

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
REPUBLICA DE EL SALVADOR**

HOY SE EXPIDIO LA RESOLUCION MINISTERIAL No. 833 , QUE DICE:
“El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador, al 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 HOSPITALES NACIONALES**” y “**LINEAMIENTOS PARA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS DEPARTAMENTOS DE ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS DE NIVEL HOSPITALARIO**”; 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


**DR. HERBERT ABRAHAM BETANCOURT QUIJADA
VICEMINISTRO ENCARGADO DEL DESPACHO**

PRESENTACION

Para contribuir a la modernización y conducción de los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de los Hospitales Nacionales, la Unidad de Información en Salud del Ministerio de Salud Pública como rectora del Sistema de Información Estadística, presenta el documento Norma Técnica para Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de Hospitales Nacionales, 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 se realizan en dichos departamentos.

La precisión y la agilidad de los Sistemas de Información Estadística 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 hospitales, la preparación de información estadística y el mantenimiento de los documentos médicos es 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 genera cada hospital, así también fortalece su óptimo funcionamiento los recursos tecnológicos de punta, mobiliario, equipo y área física necesaria; estas necesidades demandan que los Directores Región SIBASI con su equipo técnico, Directores de hospitales, los Jefes del Departamento de Estadística y Documentos Médicos con su equipo de trabajo asuman el compromiso real de impulsar y modernizar el departamento en el menor tiempo posible, por ello les invito para que la presente norma se constituya en una de sus principales herramienta de trabajo en beneficio de la organización y funcionamiento de la institución.

Dr. Herbert Betancourt
Ministro de Salud

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 Nivel Hospitalario.

El documento esta organizado 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 las normas para las actividades estadísticas. La cuarta parte del documento que no es parte propia 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 hospitales nacionales y porque un adecuado ordenamiento y clasificación de funciones contribuirá a fortalecer las actividades aquí normadas; finalmente se incluye los apartados de anexos y el glosario de términos más complejos utilizados en el documento con el propósito de facilitar la comprensión del mismo.

El Director y los Técnicos en Planificación e Información de la Región SIBASI; el Director, el Asesor Jurídico y el Jefe del Departamento de Estadística y Documentos Médicos de los Hospitales, 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.

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 y admisión de pacientes externos e internos al hospital	
CAPÍTULO IV	13
Proceso de organización, custodia, utilización archivo y conservación de los expedientes clínicos	
CAPÍTULO V	39
Proceso de evaluación técnica de los expedientes clínicos	
CAPÍTULO VI	46
Proceso de Producción de Estadísticas de Salud	
GLOSARIO	54
ANEXOS	60
Lineamientos para Organización y Funcionamiento de los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos	96

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

OBJETO

La presente norma tiene por objeto regular las funciones que se realizan en los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de los Hospitales Nacionales 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 Hospitales Nacionales.

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 Hospitales Nacionales.

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: método 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 norma se refiera al expediente clínico del paciente, será nombrado únicamente como el expediente.
- En lo sucesivo cada vez que en esta norma se refiera al Departamento de Estadística y Documentos Médicos, será nombrado únicamente como Departamento de ESDOMED.

SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN

1. Cada paciente recibirá al momento de su inscripción en el establecimiento de salud, un número que identificará su expediente, el cual conservara mientras lo mantenga activo.
2. La numeración que se asigne a los expedientes se basará en el Sistema de Numeración Correlativa Anual. Los hospitales de mayor complejidad que disponen del número de personal necesario y del mobiliario y equipo adecuado, puede utilizar el Sistema de Numeración Infinita para ser usado con el Método de Archivo Dígito Terminal, sea éste de la modalidad simple o compuesto.
3. Los formularios que se utilizan para la inscripción de pacientes se prepararan anticipadamente; la preparación de formularios consiste en reunir todos los formularios básicos del expediente con la tarjeta de identificación, tarjeta índice y fólder protector de expediente marcando cada uno de éstos con su respectivo número de identificación.
4. Se consideraran 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. En la medida que el paciente

recibe diferentes tipos de atenciones se agregarán otros formularios especiales tal como, Hoja de Historia Clínica Perinatal, formularios del Programa de Atención del Niño, Gráfico de Crecimiento y Desarrollo, formularios propios de Programa de Planificación Familiar, Programas de Prevención y Control de la Tuberculosis, otros de programas preventivos y curativos.

5. Los formularios básicos del expediente para pacientes que serán ingresados en los servicios de hospitalización también deben prepararse previamente y serán los siguientes: Hoja de Ingreso y Egreso, Hoja para Resumen de Alta, Hoja para Informes de Laboratorio, Notas de Evolución. Ordenes Médicas, Gráfico de Temperatura y Pulso, Notas de Enfermería, Hoja de Medicamentos, Hoja de Autorización para Tratamiento de Enfermedades. En la medida que el paciente recibe diferentes tratamientos se le agregarán otros formularios especiales en el servicio de internación.
6. La periodicidad con que se prepara los formularios para inscripción de pacientes, depende del volumen de pacientes que se inscriben diariamente, por lo que la actividad podría hacerse cada tres días.

BANCO DE NUMEROS

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 ó 200 expedientes, ello dependerá de la demanda de apertura de expedientes que tenga el hospital.
8. El Banco de Números puede ser un libro o libreta que contiene las siguientes columnas: series de números, total de expedientes preparados, consultorio al que se le asignó la serie de números sea éste de consulta externa o emergencia, 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.

REGISTRO DE NUMEROS

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 archivarán y conservará cronológicamente para formar un registro permanente, mientras dure la actividad del expediente.
11. El Registro de Números debe tener el siguiente diseño: número de expediente, nombre de la persona a quien se le asignó el número, edad del paciente, fecha de asignación. Diseño de registro de números de expedientes elaborados, de acuerdo al modelo establecido en el anexo 2.
12. El Registro de Números será llenado por cada estadístico de la Sección de Admisión al momento de elaborar la tarjeta índice del paciente.

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 o en computadora y su contenido será: apellidos y nombres completos del paciente, es decir no usar 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 al modelo establecido en el anexo 3.
16. Los datos personales anotados en la tarjeta índice deben ser iguales a los datos contenidos en la ficha de identificación del correspondiente expediente; los datos personales se basaran en el documento de identidad ya sea DUI, certificación de la partida de nacimiento, carné de minoría de edad, carné de residente que presente el paciente durante su inscripción.
17. Los datos de la tarjeta índice deben llenarse completamente, no debe dejar ninguno en blanco, si 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 obtiene el correcto.

18. En la tarjeta índice los apellidos completos del paciente de acuerdo al DUI, certificación de partida de nacimiento, carné de minoría de edad, carné de residente, 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 si ésta tuviere uno solo, ese será el primer apellido y en el segundo apellido se pondrán guiones.
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 Amelia

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

APARICIO CRUZ (de) Amaya, Josefina -----

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 la tarjeta cuando se elimine el correspondiente expediente de acuerdo a las normas de conservación que aparecen en esta norma.
22. El manejo y mantenimiento del Tarjetero Índice de Pacientes debe estar asignado a un estadístico de mayor experiencia para garantizar la exactitud del archivo. Si por razones justificadas algún empleado del Departamento de ESDOMED necesita consultarlo debe obtener previamente autorización del estadístico responsable del tarjetero.
23. Las tarjetas índices se archivarán en estricto orden alfabético siguiendo esta 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.

24. 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.
25. La tarjeta de un paciente que tenga solo un apellido, se archivará primera en el bloque de tarjetas del apellido al que pertenece. Si hay varias tarjetas del mismo apellido deben ordenarse también por los nombres.
26. Para elaborar la tarjeta índice de un recién nacido enfermo que aún no ha sido inscrito 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.
27. Las tarjetas índices de los recién nacidos que no tengan un nombre asignado porque aún no los han inscrito en el registro del estado familiar de la respectiva alcaldía municipal, se archivarán adelante de las demás tarjetas con los mismos apellidos; si hay más de un niño con los mismos apellidos, las tarjetas se archivarán también por orden de fecha de nacimiento. Tener especial cuidado de completar cada tarjeta con el nombre del niño, si estando hospitalizado el niño ya fue inscrito en la alcaldía municipal respectiva, se solicitará la certificación de la partida de nacimiento a fin de completar el nombre; caso contrario el nombre se completará hasta cuando sea llevado para nueva atención en el establecimiento. Solicitar a los padres que presenten su DUI, carné de minoría de edad, carné de residente, pasaporte, para revisar y corregir los apellidos y nombres si fuera el caso. Evítese hasta donde sea posible elaborar tarjeta índice sin nombre del recién nacido.
28. Los pacientes que llegan a emergencia en estado grave o de inconsciencia y no portan ningún documento de identidad ni son acompañados por ningún conocido, su tarjeta se elaborará con datos físicos posibles y se complementará cuando haya mejorado su estado de salud o cuando un familiar que lo visite proporcione los datos. Si por razones justificables los datos personales del paciente no se pueden obtener, la tarjeta se archivará detrás de la guía alfabética de la letra N, que significará no identificado, ordenándolas cronológicamente según fecha de atención.

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 nuevo, 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. Si la tarjeta esta mal archivada indicar a la persona responsable la forma correcta de hacerlo.
32. Mensualmente, la sub-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 necesarios.
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 una numeradora con dígitos más grandes, solo para marcar el número del expediente en el fólter protector de éste, a fin de que sean más visibles al archivarlo o para su utilización en las diferentes atenciones.
36. Con el propósito de evitar errores de archivo en el Tarjetero Índice General de Pacientes, se recomienda 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 durante la jornada del día, lo que facilitará y agilizará su archivo al final del mismo.

37. El mobiliario para organizar el Tarjetero Índice de Pacientes debe ser preferentemente 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.
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 primer apellido. Cuando el primer apellido tenga muchas tarjetas índices elaboradas, Ejemplo: Amaya, Hernández, López, Pérez, también se colocaran guías para identificar el 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 correspondiente de los hospitales con facilidad de tecnología, que hagan la admisión e inscripción de pacientes y la elaboración del expediente a través de un sistema computarizado, diseñarán un plan anual operativo que contemple aspectos tales como: 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.
41. El director con su equipo técnico correspondiente de los hospitales que tengan computarizada la inscripción de pacientes y la elaboración 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. El director del hospital antes de implementar e implantar el sistema computarizado para la inscripción de pacientes y para la elaboración del expediente, 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.

CAPITULO III

PROCESO DE INSCRIPCION Y ADMISION DE PACIENTES EXTERNOS E INTERNOS AL HOSPITAL

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 apertura de expedientes. La inscripción y admisión se hará para los pacientes que se atenderán en Consulta Externa, Emergencia y Servicios de Hospitalización. Diseño de mueble para inscripción y admisión de pacientes, de acuerdo al modelo establecido en el anexo 5.
2. Los pacientes que se atiendan por referencia y solamente para que se les realice un examen especial tales como: mamografía, prueba tiroidea, ultrasonografía, o para que se les practique algún procedimiento médico como: colposcopia, ultrasonografía, endoscopia digestiva, no se les hará apertura de expediente, porque el reporte del examen o procedimiento realizado se identificará con los datos que envió el establecimiento que refirió al paciente.
3. La elaboración o apertura del expediente, se debe realizar hasta que se haya comprobado minuciosamente en el Tarjetero Índice que el paciente no tiene expediente en el hospital.
4. La inscripción de pacientes de primera vez, se debe realizar a través de una entrevista que permita obtener datos de identificación confiables, desarrollándola en un ambiente de respeto y cortesía hacia el paciente.
5. 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).
6. El paciente que durante su inscripción no presenta ningún documento de identidad establecido, se le anotará al pie de la ficha de identificación del expediente que no lo presento, observación que seguidamente será firmada por el paciente o si no pudiere firmar

- colocará las huellas de sus dedos pulgares izquierdo y derecho. Diseño de ficha de identificación del expediente, de acuerdo al modelo establecido en el anexo 6.
7. Especificar en la ficha de identificación del expediente, cuando los datos de identificación sean proporcionados por un familiar o acompañante, así también debe anotarse el nombre, parentesco y número de documento legal de quien dio datos. Diseño de ficha de identificación del expediente, de acuerdo al modelo establecido en el anexo 6.
 8. Para la inscripción de los niños que nacen enfermos dentro del hospital, se pedirá al servicio de maternidad la Ficha de Identificación del expediente de la madre y la Hoja de Plantares del recién nacido con el fin de llenar todos los datos de identificación de su propio expediente, solamente el nombre del recién nacido se dejará pendiente hasta que sus padres presenten la certificación de la partida de nacimiento.
 9. Inmediatamente después de la inscripción del paciente en el establecimiento de salud, entregar 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 al modelo establecido en anexo 7.
 11. El departamento, oficina o servicio de citas, 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 al modelo establecido en el anexo 8.
 12. El Departamento, oficina o servicio de citas, enviará a la Sección de Archivo las listas de pacientes citados con dos días de anticipación a la consulta médica, con el propósito de que se desarchiven oportunamente los expedientes o se localicen de no encontrarse archivados.
 13. El personal médico, enfermería, otro personal técnico y administrativo de consulta ambulatoria y de los servicios de hospitalización, deben realizar diferentes acciones educativas con los pacientes, para formarles el hábito de presentar su Carné de Identificación y Citas cada vez que soliciten cualquier tipo de atención en el hospital, lo cual

beneficiará el funcionamiento de la Sección de Admisión de Pacientes del Departamento de ESDOMED.

ADMISION DE PACIENTES A HOSPITALIZACION

14. Antes de elaborar la hoja de ingreso y egreso del expediente para iniciar el trámite de admisión de un paciente a los servicios de hospitalización, el estadístico del área de admisión hospitalaria revisará la respectiva orden de ingreso firmada y sellada por el médico tratante.
15. La Hoja de Ingreso y Egreso debe llenarse con sumo cuidado, actualizándose todos los datos de identificación del paciente y solicitando siempre documento de identidad de la persona que proporcione los datos del paciente cuando este no lo pueda hacer por sí mismo. Diseño de ficha de ingreso y egreso, de acuerdo al modelo establecido en el anexo 9.
16. La Sección de Admisión mantendrá un registro de pacientes que ingresan a los servicios de hospitalización, el contenido del registro será: número de expediente, nombre del paciente, edad, domicilio, fecha de ingreso y egreso, servicio de hospitalización de donde egresa, diagnóstico principal de egreso, días de estancia y condición de salida (vivo o muerto). Diseño de registro para ingreso y egreso de pacientes, de acuerdo al modelo establecido en el anexo 10.
17. La Sección de Admisión recibirá diariamente los expedientes de los pacientes que egresen vivos y muertos del hospital, revisando que la hoja de ingreso y egreso este correctamente llena y firmada por el médico tratante, de no cumplir con ello, devolverá el expediente a la enfermera jefe del servicio de hospitalización para su corrección y devolución inmediata.
18. El estadístico del área de admisión y egreso, verificará que el médico tratante de todo paciente fallecido en el hospital, anexe al expediente correspondiente, el Registro de Defunción establecido por la Dirección General de Estadística y Censos.
19. El médico esta obligado ha hacer todas las anotaciones en el Registro de Defunción de manera completa, con letra y números legibles, así como también ha escribir al final del documento su nombre, firma y sello del hospital.
20. El estadístico del área de admisión y egreso, es responsable de mantener un registro diario de los pacientes fallecidos en el hospital, el cual se conservará permanentemente. El Registro de Defunción puede llevarse en un libro orden book, numerando las páginas

correlativamente por año y contendrá los siguientes datos: número correlativo en el año, número de expediente, nombre del paciente fallecido, domicilio, sexo, edad, fecha de la defunción, diagnóstico principal, servicio de hospitalización, días de estancia y nombre del médico que elabora certificado de defunción. Diseño de registro diario para defunciones Hospitalarias, de acuerdo al modelo establecido en el anexo 11.

CAPITULO IV

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

ORGANIZACIÓN DE EXPEDIENTES CLINICOS

1. Toda atención o 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, Registro Diario de Egresos Hospitalarios, Libro de Atenciones Especiales del Personal no Médico.
2. Todos los pacientes que consulten en la Unidad de Emergencia también deben ser atendidos con expediente, a fin de resguardar los intereses legales y administrativos del hospital, como los intereses de salud de los pacientes.
3. Los expedientes son propiedad del hospital y es responsabilidad del Director Región SIBASI, de su equipo técnico, del director y del personal que conforma el Departamento de ESDOMED en cada hospital, mantener las condiciones necesarias para la organización, custodia, utilización, archivo y conservación de los expedientes.
4. La Sección de Archivo del Departamento de ESDOMED, es la sección especializada a la cual se delega la organización, custodia, archivo y conservación de los expedientes.
5. El Departamento de ESDOMED deberán disponer de suficiente área física para ubicar solo expedientes activos al que llamamos archivo activo y un área para ubicar solo expedientes inactivos que se conservarán y que se podrá denominar archivo pasivo.
6. El Archivo Activo se debe ubicar dentro del Departamento de ESDOMED inmediato a la Sección de Admisión de Pacientes. El Archivo Pasivo estará en un área relativamente cerca y accesible al archivo activo.
7. Los expedientes de los pacientes fallecidos se colocarán en el área física del archivo pasivo, pero se ubicaran en estantes separados, donde se ordenarán según el año en que ocurrió la defunción y según número correlativo del expediente. No deben archivarse según el año en que fue elaborado el expediente; porque el propósito es controlar el

tiempo de conservación de los expedientes y por ende facilitar su eliminación al final del periodo normado.

8. El director del hospital y el comité de expedientes son responsables de garantizar que para el archivo de expedientes se disponga de la estantería y del área física necesaria para ubicar los expedientes activos y pasivos. Así también se dotará al Departamento de ESDOMED de todos los insumos necesarios para elaborar los expedientes: cartapacios, formularios, sellos numeradores y fechadores, papel bond base 20.
9. Para archivar los expedientes activos se utilizará el método que haya seleccionado cada hospital el cual puede ser el Método Convencional, que funciona con numeración correlativa anual o el Método Numérico Dígito Terminal que funciona con numeración única y que puede ser de la modalidad Dígito Terminal Simple o Dígito Terminal Compuesto. Independientemente del método de archivo usado para archivar expedientes activos, cuando éstos se trasladan al archivo pasivo, el ordenamiento será correlativo anual para los que usan el Método Convencional y correlativo infinito para los que usan el Método Dígito Terminal.
10. Los hospitales de tercer nivel y los hospitales que tienen programa de docencia médica, mantendrán en archivo activo los expedientes que han sido elaborados o reactivados durante los últimos diez años. Salvo aquellos hospitales que por el tipo de pacientes que atienden, conservan los expedientes mayor tiempo, tales como: especialidades de psiquiatría, neumología, oncología, inmunología.
11. Los hospitales de segundo nivel mantendrán en archivo activo los expedientes elaborados o reactivados en los últimos siete años.
12. El número de años antes establecido 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 hospital. Por ningún motivo se determinarán los años ha mantener en archivo activo de acuerdo a la disponibilidad del espacio físico asignado al Departamento de ESDOMED como suele ocurrir, por ello es que el director del hospital con el Comité Local de Expedientes, deben buscar las diferentes soluciones a la falta de espacio físico, mobiliario y equipo cuando se tuviesen.
13. No se debe suprimir ningún formulario del expediente clínico, excepto cuando se requiera efectuar la depuración de los formularios para evitar el aumento de volumen innecesario

de cada expediente, lo cual permitirá ahorro de espacio en los estantes para archivo. Los únicos expedientes que no se depurarán son los que han sido o están siendo utilizados para documentar procesos legales.

14. El personal del Departamento de ESDOMED es responsable de hacer la depuración de los formularios del expediente cada vez que sea necesario. La depuración de los expedientes consistirá en eliminar formularios de menor importancia del penúltimo ingreso hospitalario o consulta externa los formularios 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, balance de líquidos, notas de servicio social, gráfico de temperatura y pulso.
15. Los formularios anteriores son a manera de guía el Comité de Expedientes puede incluir otros formularios, lo cual discutirán con el director del hospital. El director entregará por escrito al Jefe de Departamento de ESDOMED, la lista de formularios del expediente que se eliminarán periódicamente, a fin de que el personal de la Sección de Archivo Clínico del Departamento de ESDOMED cumpla con la responsabilidad que le compete.

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. 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
18. Toda solicitud de préstamo de expedientes será controlada mediante listas, vales, ya sea para el préstamo de un expediente el cual es vale individual o para el préstamo de varios expedientes que se llamará vale colectivo, tarjetones o guías de reemplazo y libro de saca.
19. 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.

20. Diariamente se devolverán al Departamento de ESDOMED los expedientes que se presten para los consultorios externos y de emergencia, siendo responsabilidad del personal de enfermería de cada consultorio cumplir con ello.
21. La Jefe de Enfermería de Consulta Externa notificará por escrito al Coordinador de la Sección de Archivo del Departamento de ESDOMED, la lista de expedientes que por alguna causa justificada no se devolverán el mismo día de la consulta; inmediatamente la persona encomendada de la Sección de Archivo los sustituirá por un tarjetón de reemplazo, el cual colocará en el lugar que ocupa habitualmente el expediente dentro del archivo.
22. Los expedientes que se presten a la dirección, trabajo social, administración u otra dependencia del establecimiento se controlarán a través de un vale individual; el préstamo del expediente no excederá de un día. Diseño de vale individual para préstamo de expediente, de acuerdo al modelo establecido en el anexo 12.
23. Los expedientes que se prestan para uso en docencia, investigación científica u otros usos se controlan 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 al modelo establecido en el anexo 13.
24. El préstamo de expedientes para docencia e investigación científica, no debe exceder de dos días y serán revisados dentro del Departamento de ESDOMED.
25. El personal médico y paramédico que necesite expedientes para fines de investigación científica y docencia, solicitará 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.
26. Solicitar autorización a la jefatura del Departamento de ESDOMED cuando los expedientes para investigación médica y docencia se necesiten utilizar por más de dos días, garantizando también al personal de la Sección de Archivo, que tendrán acceso permanente a los expedientes cuando los necesiten para la atención de los pacientes.

27. Los expedientes que han sido o están siendo utilizados en procesos legales y que se prestan para la atención del paciente, investigación médica y docencia, se revisaran minuciosamente al momento de su devolución para verificar que están completos todos sus folios antes de ser archivados.
28. Mantener un Libro de Saca para el controlar los expedientes que se prestarán a los tribunales siempre que medie una orden judicial de secuestro o préstamo de determinado expediente.
29. 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. El diseño del libro será el siguiente: número de expediente, nombre del paciente, edad, domicilio, diagnóstico principal, nombre del empleado que lleva expediente, numero de DUI, cargo que desempeña, lugar de trabajo, firma, fecha de entrega y fecha de devolución del expediente. Diseño de libro de saca, de acuerdo a modelo establecido en anexo 14.
30. 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 hospital exponiéndole las razones de la solicitud; el director valorará la petición y si es aceptada delegará a un médico la preparación de un resumen clínico del expediente para entregársela al solicitante.
31. 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.
32. Por ética profesional el personal del hospital que tiene acceso a la información de los expedientes, esta obligada a guardar confidencialidad sobre la información contenida en ellos.
33. El personal que labora en el hospital u otra persona natural que tiene o haya tenido acceso a los expedientes esta obligado a manipularlos con mucha responsabilidad, caso contrario incurrirá en faltas que serán notificadas al director del hospital.
34. Los expedientes que se retiran del archivo activo para ser utilizados por el paciente en los servicios de hospitalización o para utilizarse 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. Diseño de tarjetón de reemplazo, de acuerdo a modelo establecido en anexo 15.

35. Ningún expediente deberá salir del hospital salvo para una atención de un paciente que estando hospitalizado necesite ser atendido en otra institución de salud pública o cuando lo requiera la autoridad jurisdiccional competente. El paciente al que se le realizará un procedimiento médico o examen especial en una clínica privada, llevará solamente la orden del procedimiento o examen que ha extendido el médico tratante; si el paciente se refiere para una interconsulta en clínica privada, llevará únicamente un resumen clínico que elaborará el médico tratante.
36. Los expedientes que saldrán del hospital para ser usados en instituciones de salud pública o por la autoridad jurisdiccional competente, serán autorizados únicamente por la dirección del hospital, quien indicara por escrito al jefe del Departamento de ESDOMED la autorización para entregar el expediente.
37. El médico tratante que determine la necesidad de enviar a un paciente a otro hospital nacional, para que reciba una interconsulta, tratamiento o procedimiento, coordinará la salida del expediente con el director del hospital y con el jefe del Departamento de ESDOMED, quien elaborara el control de préstamo del expediente. El personal de salud encargado del paciente fuera del hospital, será también responsable de la custodia del expediente.
38. Para garantizar la integridad de los expediente, todos sus formularios deben ser foliados desde el momento en que se elabora el expediente y se continuarán 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 última página del expediente clínico con el número 1 en forma cronológica hacia la 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 expediente, nombre, firma y sello la presente en la Ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año Dos mil _____.

39. 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.
40. El director del establecimiento de salud es el funcionario autorizado para dar información del expediente a la policía, la Fiscalía General de la República en casos urgentes comprobados o cuando haya una orden de un tribunal competente. En ausencia del director, la autorización emanara del médico que el haya delegado. El director o su delegado dará por escrito al jefe del Departamento de ESDOMED, la indicación de proporcionar la información o el expediente.
41. Todos los expedientes clínicos, podrán ponerse a disposición de las siguientes autoridades:
 - Jueces de Paz
 - Jueces de Instrucción
 - Jueces de Sentencia
 - Fiscal General de la República, o sus auxiliares
 - Director Policial Nacional Civil, o sus auxiliares
 - Procuradora para la Defensa de los Derechos Humanos, o sus auxiliares
 - Procurador General de la República, o sus auxiliares

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

42. Los expedientes que la autoridad jurisdiccional competente necesite usar para apoyar procesos legales, los solicitará al Director del Hospital, previa entrega de la orden de secuestro emitida por las autoridades anteriormente citadas.
43. El expediente que sea requerido por autoridad jurisdiccional competente deberá entregarse en fotocopia la cual estará debidamente foliada y certificada; la certificación administrativa eleva el expediente a la calidad de documento original. El expediente original se dejará para mantenerlo en el archivo clínico del Departamento de ESDOMED.
44. Las autoridades, funcionarios o empleados autorizados para tramitar el préstamo de un expediente, deben guardar total consideración con los empleados del Departamento de ESDOMED.
45. Los expedientes que pertenezcan a pacientes fallecidos dentro de la institución por cualquier causa, sea ésta natural, autoinflingida y por todas las consecuencias de hechos de violencia, debe anotárseles inmediatamente de que egrese el paciente el total de folios útiles que contiene el expediente.
46. 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 esta norma.
47. Por ningún motivo el personal de la Sección de Archivo u otro empleado del hospital, entregará expedientes a personas que no pertenezcan a la institución y que no sean autorizadas por la Dirección Médica.
48. Cuando se le haya comprobado a un empleado del hospital 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 Hospital.
49. Cada expediente será protegido por un fólder para evitar el deterioro normal ocasionado por su continuo uso. El personal de la sección de archivo cambiará los fóliders cuando

estén deteriorados y mantendrá todos los formularios del expediente en las mejores condiciones posibles.

50. La administración del hospital proveerá al personal que trabaja en la Sección de Archivo de guantes, mascarillas y gabachas para resguardar su salud por la constante manipulación de los expedientes con partículas de polvo u otro contaminante.

UTILIZACIÓN DEL EXPEDIENTE CLINICO

51. 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 del paciente, edad y número de expediente. Cuando el paciente se retire voluntariamente sin esperar la atención que solicitó, se debe justificar en el expediente para resguardar la responsabilidad del personal de salud.
52. El expediente contendrá toda información y documentación que garantice y certifique la atención del paciente.
53. Las anotaciones en el expediente se harán con tinta, con letra y números legible 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 permitirán expedientes con manchones, borrones, tachaduras o enmendaduras en lo escrito.
54. 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. Queda prohibido también hacer anotaciones ajenas a la atención del paciente o que lesionen el principio ético del ejercicio de la profesión.
55. 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.
56. 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.

57. Corresponde al personal de enfermería de los servicios de hospitalización, anexar correctamente al expediente los resultados de exámenes, estudios u otros reportes médicos del paciente, cuando tenga éste a su cargo.
58. El personal médico y de enfermería serán responsables porque todo paciente interno que exija el alta, firme como requisito un acta en la cual exonera de toda responsabilidad al personal de salud; el acta será firmada por el paciente, archivándola inmediatamente en su respectivo expediente. Diseño de acta por alta exigida, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 16.
59. El personal de enfermería será responsable de levantar un acta por el paciente interno en el servicio de hospitalización a su cargo que abandone el hospital, el acta se archivará inmediatamente en el respectivo expediente. Diseño de acta por abandono del paciente del centro hospitalario, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 17.
60. Corresponde al personal de enfermería de cada servicio de hospitalización, enviar inmediatamente a la Sección de Admisión del Departamento de ESDOMED, los expedientes de los paciente que han exigido el alta o que han abandonado el hospital.
61. El personal de enfermería de cada servicio de hospitalización es responsable de enviar diariamente a la Sección de Admisión del Departamento de ESDOMED, los expedientes de los pacientes tan pronto reciban el alta médica del hospital. Cada expediente se entregara con formularios completos, correctamente llenados y ordenados.
62. El paciente que será tratado con un procedimiento médico o quirúrgico debe dar previamente su consentimiento informado; sí se tratase de un menor de edad la autorización la darán sus padres o se representante legal. Antes de efectuársele el procedimiento médico se le informará de las ventajas y riesgos del mismo; el consentimiento debe ser solicitado por el profesional que llevara a cabo el procedimiento y estará claramente especificado en el formulario respectivo. Si por algún motivo el paciente no puede firmar, podrá hacerlo un pariente dentro del primero a cuarto grado de consanguinidad. Formulario para consentimiento informado, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 18.
63. Cuando un paciente se niegue ha recibir algún tratamiento u operación y su salud o su vida peligran por falta del tratamiento indicado, el hospital deberá exigir que el paciente, esposo o esposa, parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad 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 a diseño establecido en anexo 19.

ANEXO DE EXAMENES

64. 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 y a los servicios de hospitalización, cuando el paciente se encuentre ingresado en la institución.
65. 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.
66. La Jefatura del Departamento de ESDOMED notificará por escrito a las jefaturas de enfermería de consulta externa, emergencia, servicios de hospitalización, jefe del departamento de 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

67. El Sub-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 periodo de préstamo.

Procedimiento para ubicar expedientes mal archivados:

- 1- Verificar que el expediente no esté dentro de fólder del expediente de otro paciente, es decir, debe buscarse en los expedientes adyacentes dentro del archivo.
- 2- Revisar separadamente el grupo entero de expedientes archivados detrás de la guía auxiliar de archivo. Por ejemplo: Si se está buscando el número correlativo 1589- 03, examine primero todos los expedientes ubicados detrás de la guía 1500 del año 2003; luego revise los expedientes ubicados en el espacio de cada decena, ejemplo: 1509, 1519, 1529, 1539, etc. Hasta llegar 1599, inclusive. Revisar el expediente número 1598 considerando que puede ocurrir una transposición de dígitos finales o sea, que el número 1589 se confunda con 1598.

Procedimiento para detectar duplicación y extravío de expedientes

1. Seleccionar el año que se revisará, y dentro de este el entrepaño sujeto a control.
 2. Dentro del entrepaño seleccionado, localizar un expediente por cada 50 expedientes o el rango que estime conveniente según el tamaño del archivo.
 3. Verificar con el expediente anterior y el posterior si el expediente esta bien archivado.
 4. Verificar la identificación del expediente en el índice de pacientes, para comprobar su exactitud.
 5. Si la unidad a muestrear cae en un tarjetón de reemplazo (guía de faltante), verificar en éste el destino del expediente y la fecha de salida, para darle el seguimiento al periodo de préstamo otorgado.
68. El Coordinador de la Sección de Archivo es responsable de verificar que los expedientes se mantengan en óptimas condiciones, que se archiven diariamente, que se apliquen correctamente los controles de préstamo de expedientes, así como y que se cumplan los plazos de préstamo autorizados.

CONSERVACION DE EXPEDIENTES CLINICOS

69. Cada establecimiento de salud deberá mantener en forma permanente, un programa de depuración de archivos para extraer los expedientes inactivos.
70. El archivo activo de expedientes se depurará al finalizar cada año calendario, para lo cual se revisaran los expedientes elaborados durante el año más antiguo de la serie de años que se mantienen en archivo activo, con el propósito de determinar que expedientes ameritan conservarse en archivo pasivo y que expedientes por estar inactivos y tener diagnósticos de menor importancia deben ser incinerados.
71. Para realizar la revisión de los expedientes que se conservarán o eliminarán, se verificarán 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.
72. El expediente que no ha sido utilizado por el paciente para ninguna atención dentro del hospital en los últimos cinco 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 cinco años establecidos son un promedio del tiempo en que los expedientes pueden volverse inactivos, porque el paciente ya no regresa a solicitar ningún tipo de atención.
73. 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

The diagram shows a folder with a form inside. The form has a header section for 'No. de Expediente Clínico:' followed by a line for the number. Below this is a table with two columns: 'Apellidos' and 'Nombres'. The 'Nombres' column contains a vertical list of years from 2003 to 2011, with horizontal lines next to 2003 and 2004, indicating where a mark should be placed.

Apellidos	Nombres
	2003
	2004
	2005
	2006
	2007
	2008
	2009
	2010
	2011

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.
74. Los expedientes inactivos de pacientes que tienen diagnósticos de enfermedades crónicas 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
- Control de Planificación Familiar
- Dengue Hemorrágico
- Desnutrición
- Diabetes Mellitus
- Difteria
- Embarazos de alta riesgo y partos por cesárea de mujeres en edad reproductora
- Encefalitis y Meningitis Viral
- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedades Cardíacas
- Enfermedades Cerebrovasculares
- Enfermedades de arterias, arteriolas y vasos capilares
- Enfermedades Depresivas
- Enfermedades Glomerulares
- Enfermedades Hipertensivas
- Enfermedades Isquémicas del Corazón
- Enfermedades con internación psiquiátricas
- Epilepsias
- Esclerosis Múltiples
- Fiebre Reumática Aguda
- Enfermedad de Tiroides
- Enfermedad pulmonar infiltrativa difusa
- Empiema
- Glaucoma
- Hepatitis Viral
- Infecciones Meningocócicas
- Insuficiencia Renal
- Leishmaniasis
- Lepra
- Leptospirosis
- Lesiones por hechos de violencia
- Malformaciones Congénitas
- Pleuresia
- Pacientes que se les ha efectuado trasplantes, implantación de prótesis u ortésis.
- Poliomielitis
- Retraso Mental
- Sarampión
- Sífilis Congénita
- Tétanos
- Tos ferina
- Trasplante de órganos
- Trastornos de Glándulas Endocrinas
- Trastornos del riñón
- Trastornos Metabólicos
- Tuberculosis de toda localización
- Tumores Malignos, In situ, Benignos, Comportamiento in cierto o desconocido
- VIH/SIDA

La lista anterior solamente se presenta como ejemplo, se han seleccionado esos diagnósticos por tratarse de padecimientos crónicos que posiblemente demanden nuevas consultas. Los expedientes a conservar en archivo pasivo dependen también de las especialidades médicas que atiende el hospital.

75. El Comité Local de Expedientes Clínicos 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; o deciden conservarlos por otros medios como microfilmación o computarización de los expedientes.

76. La selección de expedientes que se conservarán en archivo pasivo deberá ser realizada por personal médico interno, residente o de año social, quienes serán previamente capacitados por el representante del Comité Local de Expedientes.
77. Los expedientes ubicados en archivo pasivo que cumplan su periodo 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 se hará constar en un acta que conservará la jefatura del Departamento de ESDOMED. Diseño de acta para destrucción de expedientes pasivos, de acuerdo al modelo establecido en el anexo 20.
78. A las tarjetas índices de los expedientes que pasaran al archivo pasivo se les deberá escribir a 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.
79. Cuando solicite atención un paciente que tiene el 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 hace 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.
80. Se levantará un acta de aquellos expedientes que se pierdan o inutilicen debido a desastres naturales tales como: terremotos, incendios, 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 por personal de salud, deberá ser firmada por la persona que perdió el o los expedientes, por su jefatura inmediata, por el director del hospital y por el jefe del Departamento de ESDOMED. Diseño de acta por inutilización o extravío de expedientes, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 21
81. Los expedientes que se consideran inactivos y que tienen 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 el anexo 22.

82. Extraer del Tarjetero Índice de Pacientes 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.
83. Los expedientes que correspondan a pacientes fallecidos por enfermedad natural se conservaran en archivo pasivo por cinco años a partir de la fecha de la defunción, tiempo después del cual pueden incinerarse, pero con una exhaustiva revisión de su contenido, ya que alguna defunción ocurrida por causas aparentemente naturales, puede posteriormente convertirse en una situación legal. Lo actuado se hará con previa autorización del Director del Establecimiento, haciéndolo constar en un acta que conservará la jefatura del Departamento de ESDOMED. acta para destrucción de expedientes de pacientes fallecidos por enfermedad natural, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 23.
84. Los expedientes de pacientes que fallezcan por lesiones ocasionadas en hechos de violencia o accidentes de tránsito se conservarán en archivo pasivo por diez años a partir de la fecha de defunción, tiempo después del cual pueden incinerarse; todo lo actuado se hará con previa autorización del Director del Establecimiento, haciéndolo constar en un acta que conservará la jefatura del Departamento de ESDOMED. Acta para destrucción de expedientes de pacientes fallecidos por lesiones en hechos de violencia, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 24.
85. Las tarjetas índices de pacientes fallecidos serán marcadas en el margen superior derecho con una letra "F" para identificar que el expediente esta en archivo de fallecidos, así cuando se necesite para usos legales, científicos, docentes u otros usos se encontrará rápidamente. La tarjeta índice de los pacientes fallecidos debe mantenerse en el Tarjetero Índice General de Pacientes y se destruirá hasta que se elimine el expediente, haciendo antes un listado con el nombre de los pacientes que se les incinerará el expediente, conservar el listado por dos años.

86. El Sub- 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 y en el archivo de pacientes fallecidos.

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 y el Jefe del Departamento de ESDOMED, desde la etapa de la planificación del mismo, para evitar problemas futuros de espacio en el archivo

87. 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.
88. Asignar también una área física para ubicar el archivo de expedientes pasivos y el archivo de expedientes de pacientes fallecidos, la cual estará inmediata al archivo de expedientes activos.
89. 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.

MOBILIARIO Y EQUIPO PARA ARCHIVO DE EXPEDIENTES

90. El Comité Local de Expedientes, debe presentar a la dirección del hospital 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.
91. La Sección de Archivo para su adecuado funcionamiento debe disponer de estantería metálica, mesas de trabajo, preclasificadores de expedientes, escaleras metálicas, carros

para la distribución de los expedientes intercomunicadores, teléfonos y otro mobiliario y equipo que se considere necesario para el buen rendimiento de los empleados como para el aprovechamiento del espacio físico.

92. El número de estantes deberá 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. El cálculo de estantería, se hará de acuerdo al procedimiento siguiente:

PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE ESTANTERÍA

El número de estantes que se necesita depende del número de metros lineales de Expedientes Clínicos que hay que acomodar y esto, a su vez, depende del número de Expedientes Clínicos y el grosor de éstos.

1. Calcule el número de Expedientes Clínicos que se piensa archivar. Esto será la suma de los Expedientes Clínicos existentes más los Expedientes Clínicos que se incorporarán al archivo. Hágase las siguientes preguntas. ¿Estaremos eliminando algunos de los Expedientes Clínicos existentes, y en caso afirmativo, cuántas y cuando las eliminaremos? ¿Cuántos Expedientes Clínicos estaremos abriendo cada año del período para el cual estamos programando? ¿podemos basarnos en las experiencias de los últimos años o habrán cambios debido a la incorporación de camas o consultorios adicionales o de nuevos servicios o a la eliminación de algunas camas, consultorios o servicios?
2. Calcule el espacio lineal que ocupan los Expedientes Clínicos multiplicando el número de Expedientes clínicos por el espacio promedio que cada uno de éstos ocupa (el grosor promedio de los Expedientes clínicos).

Cuánto espacio ocupa, en promedio, cada Expediente Clínico actualmente? Para obtener este dato elija al azar una muestra de entrepaños, mida el espacio que ocupan los Expedientes Clínicos en el entrepaño, cuente y sume el total de Expedientes Clínicos, calcule el promedio.

Entrepaños	Número de Expedientes Clínicos	Espacio lineal en cm.
Entrepaño 1	258	81
Entrepaño 2	276	86
Entrepaño 3	265	88
Entrepaño 4	262	90
Entrepaño 5	246	85
	1.307 E.C.	430 cm.

$430 \text{ cm} \div 1.307 \text{ E.C.} = 0,33 \text{ cm.}$

Diferentes estudios han demostrado que se puede utilizar el dato que en promedio cada Expediente Clínico ocupa 0,33 cm o, dicho de otra manera, se podrán archivar tres Expedientes Clínicos por centímetro. Si se calcula que un archivo tendrá 300,000 Expedientes Clínicos, a razón de tres Expedientes Clínicos por centímetro, éstos ocuparán 100,000 cm., o sea 1,000 metros lineales. ¿Serán los Expedientes Clínicos que se abren en el futuro de este mismo tamaño o serán más gruesas o más finas?

3. Calcule el espacio de trabajo para el aumento del grosor de los Expedientes Clínicos. Es necesario dejar algún espacio de trabajo libre en cada entrepaño para facilitar el proceso de archivo. Además, una de las características del Expediente Clínico único, es que aumentan en grosor a medida que el paciente vuelve a ser atendido y se agregan más formularios al Expediente Clínico. Debe calcularse como mínimo un 10% del espacio que ocupan los Expedientes clínicos; si se anticipa que los Expedientes Clínicos en el futuro serán más gruesas, convendría aumentar esto a un 20%.
4. Determine el espacio total que se requerirá. Esto es, la suma del espacio requerido para los Expedientes Clínicos más el espacio de expansión de éstas y trabajo. Ejemplo: $100,000 \text{ cm} + 10,000 (10\%) = 110,000 \text{ cm}$. De este número se restará la capacidad de la estantería existente, si es que la hay, y se haya decidido usarla. Por ejemplo: si actualmente se cuenta con 50 estantes de 6 entrepaños de 90cm, la capacidad máxima de la estantería existente es de 27,000 cms. ($90 \text{ cm} \times 6 \times 50$) y se necesitan 110,000 cm - 27,000 cm u 83,000 cm adicionales.

5. Determine la capacidad de cada estante que se está considerando comprar o hacer construir. Por ejemplo:, si el estante cuenta con 6 entrepaños de 90 cm, su capacidad máxima de archivo es 540 cm. Si piensa hacer construir estantes de 7 entrepaños de 1,0 metro de largo, la capacidad máxima es 700 cm.

6. Calcule el número de estantes requeridos. Divida los centímetros lineales de estantería requeridos entre la capacidad máxima del estante propuesto. Por ejemplo, si se necesita acomodar 83,000 cm lineales de Expediente Clínico y el estante propuesto tiene una capacidad de 540 cm, se necesitan 154 estantes ($83,000/540 = 153,7$ ò 154).

Ejemplo:

El hospital X, tipo general, con un alto volumen de consulta externa, 250 camas, desea cambiar todo el equipo de archivo de Expedientes clínicos. El administrador del hospital desea adquirir estantes abiertos, metálicos de 6 entrepaños, cuyas medidas son de 0,90 m de largo 0.30 de ancho y de 1,92 m de alto.

Actualmente el hospital tiene 284.556 Expedientes Clínicos y se espera para los próximos cinco años la apertura de 515 Expedientes Clínicos como promedio mensual. En promedio, tres Expedientes Clínicos ocupan 1 cm y se ha estimado el 10% de espacio para el crecimiento interno de las mismas y 5 cm para manipulación.

¿Cuántos estantes necesita comprar el hospital?

Cálculo:

- a) Estime el número de expedientes clínicos que se piensa archivar.

Expedientes Clínicos	284,556
Expedientes futuros (515 x 12 x 5)	<u>30,900</u>
Total de expedientes	315,456

- b) Calcule el espacio que ocuparán los expedientes
(Se estima que se archivarán 3 Expedientes por centímetro)

$$\frac{315,456}{3} = 105,152 \text{ cm}$$

- c) Calcule el espacio de trabajo y para aumento de grosor
(Se ha estimado un 10%)

$$105,152 \times 0,10 = 10,515 \text{ cm}$$

- d) Calcule el espacio total requerido

$$105,152 \text{ cm} + 10,515 \text{ cm} = 115.667 \text{ cm}$$

- e) Calcule la capacidad del estante que se piensa adquirir

(el administrador desea estantes de 6 entrepaños de 90 cm de largo).

Observe que éstos son los únicos dos datos que interesan para el cálculo de capacidad del estante)

$$90 \text{ cm} \times 6 \text{ entrepaños requeridos} = 540 \text{ cm por estante}$$

- f) Calcule el número de estantes requeridos

$$\frac{115,667}{540} = 214.19 \text{ } \hat{=} 215 \text{ estantes}$$

$$540$$

NOTA: Este número de estantes no toma en cuenta aquellos que se pueden precisar para guardar los Expedientes Clínicos que se han preparado para la consulta externa o para clasificar los Expedientes Clínicos devueltos al archivo.

93. Los estantes para el archivo de expedientes deben ser metálicos por su resistencia y duración, de doble cuerpo, de 6 a 7 entrepaños, con 3 separadores metálicos móviles 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 la altura entre el piso y el primer entrepaño. Diseño de estante metálico, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 25.
94. Los estantes se colocarán en filas dobles, dejando 1 metro 25 cms. 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.

95. 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.
96. 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.
97. Los hospitales que utilizan el Método de Archivo Convencional, el cual funciona con numeración correlativa anual, deben tener identificado cada estante con una guía donde se anote el año al cual corresponden los expedientes 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.
98. Los hospitales que utilizan el Método de Archivo Dígito Terminal, el cual funciona con numeración correlativa única deben tener colocada una guía numérica por cada una de las secciones que conforman el archivo, a su vez dentro de cada sección deben ubicar guías por cada una de las divisiones que conforman la sección y dentro de cada división deben ponerse guías por cada cien número finales.
99. 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 para mueble clasificador de expedientes, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 26.
100. El envío de los expedientes a la consulta ambulatoria se puede realizar de varias maneras y cada una tendrá sus ventajas y desventajas, sin embargo el trabajador de servicio asignado al Departamento de ESDOMED debe disponer de un transporte propio para expedientes en el que los ordenará según su destino de entrega. Diseño de carro para transporte de expedientes, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 27.

101. Si 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 28.
102. 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 CLINICOS

103. Todos los hospitales deberán tener un Comité Local de Expedientes, el cual será designado por el Director del Establecimiento para que ejerza en el cargo durante dos años; se integrará por el Médico Epidemiólogo, por un representante médico de consulta externa, emergencia, departamentos de medicina, cirugía, pediatría y ginecobstetricia. También deben integrar el comité la enfermera jefe de consulta externa, la enfermera jefe de los servicios de hospitalización, el asesor jurídico y el jefe del Departamento de Estadística y Documentos Médico quien deberá ser miembro permanente.
104. El presidente del comité debe ser un miembro del cuerpo médico, con amplia experiencia y con conocimiento sobre las funciones y responsabilidades en comités de esta naturaleza.
105. En las reuniones del comité deben participar también representantes de otros servicios o departamentos, cuando se traten problemas específicos de su interés, tales como el jefe de laboratorio, jefe de radiología y otros.
106. En hospitales con docencia médica debe incorporarse un médico residente de último año, ya que ello ayuda a que se interesen desde su formación en el manejo adecuado de los expedientes.

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

- β Velar porque el personal médico de fiel cumplimiento a esta norma, en todos los aspectos que por su función profesional les corresponda.
- β Recomendar a la dirección del establecimiento la aprobación, uso y cambios necesarios en los formularios especiales del expediente.
- β 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
- β 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.
- β Asegurar que el personal del Departamento de ESDOMED esta utilizando las técnicas más convenientes para manejo, custodia, archivo y conservación de los expedientes.
- β 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.
- β 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.
- β 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 de salud.

108. El comité se reunirá ordinariamente cada quince días y extraordinariamente cada vez que sea convocado por la dirección médica. De cada sesión se elaborará y conservará un acta con la asistencia y los acuerdos alcanzados.

CAPITULO V

PROCESO DE EVALUACIÓN TÉCNICA DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS

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

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 del área de admisión a hospitalización, debe comprobar diariamente la recepción de los expedientes de los pacientes egresados el día anterior, lo cual cotejará con el listado de pacientes egresado.

ORDENAMIENTO DE FORMULARIOS DEL EXPEDIENTE

2. Los formularios básicos y especiales que forman el expediente de cada paciente atendido en el servicio de hospitalización, deberán ser ordenados dentro del fólder que cubre el expediente.
3. El ordenamiento de los formularios utilizados será distinto cuando el expediente este en la sala de hospitalización de cuando este en el archivo. Durante la hospitalización el orden de los formularios facilita una mejor respuesta a las necesidades inmediatas en la atención del paciente; para el archivo el orden de los formularios es diferente, a fin de que respondan a la atención médica posterior y para usos de investigación, docencia, administrativos.
4. El ordenamiento de los formularios del expediente se hará de acuerdo a un orden preestablecido, el orden de los formularios es diferente cuando esta siendo utilizado para la atención del paciente en los servicios de hospitalización y cuando el expediente se esta preparando para ser archivado. El ordenamiento general normado es el siguiente:

SALA DE HOSPITALIZACION	ARCHIVO CLINICO
Hoja gráfica	Hoja de ingreso y egreso
Exámenes de Laboratorio	Epicrisis
Otros exámenes auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Hoja de Emergencia(si aplica)
Ordenes médicas	Anamnesis y examen físico
Notas de enfermería	Informe de interconsultas
Informe de interconsultas	Exámenes de laboratorio
Informe de operación	Informe de operación
Informe de Recuperación	Informe de parto
Informe de anestesia	Informe de anestesia
Informe anatómo-patológico	Informe de Recuperación
Anamnesis y Examen físico	Informe anatómo-patológico
Historia prenatal y del parto (si aplica)	Informe de otros tratamientos
Hoja de autorizaciones	Otros exámenes auxiliares de diagnóstico o tratamiento
Hoja de Emergencia(si aplica)	Hoja de autorizaciones
Hoja de ingreso y egreso	Notas de Evolución
Epicrisis o resumen de alta	Ordenes médicas
Otros informes	Hoja gráfica
	Notas de enfermería
	Otros informes

En casos especiales el ordenamiento puede cambiar de acuerdo a las especialidades médicas que atiende el hospital, por lo que el Comité Local de Expedientes debe analizar el orden de formularios que más se adapte a las necesidades médicas.

5. Los formularios de los expedientes de pacientes egresados de hospitalización se ordenarán en el Departamento de ESDOMED, inmediatamente de recibirse de los servicios de hospitalización. El ordenamiento de formularios del expediente, se hará de acuerdo al siguiente procedimiento:

**PROCEDIMIENTO PARA ORDENAR FORMULARIOS DE
EXPEDIENTES DE PACIENTES EGRESADOS**

- 1- Verificar la identificación en todos los formularios (nombre del paciente y número de expediente respectivo).
- 2- Si el nombre y número de expediente registrado en un formulario contiene algún error o esta sin datos de identificación, debe corregirse después de verificar el dato en otros formularios del expediente.

- 3- Si en el expediente que revisa se encuentra algún formulario correspondiente a otro paciente, incorpórelo al expediente correspondiente.
 - 4- Depurar el expediente extrayendo los formularios en blanco, los cuales se deben acumular en lugares designados para almacenaje y utilizarse cuando se necesiten.
 - 5- Si estos formularios tienen la identificación del paciente, verificar si hacen falta para completar el expediente del paciente, en cuyo caso se colocaran en el lugar correspondiente, de lo contrario se destruyen.
 - 6- Compaginar los formularios del expediente por episodios de atención separando los formularios de las hospitalizaciones entre si y los formularios de la consulta externa.
 - 7- Compaginar los ejemplares de un mismo formulario ejemplo: formularios de evolución, ordenes médicas, etc., colocarlos en orden cronológico ascendente.
 - 8- Ordenar los formularios de acuerdo al orden preestablecido por el comité de expedientes del establecimiento o por el orden sugerido en el capítulo No. 5 de ésta normativa.
 - 9- Colocar el expediente dentro del fólder en estricto orden cronológico invertido, es decir dejando al principio el conjunto de formularios del egreso más reciente.
6. Es responsabilidad de la Sección de Evaluación Técnica efectuar ordenamiento de los formularios de los expedientes de pacientes egresados de hospitalización; realizando a continuación el análisis cuantitativo a cada expediente.
 7. Los expedientes de pacientes que reciban atención sólo en consulta externa, también se ordenaran antes de su archivo, con el propósito de facilitar su consulta posterior.
 - s Ficha de identificación
 - s Historia clínica
 - s Continuación de historia clínica
 - s Hoja para anotaciones de enfermería
 - s Hoja para pegar resultados de laboratorio
 - s Otros exámenes 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

ANÁLISIS CUANTITATIVO DEL EXPEDIENTE

8. Los Departamentos de ESDOMED de todos los hospitales deben realizar análisis cuantitativo a los expedientes de los pacientes egresado de hospitalización, ello se deberá realizar antes de hacer la codificación de los diagnósticos de egresos hospitalarios. El análisis cuantitativo de expedientes, se hará de acuerdo al siguiente procedimiento.

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ANÁLISIS CUANTITATIVO A EXPEDIENTES DE PACIENTES EGRESADOS DE HOSPITALIZACIÓN

1. Verificar que el número de expediente coincida 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 documenten su atención hospitalaria. Si falta algún formulario anótelos en la hoja de análisis cuantitativo.
3. Para mejor comprensión de lo anterior se presentan dos ejemplos: si es un egreso de cirugía, debe aparecer en ese expediente, además de otros formularios el informe de operación y el informe de anestesia; si es un egreso de obstetricia por parto normal, el expediente debe contener entre otros, el informe de trabajo de parto y formularios del recién nacido.
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, anótelos en la hoja de análisis cuantitativo.

5. Revisar que los formularios hayan sido llenados correctamente. Por ejemplo, en la hoja de ingreso y egreso, deben estar registrados todos los datos de identificación personal del paciente, diagnósticos médicos anotados por orden de importancia, especificados con todos los calificativos necesarios, congruentes con el servicio de donde egresa el paciente, etc.
6. Para detectar diagnósticos ocultos no registrados en la hoja de ingreso y egreso, revisar todos los formularios, especialmente el de evolución, operación, anestesia y otros afines. De encontrarse diagnósticos ocultos, registrar la omisión de datos en la hoja del análisis cuantitativo, para ser revisado por el médico tratante.
7. Revisar que los procedimientos quirúrgicos registrados en la hoja de ingreso y egreso, estén de acuerdo, con los procedimientos registrados en el informe de operaciones. Así también verificar que la fecha de operación anotada en el informe coincida con la de las notas de evolución donde se describe el procedimiento.
8. Revisar que la fecha de ingreso coincida con la registrada en las notas de enfermería. En caso de que el paciente ingresará directamente a la sala de operaciones o de partos, la fecha correcta será cuando el paciente entre al servicio de hospitalización.
9. Revisar el número de días de estancia en la hoja de ingreso y egreso, debiendo coincidir con el resultado de restar a la fecha de ingreso la del egreso; salvo que el paciente haya ingresado y egresado el mismo día, en tal caso calcule como un día de estancia(se cuenta el día de ingreso no el de egreso).
10. También es importante corroborar la frecuencia de anotaciones (de acuerdo a normas establecidas) en los formularios de ordenes médicas, notas de evolución, notas de enfermería y otros.

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

9. El análisis cuantitativo que se haga a cada expediente debe quedar debidamente documentado para verificar su consistencia y para que sirva como comprobante de la falta de formularios que documenten la atención al paciente, así como también para comprobar la cantidad de datos incompletos en los formularios y la presencia de errores e inconsistencias.
10. 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 el anexo 29.

CONTROL Y CORRECCION DE EXPEDIENTES INCOMPLETOS

11. 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.
12. El personal de la Sección de Estadística del Departamento de ESDOMED, es el responsable de verificar que los mecanismos de control implantadas para corregir los expedientes incompletos, sean eficaces y tendientes a agilizar la obtención de datos completos.
13. La jefatura del Departamento de ESDOMED, notificará por escrito y cada vez que sea necesario a los jefes de los servicios de hospitalización y consulta ambulatoria, 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.
14. Inmediatamente de realizado el análisis cuantitativo y haberse completado los expedientes inconsistentes, deben trasladarse al Comité Local de Expedientes, para que les realicen el análisis cualitativo.

EVALUACION CUALITATIVA

15. La evaluación cualitativa de los expedientes será ejecutada por el Comité Local de Expedientes, con el propósito de garantizar que los expedientes de los pacientes egresados de los servicios de hospitalización, tengan suficiente información en calidad y cantidad sobre cada atención prestada.

16. El Comité Local de Expedientes evaluará periódicamente la calidad de anotaciones en los expedientes, tomando como base sus propias normas definidas sobre una adecuada atención de salud; los resultados del análisis cualitativo serán comunicados al director del establecimiento y cuerpo médico involucrado.

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 y servicios de hospitalización, se utilizarán 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 realizará 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, en falta de éstos en pre-tabuladores propios que haya creado cada establecimiento de salud para facilitar y garantizar la calidad de datos que anotará diariamente en el tabulador.
3. Los pre-tabuladores o registros diarios se totalizarán 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 que existan sobre el mismo dato y confiables en el sentido que reflejen veracidad en las acciones de salud realizadas o atenciones brindadas.
6. El profesional responsable o encargado de cada programa de salud o la jefatura de departamento o servicio, es el único responsable de garantizar la veracidad y oportunidad de los datos anotados en el Tabulador Diario de Actividades.

7. El último día hábil de cada mes, se totalizará el Tabulador Diario de Actividades por el jefe de departamento, servicio o encargado del programa, entregándolo inmediatamente a la Jefatura del Departamento de ESDOMED.
8. El primer día hábil de cada mes el estadístico responsable en la Sección de Procesamiento de datos 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 a la jefatura del programa o del servicio correspondiente para su inmediata corrección.
9. El Jefe del Departamento de ESDOMED informará mensualmente al director del establecimiento, el departamento, servicio o programa que no entrega el tabulador en la fecha establecida, o que lo entrega sin revisión, o que no atiende solicitud de corrección de datos cuando procede, esto con el único propósito de buscar soluciones inmediatas para obtener información estadística de la más alta calidad.
10. El segundo día hábil de cada mes, el estadístico responsable hará la captura de datos del Tabulador Diario de Actividades de acuerdo a procedimientos informáticos normados.
11. Es responsabilidad del estadístico hacer control de calidad mensual a los datos del Tabulador Diario de Actividades que ha digitado, para generar un reporte del Informe Estadístico Mensual, el cual utilizará para verificar que el sistema esta acumulando correctamente los datos y para realizar revisión final con cada encargado de programa; inmediatamente los copiara en diskette o lo enviara por correo electrónico al Técnico de Información del Equipo Gerencial del SIBASI el tercer día hábil de cada mes.
12. El Jefe del Departamento de ESDOMED, trasladará una copia del Informe Estadístico Mensual al director del hospital para su 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.
13. El Jefe del Departamento de ESDOMED de los hospitales, debe elaborar trimestralmente análisis a la información estadística que se produce en el establecimiento para apoyar la gerencia institucional.

14. Los Tabuladores Diarios de Actividades se conservaran por cada mes 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.
15. Todas las dependencias del hospital están obligadas a proporcionar, además de la información estadística que se requiere en el Tabulador Diario de Actividades, otros datos o información que le solicite la jefatura del Departamento de ESDOMED, para realizar trabajos especiales que le encomiende las autoridades superiores del hospital o del nivel central del ministerio.

CENSO DIARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

16. El personal de enfermería de cada servicio de hospitalización hará el recuento diario de pacientes hospitalizados, para lo cual llenará el formulario Movimiento Diario de Pacientes Hospitalizados a las doce de la noche (cero horas). Es ideal hacer esta actividad durante la medianoche, porque no existe movimiento de pacientes, ni de visitas al servicio de hospitalización. Formulario para movimiento diario de pacientes hospitalizados, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 30.
17. Cada servicio de hospitalización debe llenar el formulario Movimiento Diario de Pacientes todos los días de la semana, aunque no se haya producido movimiento de pacientes durante el día.
18. La enfermera de cada servicio de hospitalización entregará a la media noche los movimientos de pacientes hospitalizados correctamente llenados al área de admisión hospitalaria del Departamento de ESDOMED.
19. El estadístico del área de admisión hospitalaria, revisará los movimientos diarios para comprobar que los pacientes reportados como egresos en el formulario Movimiento Diario de Pacientes, coincidan con los expedientes que se hayan devuelto de cada servicio de hospitalización; cuando falten expedientes se llamará para que los envíe inmediatamente.
20. El estadístico responsable del área de admisión hospitalaria, entregará a las 8 a.m. de cada día al estadístico de la Sección de Procesamiento de Datos, los formularios del Movimiento Diario de Pacientes con los expedientes de los pacientes egresados, para que verifique la exactitud de los movimientos de pacientes de cada servicio de hospitalización, los cuales

deben corresponder a los movimientos reales de pacientes ocurridos en las veinticuatro horas. La revisión de los movimientos de pacientes hospitalizados, se hará de acuerdo al siguiente procedimiento:

PROCEDIMIENTO PARA VERIFICAR MOVIMIENTOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

1. Revisar el registro diario de admisiones a hospitalización que elabora el área de Admisión hospitalaria contra los ingresos directos que aparecen en el movimiento de pacientes de cada servicio.
2. Revisar los egresos directos que aparecen en el movimiento de pacientes de cada servicio contra los expedientes de los pacientes egresados el día anterior.
3. Si faltan expedientes deberá llamar al servicio de hospitalización para que se los envíe inmediatamente. No hay ninguna razón que justifique retraso en la entrega de expedientes cuando el paciente ya ha egresado del hospital.
4. Verificar los traslados internos con los movimientos diarios de días anteriores.
5. Revisar los traslados de otro servicio, verificando que los pacientes que aparecen como traslados, antes debieron aparecer en los movimientos anteriores como ingresos directos o como traslado a otro servicio.
6. Si faltan expedientes deberá llamar al servicio de hospitalización para que se los envíe inmediatamente. No hay ninguna razón que justifique retraso en la entrega de expedientes cuando el paciente ya ha egresado del hospital.

Es común que el movimiento de pacientes internamente ocasione repetidos y variados problemas, lo cual se resuelve con mucho orden y control, para ello debe hacer las observaciones diarias que correspondan al personal de enfermería, a fin de evitar la repetición de errores en los datos.

21. El estadístico de la Sección de Procesamiento de Datos, después de revisar los movimientos de pacientes de todos los servicios de hospitalización, hará el resumen del Censo Diario de Pacientes para trasladarlo al Tabulador Diario de Actividades.

22. El jefe del Departamento de ESDOMED enviará al director, al médico jefe de consulta externa y de emergencia una copia del resumen final del censo de pacientes, para apoyar la gerencia Institucional. Formulario para resumen diario del censo de pacientes hospitalizados, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 31.
23. Los Movimientos Diarios de Pacientes deben conservarse por cuatro meses después de que finalice el mes en que se elaboraron, con el propósito de conservarlos para efectuar alguna consulta, después de ese tiempo de conservación pueden ser destruidos.

REGISTRO Y CODIFICACION DE CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD INSTITUCIONAL

24. Los Registros Diarios de Consulta Médica y Egresos de Hospitalización 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.
25. La codificación de los diagnósticos médicos en consulta ambulatoria y servicios de hospitalización, 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 Problemas Relacionados con la Salud – Décima Revisión y de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud Pública 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.
26. La función de codificación de causas de consulta médica y egresos hospitalarios, será responsabilidad de personal estadístico específicamente formado para ese fin y debe ser fortalecido o actualizado periódicamente por el estadístico de la Gerencia del SIBASI en coordinación con la Unidad de Información en Salud.
27. Es responsabilidad del estadístico que digita los datos de los Registros Diarios de Consulta Médica y Egresos hospitalarios, hacer control de calidad a lo digitado, así como de verificar la exactitud de los procesos de consolidación de datos mecanizados, reportes de informe y comparabilidad con las cifras anotadas en el Tabulador Diario de Actividades.

TARJETEOS ÍNDICES DE DIAGNOSTICOS Y OPERACIONES

28. Los hospitales especializados y otros hospitales con programa de docencia médica u hospitales escuela deben tener organizado un Índice de Diagnósticos y Operaciones, a fin de facilitar grupos de expedientes que correspondan a pacientes con el mismo diagnóstico o la misma operación, para apoyar con ello los estudios e investigaciones médicas y administrativas que se realizan en la institución.
29. Los Departamentos de ESDOMED de los hospitales nacionales y de los hospitales con programa de docencia médica son responsables de organizar y mantener actualizados los Tarjeteros Índices de Diagnósticos y Operaciones, así como también promover su adecuada utilización entre el personal médico y paramédico.
30. El Índice de Diagnósticos y Operaciones estará bajo la responsabilidad de una persona con perfecto dominio de la codificación de morbilidad, quien debe evaluar periódicamente con la jefatura del Departamento de ESDOMED, si la información de los tarjeteros es utilizada por el personal médico.
31. Los Índices de Diagnóstico y Operaciones serán consultados únicamente por el personal estadístico responsable de la función de codificación.
32. Los datos contenidos en los Tarjeteros Índices de Diagnósticos y Operaciones deben ser de la más alta calidad, para lo cual las jefaturas médicas verificarán permanentemente que el personal médico a su cargo aplique adecuadamente la normativa vigente para registro de causas de morbilidad; así como también la jefatura del Departamento de ESDOMED verificará que el personal estadístico encargado realice la codificación con exactitud y oportunidad.
33. La codificación de operaciones quirúrgicas y de otros procedimientos médicos se hará de acuerdo a la Clasificación de Procedimientos – 9^a. Revisión Modificación Clínica y debe realizarse directamente en los expedientes después de que se les halla efectuado el análisis cuantitativo.
34. Se codificarán todos los diagnósticos de egreso y procedimientos quirúrgicos que aparezcan en el expediente, para trasladarlos diariamente a los Índices de Diagnósticos y Operaciones.

35. Para efectos del tarjetero índice de diagnóstico se utilizará los códigos de causas externas de morbilidad desde V01 hasta Y98, en aquellos hospitales donde específicamente se requiera.
36. Para hacer las anotaciones de pacientes fallecidos en los Índices de Diagnósticos y Operaciones, se identificarán con una cruz después de anotar el número de expediente; de esta manera se ubicaran a simple vista si fuese necesario.
37. El director del hospital que determine mantener los Tarjeteros Índices de Diagnósticos y Operaciones, facilitará a la Sección de Evaluación Técnica el personal y el equipo necesario para que sean organizados dichos tarjeteros a fin de lograr su óptimo funcionamiento.
38. El Índice de Diagnóstico y Operaciones se mantendrá en tarjetas de cartulina de buena calidad para que no se deteriore con el uso constante, de color claro y que permita escribir con tinta. El diseño y contenido de las tarjetas será estándar, con dimensiones de 12.5 X 20 cms.
39. Para el Índice de Diagnósticos se mantendrá tarjetas por cada categoría de tres dígitos de la Clasificación Estadística de Enfermedades Décima Revisión; para el Índice de Operaciones Quirúrgicas se mantendrá tarjetas para cada categoría de dos dígitos de la Clasificación de Procedimientos Novena Revisión Modificación Clínica. Diseño de tarjeta para organizar el índice de enfermedades, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 32. Diseño de tarjeta para organizar el índice de operaciones quirúrgicas, de acuerdo a modelo establecido en el anexo 33.

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.

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

DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN	SIBASI CENTRO, SAN SALVADOR
DIRECCION DE REGULACIÓN	SIBASI DE ILOBASCO
UNIDAD DE INFORMACIÓN EN SALUD	SIBASI DE SANTIAGO DE MARIA
UNIDAD DE ASESORÍA JURÍDICA	SIBASI DE SAN MIGUEL
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA	HOSPITAL DE CHALCHUAPA
EQUIPO TÉCNICO DE ZONA OCCIDENTAL	HOSPITAL DE NUEVA CONCEPCIÓN
EQUIPO TÉCNICO DE ZONA CENTRAL	HOSPITAL DE SAN BARTOLO
EQUIPO TÉCNICO DE ZONA PARACENTRAL	HOSPITAL ZACAMIL
SIBASI DE SONSONATE	HOSPITAL DE MATERNIDAD
SIBASI DE LA LIBERTAD	HOSPITAL DE COJUTEPEQUE
SIBASI DE CHALATENANGO	HOSPITAL DE ZACATECOLUCA
SIBASI DE SOYAPANGO, SAN SALVADOR	HOSPITAL DE SAN MIGUEL

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 fólter 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.

CENSO DIARIO DE PACIENTES

Es un procedimiento utilizado habitualmente para obtener información general sobre el número de camas disponibles en el hospital, su utilización y el movimiento de pacientes según servicio de hospitalización en cada día censal.

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

DIA CENSAL

Es el período equivalente al día calendario, comprendido entre las cero y las veinticuatro horas. La hora de realización del censo es hipotéticamente la media noche (24 horas).

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 mas 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.

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.

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.

LIBRO DE SACA

Es el libro en el que se anota en forma cronológica el préstamo o salida de un expediente clínico para fines judiciales.

MANTENIMIENTO DEL ARCHIVO

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

1. 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.
2. Depuración del archivo: Consiste en extraer cada año, expedientes clínicos que no han sido utilizados para la atención del paciente en ninguna área del establecimiento de salud.
3. 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 cambio del mismo cuando este 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 se lee de izquierda a derecha como se hace convencionalmente.

MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES

Es un instrumento que permite hacer el recuento de los pacientes hospitalizados, la utilización y disposición de las camas en cada servicio de hospitalización.

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.

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.

TARJETERO INDICE DE DIAGNOSTICOS

Es el tarjetero que facilita los diferentes números de expedientes de pacientes que han estado hospitalizados por un mismo diagnóstico principal, el propósito de este índice es apoyar las investigaciones médicas, docencia y administración.

TARJETERO INDICE DE OPERACIONES QUIRURGICAS

Es el tarjetero que facilita los diferentes números de expedientes de pacientes a quienes se les ha practicado una misma cirugía, el propósito de este índice es apoyar las investigaciones médicas, docencia y administración.

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.

ANEXOS

1. Banco de números
2. Registro para números de expedientes clínicos elaborados
3. Tarjeta índice de paciente
4. Guías alfabéticas
5. Mueble para admisión de pacientes
6. Ficha de identificación del expediente
7. Carné de identificación y citas
8. Registro de citas para consulta médica
9. Ficha de ingreso y egreso del expediente clínico
10. Registro para ingreso y egreso de pacientes hospitalizados
11. Registro diario para defunciones hospitalarias
12. Vale individual para préstamo de expediente clínicos
13. Vale colectivo para préstamo de expedientes clínicos
14. Libro de saca
15. Tarjetón de reemplazo
16. Acta por alta exigida
17. Acta por abandono del paciente del centro hospitalario
18. Consentimiento informado
19. Modelo de nota del no consentimiento de tratamiento médico a paciente
20. Acta por destrucción de expedientes clínicos pasivos
21. Acta por inutilización o extravío de expedientes clínicos
22. Acta por destrucción de expedientes clínicos inactivos
23. Acta por destrucción de expedientes de pacientes fallecidos por enfermedad natural
24. Acta por destrucción de expedientes de pacientes fallecidos por hechos de violencia
25. Diseño de estante metálico
26. Clasificador de expedientes clínicos para archivo
27. Carro para transporte de expedientes clínicos
28. Escalera para archivar y desarchivar expedientes

29. Formulario para análisis cuantitativo del expediente clínico
30. Formulario para movimiento diario de pacientes hospitalizados
31. Resumen diario del censo de pacientes y camas hospitalarias
32. Tarjeta índice de diagnóstico
33. Tarjeta índice de operaciones quirúrgicas

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Hospital Nacional:
Departamento de ESDOMED

ANEXO No. 1
BANCO DE NUMEROS

Series de Números		Total de Expedientes preparados	Consultorio al que se asigno la serie	Fecha de elaboración			Responsable de la preparación
DEL	AL			DIA	MES	Año	
001-03	200-03	200	Consulta Externa	1	I	2003	René E. Castro
201-03	300-03	100	Emergencia	1	I	2003	René E. Castro
301-03	400-03	100	Consulta Externa	5	I	2003	Vilma I. Iglesias

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

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
 Hospital Nacional:
 Departamento de ESDOMED

**ANEXO No. 2
 REGISTRO PARA NUMEROS DE EXPEDIENTES CLÍNICOS ELABORADOS**

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 DE 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.

ANEXO No. 3

Tarjeta Índice de Paciente

Primer Apellido Segundo Apellido Nombres

Edad: _____ Sexo: ____ No. de Expediente: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Madre: _____

Nombre de la Padre: _____

No. de DUI: _____ Teléfono: _____

Fecha de Inscripción: _____

Elaboró: _____

Hospital: Nacional:

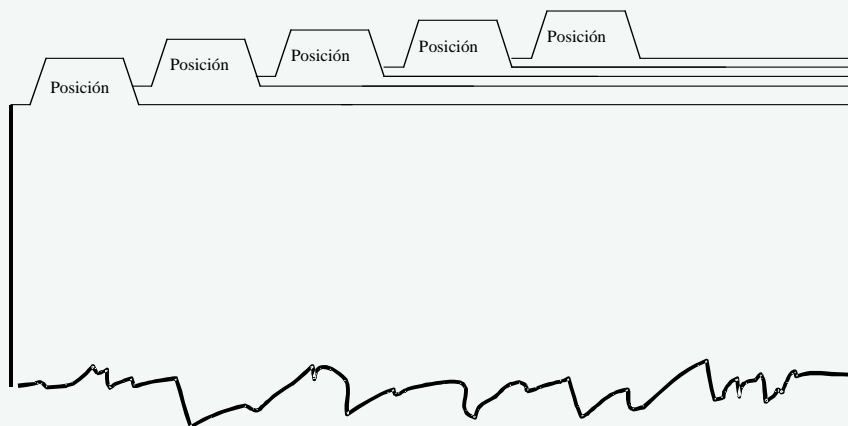
Departamento de Estadísticas y Documentos Médicos

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

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

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Hospital Nacional:
Departamento de ESDOMED

ANEXO No. 4 GUÍAS ALFABÉTICAS



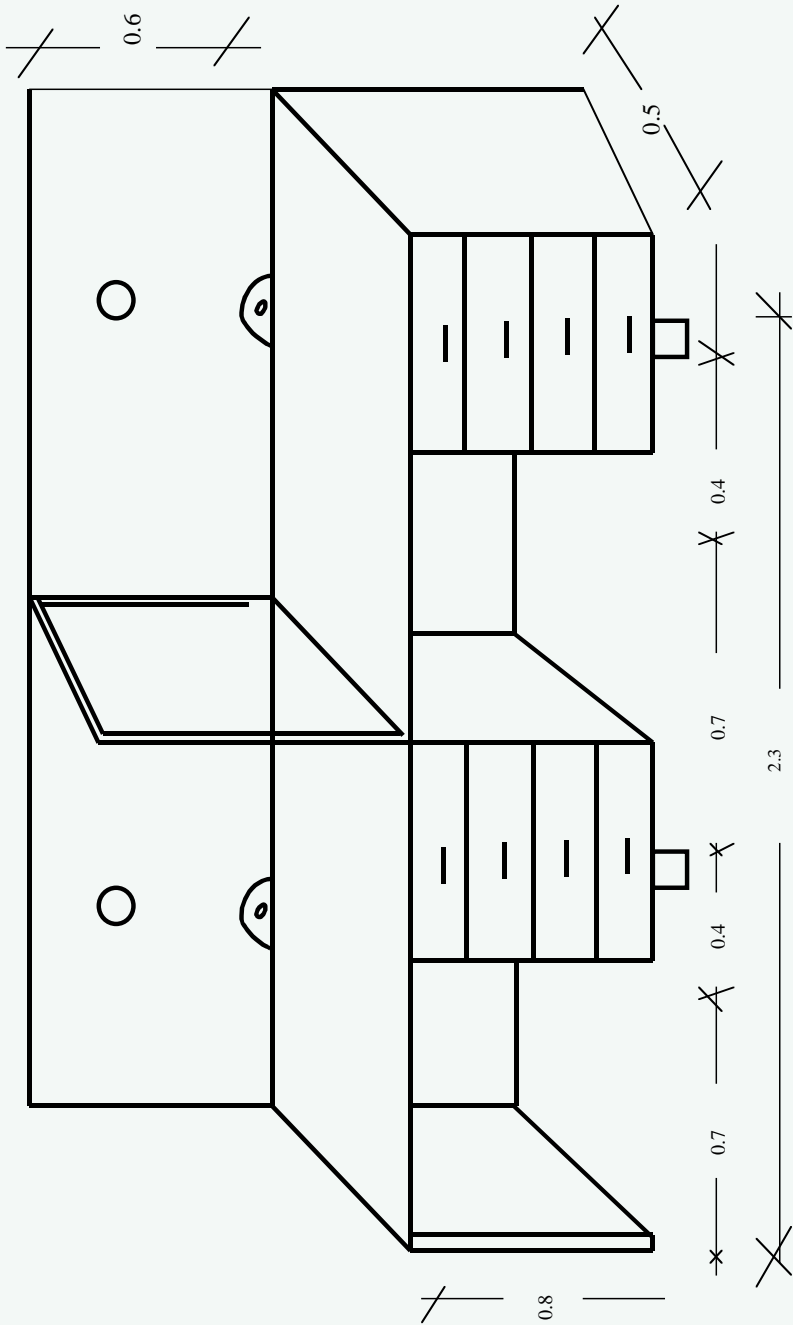
Cada posición debe conservarse para un fin específico como se indica a continuación:

- s La primera posición en una serie de tres, es para la subdivisión alfabética principal, es decir las primeras cuatro letras del apellido principal.
- s La segunda posición correspondería al apellido principal completo.
- s La tercera posición correspondería a la letra inicial del apellido materno.
- s La cuarta posición correspondería al apellido materno completo.
- s La quinta posición correspondería a la inicial del primer nombre
- s 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, si se trata de guías de tres posiciones, dándole vuelta a la guía, la posición N° 1 llega a ser la posición N° 3.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

ANEXO No. 5
MUEBLE PARA ADMISION DE PACIENTES



Ministerio de Salud y Asistencia Social
Hospital Nacional

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: _____

**ANEXO No. 7
CARNET DE IDENTIFICACIÓN Y CITAS**

18 cms

<p>INSTRUCCIONES</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 Hospital. 3. Colabore con su médico, enfermera recepcionista y todos los empleados del Hospital para ofrecerle un mejor servicio. 4. En caso de extraviar esta tarjeta, solicite su reposición. 		<p>HOSPITAL NACIONAL:</p> <p align="center">CARNET DE IDENTIFICACIÓN Y CITAS</p> <p>No. Expediente Clínico: _____</p> <p>Nombre del Paciente: _____</p> <p>_____</p> <p>Fecha de Inscripción: _____</p> <p>_____</p>
---	--	--

Reverso

Anverso

--- 22 cm ---

Fecha	Hora	Especialidad	Médico	Fecha	Hora	Especialidad	Médico

Diseño Interno

ANEXO No. 9 FICHA DE INGRESO Y EGRESO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

A) DEL PACIENTE

1. _____
 Primer Apellido Segundo Apellido Nombres No. de Expediente clínico
2. Edad: Años _____ Meses _____ Días _____ Horas _____ Sexo: M F
3. Documento legal de identificación: _____ No. _____ Ocupación: _____
4. Dirección habitual: _____

 _____ Teléfono: _____
5. Responsable del Paciente _____ Parentesco _____ DUI _____ Teléfono _____
6. Dirección habitual: _____

7. Dio datos del paciente: _____ Parentesco: _____ Documento de identificación _____ No. _____ Tel. _____
8. Responsable de llenar datos personales: _____ Fecha: _____ Hora: _____

B) DEL INGRESO

1. Fecha: Hora _____ Día _____ Mes _____ Año _____ 2. Servicio de internación: _____
3. Especialidad: _____ 4. Diagnóstico de ingreso: _____

C) DEL EGRESO

1. DIAGNOSTICO PRINCIPAL DEL EGRESO*: _____ Código _____
2. Diagnósticos Secundarios (enumerar por orden de importancia) Código
- | | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
3. Intervención Quirúrgica (enumerar por orden de importancia) Código
- | | |
|--|--|
| | |
| | |
5. Procedimientos _____
6. Condición de Egreso: Vivo: _____ Muerto: _____ Antes de 48 Hras. _____ Después de 48 Hrs: _____
7. Egreso sin consentimiento médico (especificar motivo): _____

8. Fecha de Egreso: Hora: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____
9. No. de días de estancia _____ Servicio hospitalario de egreso: _____
10. Traslados a otros servicios intrahospitalarios:

FECHA	TRASLADO DE	TRASLADO A	NOMBRE DEL MEDICO QUE INDICA

11. Traslados a otro hospital (nombre): _____

Nombre del Médico responsable de Alta

Firma del Médico responsable de Alta

* DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Es la enfermedad o lesión diagnosticada al final de la atención médica, como la causa primaria de tratamiento o investigación que tuvo el paciente en consulta externa, emergencia o en los servicios de hospitalización; si hay más de una afección así caracterizada, será diagnóstico principal la que se considere causante del mayor uso de recursos.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
 Hospital Nacional:
 Departamento de ESDOMED

ANEXO No. 11
REGISTRO DIARIO PARA DEFUNCIONES HOSPITALARIAS

No. Correlativo	No. Exped.	Nombre del Paciente	Domicilio	Sexo	Edad	Fecha de Defunción	Diagnóstico Principal	Servicio donde falleció	Días de Estancia	Nombre del Médico que certifica la defunción

ANEXO No. 12

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: _____

Hospital: Nacional:
Departamento de ESDOMED

ANEXO No. 16 ACTA POR ALTA EXIGIDA

Acta No. ____ En el servicio de internación de _____ del Hospital Nacional de _____ a las ____ horas con ____ minutos del día ____ del mes de _____ del año _____. Siendo éstos el lugar, hora y el día. Reunidos Dr.(a) _____ DUI _____ médico tratante y Sr.(a).(ita) _____ DUI _____ (madre, padre o hijo) del paciente _____, con diagnóstico de _____ y con expediente No. _____ Ingresado en el servicio _____.

Quien exige alta de su paciente representado, sabedor de las consecuencias y complicaciones que se fueron explicadas y entendidas, a entera satisfacción, por lo que exonera al personal médico, paramédico y al hospital de toda responsabilidad en la salud del paciente.

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

F. _____

Sr.(a)(ita) familiar del paciente

F. _____

Médico tratante

ANEXO No. 17
ACTA POR ABANDONO DEL PACIENTE
DEL CENTRO HOSPITALARIO

Acta No. _____ En la Dirección del Hospital Nacional de _____ a las ____ horas con ____ minutos del día ____ de _____ del _____. Reunidos el Dr. (a) _____ DUI _____ Jefe Médico del Servicio de Hospitalización de _____ y Lic. (da) _____ DUI _____ Enfermera Jefa del Servicio de Hospitalización de _____; por este medio hacemos constar:

Primero. Que el paciente _____ (Describir el historial clínico del paciente, incidente suscitado e identificarlo).

Segundo. Que de acuerdo al Art. 66 de la Constitución de la República tenemos la responsabilidad de dar asistencia médica a los habitantes en general.

Tercero. Que siempre hemos estado brindando servicio de salud pública, con eficiencia y calidad.

Cuarto. Siempre hemos cumplido lo ordenado por la Constitución, Código Penal, Código de Salud Vigente, Protocolos y Convenios.

Por lo anterior tanto el personal médico, paramédico y la institución no se hace responsable de que el paciente halla abandonado el centro hospitalario.

Y no habiendo más que hacer constar se da por terminada la presente acta que firmamos.

F. _____

Médico Jefe del servicio

F. _____

Jefe de Enfermería del servicio de hospitalización

ANEXO No. 18 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____, con profesión u oficio de _____, portador de mi Documento Único de Identidad Personal número _____, con expediente número _____, actualmente recibiendo tratamiento médico en el Hospital _____ del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por los Doctores _____; _____, voluntariamente y con pleno conocimiento, por medio de la presente, reconozco que se me han explicado las condiciones de salud en que me encuentro las cuales se resumen de la siguiente manera:

1. _____

2. Por medio de la presente OTORGO mi expreso consentimiento, para que me practiquen las intervenciones quirúrgicas, evaluaciones médicas y psicosociales que los médicos y personal paramédico del Hospital Nacional _____.

Así mismo entiendo que tales tratamiento poseen riesgos de reacciones adversas y complicaciones, considerando que dichos tratamiento que se me aplicaran son en beneficio de mi salud; razón por la cual en pleno uso de mis facultades acepto dichos riesgos.

Hago constar que están presentes otras personas como testigos de mi voluntad, quienes también escucharon lo expresado por mi persona, así como la lectura del Art. 65 de la Constitución de la República que dice: La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y

reestablecimiento; y del Art. 40 del Código de Salud que dice: El estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

Así me expresé, y leído que se hubo todo lo escrito íntegramente en un sólo acto, manifesté mi conformidad, y dije estar redactado a mi voluntad, ratifico su contenido y todos firmamos.

Huellas y firma del paciente _____

Nombre según DUI _____
(En caso de no poder firmar el paciente, firmará otra persona a ruego)

Firma testigo: _____

Nombre del testigo _____

Edad _____, profesión u oficio _____
domicilio _____ DUI _____

Firma testigo: _____

Nombre del testigo _____

Edad _____, profesión u oficio _____
domicilio _____ DUI _____

ASPECTOS A TOMAR EN CONSIDERACION:

- Cuando se trata de un menor de edad la autorización la darán sus padres, haciendo constar su consentimiento, en caso de no tener la dará el pariente más cercano o quien tenga la tutela de éste.
- Cuando el paciente estuviere incapacitado para firmar o fuere un menor de edad, lo harán sus parientes más cercanos y si éstos no pueden firmar, pondrán sus huellas y firmará otra persona a ruego de éstos.

ANEXO No. 19
MODELO DE NOTA DEL NO CONSENTIMIENTO SOBRE REALIZACIÓN
DE TRATAMIENTO MEDICO A PACIENTE

(anotar lugar)

Yo, _____ (nombre del solicitante) _____, por este medio hago constar que soy _____ (grado parentesco) _____ del paciente _____ (nombre del paciente) _____ ingresado en el hospital nacional de _____, por padecer la enfermedad de _____ a quien han de someter al tratamiento de _____, y a quien no permito que se le realice dicho tratamiento por las razones siguientes:

Por lo cual solicito se le conceda el alta del servicio de hospitalización. (si procediera solicitarla)

(NOMBRE, FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

ANEXO No. 20
ACTA PARA DESTRUCCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS PASIVOS
NO REACTIVADOS POR EL PACIENTE

ACTA No. _____. En la Dirección del Hospital Nacional: _____ de _____ a las _____ horas y _____ minutos del día ____ del mes de _____ del _____. Reunidos el Director del Hospital 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 al centro hospitalario a 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 dá por finalizada la presente acta.

F. _____
Director Hospital Nacional

F. _____
Representante del Comité Local de
Expedientes Clínicos

F. _____
Jefe Departamento de Estadística y Documentos Médicos

ANEXO No. 21
ACTA POR INUTILIZACION O
EXTRAVÍO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

ACTA No. _____ En la Dirección del Hospital Nacional: _____ de _____ a las _____ horas y _____ minutos del día _____ del mes de _____ del año _____, Reunidos Dr(a) _____ con No. de DUI _____ Director del hospital, 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 _____ 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. _____

Director Hospital Nacional

F. _____

Representante Comité de Expedientes

F. _____

Jefe Departamento de Estadística y Documentos Médicos

ANEXO No. 22

ACTA POR DESTRUCCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS INACTIVOS

Acta No. _____ En la Dirección del Hospital Nacional _____ de _____ a las _____ horas _____ minutos del _____ de _____ del _____. Reunidos el Dr. (a) _____ con No. de DUI _____ Director del Hospital; 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 al 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. _____
Director Hospital Nacional

F. _____
Representante Comité de Expedientes Clínicos

F. _____
Jefe Departamento de Estadística y Documentos Médicos

ANEXO No. 23 ACTA POR DESTRUCCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTES FALLECIDOS POR ENFERMEDAD NATURAL

Acta No. _____. En la Dirección del Hospital Nacional _____, de _____ a las _____ horas _____ minutos del _____ de _____ del _____. Reunidos el Director del Hospital Dr. (a) _____ con No. de DUI _____; el Representante del Comité Local de Expedientes Clínicos, DR(a) _____ con No. de DUI _____ y el Jefe del Departamento de Estadística y Documentos Médicos Sr(a) (ita) _____ con No. de DUI _____, para tratar la destrucción de los expedientes clínicos de los pacientes fallecidos por enfermedades naturales que se conservan en archivo pasivo y que 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 ya cumplieron su tiempo de conservación en el archivo de pacientes fallecidos

Se procede a destruir por el método de incineración un total de _____ expedientes clínicos, 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 Hospital Nacional Representante Comité Local de Expedientes Clínicos

F. _____
 Jefe Depto. Estadística y Documentos Médicos

ANEXO No. 24
ACTA POR DESTRUCCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE
PACIENTES FALLECIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA

Acta No. _____. En la Dirección del Hospital Nacional _____, de _____ a las _____ horas _____ minutos del _____ de _____ del _____. Reunidos Dr. (a) _____ con No. de DUI _____, Director del Hospital; 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 destrucción de los expedientes clínicos de los pacientes fallecidos por lesiones ocasionadas en hechos de violencia y que 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 ya cumplieron su tiempo de conservación en el archivo de pacientes fallecidos.

Se procede a destruir por el método de incineración un total de _____ expedientes clínicos, los cuales se detallan a continuación:

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

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

F. _____
Director Hospital Nacional

F. _____
Representante Comité Local de Expedientes Clínicos

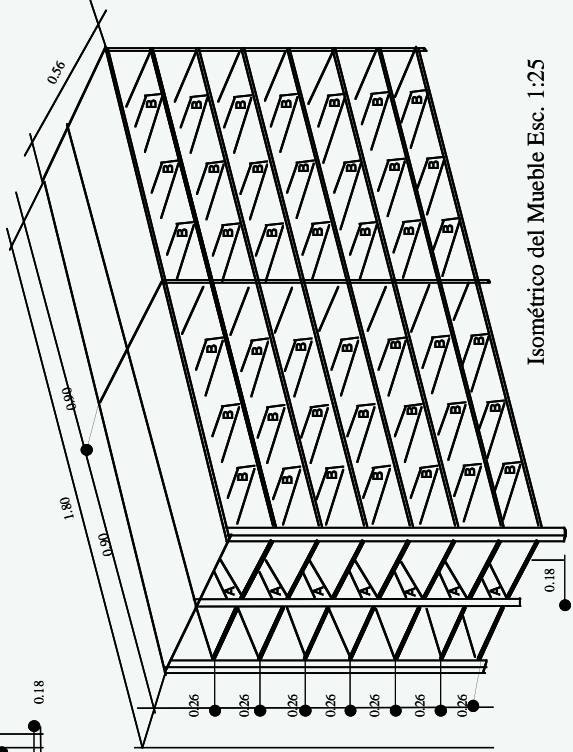
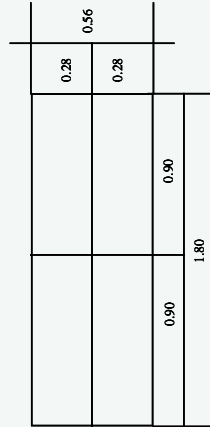
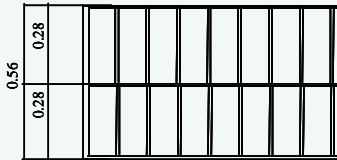
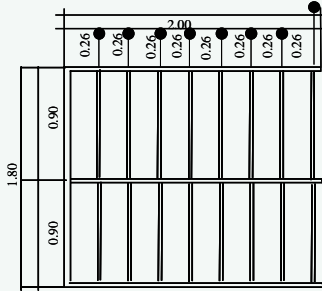
F. _____
Jefe Departamento de Estadística y Documentos Médicos

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

ANEXO No. 25 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 contruidos para archivar en ambos lados o un solo lado.

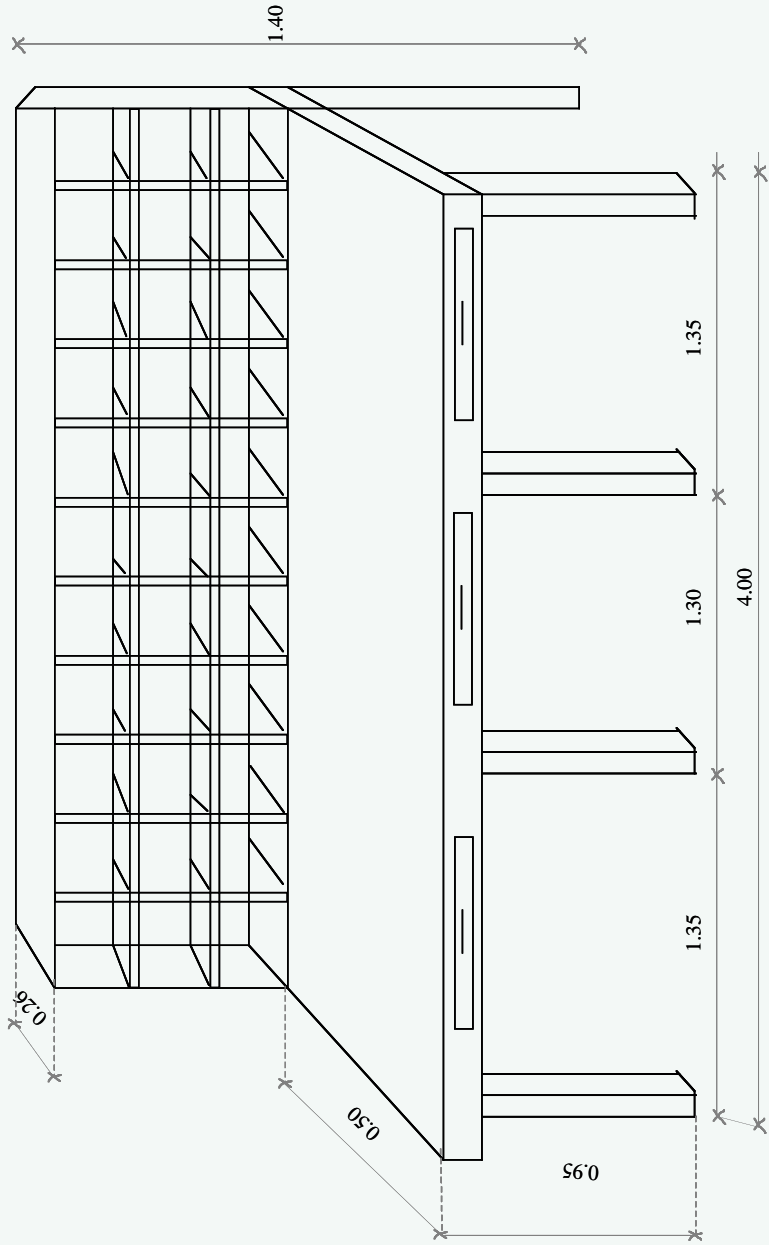
- a) Platina divisoria de estante para evitar que los expedientes pasen a otro lado.
- b) Platina para evitar que los expedientes clínicos se caigan o se volteen.



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

ANEXO No. 26

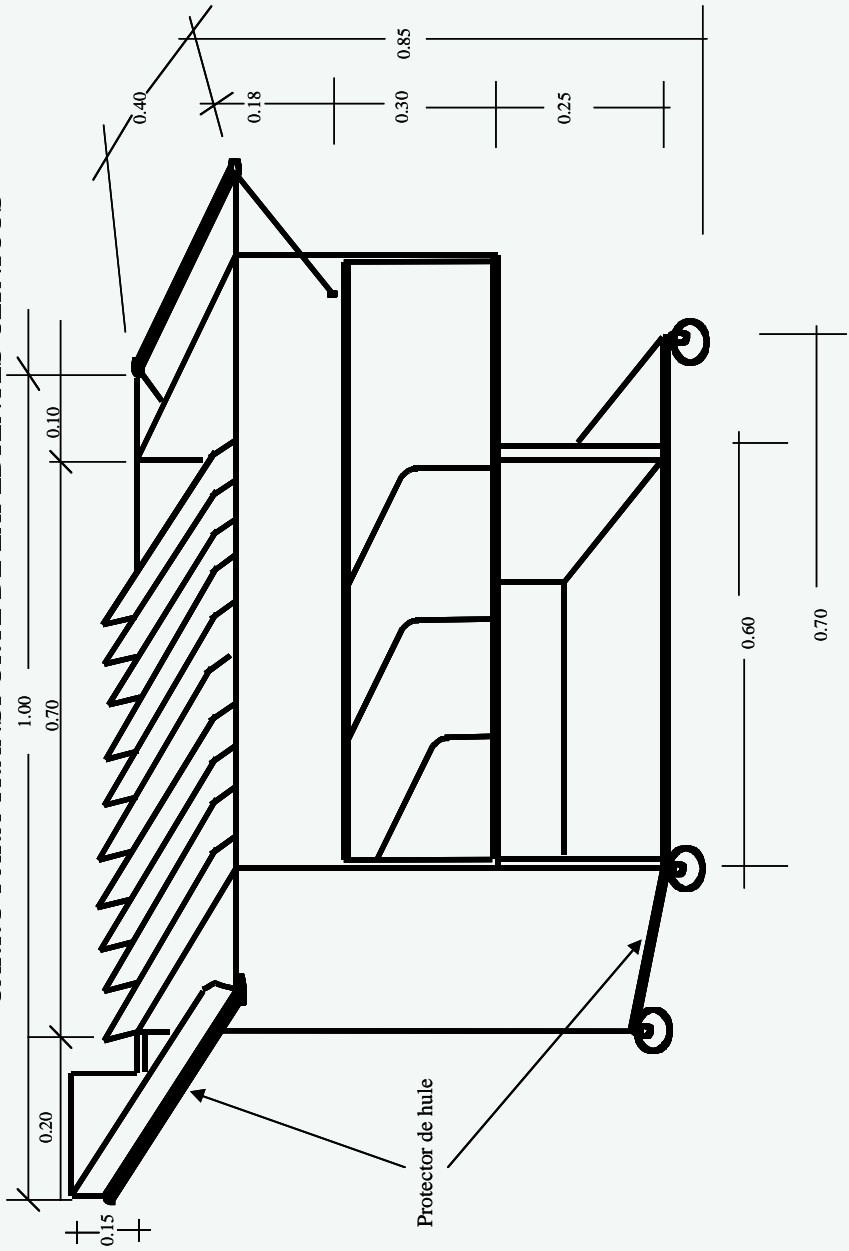
CLASIFICADOR DE EXPEDIENTES CLINICOS PARA ARCHIVO



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

ANEXO No. 27

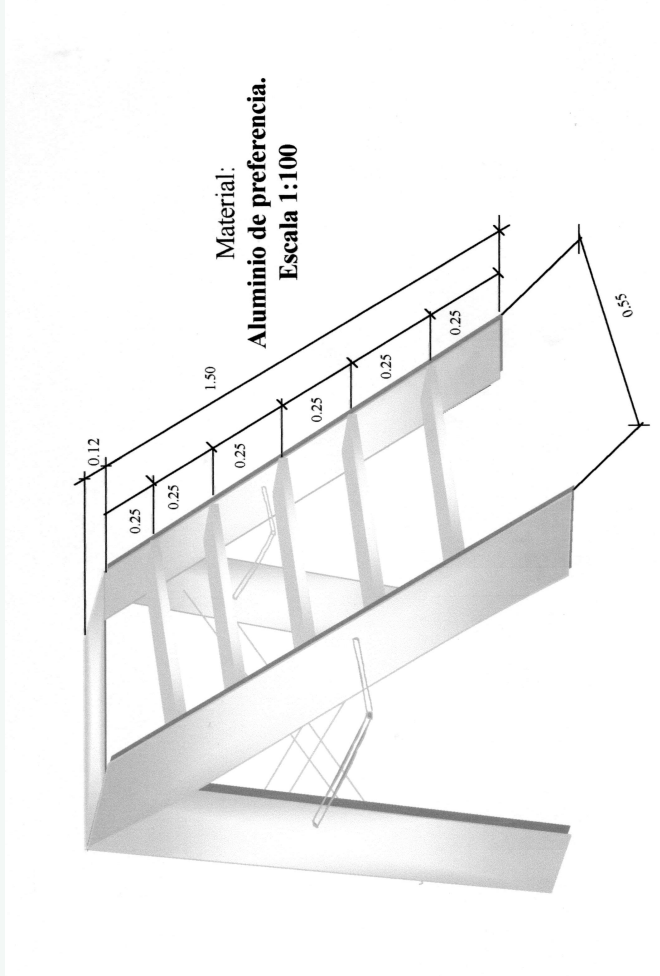
CARRO PARA TRANSPORTE DE EXPEDIENTES CLINICOS



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

ANEXO No. 28

ESCALERA PARA ARCHIVAR O DESARCHIVAR EXPEDIENTES CLINICOS



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.
 Hospital Nacional:
 Departamento de ESDOMED

ANEXO No. 29
FORMULARIO PARA ANÁLISIS CUANTITATIVO DEL EXPEDIENTE

Expediente clínico No. _____

FALTAN

Datos (1)	Firmas (2)	FORMULARIO (3)	Nombre del Médico o Enfermera (4)
		INGRESO Y EGRESO	
		• Diagnóstico de ingreso	
		• Diagnóstico principal de egreso	
		• Operaciones	
		• Condición de egreso	
		• Otros	
		EPICRISIS	
		• Resumen y recomendaciones	
		• Diagnósticos	
		ANAMNESIS	
		• Queja principal	
		• Antecedentes personales	
		• Antecedentes familiares	
		• Enfermedad Actual	
		EXAMEN FISICO	
		• Diagnóstico presuntivo	
		NOTAS DE EVOLUCION	
		β Ordenes médicas	
		HISTORIA OBSTETRICA	
		• Prenatal	
		• Parto	
		• Puerperio	
		INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA	
		INTERCONSULTAS	
		LABORATORIOS	
		RAYOS X	
		NOTAS DE ENFERMERIA / HOJA MEDICAMENTO	
		INFORME RECIEN NACIDO	
		OTROS REGISTROS ESPECIALES (ESPECIFIQUESE)	

Nota: Se sugiere llenar las columnas 1 y 2 con cheque

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Hospital Nacional:
Departamento de ESDOMED

ANEXO No. 33
TARJETA INDICE DE OPERACIONES QUIRÚRGICAS

68.4 HISTERECTOMÍA TOTAL Año 2003
01.08.1.11.01 Código Operación

Mes	3er. dígito	No. de Expediente Clínico	Edad	Sexo	Mes	3er. Dígito	No. de Expediente Clínico	Edad	Sexo
Enero	1	2031-99	45						
Enero	4	738-00	60						

Nota: Para mayor comprensión se ha rotulado la tarjeta con un ejemplo.

**LINEAMIENTOS PARA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE
LOS DEPARTAMENTOS DE ESTADÍSTICA Y DOCUMENTOS
MÉDICOS DE NIVEL HOSPITALARIO**

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 del hospital, responsable de la apertura, mantenimiento y conservación de los expedientes clínicos de los pacientes que atiende el hospital, 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 gerencia de gestión.

CONFORMACION DEL DEPARTAMENTO

El departamento esta conformado por un equipo de profesionales que ocupan los cargos de jefatura, sub-jefatura, técnicos y auxiliares formados en estadística y documentos médicos; fortalecidos para el desempeño de sus funciones con la asesoría de personal médico general y especializado del hospital.

COMPETENCIA DEL DEPARTAMENTO

El personal del departamento tiene competencia directa en la administración de los documentos médicos (Expedientes Clínicos, Registros Diarios de Consulta, Registros de Egresos Hospitalarios, etc.), así como en el procesamiento de los datos estadísticos que generan las diversas dependencias del hospital; por lo tanto, están facultados para monitorear, recomendar y asesorar al personal médico y personal multidisciplinario en el adecuado registro de formularios y en la recolección de datos que realizan en las fuentes primarias que alimentan los Sistemas de Documentos Médicos y de Información Estadística

INTERRELACIONES DEL DEPARTAMENTO

1. Con el nivel directivo del hospital.
 - a) En la comunicación, evaluación y difusión de las estadísticas sobre producción de servicios de salud, rendimiento y recursos para realimentar la gerencia.
 - b) En la comunicación y evaluación de los documentos médicos para apoyar la toma de decisiones o la planificación de actividades con el personal médico.
 - c) Apoyo en actividades técnicas y administrativas que se requieran para mejorar la calidad y gestión de los servicios de salud.
2. Con las jefaturas y técnicos de las diferentes disciplinas.
 - a) Para coordinar actividades estadísticas y de documentos médicos propias de su cargo.
 - b) Para apoyar las actividades de programación y evaluación de programas de salud.
3. Con Técnicos de Información de Nivel SIBASI, Equipo Técnico de Zona y Nivel Rector.
 - a) Coordinar la implantación de los procesos de desarrollo, administración y mantenimiento de los sistemas de información, así como también procesamiento de la información estadística.
 - b) Coordinar cursos de formación o actividades de educación continua.
 - c) Intercambio de información estadística, de documentos médicos y otra relacionada con la disciplina.

FUNCIONES GENERALES DEL DEPARTAMENTO

1. Coordinar el Sistema de Información Estadística y de Documentos Médicos conforme a lineamientos y normativas que dicten el nivel rector y SIBASI.

2. Emitir y difundir, con aprobación de la dirección del hospital, las normas internas para elaboración y actualización de información estadística y evaluar permanentemente su cumplimiento.
3. Proveer la información estadística en salud que requieran los diferentes niveles organizativos del ministerio, autoridades superiores y dependencias del hospital a fin de apoyar la gestión hospitalaria.
4. Analizar la información estadística generada en el hospital, 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 hospital para una atención.
6. Proporcionar la información clínica necesaria para apoyar investigaciones científicas y formación académica de personal médico y paramédico.

MISION, VISION Y OBJETIVOS

MISIÓN DEL DEPARTAMENTO

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 DEL DEPARTAMENTO

Instancia del establecimiento de salud conduciendo de manera eficiente y efectiva el Sistema de Documentos Médicos y el Sistema de Información Estadística (el desarrollo, la administración, el mantenimiento del sistema y el procesamiento de datos), 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, lo cual contribuirá significativamente al cumplimiento de la misión institucional.

OBJETIVOS PARA EL LOGRO DE LA VISION DEL DEPARTAMENTO

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 hospital 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 y 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 del hospital, a fin de apoyar la evaluación de gestión y la planificación.

ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL DEPARTAMENTO

El Departamento de ESDOMED estará funcionalmente conformado por las siguientes secciones:

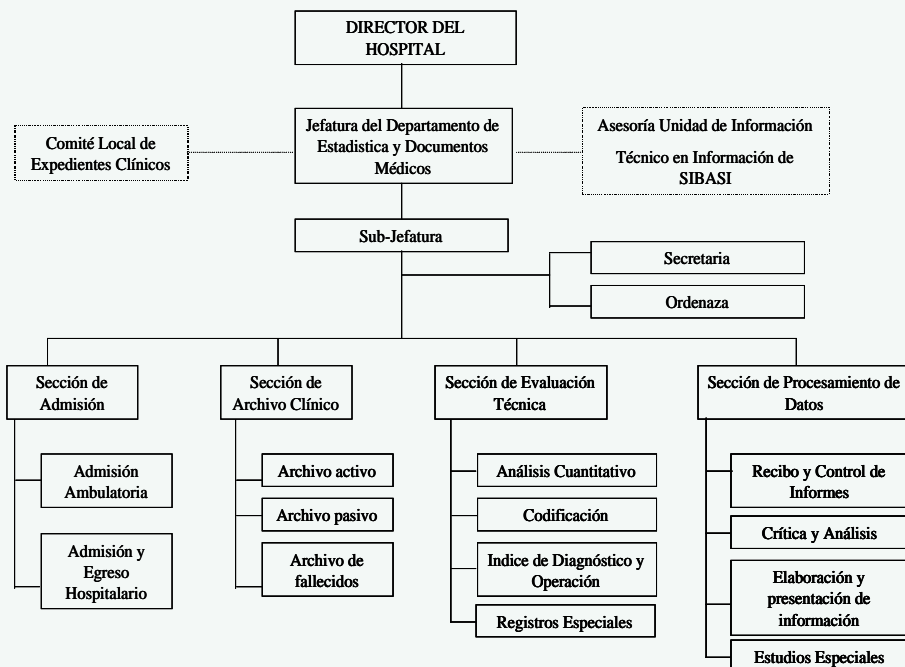
- Sección de Admisión
- Sección de Archivo Clínico
- Sección de Evaluación Técnica
- Sección de Procesamiento de Datos

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 su atención 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 y a la unidad de emergencia del hospital.

La administración del departamento estará a cargo de un o una profesional para desempeñar la jefatura, de un o una profesional para la subjefatura, un o una técnico de información para desempeñarse como coordinador de cada una de secciones que conforman el departamento y auxiliares de Estadística en número acorde al nivel de complejidad del hospital y a la demanda de pacientes, apoyados todos por los servicios de una secretaria y un ordenanza. El departamento recibirá permanentemente la asesoría del Comité Local de Expedientes Clínicos y de los Técnicos en Información de la Unidad de Información en Salud de Nivel Rector, del Equipo Técnico de Zona y de la Gerencia de SIBASI.

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS



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 hospital el número y tipo 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; así mismo, aprobará o rechazará traslados de nuevo personal para el departamento.
- 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.
- Revisar, actualizar, proponer y desarrollar estrategias y técnicas de trabajo que faciliten y garanticen la calidad de las actividades relacionadas con documentos médicos, estadística, codificación y otras afines.
- Organizar y dirigir reuniones semanales 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.
- Coordinar el Sistema de Información Estadística conforme a lineamientos y normas que dicten las dependencias competentes del Nivel Rector.
- 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.
- Difundir y evaluar con apoyo de la Dirección del Hospital las normas relacionadas con la información estadística y vigilar su cumplimiento.
- Vigilar que los criterios y procedimientos de captación, 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.

- Analizar y presentar información estadística requerida por las autoridades del establecimiento.
- Proponer métodos y técnicas para el análisis de la información estadística.
- Conformar círculos de calidad con personal del Departamento de ESDOMED y con otro personal multidisciplinario idóneo, a fin de garantizar que la información estadística sea oportuna y de calidad.
- Colaborar en estudios de investigación médica y otros que puedan ser de interés o de beneficio para los usuarios del departamento y la institución en general.
- Coordinar las actividades del departamento, así como difundir sus objetivos, funciones y logros en el nivel que sea necesario.
- Participar en los procesos del Sistema de Información del SIBASI, así como en actividades de programación y evaluación de servicios de salud.
- 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.
- Colaborar con otras disciplinas o áreas del establecimiento en lo relacionado con las necesidades o requerimientos de información.

DESCRIPCION 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 hospital nacional.

Equipo al que pertenece: Equipo polifuncional del hospital

Jefe inmediato superior: Director de hospital nacional.

Coordina con: Jefaturas de los diferentes departamentos, unidades y servicios, técnicos de información de Gerencia de SIBASI, Equipos Técnicos de Zona y Unidad de Información en Salud de Nivel Rector.

Colaboradores: Personal Técnico y Auxiliar de Estadística y Documentos Médicos del departamento.

Procesos por sistema en los que participa:

- Sistema de Planificación:
 - Proceso de Planificación

- Sistema de Regulación
 - Proceso de Reglamentación y normatización

- Sistema de Control
 - Proceso de Administración de Sistemas de Información
 - Proceso de Vigilancia Epidemiológica

- Sistema de Información
 - Proceso de Desarrollo de Sistemas de Información
 - Proceso de Administración y Mantenimiento de Sistemas de Información
 - Proceso de Procesamiento de la Información

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

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 hospital nacional.

Equipo al que pertenece: Equipo polifuncional del hospital

Requisitos mínimos para ocupar el cargo:

- Edad: Mayor de 30 años
- Sexo: Discrecional
- Estado civil: Discrecional
- Nacionalidad: Salvadoreña
- Idiomas: Castellano e Inglés

Educación y Experiencia:

- Ingeniero en Sistemas, Lic. en Administración de Empresas o en Estadística.
- Técnico en Estadística y Documentos Médicos (INDISPENSABLE)
- Experiencia de 5 años en el campo de estadística y documentos médicos y/o haber ejercido el cargo de subjefatura del departamento de ESDOMED durante 3 años como mínimo.

Características Personales:

Aptitudes: Habilidad de organización y conducción, habilidad para trabajar en equipo, trabajar por resultados, experiencia en operación de sistemas de información, manejo de paquetes informáticos, alta capacidad para el análisis numérico y elaboración de informes técnicos.

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

FUNCIONES SUB-JEFATURA DEL DEPARTAMENTO

- Asumir las funciones de la Jefatura en su ausencia o cuando se las delegue por razones de trabajo.
- 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.
- Definir, en coordinación con la jefatura del departamento de ESDOMED, cambios en la organización, lineamientos de trabajo, evaluación del personal, horarios de trabajo y otros que garanticen la adecuada conducción del departamento.
- Evaluar los sistemas, métodos y técnicas de trabajo; actualizarlos en coordinación con la jefatura y de acuerdo a nuevos requerimientos del proceso de modernización que impulsa el nivel rector.
- Planificar y desarrollar un programa de educación permanente para personal antiguo o de nuevo ingreso del departamento.
- Colaborar en la elaboración y actualización de las normas y procedimientos internos sobre los diferentes componentes de estadística y documentos médicos, así como supervisar su aplicación por todo el personal del departamento.
- Colaborar en la elaboración y análisis de trabajos requeridos por la autoridad correspondiente relacionados con su ámbito de competencia.
- Participar en la programación y evaluación de los programas de salud del establecimiento.
- Velar por la custodia y conservación de los expedientes clínicos.
- Participar en reuniones de comités técnicos, cuando sea delegado por la jefatura.
- Colaborar en estudios de investigación científica y docencia de personal médico, paramédico y otros estudios que pueden ser de interés o de beneficio para los pacientes y la institución.

DESCRIPCION DEL CARGO SUB JEFATURA DEL DEPARTAMENTO

Cargo funcional: Subjefe del Departamento de Estadística y Documentos Médicos

Naturaleza del cargo: Colaborar en la planificación, organización y supervisión de las actividades del Departamento de Estadística y Documentos Médicos de hospital nacional.

Equipo al que pertenece: Equipo técnico del departamento de ESDOMED.

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

Coordina con: Jefatura del Departamento, Jefaturas de los diferentes departamentos, unidades y servicios, Técnicos y Auxiliares de Estadística del hospital, Técnicos de Información de Gerencia de SIBASI, Equipo Técnico de Zona y de la Unidad de Información en Salud de Nivel Central.

Colaboradores: Personal Técnico y Auxiliares de Estadística y Documentos Médicos del departamento.

Procesos por sistema en los que participa:

- Sistema de Regulación
 - Proceso de Reglamentación y normatización
- Sistema de Información
 - Proceso de Procesamiento de la Información
- Sistema de Documentos Médicos
 - Proceso de Admisión
 - Proceso de Archivo Clínico
 - Proceso de Evaluación Técnica

PERFIL DEL CARGO SUB JEFATURA DEL DEPARTAMENTO

Cargo funcional: Subjefe del Departamento de Estadística y Documentos Médicos

Naturaleza del cargo: Participar en la planificación, organización y supervisión de las actividades del Departamento de Estadística y Documentos Médicos de hospital nacional.

Equipo al que pertenece: Equipo técnico del departamento.

Requisitos Mínimos para ocupar el cargo:

- Edad: Mayor de 30 años
- Sexo: Discrecional
- Estado civil: Discrecional
- Nacionalidad: Salvadoreña
- Idiomas: Castellano e Inglés

Educación y Experiencia:

- Lic. en Administración de Empresas o en Estadística.
- Técnico en Estadística y Documentos Médicos (INDISPENSABLE).
- Experiencia mínima de 5 años como Auxiliar de Estadística en Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de nivel hospitalario.

Características Personales:

Aptitudes: Habilidad de organización, habilidad para trabajar en equipo, trabajar por resultados, experiencia en operación de sistemas de información, manejo de paquetes informáticos, alta capacidad para análisis numérico y elaboración de informes técnicos.

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

FUNCIONES DEL CARGO TECNICO EN ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS

- Mantener y actualizar inventarios en coordinación con la sub-jefatura sobre necesidades de útiles de escritorio, papelería, mobiliario Y equipo para el buen funcionamiento de la sección asignada a su cargo.
- Ejercer periódicamente supervisión técnica y administrativa sobre el desempeño del personal asignado a la sección a su cargo.

- Planificar y desarrollar capacitaciones para personal antiguo o de nuevo ingreso a la sección a su cargo.
- Planificar, organizar, monitorear y evaluar según normas establecidas la depuración de los archivos de expedientes activos, pasivos y de pacientes fallecidos.
- Verificar que la captación, producción y difusión de la información estadística sean congruentes con las disposiciones contenidas en manuales, normativas y otros lineamientos, así también proponer alternativas para hacer más eficiente el Sistema de Información Estadística.
- Analizar la información estadística generada en las diferentes dependencias del hospital, para elevar la oportunidad y confiabilidad del Sistema de Información Estadística
- 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.
- Verificar la confiabilidad y oportunidad de los datos estadísticos sobre vigilancia epidemiológica cuando se tenga la responsabilidad de elaborarlos en el departamento.
- Colaborar en el desempeño de las actividades asignadas al personal auxiliar de estadística cuando éste tenga mayor volumen de trabajo o cuando no asista por razones de vacaciones, licencias u otros motivos.
- Participar en reuniones técnicas, grupos especiales de trabajo por delegación de la jefatura del departamento.

DESCRIPCIÓN DEL CARGO TECNICO EN ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS

Cargo funcional: Técnico en Estadística y Documentos Médicos

Naturaleza del cargo: Coordinar las actividades técnicas que se desarrollan en la sección a su cargo; elaboración, presentación y análisis de información estadística y administración del Sistema de Documentos Médicos.

Equipo al que pertenece: Equipo técnico del departamento.

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

Coordina con: Jefatura y Subjefatura del Departamento, Jefaturas de los diferentes departamentos, unidades y servicios, Técnicos y Auxiliares de Estadística del hospital.

Colaboradores: Personal Auxiliar de Estadística y Documentos Médicos del departamento.

Procesos por sistema en los que participa:

- 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

PERFIL DEL CARGO TÉCNICO EN ESTADÍSTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS

Cargo funcional: Técnico en Estadística y Documentos Médicos

Naturaleza del cargo: Coordinar las actividades técnicas que se desarrollan en la sección a su cargo; elaboración, presentación y análisis de información estadística y administración del Sistema de Documentos Médicos.

Equipo al que pertenece: Equipo técnico del departamento.

Requisitos Mínimos para ocupar el cargo:

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

- Idiomas: Castellano e Inglés

Educación y Experiencia:

- Lic. en Administración de Empresas o en Estadística.
- Técnico en Estadística y Documentos Médicos (INDISPENSABLE)
- Experiencia mínima de 5 años como Auxiliar de Estadística en Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de nivel hospitalario.

Características Personales:

Aptitudes: Habilidad para trabajar en equipo, trabajar por resultados, experiencia en operación de sistemas de información, manejo de paquetes informáticos, alta capacidad para elaborar análisis numérico e informes técnicos.

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

FUNCIONES AUXILIARES DE ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS

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

SECCION DE ADMISION

Esta sección esta organizada en las siguientes áreas:

- Admisión ambulatoria (Pacientes para Consulta Externa y Emergencia)
- Admisión y egreso de hospitalización

Funciones de Admisión Ambulatoria:

- Identificar e inscribir a pacientes nuevos y subsecuentes mediante un documento legal, para que reciban atención en consultorios externos o de emergencia.

- 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.

Funciones de Admisión y Egreso Hospitalario:

- Tramitar de inmediato el ingreso de pacientes a hospitalización, previa orden escrita, firmada y sellada por el médico tratante.
- Preparar y actualizar los expedientes de pacientes admitidos a los servicios de hospitalización.
- Recibir a la medianoche de cada día los movimientos diarios de pacientes hospitalizados, revisarlos, tramitar su corrección y trasladarlos a la Sección de Evaluación Técnica.
- Recibir, controlar e iniciar la revisión diaria de los expedientes de pacientes egresados de hospitalización.
- Registrar diariamente en el Libro de Defunciones de la Sección de Admisión, los datos personales, de diagnósticos y otros, de cada paciente fallecido dentro de los servicios de hospitalización o de emergencia.

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 solicitados de los diferentes consultorios o áreas del hospital usando el método para control de préstamo establecido (listas, vales, tarjetones de reemplazo, etc.).
- Recibir, controlar y pegar ordenadamente por fecha los reportes de laboratorio, radiología, electrocardiogramas, biopsias, otros resultados de exámenes o tratamientos en cada expediente clínico.
- Depurar periódicamente los formularios de expedientes activos, según las normas establecidas en el capítulo V de la presente normativa.
- Depurar anualmente los expedientes inactivos para trasladarlos al archivo pasivo, según normas establecidas en el capítulo V de la presente normativa.
- Depurar anualmente el archivo pasivo y el de pacientes fallecidos según normas establecidas en el capítulo V de la presente normativa.
- Verificar periódicamente la buena conservación de los expedientes, cambiando fólder deteriorados, reparando formularios, verificando el estado y limpieza de la estantería

SECCIÓN DE EVALUACIÓN TÉCNICA

En esta sección se realizan las funciones de evaluación cuantitativa de los expedientes de pacientes egresados de hospitalización, codificación de causas de morbilidad y mortalidad atendida en los consultorios ambulatorios y servicios de hospitalización. Sus funciones son:

- β Ordenar los formularios de los expedientes de pacientes egresados de hospitalización y de consulta ambulatoria para efectuarles análisis cuantitativo. Si hubiese hoja de referencia también debe incluirse, remitiendo la referencia de retorno al establecimiento de salud correspondiente.
- β Revisar el adecuado llenado de los Registros Diarios de Consulta Médica y Hoja de Ingreso y Egreso de los expedientes de pacientes egresados de hospitalización, realizando inmediatamente las consultas pertinentes con los médicos tratantes para garantizar la calidad de los datos y la exacta codificación de los diagnósticos médicos.

- β Elaborar los diferentes informes de vigilancia epidemiológica, cuando sea responsabilidad del departamento.
- β Codificar diariamente la residencia de cada paciente y el diagnóstico principal de consulta médica o de egreso hospitalario (de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente), anotados en los Registros Diarios de Consulta Médica y Egresos de Hospitalización.
- β Digitar diariamente los datos codificados en los Registros Diarios de Consulta Médica y de Egresos de Hospitalización, validar la calidad de digitación de datos, antes de enviarlos por medio electrónico al Técnico de Información del Equipo Gerencial de la Región SIBASI.
- β Generar mensualmente reportes de causas de consulta y egresos hospitalarios para validar su consistencia.
- β Tabular mensualmente el número de consultas y procedimientos realizados por cada médico para apoyar la toma de decisiones.
- β Registrar los códigos de los diagnósticos y operaciones en los tarjeteros respectivos, de acuerdo a normativa establecida. (Solamente en hospitales de tercer nivel o en hospitales con programa de docencia médica).
- Mantener actualizados los tarjeteros índices de diagnósticos y operaciones según normas establecidas, (aplica solamente en hospitales de tercer nivel o en hospitales con programa de docencia médica).
- Mantener otros registros especiales de apoyo a los registros médicos, determinados por la jefatura del departamento o por el Comité Local de Expedientes.

SECCIÓN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

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

- Procesar mecánicamente 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.
- Revisar los datos recolectados en los formularios del Sistema de Información Gerencial, para verificar su calidad, registrar los datos que compete al departamento y realizar su posterior mecanización.
- Elaborar mensual o trimestral tablas y gráficos estadísticos de la información sobre producción de servicios de salud, morbilidad, mortalidad, rendimiento, recursos de infraestructura y otros que indique la Dirección del hospital.
- Elaborar mensualmente el análisis de información estadística para presentación a las autoridades superiores del establecimiento, a fin de realimentar adecuadamente la gerencia Institucional.
- Revisar diariamente el movimiento de pacientes hospitalizados, para elaborar el Censo Diario de Pacientes Hospitalizados y el Registro Diario de Egreso Hospitalario.
- Realizar cálculos de población de responsabilidad programática u otras variables demográficas que indique la Dirección.
- Participación en la preparación de estudios médicos, administrativos y otros trabajos estadísticos de interés para la institución.
- Participar en el diseño de formularios para el expediente clínico y para la recolección estadística de datos.

DESCRIPCIÓN DEL CARGO AUXILIAR DE ESTADÍSTICA

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 mortalidad institucional y otras estadísticas que genere el hospital nacional.

Equipo al que pertenece: Equipo técnico del departamento.

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

Coordina con: Jefatura y Subjefatura del Departamento, otros Auxiliares de Estadística 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

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 mortalidad institucional y otras estadísticas que genere el hospital nacional.

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: Castellano

Educación y Experiencia:

- Técnico en Administración de Empresas o en Computación.

- Diplomado como Técnico en Estadística y Documentos Médicos o haber recibido el Curso Básico para Auxiliar de Estadística.
- Preferentemente experiencia mínima de 2 años en Departamento de ESDOMED de establecimientos de salud.
- 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.

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 camas para la atención de pacientes en servicios de hospitalización.
- 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

Para la asignación ideal del número de personas que deben integrar un Departamento de ESDOMED, se presenta a continuación las tablas para cálculo de personal usando los criterios de volumen de trabajo y diversidad de actividades ha desempeñar.

NUMERO DE EMPLEADOS PARA ADMISIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS NUEVOS

NUMERO DE PERSONAL			
Número de pacientes nuevos	Inscripción	Identificación Pacientes	Inscripción e Identificación
Menos de 50	--	--	1
50 – 99	1	1	2
100 – 199	2	1	3
200 – 299	3	1	4
300 y más	4	2	6

Esta tabla permite determinar el número de empleados necesarios para cumplir las actividades de identificación e inscripción de pacientes ambulatorios nuevos; así tenemos que para los hospitales en que el promedio diario de pacientes nuevos sea menos de 50, se debe asignar un empleado a tiempo completo para realizar ambas actividades; en hospitales en que el promedio diario de pacientes nuevos oscile entre 50 y 99 se requerirán dos empleados; uno para cada actividad, y así sucesivamente, hasta aquellos hospitales donde se atienden 300 o más pacientes nuevos, en cuyo caso se requerirá seis empleados; cuatro para inscribir y dos para identificar. La sección conformada por más de 3 empleados, debe asignársele un empleado para que asuma el cargo de coordinador de sección.

NUMERO DE EMPLEADOS PARA ADMISIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS ANTIGUOS

Número de pacientes antiguos	Número de empleados
Menos de 150	1
150 – 299	2
300 – 499	3
500 – 599	4
600 – 749	5
750 y más	6

La presente tabla permite determinar el número de empleados necesarios para atender a pacientes ambulatorios antiguos; será así necesario un empleado a tiempo completo para aquellos hospitales donde el número de pacientes antiguos atendidos diariamente sea menos de 150; dos empleados a tiempo completo en aquellos hospitales que prestan de 150 a 199 consultas o atenciones a pacientes antiguos, y así sucesivamente, hasta aquellos hospitales que prestan más de 750 atenciones, en cuyo caso serán necesarios seis empleados a tiempo completo. La sección conformada por más de 3 empleados, debe asignársele un empleado para que asuma el cargo de coordinador de sección.

NUMERO DE EMPLEADOS PARA ADMISIÓN DE PACIENTES A HOSPITALIZACION

Número de Ingresos o Egresos	PERSONAL POR TURNO		
	Un turno	Dos turnos	Tres turnos
Menos de 10	1	--	-
10 - 19	1	2	3
20 - 29	2	3	4
30- 39	2	4	5
40 - 49	3	5	6
50 - 59	-	6	7
60 y más	-	-	8

Con esta tabla se determinará el número necesario de empleados para cumplir con las funciones de admisión de pacientes a hospitalización, así tenemos que para aquellos hospitales donde el movimiento diario de ingresos y/o egresos sea menos de diez, será necesario un empleado a tiempo completo y se debe cubrir sólo un turno de trabajo (8 horas); en aquellos hospitales donde el movimiento diario de pacientes hospitalizados oscile en 10 y 19 será necesario un empleado a tiempo completo para cubrir el turno de trabajo (8 horas); de dos empleados a tiempo completo para cubrir dos turnos (16 horas), y de tres empleados a tiempo completo para

cubrir los tres turnos de trabajo (24 horas). La sección conformada por más de 3 empleados, debe asignársele un empleado para que asuma el cargo de coordinador de sección.

NUMERO DE EMPLEADOS PARA ARCHIVO CLINICO

Número de Expedientes	Archivar y Retirar documentos	Labores complementarias de Archivo	Coordinador de Sección	Total
Menos de 100	1	--	-	1
100 - 249	2	1	-	3
250- 399	3	1	1	5
400- 549	4	1	1	6
550- 699	5	2	1	8
700- 849	6	2	1	9

Si se establecen turnos para las 24 horas, deberá considerarse un empleado por cada 100 expedientes que se tengan que archivar o retirar del archivo.

Esta tabla permite determinar el número de empleados necesarios para cumplir con las actividades inherentes al archivo de expedientes, así se considerará un empleado a tiempo completo para aquellos hospitales donde el movimiento de expedientes sea menos de 100 documentos diarios en promedio; tres empleados a tiempo completo para aquellos hospitales donde el movimiento de documentos oscila entre 100 y 249, dos de estos empleados se destinarán a archivar y desarchivar expedientes y uno realizará las actividades complementarias de archivo (numerar formularios, pegar exámenes de laboratorio, reportes y otros); así sucesivamente hasta aquellos hospitales donde el movimiento diario de documentos oscile entre 700 y 849, donde se requerirán nueve empleados; seis para archivo y desarchivo de expedientes, dos para realizar las labores complementarias y un jefe de sección.

NUMERO DE EMPLEADOS PARA EVALUACIÓN TÉCNICA DEL EXPEDIENTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS

ACTIVIDADES	NUMERO DE EMPLEADOS*			
	Menos de 100 camas	100- 249	250-399	400-549
Recepción, Revisión y distribución de informes y documentos.		1	1	1
Análisis cuantitativo de los documentos de atención médica y codificación de causas de consulta médica y egresos hospitalarios	1			1
Mantenimiento de los Índices de Enfermedades, operaciones y otros.		1	1	1
Tabulación y consolidación de informes de los servicios médicos, técnicos y Administrativos.	1	1	2	2
Preparación de informes para la Dirección y los niveles superiores		1	1	1
Coordinación de sección			1	1
TOTAL	2	4	6	7

* Cálculo basado en el número de dotación de camas por hospital

Esta tabla permite determinar el número de empleados necesarios para realizar las actividades relacionadas con la evaluación técnica del expediente y procesamiento de datos; así para aquellos hospitales de menos de 100 camas de dotación normal serán necesarios dos empleados a tiempo completo; uno de ellos realizará las actividades de recepción, revisión y análisis cuantitativo de los documentos de atención médica así como llevar el registro de los distintos índices, el otro empleado se encargará de la tabulación y consolidación de los datos, de la preparación de informes y supervisión del otro empleado; en aquellos hospitales con una dotación normal de 100-249 camas serán necesarios cuatro empleados: uno para la recepción, revisión y análisis de los documentos de atención médica; el segundo para llevar el registro y mantenimiento de los distintos índices (de enfermedades ,operaciones, médicos, etc.) el

tercero para la tabulación y consolidación de los datos de los servicios médicos , técnicos y administrativos y el cuarto se encargará de la preparación de informes y de la supervisión de los otros empleados; así sucesivamente se procederá para los hospitales con un dotación de camas de 250-399 y de 400-549 respectivamente.

NOTA: Sobre la cantidad estimada de personal necesario para cada una de las actividades enumeradas en las cinco tablas anteriores, se debe considerar un empleado de reemplazo por cada diez empleados que laboran en el Departamento de ESDOMED; este personal estará destinado a cubrir las ausencias por motivo de vacaciones, licencias u otros motivos del personal titular.

