y costos . Se incluye como estadísticas de salud los nacimientos y defunciones ocurridas en los establecimientos de salud y que procesa la Dirección General de Estadísticas y Censos

ESTANTE

Mueble diseñado con entrepaños o tablas horizontales para colocar expedientes clínicos.

ESTANTERIA

Es el juego de estantes o un conjunto de cuerpos de estantes habilitados para ser usados. A su vez se llama cuerpo de estantes al conjunto de estantes anexos.

Documento Derogado

EVALUACION TECNICA DEL EXPEDIENTE CLINICO

La evaluación técnica es un proceso que garantiza expedientes clínicos de la más alta calidad, es decir expedientes íntegros y consistentes. La evaluación técnica comprende dos etapas: la evaluación cuantitativa y la evaluación cualitativa.

EVALUACION CUANTITATIVA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Es una actividad medular de la evaluación técnica del expediente y consiste en asegurar un expediente ordenado, completo, correcto y oportuno. El análisis cuantitativo comprende cinco actividades bien definidas: recepción de los expedientes, ordenamiento de los formularios del expediente, análisis del contenido de los expedientes, control de expedientes incompletos y corrección de los expedientes. Es el personal estadístico el responsable de realizar el análisis cuantitativo a los expedientes.

EVALUACION CUALITATIVA DEL EXPEDIENTE CLINICO

Consiste en asegurar que los expedientes clínicos contengan los datos suficientes para justificar el diagnóstico médico, el tratamiento indicado y los resultados finales del paciente; además garantiza que todas las opiniones del personal que intervino en la atención del paciente, estén debidamente fundamentadas y carezcan de errores o discrepancias. Corresponde al personal médico realizar el análisis cuantitativo a los expedientes clínicos.

EXPEDIENTE CLINICO

Es el documento integrado por un conjunto de formularios básicos y especiales que se llenan de forma narrativa y algunos en forma gráfica, en los cuales el personal médico, enfermería u otro personal de salud autorizado registra detallada y ordenadamente los datos más indispensables sobre la situación, diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad o atención brindada al paciente en el establecimiento de salud.

EXPEDIENTE CLINICO PASIVO

Es aquel expediente que no ha sido utilizado para la atención directa al paciente durante los últimos cinco años.

GUIAS ALFABETICAS

Son guías auxiliares para el archivo de tarjetas en el índice, elaboradas de cartulina gruesa con una pestaña en el borde superior donde se anota el apellido o nombre que se desea identificar. La guía auxiliar sirve para identificar todas las tarjetas índice que se archivan detrás de ella.

Documento Derogado

LIBRO DE SACA

Es el libro donde se anota en forma cronológica el préstamo o la salida del expediente clínico de un paciente para fines judiciales.

MANTENIMIENTO DEL ARCHIVO

El mantenimiento periódico del archivo consiste en organizar tres grandes actividades:

Depuración del expediente clínico: Consiste en eliminar del expediente las hojas en blanco, documentos no autorizados (recibos y otros) y formularios o documentos desactualizados sin ningún valor.

Depuración del archivo: Consiste en extraer cada cierto, expedientes clínicos que no han sido utilizados para la atención del paciente en ninguna área del establecimiento de salud.

Reparación del expediente clínico: La reparación consiste en mantener los formularios del expediente en las mejores condiciones posibles, tales como buen estado del folder que protege el expediente, mediante su cambio cuando está deteriorado por el uso.

METODO CONVENCIONAL DE ARCHIVO

Es el método para el archivo de expedientes clínicos en orden consecutivo según su numeración correlativa por año; el número sube de izquierda a derecha como se hace convencionalmente.

NORMA

Regla que se debe seguir o a la que se deben ajustar las conductas, tareas o actividades en forma individual o colectiva.

PACIENTE

Persona que recibe atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social , sean éstos de carácter preventivo, curativo o de rehabilitación.

REGISTRO DE NUMEROS

Es un listado correlativo de los números de expedientes clínicos que se asignan diariamente a pacientes nuevos que solicitan atención en el establecimiento y que no poseían expediente.

Documento Derogado

SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN

Es la suma de actividades coordinadas para identificar por algún método a los pacientes que solicitan atención en el establecimiento de salud, asignándoles un número de expediente que sea único durante la actividad del paciente en el establecimiento de salud.

TARJETERO INDICE GENERAL DE PACIENTES

Es un archivo que identifica a cada paciente que ha sido atendido en el establecimiento de salud y el número de expediente que se le ha asignado. El propósito del tarjetero es determinar si el paciente tiene o no expediente en el establecimiento y en caso afirmativo, cual es el número de éste para localizarlo rápidamente dentro del archivo.

La buena organización y mantenimiento del tarjetero es importante para su eficiente funcionamiento. En la mayoría de instituciones, el índice de pacientes es un archivo con tarjetas ubicadas en estricto orden alfabético, pero también puede mantenerse a través de un sistema computarizado lo cual facilita su utilización.

TARJETON DE REEMPLAZO

El tarjetón de reemplazo en un archivo de expedientes clínicos, indica que el expediente ha salido del archivo para un determinado lugar del establecimiento de salud, lo cual permite localizar rápidamente el expediente cuando se necesita; en términos generales es el sustituto del expediente dentro del archivo.

USUARIO DEL EXPEDIENTE

Para efectos de esta normativa, se refiere a todo funcionario o persona ajena al establecimiento con autorización para hacer uso de los expedientes.

Documento Derogado

ANEXOS

1. Banco de números
2. Registro de números de expedientes clínicos aperturados
3. Tarjeta índice de pacientes
4. Guías alfabéticas
5. Mueble para inscripción de pacientes
6. Ficha de identificación del expediente clínico
7. Carnet de identificación y citas
8. Registro de citas para consulta médica
9. Tarjetón de reemplazo
10. Vale individual para préstamo de expediente clínico
11. Vale colectivo para préstamo de expedientes clínicos
12. Libro de saca
13. Modelo de nota del no consentimiento para realización de tratamiento médico a paciente
14. Acta por destrucción de expedientes clínicos pasivos no reactivados por el paciente
15. Acta por inutilización o extravío de expedientes clínicos
16. Acta por destrucción de expedientes clínicos inactivos
17. Diseño de estante metálico
18. Clasificador de expedientes clínicos para archivo
19. Escalera para archivar y desarchivar expedientes clínicos
20. Formulario para análisis cuantitativo del expediente clínico

Documento Derogado

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Establecimiento de Salud

departamento de ESDOMED

ANEXO No. 1
BANCO DE NUMEROS

Series de Números		Total de Expedientes preparados	Fecha de elaboración			Responsable de la preparación
DEL	AL		DIA	MES	Año	
001-03	200-03	200	1	I	2003	René E. Castro
201-03	300-03	100	1	I	2003	René E. Castro
301-03	400-03	100	5	I	2003	Vilma I. Iglesias

Nota: Para ejemplo se ha llenado este instrumento con datos reales

Documento Derogado

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Establecimiento de Salud:
Departamento de ESDOMED

ANEXO No. 2
REGISTRO DE NUMERO DE EXPEDIENTES CLINICOS APERTURADOS

Número Correlativo del Expediente clínico Asignado	Nombre del Paciente	Edad	Fecha de Asignación	Número Correlativo del Expediente clínico Asignado	Nombre del Paciente	Edad	Fecha de Asignación

COLUMNA EDAD: Anotar años y meses cumplidos para los mayores de un año o más.
Anotar meses para los menores de un año.
Anotar días para los menores de un mes.

Documento Derogado

ANEXO No. 3

Tarjeta Índice de Pacientes

_____ _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombres

Edad: _____ Sexo: ___ No. de expediente:_____

Lugar y Fecha de Nacimiento:_____
Nombre de la Madre:_____
Nombre de la Padre:_____
DUI: _____ Teléfono: _____
Fecha de Inscripción: _____
Elaboró:_____

Establecimiento de Salud

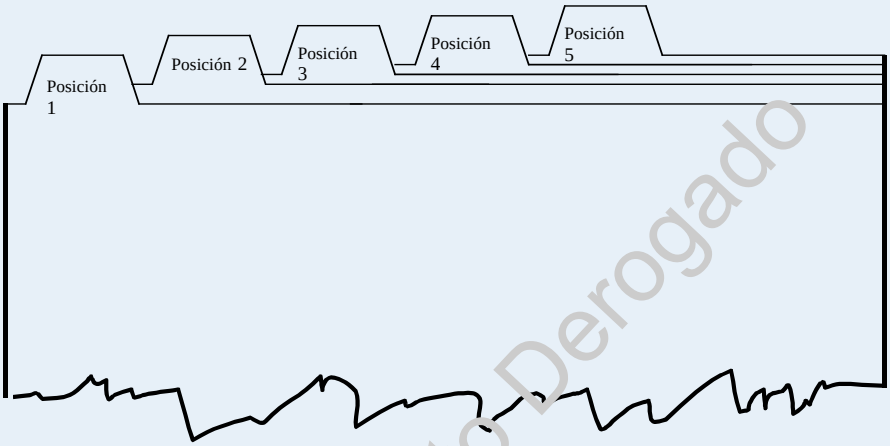
Departamento de Estadísticas y Documentos Médicos

----- 7.5 cm -------

---------- 12.5 cm----------

Documento Derogado

ANEXO No.4
GUIAS ALFABETICAS



Cada posición debe conservarse para un fin especifico como se indica a continuación:

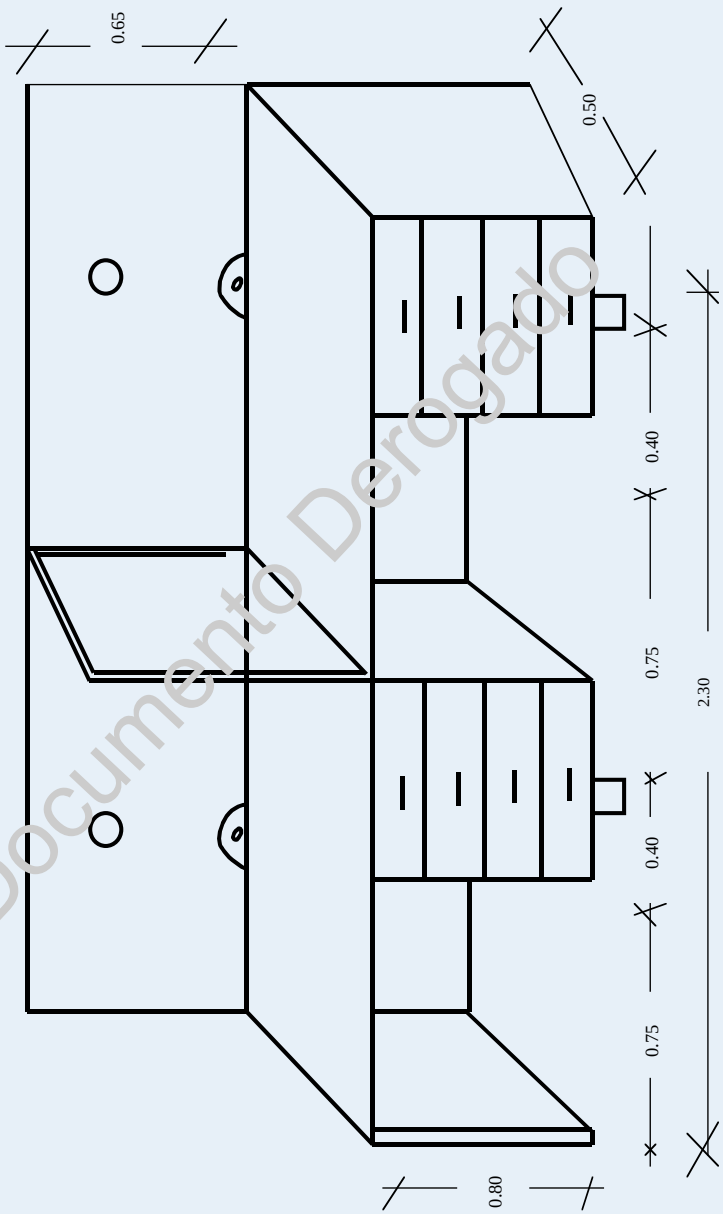
- La primera posición en una serie de tres, es para la subdivisión alfabética principal, es decir las primeras cuatro letras del apellido principal.
- La segunda posición correspondería al apellido principal completo.
- La tercera posición correspondería a la letra inicial del apellido materno.
- La cuarta posición correspondería al apellido materno completo.
- La quinta posición correspondería a la inicial del primer nombre
- Si el tarjetero índice es pequeño es posible que solo se necesiten guías en tres posiciones, pero en un archivo más grande puede usarse hasta cinco posiciones.

Las guías auxiliares comerciales, para uso en los tarjeteros pueden tener las pestañas en tres, cuatro o cinco posiciones, sí se trata de guías de tres posiciones, dándole vuelta a la guía, la posición No.1 llega a ser la posición No.3.

Documento Derogado

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

ANEXO No.5
MUEBLE PARA INSCRIPCION DE PACIENTES



Documento Derogado

ANEXO No. 6
FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

No. de Expediente Clínico:_____

A) DEL PACIENTE

1. _____ _____ _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombres

2. Sexo: Masculino _____ Femenino _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

3. Edad: Años_____ Meses _____ Días_____ Horas_____

4. Estado Civil: Soltero(a)_____ Casado(a)_____ Divorciado(a)_____ Viudo(a)_____Acompañado(a) ___

5. Documento Legal de Identidad: _____ No. _____

6. Ocupación: _____

7. Dirección habitual:_____

_____

_____ Teléfono:_____

B) DE LA FAMILIA

1. Nombre del Padre: _____

2. Nombre de la Madre: _____

3. Nombre del Conyuge: _____

4. Responsable del paciente:_____

7. Dirección del responsable: _____

_____ Teléfono:_____

C) DE LA INFORMACION

Proporcionó datos personales del paciente: _____ Parentesco:_____

Documento legal de identificación:_____ No._____

Tomo información:_____ Fecha de inscripción:_____

Observaciones:_____
_____
_____

Documento Derogado

ANEXO No.7
CARNET DE IDENTIFICACIÓN Y CITAS

18 cms

INSTRUCCIONES

1. Acuda puntualmente a las citas el día y la hora señalada en su tarjeta
2. Esta tarjeta es su identificación, consérvela en las mejores condiciones y tráigala cada vez que venga al Establecimiento de Salud.
3. Colabore con su médico, enfermera recepcionista y todos los empleados del Establecimiento de Salud para ofrecerle un mejor servicio.
4. En caso de extraviar esta tarjeta, solicite su

Reverso

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

CARNET DE IDENTIFICACIÓN Y CITAS

No. Expediente Clínico:_____

Nombre del Paciente:_____

_____

Fecha de Inscripción:_____

_____

Anverso

--- 22 cm ---

Fecha	Hora	Especialidad	Médico	Fecha	Hora	Especialidad	Médico

Diseño Interno

Documento Derogado

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Establecimiento de Salud:
Departamento de ESDOMED

ANEXO No.8
REGISTRO DE CITAS PARA CONSULTA MEDICA

Médico:_____ Especialidad: _____ Día:___ Mes:____ Hora_____

Orden	No. de Expediente Clínico	Nombre del Paciente	Control de Expediente		Orden	No. de Expediente Clínico	Nombre del Paciente	Control de Expediente	
			E	D				E	D

Nombre encargado de cita:_____

Columna control de expediente: E= Expediente entregado al consultorio D = Expediente devuelto al Departamento de ESDOMED

Documento Derogado

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Establecimiento de Salud:
Departamento de ESDOMED

ANEXO No. 9
TARJETON DE REEMPLAZO

- 22 cms.-

Fecha de préstamo	Destino	Nombre completo del paciente	Observaciones	No. de Expediente Clínico

- 31 cms -

Los tarjetones deben tener una altura igual a la del expediente, el ancho será 1cm. más que el fólder que protege el expediente.
Se sugiere utilizar tarjetones de diferente color para identificar rápidamente en que área del Establecimiento de Salud se encuentra el expediente, por ejemplo: para reemplazar los expedientes que estarán en docencia tarjetones de color verde claro, los que estarán en trámites administrativos u otros usos color celeste. Queda a criterio de cada establecimiento utilizar tarjetones de otro color para sustituir los expedientes que estarán en otras áreas.

Documento Derogado

ANEXO No. 10

VALE INDIVIDUAL PARA PRESTAMO DE EXPEDIENTE CLINICO

No. de Expediente Clínico: _____

Nombre Completo del Paciente:_____

Nombre del Solicitante:_____ DUI:_____

Dependencia:_____ Cargo:_____

Fecha de Entrega:_____ Recibe:_____

Fecha de Devolución:_____ Recibe:_____

Establecimiento de Salud:
Departamento de ESDOMED

Documento Derogado

ANEXO No. 11
VALE COLECTIVO PARA PRESTAMO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

Nombre del Solicitante _____ DUI_____Dependencia:_____

Cargo:_____ Fecha de entrega_____ Recibe:_____

Fecha de Devolución_____ Recibe _____

No. de Expediente Clínico	Nombre del Paciente	No. de Expediente Clínico	Nombre del Paciente

F._____
Autoriza: Jefe Departamento de ESDOMED

Documento Derogado

ANEXO No. 12
LIBRO DE SACA

No. de Exp.	Nombre del paciente	Edad	Domicilio	Nombre de persona que solicita el expediente	No. DUI	Cargo e Institución de Trabajo	Firma del Solicitante	Fecha en que el expediente es	
								Entregado	Devuelto

Documento Derogado

ANEXO No. 13
MODELO DE NOTA DEL NO CONSENTIMIENTO SOBRE REALIZACIÓN DE TRATAMIENTO A PACIENTE

_____
(anotar lugar)

Yo_____(nombre del solicitante)_____, por este medio hago constar que

soy___ (grado de parentesco)_____ del paciente _____(nombre del paciente)_____

a quien el Establecimiento de Salud _____han de someter a tratamiento de

_____ por padecer la enfermedad de _____, y

a quien no permito que se le realice dicho tratamiento por las razones siguientes:

_____

_____

_____

_____

(NOMBRE, FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Documento Derogado

ANEXO No. 14
ACTA PARA DESTRUCCIÓN DE EXPEDIENTES CLINICOS PASIVOS NO REACTIVADOS POR EL PACIENTE

ACTA No._____.En la Dirección de la Unidad de Salud: _____ de _____ a las _____horas y ____ minutos del día ____ del mes de_____ del _____. Reunidos el Director de la Unidad Dr.(a): _____ DUI_____, Representante del Comité Local de Expedientes Clínicos Dr.(a)_____ DUI_____ y Jefe(a) Departamento de Estadística y Documentos Médicos, Sr.(a)(ita)_____ DUI_____, para realizar la destrucción de los expedientes clínicos que se han conservado en el archivo pasivo por 5 años, tiempo durante el cual sus respectivos pacientes no regresaron a la Unidad de Salud para solicitar una nueva atención y de acuerdo a las normas para el proceso de organización, custodia, utilización, archivo y conservación de los Expedientes Clínicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya cumplieron su período de conservación.

Se procede a destruir por medio del método de incineración un total de _____ expedientes, siendo los números siguientes:

_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ y _____

No habiendo más que hacer constar, se da por finalizada la presente acta.

F._____
Director Unidad de Salud

F. _____
Representante del Comité Local de Expedientes Clínicos

F._____
Jefe Departamento de Estadística y Documentos Médicos

Documento Derogado

ANEXO No. 15
ACTA POR INUTILIZACION O EXTRAVÍO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

ACTA No._____ En la Dirección de la Unidad de Salud: _____ de _____ a las _____horas y ____ minutos del día ____ del mes de_____ del año _____, Reunidos Dr(a)_____ con No. de DUI _____Director de la Unidad de Salud, Dr.(a) _____ con No. de DUI_____ Representante del Comité Local de Expedientes Clínicos y Sr.(a)(ita)_____ con No. de DUI_____, jefe Departamento de Estadística y Documentos Médicos, para tratar la pérdida, inutilización o el extravío (anotar solo una causa) de los expedientes clínicos, números: _____,_____,_____,_____, _____, _____ y de acuerdo a las normas para el proceso de organización, custodia, utilización , archivo y conservación de los Expedientes Clínicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se procede a dejar constancia de ello por las razones siguientes(explicar el motivo)

No habiendo más que hacer constar, se da por finalizada la presente acta que firmamos.

F._____ F._____

Director Unidad de Salud Representante Comité de Expedientes

F._____

Jefe Departamento de Estadística y Documentos Médicos

Documento Derogado

ANEXO No.16
ACTA POR DESTRUCCIÓN DE EXPEDIENTES CLINICOS INACTIVOS

Acta No._____ En la Dirección de la Unidad de Salud:_____ de _____ a las _____ horas _____ minutos del _____de_____del_____.Reunidos el Dr.(a)_____con No. de DUI_____Director de la Unidad de Salud; DR(a)_____ con No. de DUI_____ Representante del Comité Local de Expedientes Clínicos y Sr(a)(ita)_____ con No. de DUI_____ Jefe Departamento de Estadística y Documentos Médicos, para llevar a cabo la destrucción de los expedientes clínicos que se mantienen en el archivo activo pero que están inactivos porque no han sido utilizados para ninguna atención del paciente en los últimos 5 años, además por su tipo de diagnósticos médicos no ameritan trasladarse a archivo pasivo , por tal razón y de acuerdo a normas para el proceso de organización, custodia, utilización archivo y conservación de expedientes clínicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deben ser eliminados.

Se procede a destruir por el método de incineración un total de _____expedientes clínicos inactivos, siendo los siguientes:

No. de expediente	Nombre del Paciente	Último Diagnóstico principal
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

No habiendo más que hacer constar, se da por finalizada la presente acta que firmamos.

F._____ F._____

Director Unidad de Salud Representante Comité de Expedientes Clínicos

F. _____

Jefe Departamento de Estadística y Documentos

Documento Derogado

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

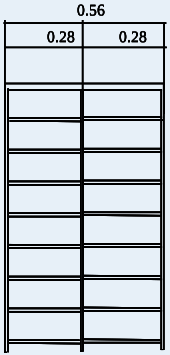
ANEXO No. 17

DISEÑO DE ESTANTE METALICO

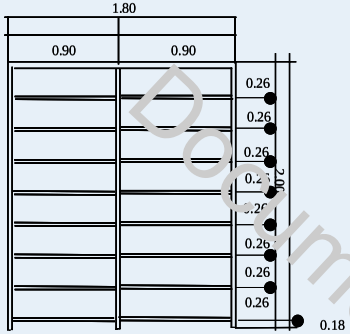
Material: HIERRO ANGULAR
Los cuerpos funcionan para archivar expedientes clínicos en ambos lados. Un estante puede tener tantosy quitar los: cuerpos como sean necesarios y pueden ser construidos para archivar en ambos lados o un solo lado.

a)Platina divisoria de estante para evitar que los expedientes pasen a otro lado.

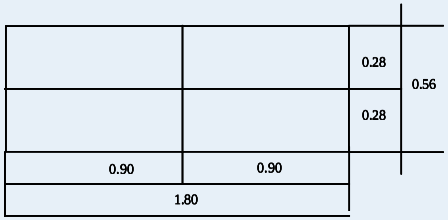
b)Platina para evitar que los expedientes clínicos se caigan o se volteen.



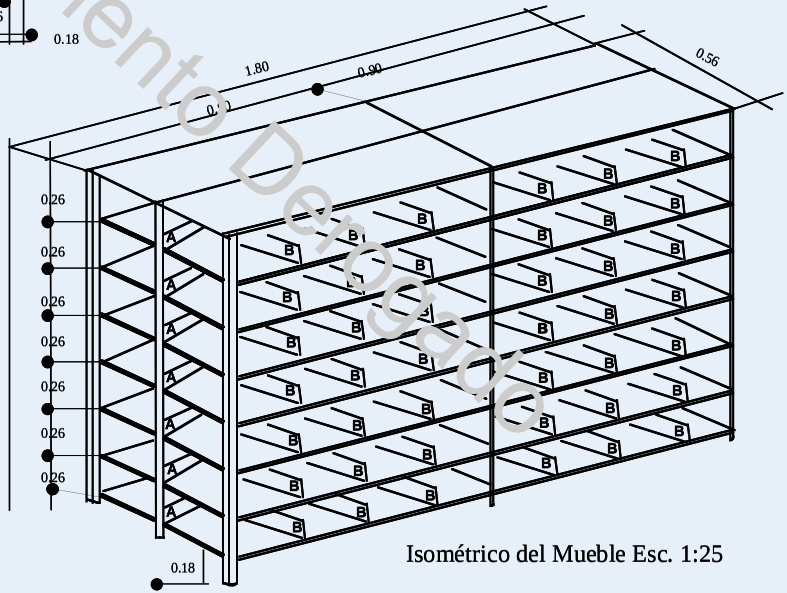
Vista Lateral Esc. 1:25



Vista Frontal Esc. 1:25



Vista de Planta Esc. 1:25

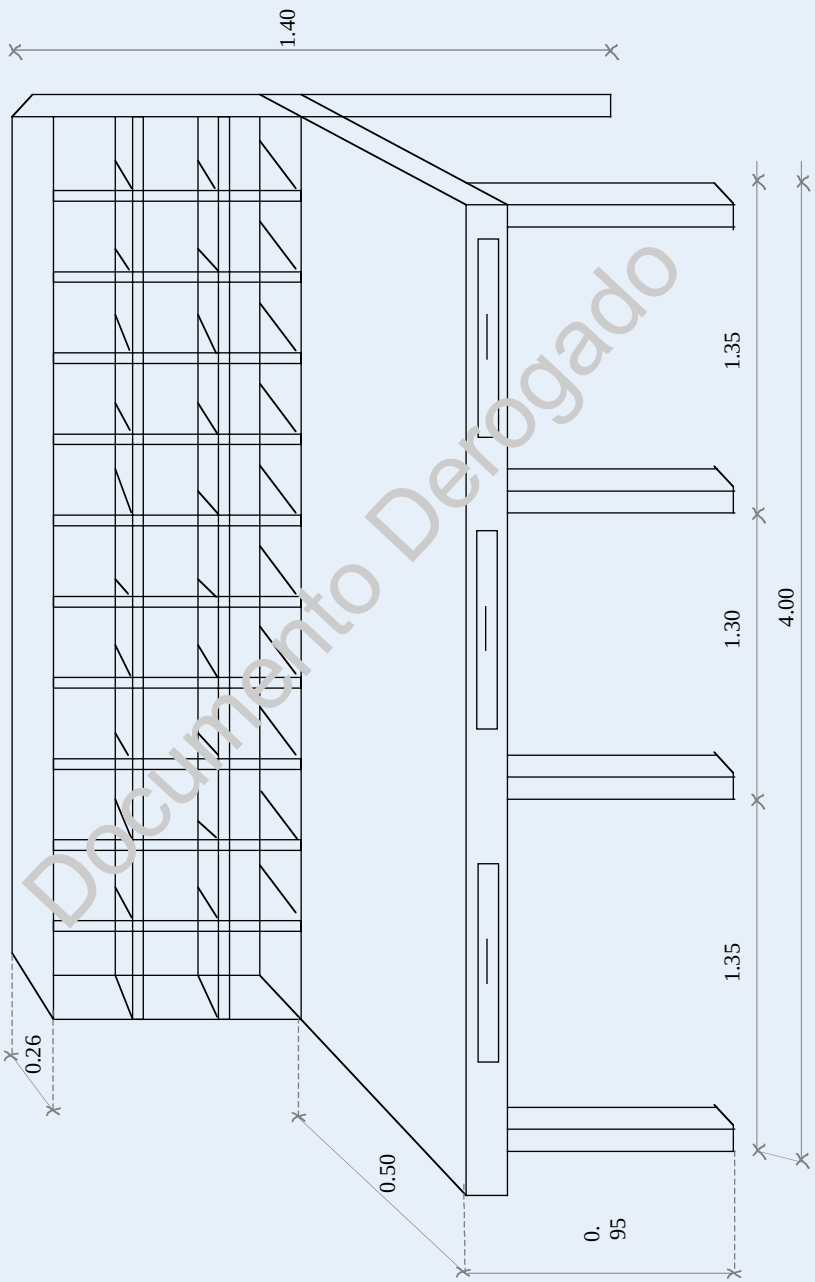


Isométrico del Mueble Esc. 1:25

Documento Delegado

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

ANEXO No. 18
CLASIFICADOR DE EXPEDIENTES CLINICOS PARA ARCHIVO

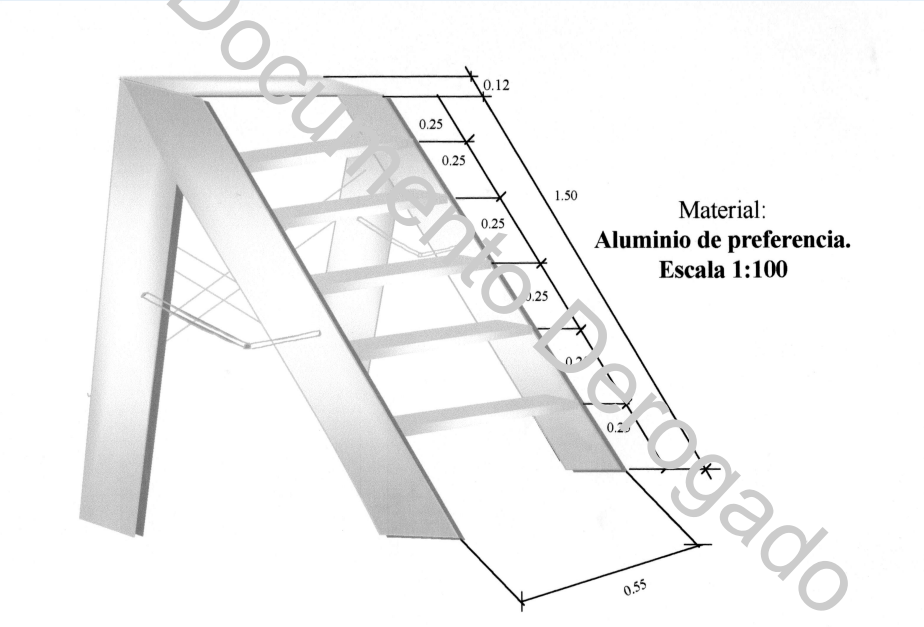


Documento Derogado

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

ANEXO No. 19

ESCALERA PARA ARCHIVAR O DESARCHIVAR EXPEDIENTES CLINICOS



Documento Derogado

La escalera debe contener 5 gradas, cada grada con un largo de 55cms. Y una profundidad de 25 cms.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Establecimiento de Salud:
Departamento de ESDOMED

ANEXO No. 20
FORMULARIO PARA ANÁLISIS CUANTITATIVO DEL EXPEDIENTE CLINICO

FALTAN

Expediente clínico No._____
_____

Datos (1)	Firmas (2)	FORMULARIO (3)	Nombre del Médico o Enfermera (4)
		FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
		HISTORIA CLINICA	
		• Queja principal	
		• Antecedentes personales	
		• Antecedentes familiares	
		• Enfermedad Actual	
		EXAMEN FISICO	
		• Diagnóstico principal • Otros diagnósticos	
		NOTAS DE EVOLUCION	
		ß Ordenes médicas ß Tratamiento	
		HISTORIA PRENATAL	
		INTERCONSULTAS	
		LABORATORIOS	
		RAYOS X	
		NOTAS DE ENFERMERIA / HOJA MEDICAMENTO	
		OTROS REGISTROS ESPECIALES (ESPECIFIQUESE)	

Nota: Llenar las columnas 1 y 2 con cheque

Documento Derogado

LINEAMIENTOS PARA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS DEPARTAMENTOS DE ESTADÍSTICA Y DOCUMENTOS MÉDICOS DE UNIDADES Y CASAS DE SALUD

Documento Derogado

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS Y DOCUMENTOS MEDICOS

DEFINICION, DESCRIPCION y FUNCIONES

DEFINICION DEL DEPARTAMENTO

El Departamento de Estadística y Documentos Médicos es una estructura de apoyo técnico dentro de los establecimientos de salud, responsable de la apertura, mantenimiento y conservación de los expedientes clínicos de los pacientes que se atienden, así como también responsable del procesamiento de la información estadística sobre producción de servicios de salud, rendimiento, recursos y otras estadísticas que apoyan significativamente la toma de decisiones.

CONFORMACION DEL DEPARTAMENTO

De acuerdo a la complejidad de servicios y al volumen de trabajo de la Unidad, Casa de Salud u otro establecimiento de primer nivel puede asignarse personal exclusivamente para integrar y desempeñar las funciones propias del Departamento de ESDOMED, al frente del cual estará una jefatura y personal de auxiliares de estadística y documentos médicos, fortalecidos para el desempeño de sus funciones con la asesoría permanente de Técnicos de Información de la Gerencia del SIBASI y del Comité Local de Expedientes.

COMPETENCIA DEL DEPARTAMENTO

El personal del departamento tiene competencia directa en la administración de los documentos médicos (Expedientes Clínicos, Registros Diarios de Consulta, otros registros), así como en el procesamiento de los datos estadísticos sobre producción de servicios de salud y otras estadísticas que generan las diversas dependencias del establecimiento de salud; por lo tanto, están facultados para monitorear, recomendar y asesorar al personal médico y otro personal multidisciplinario sobre la adecuada recolección de datos que realizan en las diferentes fuentes primarias normadas.

Documento Derogado

INTERRELACIONES DEL DEPARTAMENTO

Con la dirección del establecimiento de salud para:

a) La comunicación, evaluación y difusión de las estadísticas sobre producción de servicios de salud, rendimiento y recursos con el fin de realimentar la gerencia.

b) La comunicación y evaluación de los documentos médicos para apoyar la toma de decisiones o la planificación de actividades con el personal médico.

c) Apoyar las actividades técnicas y administrativas que se requieren para mejorar la calidad y gestión de los servicios de salud.

Con las jefaturas, personal técnico y administrativo del establecimiento de salud.

a) Para coordinar actividades estadísticas y de documentos médicos propias de su cargo.

b) Para apoyar las actividades de programación y evaluación de los diferentes programas de salud.

c) Para monitorear la recolección y tabulación de datos estadísticos sobre producción de servicios de salud.

Con Técnicos de Información de la Gerencia del SIBASI para:

a) Coordinar el procesamiento de la información estadística.

b) Coordinar cursos de formación o actividades de educación continua.

c) Asesorar sobre el Sistema de Información Estadística, Documentos Médicos y otros relacionados con la disciplina.

Documento Derogado

FUNCIONES GENERALES DEL DEPARTAMENTO

1. Monitorear el Sistema de Información Estadística y de Documentos Médicos conforme a lineamientos y normas que dicten el Nivel Rector y SIBASI.

2. Participar en la elaboración y difusión de normas internas sobre recolección y tabulación de información estadística.

3. Proveer la información clínica y estadística que requieran los diferentes niveles organizativos del ministerio, autoridades superiores dependencias del establecimiento y otros usuarios previa autorización del director del establecimiento de salud.

4. Participar en la evaluación y el análisis de la información estadística generada en el establecimiento, para garantizar la calidad y oportunidad del Sistema Nacional de Información en Salud.

5. Administrar sistemas de admisión y archivo de expedientes clínicos que aseguren expedientes completos y oportunos cada vez que los pacientes acudan al establecimiento para una atención.

6. Proporcionar la información clínica y estadística necesaria para apoyar investigaciones científicas, formación académica de personal médico y paramédico, para otros usos tales como legales, administrativos, etc.

Documento Derogado

MISION, VISION Y OBJETIVOS DEL DEPARTAEMNTO

MISIÓN

Somos la estructura del establecimiento de salud responsables de apoyar la gestión de la institución, garantizando la atención oportuna y de calidad de los pacientes a través de la inscripción, mantenimiento y conservación de su expediente clínicos; así como también para

procesar la información estadística sobre producción de servicios de salud, morbilidad, mortalidad, rendimiento y productividad.

VISIÓN

Instancia del establecimiento de salud conduciendo de manera eficiente y efectiva el Sistema de Documentos Médicos y el Sistema de Información Estadística, para lo cual dispone de recursos humanos calificados y competentes que conducen las actividades del departamento, así como también de los recursos físicos, tecnológicos, mobiliario y equipo en cantidades necesarias, que garanticen el óptimo funcionamiento del Departamento de Estadística y Documentos Médicos, contribuyendo significativamente al cumplimiento de la misión institucional.

OBJETIVOS PARA EL LOGRO DE LA VISION

1. Contribuir a la atención oportuna y eficiente de los pacientes a través de sistemas de admisión y archivo que provean expedientes únicos, completos y oportunos, cada vez que los pacientes asistan al establecimiento para todo tipo de atención.

2. Proveer a las autoridades superiores y personal técnico del establecimiento la información estadística sobre Indicadores de Gestión (producción de servicios de salud, causas de morbilidad, mortalidad Institucional, recursos de infraestructura y otros que sea de su competencia), para orientar la gestión de la institución.

3. Facilitar información estadística y la disponible en los expedientes clínicos, para contribuir con la investigación científica, los programas de docencia y de educación continua, Comités de Auditoría Médica, de Ética Médica y para otros usos.

4. Mantener y fortalecer los diferentes sistemas de información estadística, a través del monitoreo y la evaluación periódica.

5. Proporcionar a los diferentes niveles organizativos del Ministerio de Salud, la información estadística sobre la producción de servicios de salud, a fin de apoyar la evaluación de gestión y la planificación.

Documento Derogado

ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL DEPARTAMENTO

El Departamento de ESDOMED de las Unidades de Salud u otros establecimientos de salud de igual o mayor complejidad estará funcionalmente conformado por secciones de trabajo de acuerdo a los servicios de salud que se presten, las secciones básicas que lo integran son.

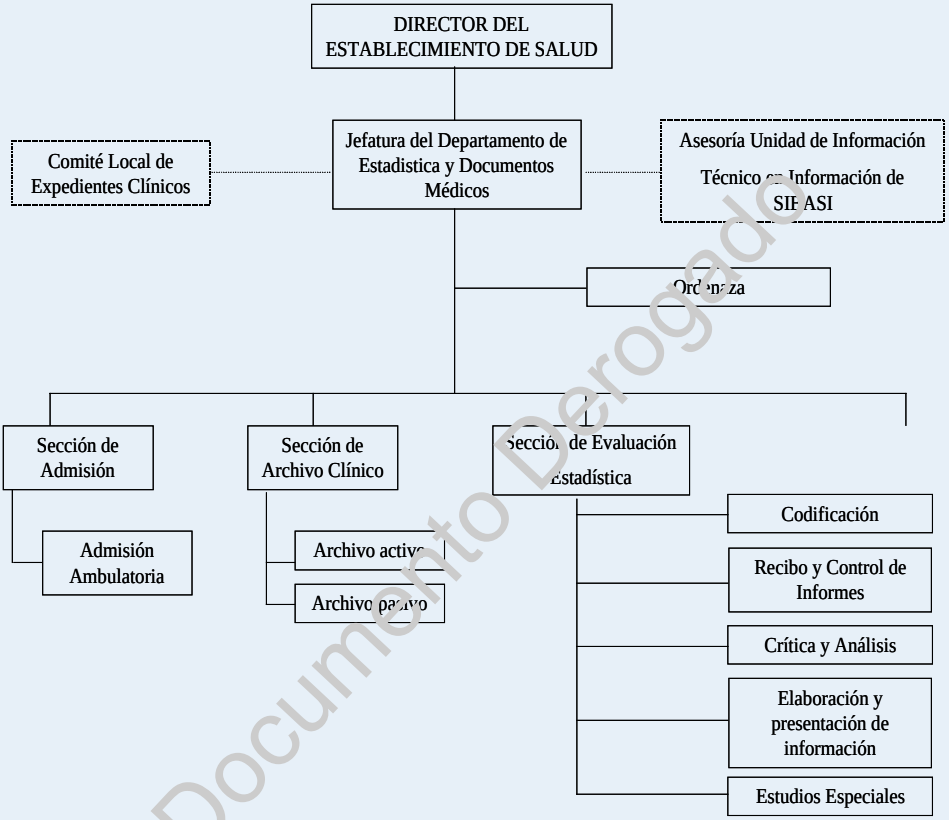
- Sección de Admisión
- Sección de Archivo Clínico
- Sección de Estadísticas

Con el propósito de facilitar el trámite de identificación e inscripción de los pacientes, así como de garantizar la entrega oportuna de los expedientes para la atención del paciente y para usos del personal médico, de enfermería y otro personal de salud el Departamento de ESDOMED debe ubicarse físicamente muy cercano a los consultorios externos.

La administración del Departamento de ESDOMED de aquellos establecimientos de salud de mayor complejidad, estará a cargo de una jefatura que dirigirá personal auxiliar formado en estadística y documentos médicos en la cantidad que este de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento y a la demanda de pacientes, así también debe contar con los servicios de un ordenanza. El departamento recibirá permanentemente la asesoría del Comité Local de Expedientes Clínicos, de los Técnicos en Información de la Gerencia de SIBASI o por otro personal idóneo en los establecimientos que no corresponden al Ministerio de Salud Pública.

Documento Derogado

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS



Documento Derogado

FUNCIONES, DESCRIPCIONES Y PERFILES DE CARGOS

FUNCIONES JEFE DEL DEPARTAMENTO:

Planear, organizar, dirigir, supervisar y evaluar periódicamente la organización y el funcionamiento del departamento.

Planear con el director del establecimiento el número de personal necesario según la complejidad del mismo para lograr el buen funcionamiento del departamento; proveer normas para la selección de nuevo personal y participar en su selección e inducción.

Verificar la aplicación y adecuado cumplimiento de la Ley de Servicio Civil, así como definir un sistema de estímulos para el personal bajo su conducción.

Mantener y actualizar inventarios sobre necesidades de útiles de escritorio, papelería, mobiliario y equipo y otros para el buen funcionamiento del departamento.

Ejercer periódicamente supervisión técnico-administrativa sobre el desempeño de funciones de todas las secciones del departamento.

Revisar, actualizar, proponer y desarrollar estrategias y técnicas de trabajo que faciliten y garanticen la calidad de las actividades relacionadas con los Sistemas de Información Estadística y Documentos Médicos

Monitorear el cumplimiento de las normas técnicas establecidas para el funcionamiento del Departamento de ESDOMED.

Organizar y dirigir reuniones mensuales o extraordinarias con el personal del departamento de ESDOMED, para discusión de aspectos disciplinarios, producción de actividades, indicación de nuevos procedimientos y otros que fortalezcan las funciones y coadyuven al cumplimiento de los objetivos y misión del departamento.

Planificar y desarrollar un programa de educación permanente para personal antiguo o de nuevo ingreso del departamento.

Coordinar el Sistema de Información Estadística conforme a lineamientos y normas que dicten las dependencias competentes del Nivel Rector.

Documento Derogado

Actualizar al personal bajo su responsabilidad acerca de la aplicación de las normas y procedimientos necesarios para el desarrollo de las actividades sobre los diferentes procesos del Sistema de Información Estadística.

Monitorear que los criterios y procedimientos para la captación (manual y mecanizada), producción y difusión de la información estadística sean congruentes con la normativa vigente al respecto y proponer ante las instancias correspondientes alternativas para hacer más eficiente el Sistema de Información Estadística.

Participar en el análisis de información estadística para apoyar la gestión de la gerencia.

Colaborar en estudios de investigación médica y otros que puedan ser de interés o de beneficio del establecimiento y del Sector Salud.

Coordinar las actividades del departamento, así como difundir sus objetivos, funciones y logros en el nivel que sea necesario.

Asistir a reuniones de jefaturas, comités, grupos de trabajo y otras que se organicen en el establecimiento, el SIBASI, por el ente rector o con otras instituciones relacionadas con el accionar del establecimiento de salud.

Planificar, organizar, monitorear y evaluar según normas establecidas la depuración de los archivos de expedientes activos, pasivos y de pacientes fallecidos.

Promover y vigilar el adecuado uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades por el personal médico, así también apoyar a las jefaturas médicas en las jornadas de educación continua sobre estadísticas de morbilidad y mortalidad institucional.

<u>DESCRIPCION DEL CARGO JEFE DEL DEPARTAMENTO</u>

Cargo funcional: Jefe del Departamento de Estadística y Documentos Médicos

Naturaleza del cargo: Planificación, organización, dirección, supervisión y control de las actividades del Departamento de Estadística y Documentos Médicos del establecimiento de salud.

Equipo al que pertenece: Equipo polifuncional del establecimiento.

Documento Derogado

Jefe inmediato superior: Director del Establecimiento de Salud.

Coordina con: Jefaturas de los diferentes departamentos del establecimiento; Técnicos de Información de la Región SIBASI.

Colaboradores: Personal Auxiliar de Estadística y Documentos Médicos del Departamento de ESDOMED.

Procesos por sistema en los que participa:

- Sistema de Planificación:
  - Proceso de Planificación

- Sistema de Control
  -Proceso de Vigilancia Epidemiológica

- Sistema de Información
  - Proceso de Procesamiento de la Información

- Sistema de Documentos Médicos
  - Proceso de Admisión
  - Proceso de Archivo Clínico
  - Proceso de Evaluación Técnica

Documento Derogado

PERFIL DEL CARGO JEFE DEL DEPARTAMENTO

Cargo funcional: Jefe del Departamento de Estadística y Documentos Médicos

Naturaleza del cargo: Planificación, organización, dirección, supervisión y control de las actividades del Departamento de Estadística y Documentos Médicos de los establecimientos de salud.

Equipo al que pertenece: Equipo polifuncional del establecimiento de salud.

Requisitos mínimos para ocupar el cargo:

- Edad: Mayor de 25 años
- Sexo: Discrecional
- Estado civil: Discrecional
- Nacionalidad: Salvadoreña
- Idiomas: Español

Educación y Experiencia:

- Técnico en Administración de Empresas, o en Computación, o en Estadística y Documentos Médicos.

- Experiencia de 3 años en el campo de estadística y documentos médicos.

Características Personales:

Aptitudes: Habilidad de organización y conducción, habilidad para trabajar en equipo, trabajar por resultados, manejo de paquetes informáticos básicos, capacidad para análisis numérico y elaboración de informes.

Actitudes: Buenas relaciones interpersonales, buena presentación, amable, responsable, proyección de actitud positiva, alto grado de discreción, creativo, receptor al cambio y facilitador de procesos, adaptación al trabajo bajo presión, y disponibilidad de horarios flexibles.

Documento Derogado

FUNCIONES AUXILIARES DE ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS

El cargo de auxiliar de estadística se desempeña en cada una de las tres secciones que conforman el departamento, por lo cual las funciones se presentan a continuación según sección de trabajo.

SECCION DE ADMISION

Identificar e inscribir a pacientes nuevos y subsecuentes mediante un documento legal, para que reciban atención en el establecimiento de salud.

Elaborar expedientes a pacientes nuevos y actualizar los expedientes que se encuentran en archivo pasivo, cuando el paciente solicite una atención.

Organizar y mantener diariamente el Tarjetero Índice General de Pacientes según normas y procedimientos oficiales. Los establecimientos que ya tienen mecanizada la inscripción de pacientes actuarán de acuerdo a su propia normativa interna.

Mantener, preparar y controlar los formularios para inscripción de pacientes, a través de los instrumentos denominados Banco y Registro de Números.

Tramitar con la Sección de Archivo los expedientes de pacientes que serán atendidos en consulta ambulatoria, controlando la entrega y devolución de los expedientes de acuerdo a la normativa vigente.

Documento Derogado

SECCIÓN DE ARCHIVO CLÍNICO

La Sección de Archivo se encarga del funcionamiento del archivo de expedientes activos y pasivos, a través de las siguientes funciones.

Desarchivar y archivar diariamente todos los expedientes de los pacientes atendidos en el establecimiento, usando el método para control de préstamo establecido (listas, vales, tarjetones de reemplazo, etc.).

Recibir, controlar y anexar ordenadamente por fecha, los resultados de los exámenes de laboratorio, radiología, otros resultados de exámenes o tratamientos en el respectivo expediente de cada paciente.

Depurar periódicamente los formularios de los expedientes activos, según las normas establecidas en el capítulo V del presente documento.

Depurar anualmente los expedientes inactivos para trasladarlos al archivo pasivo o para destruirlos de acuerdo normas formuladas en el Capítulo V del presente documento.

Depurar anualmente el archivo pasivo según normas formuladas en el Capítulo V del presente documento.

Ordenar los formularios de los expedientes que devuelven de consulta externa para efectuarles análisis cuantitativo. Si hubiese hoja de referencia también debe incluirse, así como también los de contra referencia.

Verificar periódicamente la buena conservación de los expedientes, cambiando fólder deteriorados, reparando formularios, verificando el estado y limpieza de la estantería.

SECCIÓN DE ESTADISTICAS

Revisar el adecuado llenado de los Registros Diarios de Consulta Médica,(sí se encuentran inconsistencias en el registro de datos realizar inmediatamente las consultas pertinentes con los médicos responsables) para garantizar la calidad de los datos y la exacta codificación de los diagnósticos médicos.

Codificar diariamente en los Registros Diarios de Consulta Médica la residencia de cada paciente y el diagnóstico principal de consulta médica de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.

Digitar mensualmente las variables de consulta médica codificadas, validar la calidad de lo digitado antes de enviarlos a través de diskette al Técnico de Información del Equipo Gerencial de la Región SIBASI. Los establecimientos de salud que tienen computadora lo harán en sus instalaciones, los que no poseen equipo de computo lo realizaran en la Sede de la Región SIBASI o únicamente enviarán los Registros de Consulta Médica para que lo realice la persona delegada en este nivel; todo dependerá de como lo ha establecido la Región del SIBASI correspondiente.

Tabular diariamente el número de consultas realizadas por cada médico para apoyar la administración de los servicios médicos. Esta función aplica para los establecimientos de salud con varios recursos médicos.

Mantener otros registros especiales de apoyo a los registros médicos, determinados por la jefatura del departamento por la dirección o por el Comité Local de Expedientes.

Recibir y controlar mensualmente los datos estadísticos de consultorios ambulatorios, servicios generales de diagnósticos y/o tratamiento y otras dependencias del establecimiento que generan servicios de salud.

Documento Derogado

Revisar mensualmente todos los datos estadísticos recolectados para verificar su consistencia y veracidad, así como para corregir errores y completar omisiones con el personal multidisciplinario responsable de cada programa de salud.

Digitar mensualmente los datos sobre producción de servicios de salud registrados en el Tabulador Diario de Actividades; así como también formularios de Intoxicaciones por Plaguicidas, Reporte Epidemiológico Semanal, formulario de muertes maternas y de la niñez y otros datos de interés institucional. Los establecimientos de salud que tienen computadora lo harán en sus instalaciones, los que no poseen equipo de computo lo realizarán en la Sede de la Región SIBASI o en el Centro de Red o únicamente enviarán los Registros de Consulta Médica para que lo realice la persona delegada en la Región SIBASI; es decir se actuara como lo ha normado la Región SIBASI.

Revisar los datos recolectados en los formularios del Sistema de Información Gerencial, para verificar su calidad, registrar los datos que competa al departamento y realizar su digitación.

Colaborar en la elaboración mensual de tablas y gráficos estadísticos de la información sobre producción de servicios de salud, morbilidad, rendimiento, recursos de infraestructura y otros que indique la dirección .

Colaborar en el análisis mensual de la información estadística para presentarlo a las autoridades superiores del establecimiento, a fin de realimentar adecuadamente la gerencia Institucional.

Participación en la preparación de estudios médicos, administrativos y otros trabajos estadísticos de interés para el establecimiento.

Documento Derogado

DESCRIPCIÓN DEL CARGO AUXILIAR DE ESTADISTICA

Cargo funcional: Auxiliar de Estadística y Documentos Médicos

Naturaleza del cargo: Admisión de pacientes, mantenimiento, custodia, conservación de los expedientes clínicos y procesamiento de las estadísticas de producción de servicios de salud, morbilidad y otras estadísticas que genere el establecimiento de salud.

Equipo al que pertenece: Equipo técnico del departamento.

Jefe inmediato superior: Jefe del Departamento de Estadística y Documentos Médicos

Coordina con: Jefatura del Departamento, otros Auxiliares de Estadística del departamento y personal multidisciplinario que le halla indicado la jefatura del departamento.

Procesos en los que participa:

- Sistema de Información
  - Proceso de Procesamiento de la Información

- Sistema de Documentos Médicos
  - Proceso de Admisión
  - Proceso de Archivo Clínico
  - Proceso de Evaluación Técnica

Documento Derogado

PERFIL DEL CARGO AUXILIAR DE ESTADISTICA

Cargo funcional: Auxiliar de Estadística y Documentos Médicos

Naturaleza del cargo: Admisión de pacientes, mantenimiento, custodia, conservación de los expedientes clínicos y procesamiento de las estadísticas de producción de servicios de salud, morbilidad y otras estadísticas que genere el establecimiento de salud.

Equipo al que pertenece: Equipo técnico del departamento.

Requisitos Mínimos para ocupar el cargo:

- Edad: Mayor de 20 años
- Sexo: Discrecional
- Estado civil: Discrecional
- Nacionalidad: Salvadoreña
- Idiomas: Español

Educación y Experiencia:

- Bachiller General o Bachiller en Salud o en Computación u otras profesiones afines.
- Diplomado como Auxiliar de Estadística y Documentos Médicos.
- Amplios conocimientos en computación, estadística, otros conocimientos afines a la disciplina de estadística y documentos médicos.

Características Personales:

Aptitudes: Habilidad para trabajar en equipo, trabajar por resultados, manejo de paquetes informáticos básicos, manejo de información estadística, análisis numérico básico.

Actitudes: Buenas relaciones interpersonales, buena presentación, amable, responsable, proyección de actitud positiva, alto grado de discreción, iniciativa, creatividad, disponibilidad y adaptación al trabajo bajo presión.

Documento Derogado

Dotación de Recursos Humanos

En toda institución lo que permite su óptimo funcionamiento son los recursos humanos que se le han asignado, estos recursos comprenden al personal técnico y al personal auxiliar, los cuales deben calcularse en cantidad y calidad.

La cantidad de personal debe considerarse de acuerdo a:
- Número de consultas médicas que se atienden en el establecimiento de salud.
- Características de servicios de la institución (actividades, volumen, variedad).
- Características de la población y del área geográfica que se atiende.

La calidad del personal debe considerarse de acuerdo a:
- Condiciones personales
- Conocimientos básicos
- Conocimientos técnicos

Documento Derogado

Documento Derogado