MINISTERIO DE SALUD

Normativa — 094

Manual de Organización, Funciones y Procedimientos de las Oficinas de Estadísticas del MINSA'

MANAGUA, Julio - 2012

N
WA
39
2071
2012

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
Ministerio de Salud. **Normativa No. 094: Manual de Organización Funciones y Procedimientos de las Oficinas de Estadísticas del MINSA/**Dirección Superior del Ministerio de Salud. Oficina de Estadísticas
Managua: MINSA, Jul. 2012

42 p

(Contiene soporte jurídico; Acuerdo Ministerial No.655-2012)

1. Estadísticas Vitales-normas
2. Control de Formularios y Registros-normas
3. Servicios de Registros Médicos en Hospitales-normas
4. Registros de Hospitales
5. Sistemas Integrados y Avanzados de Gestión de la Información-normas
6. Interpretación de Estadísticas de Datos
7. Estadísticas de Provisión de Servicios de Salud–normas (descriptor local)
8. Recolección de Información en Salud–normas (descriptor local)
9. Control de Establecimientos de Salud (descriptor local)
10. Vigilancia del Estado de la Salud de la Población (descriptor local)
11. Control de Expedientes Clínicos (descriptor local)
12. Referencia y Contra referencia de Pacientes (descriptor local)

Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

© MINSA- Julio 2012

Dirección Superior del Ministerio de Salud.

Participaron en la Elaboración y Revisión del Documento

Dirección General Planificación y Desarrollo

Dirección de Informática

Oficina de Estadística

Aprobación del Documento

Comisión Nacional de Normas, Guías, Manuales y Protocolos.

ACUERDO MINISTERIAL
No. 655 - 2012

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta" Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:
I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su Arto. 59, partes conducentes, establece que: "**Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud**".

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: **"b)Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."**

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su **Artículo 1, Objeto de la Ley,** establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".

MINISTRA DE SALUD

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su **Artículo 2, Órgano Competente, y Artículo 4, Rectoría** establece que: **"Arto. 2.-** El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."; **Arto. 4, Rectoría.-** "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales".

MINISTERIO DE SALUD
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios, costado oeste Colonia 1ero de Mayo, Managua, Nicaragua. PBX (505) 22894700
Apartado Postal 107. Web:www.minsa.gob.ni

V

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud" en el **Artículo 7, numerales 6, 33 y 34**, establece: **"Arto. 7.- Son competencias y atribuciones del MINSA: "6.-** Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud de naturaleza pública. **33.-** Definir y coordinar la organización y funcionamiento de los sistemas de información en relación con las personas que son beneficiarias del sector salud y las instituciones que manejan sus recursos, con el objeto de poder realizar los principios consagrados en la Ley; **34.-** Coordinar el diseño, operación, utilización y actualización que se requiera para el correcto funcionamiento de un sistema de vigilancia y evaluación epidemiológica. A fin de mantener un adecuado control tanto epidemiológico como asistencial del país, todos los establecimientos de salud, públicos, privados u ONGs están obligados a mantener un sistema de registro e información para las autoridades de salud. Deberán asimismo notificar por escrito a los Registros del Estado Civil de las Personas, dentro de los plazos que establezca la legislación correspondiente, los nacimientos y defunciones que por cualquier causa ocurran en ellos".

VI

Que el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", establece en los **Artos. 369 y 370**: "**Artículo 369.-** Para efectos de lo dispuesto en el numeral 34, del artículo 7 de la Ley, el MINSA diseñará un sistema de información al que las entidades que integran el sector de la salud, deberán remitir la información relacionada con los módulos definidos en el siguiente artículo, en los plazos, contenido y condiciones técnicas establecidas en la norma correspondiente; **Artículo 370.-** El sistema de información, estará integrado por los módulos de: **1.** Vigilancia del estado de salud de la población; **2.** Manejo presupuestal; **3.** Referencia y contrarreferencia de pacientes; **4.** Gestión; **5.** Contable y financiero para las instituciones públicas proveedoras de servicios de salud; **6.** Estadística de provisión de servicios de salud; **7.** Sistema nacional de estadísticas vitales; **8.** Registro de licenciamiento y acreditación de instituciones; **9.** Divulgación de información y atención a la comunidad; **10.** Promoción de la salud y prevención de la enfermedad; **11.** Afiliados al INSS; **12.** Control sanitario de bienes y servicios; **13.** Los demás aspectos que fije la normativa."

VII

Que el Decreto No. 102, publicado en La Gaceta No. 23 del 04 de Octubre de 1979, **"Ley Creadora del Sistema Estadístico Nacional"** y su Reforma por Decreto No. 888, publicado en La Gaceta No. 278 de 7 de diciembre de 1981, crea el Sistema Estadístico Nacional, siendo un componente del mismo la información generada por los Ministerios de Estados y sus dependencias departamentales.

MINISTRA DE SALUD

VIII

Que con fecha 15 de Agosto del 2012, la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó se elaborara el Acuerdo Ministerial que aprobara el documento denominado **"Manual de organización, funciones y procedimientos de las oficinas de estadísticas del MINSA"**, cuyo objetivo garantizar una herramienta al funcionario de estadística y personal de salud autorizado, para lograr la eficiencia y mejoría en la calidad del dato.

MINISTERIO DE SALUD
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios, costado oeste Colonia 1ero de Mayo, Managua, Nicaragua. PBX (505) 22894700
Apartado Postal 107. Web:www.minsa.gob.ni

Acuerdo Ministerial No. 655-2012

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA:

PRIMERO: Se aprueba el documento denominado **"Manual de organización, funciones y procedimientos de las oficinas de estadísticas del MINSA"**, el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores generales de SILAIS y a los directores de establecimientos de salud públicos y privados, que tienen la obligación legal de entregar al Ministerio de Salud la información generada en sus procesos de atención en salud a la población.

TERCERO: Se designa a la División General de Planificación y Desarrollo, para la implementación, monitoreo y cumplimiento del **"Manual de organización, funciones y procedimientos de las oficinas de estadísticas del MINSA"** mediante las coordinaciones necesarias con los SILAIS, estableciendo los flujos y mecanismos para la obtención de la información generada en los establecimientos proveedores de servicios de salud, públicos y privados, a nivel nacional.

CUARTO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los dieciséis días del mes de Agosto del año dos mil doce.

MINISTRA DE SALUD

SONIA CASTRO GONZALEZ
MINISTRA DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios, costado oeste Colonia 1ero de Mayo, Managua, Nicaragua. PBX (505) 22894700
Apartado Postal 107. Web:www.minsa.gob.ni

CONTENIDO

	Contenido	Pagina
I	Introducción	8
II	Marco Jurídico	9
III	Definiciones	12
IV	Objetivos	16
V	Alcance y universo	16
VI	Disposiciones para todos los niveles de oficinas de estadísticas	17
VII	Disposiciones para oficina nacional de estadística	20
VIII	Disposiciones para las oficinas de estadísticas de SILAIS	23
IX	Disposiciones para la oficina de estadísticas de Municipios	27
X	Disposiciones para la oficina de estadísticas de hospital	30
XI	Procedimientos de la oficina de estadísticas de hospital	35
XII	Procedimientos del archivo y expediente clínico	41
XIII	Bibliografía	45

I. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud, presenta el ‘Manual de organización, funciones y procedimientos de las oficinas de estadísticas del MINSA’. Explicando de forma técnica, a l@s funcionarios de estadísticas, el trabajo que deben realizar.

En la Actualidad en las oficinas de estadísticas se ha detectado la necesidad de un instrumento que oriente y de respuesta a los problemas que limitan sus actividades operacionales. Entre las limitantes es el de no contar con un manual de funciones que oriente el funcionamiento adecuado de cada elemento de la Institución, atendiendo a esta necesidad se creó el presente manual.

Es por ello que se realizó una investigación de diagnóstico organizacional con el cual se determinó la necesidad de un instrumento que guié al personal y oriente para un mejor desempeño en las labores.

Como antecedentes de este documento, se tiene el “Haciendo estadísticas”, elaborado en el año 1995, y el cual en todo este largo periodo hasta la fecha, había sido el único referente del quehacer diario en las oficinas de estadísticas. También se elaboró en el año 2007, un manual de organización y procedimientos de las oficinas de estadísticas del primer nivel de atención.

El presente manual está estructurado en capítulos, cada uno aborda el funcionamiento de las oficinas de estadísticas según el nivel administrativo que corresponde; Nivel Central, Nivel SILAIS, Nivel Hospitalario y Nivel Municipal.

Cada capítulo a su vez, presenta la siguiente estructura; Funciones, Procedimientos. Cuando se aborda el aspecto de “Funciones”, se explica puntualmente, los deberes y responsabilidades que cada funcionario debe ejercer para lograr las metas de su trabajo. En el aspecto de “Procedimientos”, se explica las acciones técnicas que el funcionario realiza de forma esquemática y jerárquica en la oficina.

El capítulo de Hospital, se extiende de forma específica para cada función y procedimientos; El propósito de tan detallada descripción de cada punto de trabajo, es por las características propias del hospital, en la cual la herramienta básica de recolección de la información es el expediente clínico.

II. Soporte Jurídico

a) Constitución Política de la República de Nicaragua

Arto. 59.- "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

b) **Decreto No. 102, "Ley Creadora del Sistema Estadístico Nacional",** publicado en La Gaceta No. 23 del 04 de Octubre de 1979, y su Reforma por **Decreto No. 888**, publicado en La Gaceta No. 278 de 7 de diciembre de 1981.

Crea el Sistema Estadístico Nacional, siendo un componente del mismo la información generada por los Ministerios de Estados y sus dependencias departamentales. Es el marco legal sobre el cual se ha venido desarrollando el sistema de información estadística del Ministerio de Salud de Nicaragua.

c) **Decreto Ley No. 722, "Certificaciones de Nacimiento y Defunción",** publicado en La Gaceta No. 101 de 12 de mayo de 1981, y el **"Reglamento a la Ley de Certificaciones de Nacimiento y Defunción",** publicado en La Gaceta No. 226 de 7 de octubre 1981.

Al MINSA como instancia encargada del registro y consolidación de la información estadística relacionada con salud, le corresponde la emisión de certificados de nacimientos y defunciones a nivel nacional.

d) Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en La Gaceta No. 102 del 3 de Junio de 1998.

En el **Arto. 26, inciso i), e**stablece que al Ministerio de Salud le corresponde: **" i) Coordinar y dirigir el sistema nacional de estadísticas vitales y de información relativa a la salud pública;**

e) **Decreto No. 25-2006, "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo",** publicado en La Gaceta No. 91 y 92 del 11 y 12 de Mayo del 2006.

Arto 256.- División de Información. Corresponde a esta División:

1.- Normar los mecanismos para la recolección, integración, análisis y difusión de la información y de hechos vitales.

5.- Formular y actualizar los requerimientos de información.

7.- Realizar coordinaciones intra e inter institucionales en función de garantizar la cobertura y calidad de la información.

12. Monitorear y supervisar el sistema de información institucional y sectorial.

f) Ley No. 423, Ley General de Salud, publicada en la Gaceta No. 91 del 17 de Mayo del 2002.

Artículo 2.- Órgano Competente: El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación.

Artículo 4.- Rectoría: Corresponde al ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales.

Artículo 7.- Son Competencias y Atribuciones del Ministerio de Salud:

1.- Regular, Supervisar, e intervenir en el sector de Sector de Salud, y en particular ser la autoridad competente para la aplicación y el control del cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, su reglamento o normas que de ella emanen, sin perjuicio de las facultades y obligaciones que leyes especiales otorguen a otros organismos públicos dentro de sus respectivas competencias. Para estos efectos, se entiende como autoridades en salud, las personas o instituciones con funciones, facultades o competencias expresadas de expedir o aplicar la regulación en materia de políticas en salud.

6.- Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.

33.- Definir y coordinar la organización y funcionamiento de los sistemas de información en relación con las personas que son beneficiarias del sector salud y las instituciones que manejan sus recursos, con el objeto de poder realizar los principios consagrados en la Ley.

34.- Coordinar el diseño, operación, utilización y actualización que se requiera para el correcto funcionamiento de un sistema de vigilancia y evaluación epidemiológica. A fin de mantener un adecuado control tanto epidemiológico como asistencial del país, todos los establecimientos de salud, públicos, privados u ONGs están obligados a mantener un sistema de registro e información para las autoridades de salud. Deberán asimismo notificar por escrito a los Registros del Estado Civil de las Personas, dentro de los plazos que establezca la legislación correspondiente, los nacimientos y defunciones que por cualquier causa ocurran en ellos.

g) Decreto No. 001-2003, Reglamento de la Ley General de Salud, publicado en La Gaceta Nos. 7 y 8 del 10 y 13 de Enero del 2003, respectivamente.

Artículo 13.- El Ministerio de Salud, como ente rector, elabora, aprueba y aplica las políticas y manuales de salud, define la estructura de financiamiento y ejerce las funciones de vigilancia y control de la gestión en salud. Le corresponde igualmente, la definición de los mecanismos de articulación con los actores sociales que lo integran y que realizan acciones vinculadas con el financiamiento, provisión y gestión en salud, garantizando la plena participación de los mismos.

Artículo 14.- De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley y del artículo 73 del presente Reglamento, entiéndase como rectoría, la capacidad política, administrativa y legal del MINSA, para coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud.

Artículo 73.- Son proveedores de servicios de salud, las personas naturales o jurídicas, públicas, privadas o mixtas, que estando habilitados por el MINSA, tienen por objeto la provisión de servicios en sus fases de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud que requiera la población. Se incluye cualquier otro establecimiento cuya actividad sea brindar servicios que incidan de manera directa o indirecta en la salud del usuario.

Artículo 75.- Los proveedores de servicios de salud con independencia de su naturaleza jurídica, cumplirán estrictamente los manuales y otras disposiciones sobre calidad, ética e información epidemiológica y de gestión establecida para ellos.

Artículo 369.- Para efectos de lo dispuesto en el numeral 34, del artículo 7 de la Ley, el MINSA diseñará un sistema de información al que las entidades que integran el sector de la salud, deberán remitir la información relacionada con los módulos definidos en el siguiente artículo, en los plazos, contenido y condiciones técnicas establecidas en la norma correspondiente.

Artículo 370.- El sistema de información, estará integrado por los módulos de:

1. Vigilancia del estado de salud de la población.
2. Manejo presupuestal.
3. Referencia y contrarreferencia de pacientes.
4. Gestión.
5. Contable y financiero para las instituciones públicas proveedoras de servicios de salud.
6. Estadística de provisión de servicios de salud.
7. Sistema nacional de estadísticas vitales.
8. Registro de licenciamiento y acreditación de instituciones.
9. Divulgación de información y atención a la comunidad.
10. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
11. Afiliados al INSS.
12. Control sanitario de bienes y servicios.
13. Los demás aspectos que fije la normativa.

h) Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).

Define que el Sistema de Información es un conjunto integrado de mecanismos que garantizan la disposición oportuna de información para el desarrollo del Sistema de Salud.

II. Definiciones.

1. **Agrupación de dígitos**: La separación de los dígitos de un número de expediente clínico por medio de guiones (12-25-36) para facilitar su lectura y retención en la mente. (Cumple el mismo fin que la agrupación de dígitos de un número de teléfono). Si se utiliza el método dígito Terminal, los dígitos deben agruparse de acuerdo con las características de éste.
2. **Alta:** Término de la atención, recuperación o control del daño por el que se requirió la atención. Todo paciente que se retire vivo del hospital. La razón del alta (orden del médico, retiro por propia voluntad o sea, abandono; traslado a otro hospital, fuga, por medida disciplinaria, etc.) no modifica que se considere como alta.
3. **Archivo activo:** Lugar donde se conservan los expedientes clínicos en forma ordenada y rápidamente accesibles, durante el período que se consultan frecuentemente.
4. **Archivo pasivo:** Lugar donde se conserva, en forma ordenada, los expedientes clínicos de pacientes que no han acudido al establecimiento durante un plazo determinado (por ejemplo, cinco años).
5. **Censo Diario:** Es el proceso mediante el cual se conoce el movimiento de pacientes hospitalizados y la utilización de las camas de cada sala, cada día.
6. **Consulta Especializada**: Es la atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios en las cuatro especialidades médicas básicas y todas las subespecialidades que de ellas se derivan.
7. **Consulta Externa:** Es la atención médica, en la cual mediante interrogatorio y exploración del paciente se llega a un diagnóstico.
8. **Consultorio Especializado**: Local ubicado en consulta Externa, que cuenta con las instalaciones específicas para cada servicio y con el personal especializado por cada área (Cardiología, Urología, Oftalmología etc.), destinado a la atención de pacientes ambulatorios.
9. **Defunción Hospitalaria**: Muerte de un paciente hospitalizado que ocupa una cama censable.
10. **Defunción:** Es la desaparición permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento vivo.
11. **Destrucción selectiva**: Es la destrucción, con fines de ahorrar espacio, de aquellos formularios del expediente que tengan menos trascendencia.
12. **Documentos sueltos**: Los informes de servicios diagnósticos y terapéuticos brindados a los pacientes y los otros documentos que forman parte de la expediente clínico pero que aún no se han incorporado al expediente clínico.

13. **Egreso Hospitalario**: Paciente que sale de un servicio de hospitalización; incluye las altas por curación mejoría, traslado a otro establecimiento, defunción y voluntaria.
14. **Egreso:** Es el retiro de un paciente de los servicios de internación del hospital. Puede ser por alta, abandono, fuga, traslado o defunción.
15. **Guías auxiliares**: Tarjetas de cartulina gruesa con una pestaña y encabezamiento que dirige el ojo a la sección deseada en una gaveta de fichero o en un estante del archivo. La pestaña de la guía auxiliar identifica el material que se archivan detrás de ella.
16. **Expediente clínico**: Puede definirse como conjunto de formularios debidamente organizados a través de los cuales se registran en forma "detallada y ordenada todos los datos relativos a la salud de una persona". Antiguamente se conocía como Expediente clínico.
17. **Expediente duplicados**: Dos o más expedeintes para un paciente dentro del establecimiento. Esto usualmente se debe a uno o más de los cuatro puntos siguientes: (1) falta de consultar el índice de pacientes; (2) deficiencias en el manejo del índice de pacientes; (3) falta de esmero en tomar y registrar, en la expediente clínico y en la tarjeta índice, los datos de identificación del paciente; (4) datos falsos proporcionados por el paciente.
18. **Índice de diagnóstico y operaciones**: Una lista ordenada por enfermedades, traumatismo y procedimientos que proporciona los números de los expedientes clínicas en las que puede encontrase información sobre estas enfermedades, traumatismos y procedimientos médicos. Puede ser un catálogo de tarjetas u hojas o puede ser un listado preparado en una computadora.
19. **Índice de pacientes**: Un archivo permanente que identifica las personas que han sido atendidas en el hospital y los expedientes clínicas que se han creado para ellas. Actualmente, en la mayoría de los hospitales el índice de pacientes es un catálogo de tarjetas archivadas en orden alfabético. Sin embargo, este archivo también puede mantenerse en una computadora.
20. **Ingreso:** Es la aceptación formal de un paciente por el hospital para su atención médica; un ingreso siempre implica la ocupación de una cama y la manutención de una expediente clínico para el paciente, durante el periodo que dure su internamiento.
21. **Mortalidad Hospitalaria**: Número de egresos hospitalarios por causa básica de defunción. Comprende a los pacientes egresados por defunción habiendo ocupado durante su estancia una cama censable.
22. **Muertes Fetales**: Total de muertes registradas en el año de referencia que ocurren antes del nacimiento.
23. Nacidos Vivos: Producto de la concepción que independientemente de la duración del embarazo, después de la

separación del cuerpo de la madre, respira o muestra cualquier otro signo de vida.

24. **Numeración de expedientes clínicos**: La identificación de expedientes clínicos mediante un número. El propósito de la numeración de expedientes es (1) facilitar la identificación de los documentos relativos a una persona, característica importante en el caso de nombres idénticos o similares; (2) agilizar el proceso de archivo, tanto para el archivo y recuperación (desarchivo) de expediente como para la ampliación del archivo; (3) ayuda a conservar el carácter confidencial de los expedientes.
25. **Numeración única:** Este método de numeración consiste en asignar al paciente un número permanente del expediente la primera vez que acude al establecimiento. Por lo general, este número es el próximo número sin usar de una serie de números controlados por el Departamento de Registros Médicos del Hospital.
26. **Registro de defunciones**: El registro de defunciones es un listado cronológico de todos los pacientes que fallecieron en el hospital o que fueron declarados muertos en el mismo por un médico del hospital.
27. **Registro de emergencias**: El registro (libro) emergencias es un listado cronológico de las personas atendidas en el Servicio de Emergencia. Este registro permite conocer rápidamente la fecha y la hora de llegada y salida de pacientes atendidos en dicho servicio como también el tratamiento brindado.
28. **Registro de ingresos y Registro de egresos**: El registro de ingresos y el registro de egresos son listados cronológicos de los pacientes que ingresaron a hospitalización y los que egresaron, por alta o defunción, de cualquiera de los servicios.
29. **Registro de nacimientos**: El registro de nacimientos es un listado cronológico de todos los nacimientos ocurridos en el Hospital y a los cuales se les emitió un certificado de nacimiento.
30. **Registro de números**: El registro de números es una lista de número correlativos de expediente clínico al que se agrega el nombre completo del paciente y la fecha en que se abrió la expediente clínico.
31. **Registro de Operaciones**: El registro de operaciones es un listado cronológico de los procedimientos quirúrgicos realizados en el hospital.
32. **Registro de partos:** El registro de partos es un listado cronológico de los patos producidos en el hospital.
33. **Registros de citas**: (Agenda de Citas), Un libro o tarjetero en que figura, según la clínica y la fecha de la cita, el nombre y número de expediente clínico del paciente citado.
34. **Registros secundarios**: Registros que facilitan el acceso a la expediente clínico y a la información contenida en ella.

35. **Tarjeta (carné) de identificación**: Tarjeta que contiene el nombre del paciente y su número de expediente clínico.
36. **Tarjetón de reemplazo**: Señal que se coloca en el lugar de la expediente clínico para indicar que ésta se ha retirado para enviarla a otra parte. El tarjetón no solo indica la fecha y el destino del expediente que salió del archivo, sino agiliza el trabajo de archivo cuando el expediente vuelve.

III. Objetivos

Objetivo General

Garantizar con el "Manual de organización, funciones y procedimientos de las oficinas de estadísticas del MINSA' una herramienta al funcionario de estadística y personal de salud autorizado, para lograr la eficiencia y mejoría en la calidad del dato.

Objetivos Específicos:

1. Estandarizar los procesos de recolección.
2. Mejorar la recolección de los datos.

IV. Alcance y Universo

El presente manual es de aplicación obligatoria por el personal de salud en las oficinas de estadísticas del MINSA.

V. Disposiciones para todos los niveles de oficinas de estadísticas.

VI. A. Características de los Recursos Humanos

VI.A. 1. Jefe de la oficina de estadísticas.

Especialista en Bioestadística, Medico con Maestría en Salud Publica, Técnico de Estadística o profesionales y técnicos de especialidades afines a la Estadística y los Registros Médicos. En igualdad de condiciones para ocupar una plaza dar prioridad a las tres primeras especialidades relacionadas.

VI.A.2. Personal de la oficina de estadísticas.

Especialista en Bioestadística, Técnico de Estadística o profesionales y técnicos de especialidades afines a la Estadística y los Registros Médicos con una escolaridad no menor al nivel técnico superior.

VI.A.3. Adecuación especial.

En caso de no cumplirse los acápites anteriores respecto al personal de la oficina de estadísticas, es responsabilidad del designado jefe de la oficina, orientar, coordinar y promover actualizaciones periódicas del personal a su cargo hasta alcanzar los niveles requeridos para el cargo.

VI.B. Conservación de Documentos

VI.B.1. Documentos en papel u otro medio físico

Se debe crear un libro de registro en el cual se llevara un orden cronológico de cada documento archivado o analizado en la oficina de estadísticas.

VI.B.2.Disposiciones específicas para la conservación de los documentospropios de la oficina de estadística.

1. Archivar los registros, instrucciones, circulares, copias de informes mensuales, manualesy cualquier documento oficial elaborado en la oficina de estadísticas, los que permanecerán en el archivo el tiempo estipule la ley Nacional para el resguardo de documentos públicos.
2. Archivar las series cronológicas.
3. Archivar los informes de las supervisiones a los sistemas, los realizados por personal de la institución y por los niveles superiores.

VI.B.3. Documentos en formato digital

1. Se debe crear una bitácora de flujo de la información con evidencia por escrito en medio físico de cada movimiento de información en la oficina de estadísticas. Nunca debe filtrarse información por ningún medio electrónico sin el debido permiso del responsable de estadísticas. Se debe resguardar la información digitalizada en disco duro a buen resguardo en la oficina del responsable de estadísticas.
2. Sólo en casos excepcionales (ejemplo bases de datos a otras instituciones autorizadas por la dirección superior), se autorizará la entrega de bases de datos provenientes de la oficina de estadísticas a personas naturales o jurídicas. En los casos de convenios en los cuales esta posibilidad sea tratada, deben existir cláusulas que garanticen el tratamiento y uso final de la información.

VI.C. Categorización Oficial de la Información

VI.C.1. Oficial

Cuando resulta de subsistemas aprobados y contenidos en el Sistema de Información Estadístico Central u otros Sistemas oficiales aprobados por la División de sistemas de Información del MINSA.

VI.C.2. Definitiva

Cuando tras un período de revisión variable se puede garantizar su integridad, calidad y confiabilidad, por lo que está disponible para ser divulgada.

Puede ser usada para fines de servicio, docencia e investigación.

VI.C.3. Provisional.

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

VI.D. Cronograma y Flujo de la Información Estadística

VI.D.1. En Puestos de Salud: el 30 de cada mes se procesa y envía la información Estadística de los puestos a los **Centros de Salud Municipales** correspondientes**.**
VI.D.2. En Centros de Salud Municipales: el 30 de cada mes se procesa y envía la información estadística **al SILAIS** según cronograma de recibo previamente elaborado.
VI.D.3. En hospitales y centros de salud con camas: El 30 de cada mes se cierra la información y se remite al SILAIS correspondiente en los días 01 y 02 del mismo mes.

VI.D.4. El SILAIS: Remite la información estadística consolidada de todo el SILAIS a más tardar el día 10 de cada mes a la **Oficina de Estadísticas / División de Sistemas de Información** del Nivel Central del Ministerio de Salud.

VII. Disposiciones para la oficina nacional de estadísticas.

VII.A. Organización Esquemática de la oficina nacional de estadísticas.

La Oficina de Estadísticas del Nivel Central depende directamente de la División de Sistemas de Información que a su vez depende de la División General de Planificación y Desarrollo que a la vez depende de la Dirección Superior del Ministerio de Salud que está integrada por el Ministro (a) el Vice Ministerio y la Secretaria General de Salud.

VII.B. Funciones de la Oficina Nacional de Estadística.

1. Proporcionar a la Dirección Superior la información estadística necesaria para la evaluación de los planes y programas del Sistema Nacional de Salud.
2. Evaluar las funciones de las oficinas de Estadísticas a todos los niveles del MINSA.
3. Contribuir a la actualización científica en estadísticas de salud del personal de salud.
4. Elaborar y emitir las instrucciones metodológicas referentes a los Sistemas de Información Estadísticos con vistas a garantizar la calidad y oportunidad de los datos.
5. Suprimir del envío sistemático de toda aquella información que no esté aprobada en el Sistema de Información del MINSA.
6. Controlar observancia de las periodicidades establecidas en los calendarios para los distintos Sistemas de información y reportes adelantados.
7. Evaluar la veracidad de los datos de las informaciones emitidas por los Departamentos de Estadística de SILAIS, Municipios, hospitales y policlínicos.
8. Proponer, elaborar, evaluar, actualizar e implementar, instrumentos de recolección de la información.
9. Realizar, validar y actualizar análisis de los requerimientos de información.
10. Adecuar y establecer los parámetros y niveles para la integración de la información.
11. Definir y actualizar las estimaciones y proyecciones demográficas en salud.
12. Realizar coordinaciones intra e interinstitucional para garantizar la cobertura y calidad de la información y monitoreo de indicadores, planes, programas y proyectos.
13. Brindar asistencia técnica en el nivel local para la organización de la función de recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información.
14. Garantizar la calidad del flujo de la información.
15. Consolidar la información de salud del nivel institucional.
16. Realizar análisis permanente de la información de salud en función de resultados e impacto.
17. Integrar y analizar sistemáticamente los datos estadísticos de los diferentes sub-sistemas validando la calidad de los datos.
18. Cotejar datos con los programas específicos y sistemas de vigilancia epidemiológica para proceder a la oficialización de cifras coherentes e indicadores consensuados evitando duplicidades.
19. Distribuir informes a los tomadores de decisiones de forma periódica a los distintos niveles autorizados por el nivel superior.

VII.C. Funciones del jefe de la Oficina Nacional de Estadística

1. Cumplir con las atribuciones y funciones establecidas por los reglamentos vigentes en el MINSA.
2. Organizar el trabajo al personal que labora en la unidad funcional.
3. Trasmitir las orientaciones técnicas, administrativas, docentes e investigativas relacionadas con su especialidad.
4. Cumplir el calendario estadístico.
5. Realizar, y difundir los análisis necesarios de la información elaborada y autorizada por el nivel superior.
6. Garantizar la custodia y conservación de los Registros Primarios, Fichas de Información y Series Cronológicas.
7. Controlar la correcta utilización de los medios de trabajo asignados
8. Programar reuniones periódicas con el personal a su cargo.
9. Participar en las reuniones de consejos técnicos y otros espacios donde requieran su presencia.

VII.D. Funciones del Personal de la Oficina nacional de estadística.

1. Cumplir con la organización y procedimientos contenidos en este Manual, instructivos y procedimientos específicos de los Sistemas de Información Estadísticos
2. Elaborar Generar documentos de análisis de estadístico en salud,
3. Asegurar la disponibilidad técnica, administrativa, docentes e investigativas relacionadas con su especialidad.
4. Colaborar en el procesamiento, la calidad e integridad de los datos de los sistemas de información estadísticos.
5. Cumplir el calendario estadístico .
6. Garantizar la custodia y conservación de los Registros Primarios, Fichas de recolección de Información y Series Cronológicas.
7. Garantizar la correcta utilización de los medios de trabajo asignados
8. Participar en las reuniones de consejos técnicos y otros espacios donde requieran su presencia.
9. Realizar las actividades docentes inherentes a su especialidad que requiera la institución o cualquier otro nivel de la organización, previa autorización de la Dirección.

VII.E. Secciones en que está conformada la información consolidada en estadística

1. Movimiento hospitalario.
2. Centros de salud familiar y comunitario.
3. Higiene del Medio
4. Zoonosis
5. Sistema de Información Comunitario SICO
6. Baciloscopía
7. Laboratorio Clínico
8. Consultas Médicas del Primer y Segundo Nivel
9. Banco de Sangre (en hoja de cálculo
10. Servicios Ambulatorios en el primer nivel de atención
11. Salud Bucal
12. Red de Servicios.

13. Ingreso de las clínicos privadas al sistema de información integral para la salud.
14. Mortalidad Materna
15. Programa Nacional de Inmunizaciones (Vitamina A y Antiparasitarios)
16. Capacitación y Supervisión en Archivo Clínico
17. Elaboración de Anuarios Estadísticos
18. Enfermedades de Notificación Obligatoria
19. Subsistemas: de nacimientos, defunción nacional, muerte perinatal y muerte materna. (SINEVI)
20. Admisión y egresos hospitalarios
21. Sistema de información perinatal (SIP)
22. Estadísticas de toxicología
23. Estadísticas de Cáncer
24. Estadísticas de jornadas

VII.F. Flujo de la información y comunicación

VII.G.1. Entre la oficina nacional de estadísticas y la división general de planificación y desarrollo.

La información oficial, sea escrita, en formato digital, en papel físico o en correo electrónico, debe fluir desde la oficina de estadísticas a la división de sistemas de información para la salud y hacia la división general de planificación y desarrollo. Este flujo es bidireccional. No se brindara ninguna información oficial si no se cumple esta ruta.

VII.G.2. Entre la oficina de estadísticas y los establecimientos de salud del MINSA.

La información oficial, sea escrita en formato digital, en papel físico o en correo electrónico, debe fluir entre la oficina de estadísticas y los establecimientos de salud del MINSA en forma directa con copia a la división de sistemas de información.

VIII. Disposiciones para las oficinas de estadísticas de SILAIS

VIII.A. Organización

1. Las Oficinas de estadísticas del SILAIS dependen directamente de planificación. Es un área de apoyo técnico, responsable de acopiar, procesar, consolidar, analizar, presentar y difundir la información estadística de los Establecimientos de Salud del Primer y Segundo Nivel de atención, comprendidas en el territorio del SILAIS. De él depende el buen funcionamiento y organización del Sistema de Información a nivel de SILAIS y su red de establecimientos de salud.

VIII.B. Coordinaciones del SILAIS

2. El responsable de la oficina de estadística remite para su revisión el análisis de la información estadística permanente que se envía al Nivel Central.
3. El responsable es parte del Consejo Técnico del SILAIS y participa en análisis de mortalidad, evaluación de metas y otras reuniones que se requiera.
4. Brinda información necesaria que esté disponible para el cumplimiento de sus funciones.
5. Participa en el análisis de información y sirve de alerta ante comportamientos irregulares de los indicadores de salud.
6. Gestiona asistencia Técnica de reparación y mantenimiento de la plataforma tecnológica (equipos informáticosy de comunicación).

VIII.C. Con otros establecimientos del sector salud

1. Las coordinaciones serán realizadas por el responsable de estadística.
2. Recepción de información.
3. Validación de datos Estadísticos.
4. Realiza monitoreo, supervisión y asistencia técnica
5. Coordina capacitaciones en temas de Estadísticas a personal asistencial y Estadísticos de establecimientos de salud.
6. Entrega de información periódica

VIII.D. Control y flujo de la recepción y envío de la información

1. El responsable de estadísticas del SILAIS, recibirá la información generada en los establecimientos de salud que estén dentro de su área de responsabilidad. En los casos de la información del SINEVI (Nacimiento y defunciones), debe recibir las copias de los certificados.
2. La recepción sistemática de la información se realizará a través de un libro o tarjeta de control. El libro o tarjeta de recepción contendrá los siguientes datos: número de la ficha y año que se controla, establecimientos bajo control, y mes a mes (12 en el año) las constancias que se reciben y fecha de recepción del envío.

3. Se recibirá la información todos los meses, si no se emitieron certificados (nacimiento, defunción), se indicará cantidad cero.
4. El informe de recepción, acompañado de las copias de las constancias o el consolidado de los datos estadísticos de los establecimientos bajo su responsabilidad, se recibirá cada mes a más tardar el día 10 del mes siguiente.
5. Una vez recibidos los informes se revisarán los mismos, se corregirán los errores, se evaluara sistemáticamente la calidad y cumplimiento de calendario de cada establecimiento informante y se informará de todo a cada establecimiento cuando sea procedente, a través de comunicaciones escritas y cuando se realicen las visitas de supervisión.
6. La Oficina de Estadísticas remitirá al nivel central, según calendario pre establecido cada mes las constancias y los informes de los datos recopilados de los establecimientos bajo su responsabilidad (públicos y privados), utilizando el informe de remisión. Cuando el día señalado sea festivo, la remisión se hará el siguiente día laboral.

VIII.E. Funciones de la Oficina de Estadística del SILAIS

1. Revisar, procesar y analizar la información recibida de las Oficinas de Estadística de los municipios y los establecimientos de subordinación.
2. Apoyar el monitoreo del cumplimiento de las metas establecidas en los Convenios de gestión, mediante acompañamiento técnico sistemático en los territorios.
3. Realizar la verificación y validación de la información para garantizar la calidad, validez y consistencia de los datos relativos al cumplimiento de las metas físicas.
4. Controlar el cumplimiento del Calendario Estadístico.
5. Participar en el diseño y evaluar los Instrumentos de Información que se encuentren en pilotaje y período de prueba emitiendo criterios a la división de sistemas de información del Nivel Central.
6. Controlar el cumplimiento de todos los procedimientos establecidos para la conservación de documentos según tipo de institución y custodiar la información estadística.
7. Realizar guías de supervisión que respondan a los procedimientos de registros, procesamiento y emisión de datos de los distintos sistemas de información estadísticos vigentes.
8. Asesorar en organización y funcionamiento a las Oficinas de Estadística de las Direcciones Municipales.
9. Alimentar sistemáticamente los diferentes sistemas de información estadística

VIII.F. procedimientos de la Oficina de Estadística nivel SILAIS

1. Llevar el control de la información estadística que recibe de parte de los establecimientos de Salud a través de una hoja de recibo o requisición de informes.
2. Revisar la información contenida en los informes mensuales recibidos mediante la correlación de las distintas variables.
3. Elaborar y mantener actualizada las series cronológicas de los datos estadístico que se procesa según componente por establecimientos de Salud.
4. Revisar la codificación de la información de los motivos de consulta registrados por código de enfermedad, grupo de edad y por Municipio.

5. Remitir a la División General de Sistemas de Información el informe mensual de la muestra de los motivos de consulta.
6. Revisar el llenado de las boletas de Notificación de Caso con el fin de garantizar la calidad de la información recibida y realizar las correcciones pertinentes, se debe informar a las Establecimientos de Salud en caso de datos incompletos e incorrectos).
7. Establecer coordinación con Vigilancia Epidemiológica para verificar los casos de las ENO ocurridas en las Establecimientos de Salud (de su territorio).
8. Procesar de forma automatizada todas las boletas de Notificación de Caso emitidas en la Establecimientos de salud del territorio.
9. Validar la información grabada generando el reporte de registro por período, con el fin de garantizar calidad y veracidad en la información.
10. Llevar un registro de las Constancias de defunción emitidas en el SILAIS, por Establecimientos de Salud. No se deben aceptar boletas ilegibles, con siglas o abreviaturas, con datos incompletos, manchadas, rotas o con enmendaduras, tampoco se deben engrapar o perforar.
11. Las boletas de defunción de Muertes Maternas junto con la Ficha de Vigilancia de Muertes Maternas, deberán enviarse al Nivel Central, en un lapso de 24 horas posterior a la ocurrencia de la muerte, independientemente de la fecha de entrega de la información.
12. Revisar técnicamente la información administrativa contenida en todas las boletas.
13. Procesar de forma automatizada todas las boletas de defunciones emitidas en la Establecimientos de salud del territorio, teniendo en cuenta que si se hacen correcciones en las boletas, las mismas correcciones deberán hacerse en la Base de Datos.
14. Verificar la información (de defunciones que ha sido grabada) mediante (el uso) de reportes, (ejemplo "Reporte Datos del fallecido" "Municipios ocurrencia y meses de ocurrencia"), con el fin de garantizar calidad y veracidad de la información.
15. Elaborar series cronológicas y mantenerlas actualizadas con el fin de (garantizar) información (oportuna) para el análisis local y del SILAIS. Se pueden mantener Series Cronológicas de Defunciones por sexo, Defunciones por causa, Defunciones por grupos de edad, Defunciones por Establecimientos de Salud, Defunciones Maternas, Defunciones por Municipios. Creo que se puede unificar con el inciso 22
16. Actualizar la información de defunciones del SILAIS mes a mes, solicitando en la Oficina de Estadísticas del Nivel Central al momento de entregar la información mensual la entrega de información del mes anterior actualizada.
17. Recibir las boletas de Admisión y Egreso de cada Hospital y Centro de Salud con camas junto con el reporte de servicios al Egresar [Total de Egresos, egresos vivos y fallecidos y total de días estancia] y compararlo con el reporte de Movimiento hospitalario para asegurar la consistencia del dato.
18. Revisar técnicamente las distintas variables administrativas de las boletas de Admisión y egresos relacionándolas entre si de manera que haya consistencia en la información, al menos se deberá verificar la coherencia en las siguientes variables, sexo con nombre, edad con afección, afección con servicio que Ingresa o egresa, edad con estado conyugal.
19. Verificar que las boletas estén enumeradas, con sus datos completos, legibles y sin siglas o abreviaturas, que la condición de egreso esté debidamente marcada diferenciando a los egresos fallecidos con lapicero de tinta color roja, que los diagnósticos de Ingreso y egreso estén codificados basándose en la Clasificación

Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. Décima revisión. [CIE-10], y que las Cirugía realizadas estén codificadas basándose en el Manual de Procedimientos quirúrgicos en medicina [CIE-9-MC]).

20. Deberá verificar que en el caso de los Recién Nacidos ingresados al Servicio de Neonatología se les debe realizar su admisión correspondiente, utilizando un número de expediente clínico diferente al que fue asignado a la madre. A los Recién Nacidos sanos que están en alojamiento conjunto no se les deberá llenar hoja de ingreso, por lo tanto no tendrán expedientes clínicos, igual hay que reorientar si es preciso, que la edad de los recién nacidos al ingresar no debe ser modificada al momento del egreso.
21. Enviar al Nivel Central todas las boletas de Admisión y egresos emitidas en las Establecimientos de Salud grabadas, debe existir coherencia con las siguientes variables: total de egresos, egresos vivos y fallecidos, total de días estancia, total partos ocurridos en la Establecimientos de salud.
22. Elaborar y mantener actualizadas las series cronológicas de los egresos por meses, las 10 primeras afecciones, egresos por edad y sexo para el análisis local y del SILAIS.
23. Llevar y mantener un registro de la información de nacimientos que se recibe de lasEstablecimientos de Salud del territorio.
24. Revisar el llenado (y la codificación administrativa) de (las boletas) de nacimiento, con el fin de garantizar la calidad de la información recibida, (de no venir codificadas se procede a codificar en base a: Lugar donde ocurrió el hecho vital y Lugar donde reside la madre
25. Verificar la cantidad de nacidos vivos por mes, según Establecimientos de Salud, y elaborar el consolidadodel SILAIS.
26. Grabar los certificados de nacimientos, generar el reporte de Registro por período para proceder a validar la información.
27. Según el calendario establecido de cada mes los municipios deberán registrar los nacimientos ocurridos en los hospitales, en otros municipios y otros SILAIS, y que por residencia de la madre le corresponden a cada uno.
28. El SILAIS actualizará su información de nacimientos mes a mes en la Oficina de Estadísticas del Nivel Central, en el momento de entregar la información mensual se le entregará la información del mes anterior actualizada.

IX. Disposiciones para la oficina de estadísticas de Municipios

IX.A. Funciones generales de la Oficina de Estadística Nivel Municipal

1. Revisar, procesar y analizar la información recibida de las oficinas de estadísticas de los establecimientos de subordinación municipal.
2. Supervisar la calidad de la información elaborada en la oficina de estadísticas antes de su emisión.
3. Realizar el análisis de la información emitida según solicitud del SILAIS.
4. Controlar el cumplimiento del Calendario Estadístico a nivel Municipal, así como de las establecimientos de subordinación municipal.
5. Evaluar los Sistemas de Información que se encuentren en pilotaje y período de prueba y emitir su criterio a los niveles superiores que proceda.
6. Alimentar las bases de datos y custodiar la información estadística.
7. Colaborar en investigaciones que permitan obtener información sobre estadísticas de salud y verificar la calidad de estas.
8. Participar en el Consejo de Dirección y en otras reuniones técnicas y científicas cuando sea solicitado.

IX.B. Procedimientos de la Oficina de Estadística nivel MUNICIPAL

1. Llevar el control de la información estadísticaque recibe de parte de los Establecimientos de Salud a través de una hoja de recibo o requisición de informes.
2. Revisar la información contenida en los informes mensuales recibidos mediante la correlación de las distintas variables. Ante cualquier inconsistencia en la información se deberá siempre consultar a las Establecimientos mismas, a fin de garantizar información consistente desde el lugar donde se genera ésta.
3. Llenar y codificar los formatos correspondientes de los informes mensuales recibidos de los establecimientos de Salud, antes de proceder a la digitación informática (grabación), se exceptúa la información del PNI.
4. Generar reportes de la información grabada para, posteriormente validarlos datos con el fin de garantizar la calidad y confiabilidadde los datos procesados.
5. Elaborar y mantener actualizada las series cronológicas de los datos estadístico que se procesa según componente por establecimientos de Salud.
6. Revisar la codificación de la información de los motivos de consulta registrados por código de enfermedad, grupo de edad.
7. Sumar todos los motivos de consulta de todos los puestos de saludpara obtener el total del Municipio.
8. Elaborar y mantener actualizada las series cronológicas de la información recibida con periodicidad mensual, trimestral y anual.
9. Remitir el informe mensual de la muestra de los motivos de consulta.
10. Revisar el llenado de las boletas de Notificación de Caso con el fin de garantizar la calidad de la información recibida y realizar las correcciones pertinentes, se debe informar a las Establecimientos de Salud en caso de datos incompletos e incorrectos).

11. Establecer coordinación con Vigilancia Epidemiológica para verificar los casos de las ENO ocurridas en los establecimientos de Salud (de su territorio).
12. Procesar de forma automatizada todas las boletas de Notificación de Caso emitidas en la Establecimientos de salud del territorio.
13. Validar la información grabada generando el reporte de registro por período, con el fin de garantizar calidad y veracidad en la información.
14. Elaborar y mantener actualizada las series cronológicas por causa, sexo, edad y Establecimiento de Salud, para realizar informes de estadística de uso local del Municipio.
15. Respaldar la información en los diferentes dispositivos con que cuenta el Municipio
16. Llevar un registro de las Constancias de defunción emitidas en el Municipio, por establecimientos de Salud. No se deben aceptar boletas ilegibles, con siglas o abreviaturas, con datos incompletos, manchadas, rotas o con enmendaduras, tampoco se deben engrapar o perforar.
17. Comprobar y comparar las defunciones ocurridas dentro del Municipio, mediante coordinación con vigilancia Epidemiológica, para lo cual se sugieren reuniones cada 2 semanas si tienen Muertes Maternas o Perinatales e infantiles.
18. Las boletas de defunción de Muertes Maternas junto con la Ficha de Vigilancia de Muerte Materna, deberán enviarse al Nivel Central, en un lapso de 24 horas posterior a la ocurrencia de la muerte, independientemente de la fecha de entrega de la información.
19. Revisar técnicamente la información administrativa contenida en todas las boletas. De no venir codificada se codificará utilizando los listados de codificación de Departamentos, Municipios y Ocupaciones vigente.
20. En el componente médico de la boleta se deberá seleccionar la Causa básica de muerte, aplicando las Reglas de selección de uso en Mortalidad. La causa básica de muerte seleccionada se codificará basándose en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. Décima revisión. (CIE – 10).
21. Ordenar todas las boletas de defunción cronológicamente respecto al año de ocurrencia de la muerte, [Información oportuna respecto al año calendario vigente], colocando en primer lugar las boletas correspondientes al mes que se está informando y en orden descendente se irán colocando las boletas de los meses anteriores. La Información tardía [año calendario anterior al vigente], deberá ordenarse de la misma forma, teniendo el cuidado de separar un año del otro. Una vez dispuestas en este orden las boletas, se enumeran iniciando con el número uno (1) y terminando la numeración hasta donde termine la cantidad de boletas.
22. Procesar de forma automatizada todas las boletas de defunciones emitidas en la Establecimientos de salud del territorio, teniendo en cuenta que si se hacen correcciones en las boletas, las mismas correcciones deberán hacerse en la Base de Datos.
23. Verificar la información (de defunciones que ha sido grabada) mediante (el uso) de reportes, (ejemplo “Reporte Datos del fallecido” “Municipios ocurrencia y meses de ocurrencia”), con el fin de garantizar calidad y veracidad de la información.
24. Elaborar series cronológicas y mantenerlas actualizadas con el fin de (garantizar) información (oportuna) para el análisis local. Se pueden mantener Series Cronológicas de Defunciones por sexo, Defunciones por causa, Defunciones por grupos de edad, Defunciones por Establecimientos de Salud, Defunciones Maternas, Defunciones por Municipios.

25. Realizar trabajos de estadísticas de Mortalidad u otros de interés local.
26. Enviar, según calendario establecido cada mes, a los Responsables de Estadísticas de los Municipios, las defunciones ocurridas en otros municipios y en otros SILAIS, y que por lugar de residencia pertenecen a su territorio, esto es con el fin de que cada uno actualice la información de defunciones según su territorio.
27. Actualizar la información de defunciones del Municipio mes a mes, solicitando en la Oficina de Estadísticas del Nivel Central al momento de entregar la información mensual la entrega de información del mes anterior actualizada.
28. Llevar y mantener un registro de la información de nacimientos que se recibe de los Establecimientos de Salud del territorio.
29. Revisar el llenado (y la codificación administrativa) de (las boletas) de nacimiento, con el fin de garantizar la calidad de la información recibida, (de no venir codificadas se procede a codificar en base a: a- Lugar donde ocurrió el hecho vital y b- Lugar donde reside la madre
30. Verificar la cantidad de nacidos vivos por mes, según establecimientos de Salud, y elaborar el consolidadodel Municipio.
31. Grabar los certificados de nacimientos, (y) generar (el reporte de Registro por período) para proceder a validar la información.
32. Según el calendario establecido de cada mes los municipios deberán registrar los nacimientos ocurridos en los establecimientos de su territorio, en otros municipios y otros SILAIS, y que por residencia de la madre le corresponden a cada uno.
33. El Municipio actualizará su información de nacimientos mes a mes en la Oficina de Estadísticas del Nivel Central, en el momento de entregar la información mensual se le entregará la información del mes anterior actualizada.

X. Disposiciones para la oficina de estadísticas de Hospital

X.A. Organización (Objetivos)

1. Contribuir a una mejor atención al paciente dándole una atención pronta y amable.
2. Resguardar y asegurar el expediente clínico completo.
3. Proporcionar a la Dirección del hospital información sobre los recursos humanos y materiales de la oficina de estadística para el proceso presupuestario.
4. Proporcionar expedientes clínicos y otros datos al personal de salud para uso en estudios e investigaciones.
5. Contribuir a la capacitación del personal médico y otro personal de salud.
6. Contribuir a proteger los intereses legales del paciente, del cuerpo médico y del hospital.
7. Participar en investigaciones o estudios afines al perfil.

X.B. Relaciones internas

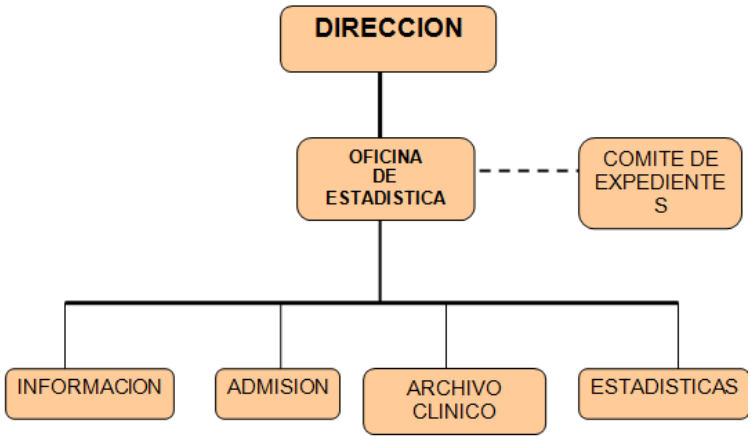
1. La actividad de la oficina de estadísticas dependerá del Director del hospital.
2. La oficina de estadísticas brindará información a los comités médicos establecidos. Ccolaborará, con médicos individuales en trabajos de investigación que requieren el uso de expediente clínico o datos hospitalarios.
3. Los jefes de los departamentos clínicos y el Director del hospital tendrán la responsabilidad de asegurar que los médicos completen sus expedientes clínicos en forma adecuada y oportuna.
4. Ggarantizar a enfermería la papelería oficial relacionada con el expediente clínico, para el desarrollo de sus funciones.
5. Enfermería informará a la oficina de estadísticas inmediatamente que se produzca el fallecimiento de una paciente para iniciar los procesos administrativos relacionados al certificado de defunción.
6. Se colaborará con los servicios auxiliares de diagnósticos y tratamiento para asegurar un flujo efectivo y oportuno de informes a la expediente clínico. Los servicios enviarán a más tardar el día 2 de cada mes sus informes sobre las actividades realizadas.
7. La Sala de partos y sala de operaciones enviaran a más tardar el día 2 de cada mes los informes mensuales de sus actividades realizadas. Los libros de registros de partos y registro de operaciones, una vez llenos, pasarán a la oficina de estadísticas donde se conservarán para su consulta posterior.
8. El Jefe de la oficina de estadísticas tendrá la responsabilidad de estimar el número de papelería de oficina de estadística (carpetas, formularios de expedientes clínicos e informes estadísticos) que se utilizarán anualmente en el hospital.
9. El Jefe de la oficina de Estadística participará en la selección y evaluación del personal nombrado a su departamento. También recomendará ascensos y capacitaciones. Además pprogramará las vacaciones de su personal y elaborará los roles de turnos respectivos.

X.C. Relaciones externas.

1. El jefe de la oficina de Estadística del hospital presentará a la Oficina de Estadísticas del SILAIS, con el visto bueno del Director del hospital, los informes estadísticos requeridos.
2. La oficina de estadísticas del hospital recepciona y custodia la contra referencia de los establecimientos de salud que son recibidas.
3. En el caso de otras instituciones que requieran información, éstas deberán abocarse y ser autorizado por la Dirección del SILAIS. La dirección del SILAIS autorizará por escrito las coordinaciones que se realicen con otras instituciones.

X.D. Dependencia y estructura

El organigrama (a continuación), muestra como se han agrupado las actividades que requieren un contacto directo con el paciente (admisión e información), las actividades de tipo administrativas y las actividades relacionadas con el archivo de expedientes clínicos.



X.E. Funciones de Admisión

1. Recibir pacientes con calidez en la consulta externa y de emergencia.
2. Abrir expedientes clínicos cuando corresponde.
3. Entrevistar y llenar los datos de identificación en las expedientes de pacientes de consulta externa y de emergencia en los formularios correspondientes.
4. Mantener ordenado el libro de registro.
5. Mantener actualizado la numeración de expediente.
6. Inscribir y asignar un número de expediente clínico a los nuevos ingresos.
7. Realizar los trámites administrativos para la admisión e ingreso de pacientes.
8. Controlar el número de camas disponibles para hospitalización del paciente.
9. Realizar programación de citas en consulta externa.
10. Mantener un control permanente de las camas del hospital por servicios; salas y su disponibilidad.
11. Efectuar y registrar los ingresos de pacientes.
12. Registrar los egresos y recoger sus expedientes clínicos.

13. Elabora la agenda de citas.
14. Revisar y registrar los certificados de defunción, de defunción neonatal y defunción fetal.
15. Enviar diariamente a la sección de Estadística los registros primarios utilizados en la ronda y el resumen del censo de pacientes por sala.
16. Armar los formularios que integran el expediente clínicos para los nuevos ingresos.
17. Consultar el tarjetero Índice de Pacientes o la base de datos digital antes de inscribir un paciente.
18. Comunicar las incidencias del Sistema de Vigilancia Epidemiológica a las Autoridades Sanitarias correspondientes.
19. Realizar la entrega del turno de trabajo
20. Distribuir los turnos y confeccionar los listados de control de turnos.
21. Mantener actualizada la información de interés de los pacientes referente a la Consulta Externa.

X.F. Funciones de Oficina de Estadísticas

1. El responsable de la oficina de estadísticas debe planificar, dirigir y evaluar las actividades de la Oficina de Estadística.
2. El personal de la oficina de estadísticas debe aasesorar y coordinar con otros departamentos y servicios en el cumplimiento de sus funciones estadísticas.
3. El responsable de la oficina de estadísticas debe rrealizar programas de orientación para personal de salud en relación con registros médicos y la utilización de indicadores e informes.
4. El personal de la oficina de estadísticas debe recibir y foliar los expedientes de pacientes egresados.
5. Revisar expedientes clínicos de pacientes egresados para asegurar que reúnen las normas establecidas por la norma del expediente clínico.
6. Asegurar en colaboración con la subdirección médica, que los expedientes clínicos se completen.
7. Fotocopiar expedientes clínicos cuando sea autorizado para satisfacer solicitudes legales
8. Recibir, validar y consolidar el censo diario.
9. Preparar el informe de registro de ingresos y egresos.
10. Totalizar datos estadísticos de consulta externa, servicios de apoyo y servicios administrativos generales.
11. Preparar informes requeridos por el hospital y por los niveles superiores.
12. Calcular indicadores básicos de movimientos hospitalarios
13. Validar con Vigilancia de la Salud la información que se notifica diariamente, sobre enfermedades de notificación obligatoria, a los niveles superiores.

X.G. Funciones del Archivo

1. Archivar y recuperar expedientes clínicos.
2. Entregar y controlar la salida de expedientes clínicos del archivo y su devolución.
3. Elaborar listado de pacientes citados para preparar los expedientes de los mismos y distribuirlos en los servicios correspondientes.

4. Archivar informes de laboratorio, radiología, etc.
5. Preparar expedientes clínicos (pre numerar las carpetas, formularios, etc.)
6. Trasladar expedientes clínicos del archivo activo al pasivo.
7. Foliar y controlar la numeración de los expedientes clínicos.
8. Incluir en cada expediente clínico los documentos que forman parte de el.
9. Extraer de la estantería los expedientes clínicos solicitados.
10. Extraer de los expedientes clínicos los documentos que han perdido vigencia.
11. Eliminar del archivo los expedientes clínicos que han perdido vigencia, siguiendo las recomendaciones que para ello esta normado.
12. Controlar la ubicación de los expedientes clínicos que están fuera de la estantería.
13. Unificar los expedientes clínicos de pacientes que cuenten con más de una. En aquellos casos en que el paciente esté ingresado, se hará después de su egreso.
14. Comunicar a inscripciones el número de expedientes clínicos definitivo de un paciente al que se le unificó más de una expediente clínico.
15. Proporciona los expedientes clínicos para la elaboración de resúmenes de expedientes clínicos solicitados.

X.H. Funciones del área de Información

1. Brindar al público información sobre el estado del paciente.
2. Entregar y controlar las tarjetas de visitas, pases especiales, etc.
3. Brindar al público información general relacionada con el establecimiento de salud (servicios que brindan, ubicación de estos servicios, horarios de atención, etc.)

X.I. Funciones específica del técnico codificador

1. Codificar los diagnósticos, los procedimientos de medicina y otros datos de las expedientes clínicos de los egresados.
2. Elaborar al final de cada semana la relación porcentual de los Expedientes Clínicos que no se han podido codificar por no estar cerrados.
3. Mantener actualizados los tarjeteros o bases de datos según códigos de familias de clasificaciones y realizar el informe estadístico.
4. Realizar la evaluación cuantitativa de la expediente clínico de los egresos vivos.
5. Revisar la integridad y calidad de los datos de los Certificados Médicos de Defunción, solicitando los reparos pertinentes o tramitando los solicitados por niveles superiores.
6. Confeccionar y actualizar el tarjetero o base de datos de los reportes de cáncer con los casos nuevos egresados con este diagnóstico.
7. Controlar la integridad y revisar la calidad de los datos sobre enfermedades de declaración obligatoria y otros sistemas de información que estén relacionados con los diagnósticos de egresos hospitalarios.

X.J. Ubicación y espacio.

1. Se debe procurar en la medida de lo posible que las áreas de oficina de estadísticas y el área de archivo clínico, estén ubicadas en zonas accesibles al paciente.

2. El espacio de trabajo debe procurar estar estructurado de forma tal que exista comodidad para el desarrollo del trabajo, con áreas despejadas para el acceso interno y la movilización del personal de salud y de los usuarios externos.
3. El área de archivos clínicos debe cumplir con los requerimientos de; protección de los documentos, comodidad del área de trabajo y accesibilidad de los documentos.

X.K. Equipos y materiales

1. El responsable de estadísticas en coordinación con la dirección del hospital, deben procurar, que el área de estadísticas y el archivo clínico cuenten con las herramientas técnicas necesarias para el buen funcionamiento.
2. El responsable de estadísticas debe realizar un análisis técnico de las condiciones de trabajo, por lo menos cada dos años, y en conjunto con la dirección del hospital buscar soluciones a los posibles problemas encontrados.
3. El responsable de la oficina de estadísticas es el responsable del abastecimiento oportuno de formularios y materiales.

XI. Procedimientos de la oficina de estadísticas de hospital

XI.A. Procedimientos de admisión

XI.A.1. Control de Camas

1. Realizar, teniendo en cuenta las horas de mayor número de egresos, las rondas necesarias para conocer de los mismos y de las camas vacías.
2. Iniciar a las 12 de la noche una ronda para recopilar en cada sala el reporte diario del movimiento de sala del día que termina, comprobar y anotar el número de camas vacías y ocupadas. Además, confeccionar una relación de pacientes en postoperatorio, preparto, parto y otros.
3. Chequeará la calidad de la información del reporte diario de sala con el movimiento hospitalario y la relación de traslado. En horas de la mañana al entregar a estadísticas los documentos, notificará las deficiencias detectadas.
4. En aquellos hospitales cuyas condiciones no permitan realizar la ronda a las 12 de la noche, se efectuará antes de la entrega de guardia.

XI.A.2. Ingreso de Pacientes

1. Efectuar el ingreso de los casos nuevos, inscribiendo al paciente en igual forma que la descrita en los procedimientos de “Inscripción y Turnos”, enviando la Expediente clínico a la sala y el tarjetón de reemplazo al Archivo.
2. Localizar el número de la Expediente clínico que corresponda al paciente en la base de datos digital o en el Tarjetero Índice.
3. Solicitar la Expediente clínico de los pacientes ya inscriptos al archivo por medio de un listado de pacientes ingresados, en el horario laborable de éste.
4. Cuando el archivo se encuentre cerrado, el personal de admisión extraerá los expedientes clínicos, a solicitud del médico y las entregará a la sala. En el resto de los casos, solicitarlas al archivo al día siguiente llevarlos a la sala e incluirle el nuevo expediente Clínico.
5. Solicitar al archivo, el día anterior de su llegada o el mismo día, las expedientes clínicos de los ingresos electivos, y verificar sí han sido cumplidos los requisitos de ingreso.
6. Registrar el ingreso en el ficha Movimiento Hospitalario o en la base de datos.
7. Actualizar el Sistema de Control de Camas. Cuando el mismo no es automatizado.
8. Notificar a información el ingreso en la forma convenida, ya sea por medio de Tarjeta, o ficha escrito, aportando los datos necesarios para una rápida localización del paciente.

XI.A.3. Egreso de Pacientes

1. Exigir la entrega de los expedientes clínicos de los pacientes egresados en el momento de su salida física del hospital.

2. Registrar en la base de datos o en el ficha Movimiento Hospitalario los pacientes que egresan, tanto vivos como fallecidos, una vez que conozca de estos. Los datos tomarlos de las expedientes clínicos.
3. En los casos de Altas a Petición, se deberá confirmar en los expedientes clínicos de los pacientes que solicitaron alta a petición el formulario de exoneración de responsabilidad por alta, el cual deberá quedar situado en los expedientes clínicos detrás de la hoja de egreso. En estos casos deberá aparecer la firma del paciente o familiar responsable.
4. Actualizar el Sistema de Control de Camas.
5. Control de recepción y entrega de expedientes clínicos.
6. Admisión recibirá los expedientes clínicos de los egresados, las que entregará al Archivo o a Codificación por medio del siguiente procedimiento:
7. Preparará una libreta donde se anotarán los expedientes clínicos recibidas del archivo ya sea los de ingresos electivos, los de la urgencia o los que fueron extraídos del archivo por el personal de admisión a solicitud del médico en el mismo momento del ingreso.
8. A medida que vaya recibiendo los expedientes clínicos, se irán controlando a través de firmas o haciendo cualquier otro tipo de indicación.
9. Los expedientes clínicos con una lista, relación o la misma libreta, se entregarán al archivo, quien firmará como constancia de haberlas recibido y hará el control adecuado en la lista que debe haber elaborado al enviarlas a Admisión. En el caso de su entrega a Codificación, esta se realizará por medio del movimiento hospitalario del día.

XI.A.4.Traslado de Pacientes

1. Recibir la solicitud de traslado y anotar este movimiento en el Registro de Traslados, actualizar el control de camas y notificar a Información en la forma convenida, el egreso de una sala y el ingreso en otra.
2. Recibir la solicitud para el traslado definitivo a otrasestablecimientos de pacientes no urgentes, gestionar la cama y solicitar la ambulancia o vehículo adecuado para efectuar el mismo.

XI.A.5. Lista de Espera

1. Llevar un tarjetero o registro manual o automatizado (por especialidad y médico) por fecha de llegada del paciente a la sección, tomar los datos necesarios para su futura localización.
2. Coordinar con los jefes de servicios médicos la planificación de citaciones.
3. Citar a los pacientes con un tiempo prudencial de acuerdo a la distancia de la localidad en que éste viva y medios de transporte que empleará para su traslado.
4. Anotar la fecha para la que fue citado en la tarjeta o registro.
5. Incluir nuevamente en el Tarjetero o Registro Control a los pacientes en lista de espera para operación que, por diferentes razones inherentes a sí mismos, no llegaron a ser operados, reprogramándolos para los primeros 30 días posteriores a su nueva inclusión. Si no se opera por razones inherentes a la institución, entonces debe de reprogramarse dándosele prioridad Inmediata.

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

1. Recibir el Certificado Médico de Defunción y la Expediente clínico del fallecido y revisar cada inciso del certificado, comprobar con el familiar declarante que no haya dato omitido o consignado incorrectamente, así como que toda la información sea legible.
2. Es importante recordar que cada año se inicia por el uno: un Registro de defunciones (fallecidos de 28 días y más), un Registro de defunciones neonatales (fallecidos de 0 a 27 días), un Registro de defunciones fetales y un Registro de defunciones fetales por causa genética.
3. En los casos en que se haya omitido datos en el certificado, tomado incorrectamente o resulten ilegibles, se debe proceder de la siguiente forma:
4. De ser posible se pondrá en contacto enseguida con el médico que extendió el certificado de defunción, para que confeccione otro certificado (lo que deberá hacerse siempre que la letra esté ilegible), cuidando siempre de anular el anterior y entregarlo al Dpto. de Estadística o de lo contrario anotando en "nota-reparo" la información que brinde dicho médico sobre los puntos que se le consultan. A continuación consignará la fecha y hora en que hizo la consulta al médico, dándosela a firmar, firmará el mismo la "nota-reparo" y le pondrá el cuño del hospital. Esta "nota-reparo" se presilla al certificado de defunción de manera tal que no se corra el riesgo de pérdida.
5. Los certificados de los fallecidos en el propio hospital serán objeto de una segunda revisión por parte del codificador especialmente en lo relacionado con las causas de la muerte.
6. Ordenar los certificados médicos de defunción por el número consecutivo del establecimiento para su posterior envío a Estadística.
7. Es importante consignar que, una vez que el certificado de defunción ha sido registrado, no se puede escribir nada en el mismo, por lo que toda la información obtenida posteriormente hay que mostrarla en nota-reparo, en la forma indicada

XI.A.7. Orden de los formularios para conformar la Expediente clínico.

1. Ordenar y ensamblar los formularios que conformarán las expedientes clínicos de pacientes ingresados, de acuerdo a la secuencia establecida por el hospital y especialidades correspondientes.

XI.A.8. Disposiciones de administrativas de apoyo.

1. Comunicar en horas laborables por la vía más rápida al establecimiento o Centro de Higiene y Epidemiología, las incidencias epidemiológicas orientadas por el Sistema de Información Directa.
2. Hacer entrega personal y por escrito al terminar cada turno de trabajo al personal entrante, dejando debidamente aclarado todo lo que se encuentre pendiente, incluido fallecidos del turno anterior, número de camas vacías, traslados pendientes a otras establecimientos y otros.
3. Entregar los datos relacionados con los ingresos, egresos y traslados que se produzcan en el día, con una frecuencia tal que facilite las labores específicas de este servicio al público

XI.B. Procedimientos de la oficina de estadística hospitalaria

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

1. Realizar por lo menos cada seis meses, una supervisión de la calidad de los datos primarios de cada sistema en los diferentes servicios y departamentos, evaluar la integridad, cumplimiento de las definiciones y procedimientos de registro y recolección. Utilizar para ello las guías que aparecen en cada sistema.
2. Realizar un informe escrito de la supervisión en el cual se plasmen conclusiones y recomendaciones.
3. Programar y ejecutar los seminarios de readiestramiento de los sistemas en los cuales la supervisión detectó problemas.

XI.B.2. Elaboración de Datos Estadísticos

1. Recibir los informes de los diferentes departamentos o secciones del hospital según esté establecido.
2. Comprobar que no existen omisiones y que los datos registrados cumplen las definiciones establecidas en las normativas existentes. Sí existen deficiencias repare la información.
3. Anotar los datos en los registros diarios mensuales.
4. Pasar a las series históricas la totalidad de los indicadores de cada sistema. Sí detecta deficiencias, realizar los arreglos correspondientes.
5. Confeccionar los informes estadísticos y enviarlos al nivel inmediato superior según periodicidad y calendario establecido.
6. Revisar los reparos del Nivel Superior y al dar respuesta cumplir las disposiciones establecidas

XI.B.3. Resumen del Censo Diario de Pacientes

1. Recibir en las primeras horas de la mañana los documentos de la ronda realizada por Admisión.
2. Revisar el resumen diario del movimiento de sala “Reporte diario de sala”, cotejándolo con los datos del Movimiento Hospitalario, el registro de traslado. Sí se detectan errores, haga las rectificaciones correspondientes.
3. Actualizar el registro de paciente por sala, en la columna de traslado debe señalarse en caso de ingreso su procedencia y en caso de egreso su destino.
4. Anotar en las tablas diario-mensual “Registro diario de censo de pacientes” de cada sala y servicios los correspondientes al día.
5. Cotejar el número de pacientes que permanecen en el hospital según el Registro de paciente por sala estadía con los que aparecen reportados en el Registro diario del censo; sí no coincide determine a qué obedece la diferencia y haga los arreglos pertinentes en todos los documentos
6. Hacer cada diez días un cuadre del registro diario del censo de pacientes, cotejándolo con los resultados del censo realizado.
7. Realizar como mínimo una vez al mes una ronda física general, comprobando en las salas del hospital nombre a nombre que los pacientes que estaban ingresados antes de las 12 de la noche aparecen anotados en el Registro de pacientes por sala estadía.

XI.B.4. Inscripción de Nacimiento

1. Se deberá utilizar el formato pre numerado proporcionado por la Oficina de Estadísticas del Nivel Central.
2. Anotar en las hojas de Registro de nacimiento los nombres y otros datos de las madres que tuvieron un nacido vivo en las 24 horas anteriores, tomar los datos del libro de parto y del carné de identidad de la madre y realizar las inscripciones siguiendo las instrucciones del Ministerio de Justicia.
3. Realizar la inscripción de los nacidos vivos del día anterior en la sala, mediante la declaración de la madre, el padre o de ambos.
4. Realizar la inscripción de oficio, cuando la madre o el padre no pudieran o no quisieran hacerla, mediante declaración que prestará ante el director de la institución, el médico o la enfermera que asistió el parto. Esto se hará siempre antes del egreso del recién nacido y dentro del término establecido por el Ministerio de Justicia y se comunicará a la madre o al padre del recién nacido que éste ha quedado inscripto y por tanto debe abstenerse de inscribirlo de nuevo.
5. Realizar la inscripción de los nacidos vivos que mueren antes del egreso y que no habían sido inscriptos, aplicando los procedimientos anteriores.
6. Inscribir los nacidos vivos extra-institucionales dentro del término establecido por el Ministerio de Justicia, en aquellos establecimientos autorizados para ello.
7. Entregar a la madre el comprobante de la inscripción.
8. Entregar los originales de la inscripción de nacimiento al Registro Civil y las copias a la Oficina Nacional de Estadística según los convenios establecidos.
9. Completar los datos de las hojas del Libro Registro de Nacimiento.
10. Revisar cada día las inscripciones que falten por realizar de los días anteriores.
11. Archivar las hojas del Libro Registro en orden cronológico y con ellas confeccionar el libro Registro de Nacimientos de la Institución.

XI.C. Procedimientos de codificación

XI.C.1. Controlar los Expedientes Clínicos que entran a la Oficina.

1. Elaborar un Registro de Control de Recepción diario consignando el número de egresos del día que aparecen en el Movimiento Hospitalario, la cantidad de expedientes de egresos recibidas, la cantidad de expedientes sin cerrar y su posterior entrega al Archivo.
2. Reclamar a Admisión o al Archivo las Expedientes pendientes de codificar
3. Reclamar a los Jefes de Servicio el cierre de las expedientes clínicos que no estén cerrados y de no haber respuesta comunicar al Jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas.

XI.C.2. Codificar los diagnósticos, procedimientos quirúrgicos y otros datos que aparecen en la hoja de egreso.

1. Anotar en la expediente clínico los códigos correspondientes al diagnóstico principal, los diagnósticos coexistentes, complicaciones y los procedimientos de Medicina.

2. Anotar en la tarjeta índice de diagnóstico y en la tarjeta índice de operaciones o introducir en la base de datos la información que en ambos formularios se solicita.
3. Anotar en una libreta las dudas que tenga en relación al trabajo diario para aclararlas posteriormente con el nivel superior.
4. Confeccionar el formulario de egreso hospitalario que se envía al nivel superior.

XI.D. Procedimientos para los certificados de defunción

1. Se deberán utilizar los formatos prenumerados proporcionados por la Oficina Nacional de Estadística, los cuales serán auditados por la misma.
2. Revisar los datos administrativos y en caso de existir errores solicite el reparo de la deficiencia detectada en el certificado de defunción.
3. Comprobar si los diagnósticos o las circunstancias en que ocurrió la muerte violenta, están expresadas con todo el detalle necesario para realizar la codificación siguiendo las orientaciones dada por el Nivel Central; de no ser así solicite el reparo correspondiente.
4. Llevar el control de la solicitud de reparos recibidos y de su respuesta al nivel superior, así como también de las discusiones de fallecidos.
5. Entregar al jefe inmediato superior para su envío las respuestas a las solicitudes de reparo y los reportes de discusión de fallecidos.

XI.F. Procedimientos de las enfermedades de notificación obligatorias

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

XI.G. Procedimientos de los registros de cáncer

1. Recibir los Reportes de Cáncer confeccionados por los médicos y estomatólogos, revisando su integridad y calidad, tramitando los reparos de los mismos.
2. Confeccionar y actualizar un tarjetero o base de datos de Casos nuevos de Cáncer a partir del reporte de estos, el cual se ordenará en estricto orden alfabético o por número de identidad.
3. Comprobar que se ha llenado el reporte de caso de cáncer a todos los casos diagnosticados.
4. Entregar al jefe inmediato superior los reportes de caso de cáncer para su envío, después de confeccionar los controles que permitan eliminar duplicidades.

XII. Procedimientos del archivo y expediente clínico

XII.A. Ordenamiento de los expedientes clínicos

1. Ordene los expedientes clínicos en los estantes por el método convencional o método dígito terminal.

XII.B. Conservación y custodia de los expedientes clínicos

1. Conservar los expedientes clínicos en forma ordenada, sustituyendo las carátulas en mal estado y evitando que los documentos que estén incluidos sobresalgan de las mismas.
2. Controlar la entrada y salida de los expedientes clínicos del archivo, mediante tarjetones de reemplazo, registro-control de expedientes clínicos, solicitudes de expedientes en casos de préstamo y otros.
3. En todos los casos el tarjetón de reemplazo tendrá, además de la numeración del expediente, la fecha y motivo de la solicitud y el nombre del solicitante. Los expedientes clínicos que sean manipuladas por concepto de atenciones en Consulta Externa, serán controladas además en un registro por días y médicos, en el cual también se señalen aquellas expedientes solicitadas el mismo día de consulta.
4. En caso de pérdida o extravío del expediente, se confeccionará un "acta de pérdida" con los datos que se tengan del hecho en cuestión y además de comunicarlo a la instancia superior se dejará copia del acta en el lugar donde corresponda la numeración del expediente clínico.
5. Revisar el archivo periódicamente para buscar expedientes clínicos mal archivados. En caso que falte el expediente clínico y no exista información de donde se encuentre, se colocará en su lugar un tarjetón con la fecha en que se detectó su ausencia hasta su posterior localización.
6. Cuando se necesite extraer expedientes clínicos para trámites judiciales, policiales u otros de carácter legal, deberán ser solicitadas oficialmente por escrito y autorizado por la Dirección del Hospital. En los casos anteriores y en los amparados por una Resolución Ministerial, el expediente clínico deberá ser foliado y hacerse una relación de su contenido, así como dejar acuse de recibo, como constancia de quién recibió el original.
7. Por ningún concepto personas ajenas a la oficina de estadística deben archivar o extraer expedientes clínicos.

XII.C. Control de la numeración de los expedientes clínicos

1. Utilizar para la numeración del expediente clínico el sistema de numeración única, en el cual se asigna un número a cada paciente cuando se inscribe, ya sea en la consulta o para su ingreso; es una expediente clínico unificada y continúa. Se utilizará el método normado en la "Norme del expediente clínico", para generar el número que le corresponda.
2. Foliar: carátula del expediente, hojas del expediente clínico general, tarjeta de identificación, tarjeta de inscripción y demás documentos. En caso de los expedientes

clínicos destinadas para Admisión, se foliarán los tarjetones de reemplazo correspondientes a esas expedientes clínicos, incluyéndolos en ellos.
3. Registrar los números en estricto orden consecutivo en un listado "Control de Expedientes Clínicos", que constará además del número, la fecha en que éste se inicia y el nombre(s) y dos apellidos del paciente. Este proceder se hará utilizando la tarjeta índice de paciente, la cual se archivará posteriormente en estricto orden alfabético.
4. Enviar a Inscripción y Admisión los expedientes foliados de acuerdo a los promedios de consumo de este documento, registrando la numeración que se entrega a cada grupo de trabajo, con el fin de facilitar la búsqueda de los expedientes que no aparezcan y que deberían estar en la lista de Control de Expedientes Clínicos.

XII.D. Inclusión de informes en los expedientes clínicos

1. Recibir el total de informes a incluir acompañados por una relación en original y copia; compruebe los informes que recibe y devuelva la copia firmada. Sí faltan informes, haga la reclamación correspondiente y organice los informes recibidos en orden numérico.
2. Retirar los expedientes clínicos a los cuales debe incluírseles resultados de complementarios, colocando en su lugar un tarjetón de reemplazo. Esta función debe realizarse diariamente
3. Enviar a las salas correspondientes los informes recibidos de pacientes que estén hospitalizados. Deje un listado o documento como constancia del envío.
4. Enviar al Tarjetero Índice de Pacientes aquellas investigaciones que no tengan anotado el número de expediente clínico o que este no coincida con las generales del paciente. Una vez localizado este número, anotarlo en el ficha de la investigación. Deben agotarse todos los recursos para localizar la expediente clínico correspondiente. De no lograrse, archivar las investigaciones por orden alfabético y mantenerlas por el tiempo que establezca la Dirección del Hospital.

XII.E. Desarchivo de los expedientes clínicos

1. Desarchivar de acuerdo a la lista enviada por inscripción y turnos, y otras solicitudes.
2. Colóquese un tarjetón de reemplazo en el momento de extraer el expediente clínico, con este sistema cada expediente que se retira del Archivo está reemplazada por un tarjetón, así como también los expedientes clínicos de los pacientes que habiendo ingresado se les hizo la inscripción en Admisión. Los tarjetones indicarán el destino de la expediente clínico
3. Entregar al personal de consulta externa los expedientes clínicos, conjuntamente con la hoja de Actividades de Consulta Externa.
4. Ubique el tarjetón de reemplazo enviado por Admisión que corresponda a nuevas inscripciones de pacientes en esa Sección.
5. Exigir que la solicitud de préstamo de expediente clínico se realice por escrito contemplando: número del expediente, nombre del paciente, fecha de solicitud y devolución, persona solicitante y aprobación de la Dirección del Hospital o personas autorizadas.
6. Controlar la fecha de devolución de los expedientes clínicos mediante un tarjetero calendario.

XII.F. Archivo de los expedientes clínicos

1. Archivar los expedientes de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo en el estante y con el número de la expediente clínico hacia el lado del pasillo.
2. Recibir los Expedientes Clínicos que salieron del archivo, comprobando mediante el cotejo del número y nombre de cada expediente contra el registro o listado que amparó su salida del archivo. Cuando se trate de expediente clínico de consulta externa enviar las hojas de actividades a la sección de estadística. Al final del día, los expedientes clínicos deben permanecer en el archivo, excepto aquellos de pacientes hospitalizados y préstamos autorizados.
3. Revisar los expedientes devueltos al archivo y aquellos deteriorados o desordenados deben separarse para proceder a su restauración.
4. Colocar los expedientes en la estantería, retirando simultáneamente el tarjetón de reemplazo.
5. Comunicar al Jefe del Departamento, para que éste tome las medidas oportunas, cuando los expedientes clínicos prestados no sean reintegrados en las fechas establecidas.

XII.G. Duplicidad de expedientes clínicos

1. Unir los expedientes clínicos de un mismo paciente, en caso de duplicidad. La carátula del expediente que se unificó quedará en su lugar correspondiente en el Archivo con una nota que señale a cual número ha pasado y otros departamento que tenga archivos de informes con la numeración de los expedientes clínicos del cambio producido, para que haga la unificación de la misma forma.
2. Cambiar el número de una de los dos Expedientes Clínicos con igual numeración para dos pacientes diferentes. Se cambiará el del paciente que está en el hospital en el momento que se detecta. Sí se detecta antes de que acuda alguno de ellos al hospital, se cambiará el número a la que contenga menos informes de cirugías, exámenes anatomopatológicos, radiológicos y de otras investigaciones.

XII.H. Eliminación de documentos de los expedientes clínicos y confección del archivo pasivo

1. Revisar durante el año la totalidad de los expedientes clínicos del archivo, lo cual corresponde a las personas que trabajan de forma habitual en esta actividad.
2. Determinar qué hacer con cada Expediente clínico del archivo activo según las normas vigentes para la eliminación de documentos de la expediente clínico. Pueden presentarse las alternativas siguientes: a) Dejarla en el archivo activo tal como está. b) Necesario extraerle algunos documentos y reintegrarla al archivo activo. C) Necesario extraerle algunos documentos e integrarla al archivo pasivo. Y d) Pasarla al archivo pasivo tal como está.
3. Determinar los expedientes clínicos del archivo activo que formaran el conjunto de expedientes clínicos candidatos a pasivos.
4. Los números de expedientes que pasen a ser pasivos, deben ser reasignados a nuevos ingresos de pacientes, teniendo presente que este número debe estar registrado un “libro o bitácora de registro de números de expedientes clínicos”, en el que se guardara el expediente de dicho número, dejando bien claro a quien perteneció y a quien pertenece en la actualidad dicho número.

5. Calcular al finalizar el año el porcentaje de los expedientes clínicos candidatos a pasivos. Si es mayor de 10, pase todas los "candidatos" al archivo pasivo; si es de 10 ó menos, continúe trabajando en igual forma un año más.
6. Determinar el número de expedientes clínicos que se colocarán en el archivo pasivo. Debe tenerse en cuenta los intereses asistenciales y científicos de la institución, el espacio físico con que cuenta esta Sección. La cantidad de expedientes clínicos a eliminar todos los años debe estar acorde al número de expedientes clínicos que se inicia cada año. Estos expedientes clínicos permanecerán en el pasivo por un tiempo no mayor de dos años.
7. Archivar los expedientes clínicos en el archivo pasivo por el método convencional y separar los expedientes clínicos de egresos vivos de las de egresos fallecidos.
8. Controlar la llegada de los expedientes clínicos de los fallecidos al archivo y comprobar que a los expedientes clínicos anteriores al del ingreso en que ocurrió la muerte se le extrajeron los documentos normados. En caso negativo, realice la extracción y deje intacto la del último ingreso.
9. Archivar el expediente clínico en el espacio destinado para el archivo de fallecidos, por un tiempo mínimo de 5 años. En el espacio correspondiente a este número del archivo activo, se dejará un tarjetón de reemplazo que diga "fallecido".

XII.I. Tramitación de los resúmenes de expedientes clínicos solicitados

1. Recibir la solicitud de resumen de expediente clínico.
2. Entregar o comunicar la solicitud recibida al servicio y médico que corresponda.
3. Recibir del servicio o médico el resumen confeccionado y proceder a su entrega al solicitante.

XIII. Bibliografía

1. Norma metodológica para la elaboración de Normas, Manuales, guías y protocolos del sector salud. MINSA, 2011.

2. Norma para el manejo del expediente clínico, MINSA 2008.

3. Castañeda Abascal I y col. Indicadores más utilizados para medir la mortalidad. Monografía. La Habana. Facultad de Salud Pública, 1995.

4. Indicadores básicos para la salud en Brasil, 2010.

5. Gran Alvarez M. Calidad de la Información Estadística. Aspectos Conceptuales. Indicadores de Salud Pública. Selección de Artículos. Facultad de Salud Pública. ISCM La Habana. 1987.

6. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Volumen I, II y III. Publicación científica No. 554. OPS / OMS Washington, DC. EUA. 2008.

7. Sistemas de Información y Tecnología de Información en Salud. Desafíos y Soluciones para América Latina y el Caribe. Programa de Sistemas de Información sobre Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS. OMS. Washington, D.C. Abril 1998.