MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

N°. 448-2019-HCH/DG

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
El Presente Documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL
03 DIC. 2019
JOSE MESIAS PADILLA CAMACHO
FEDATARIO TITULAR

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 03 de Diciembre de 2019

VISTO: El Expediente N° 27311, con el Informe N° 090-UE-OEI-HNCH-19, del jefe de la Unidad de Estadística, el Informe N° 1491-2019-OEI/HCH, remitido por el jefe de la Oficina de Estadística e Informática, el Informe Técnico N° 102-OGC-HCH-2019, de la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y el Informe N° 1272-2019-OAJ/HCH, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo I y II de la Ley N° 26842, "Ley General de Salud" establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; siendo su protección de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Asimismo, el artículo 3° de la citada norma, modificada por la Ley N° 27604, establece que toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando los establecimientos de salud, sin excepción, obligados a prestar esta atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, sea aprobó la Norma Técnica de Salud para la "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" la Ley N° 29414, "Ley que establece los derechos de las personas de los servicios de salud", la cual tiene como finalidad Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", el cual busca contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA, se aprobó la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional", la misma que tiene por objetivo, establecer las normas de carácter técnico, criterios y procedimientos para la elaboración, aprobación, revisión y modificación del Reglamento de Organización y Funciones, Cuadro de Asignación de Personal, Manual de Organización y Funciones, Manual General de Procesos, Manual de Procesos y Procedimientos, y Texto Único de Procedimientos Administrativos de las entidades comprendidas en el alcance de los Órganos y Unidades del Ministerio de Salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 004-2016-PCM, se aprueba el uso obligatorio de la Norma Técnica Peruana "NTP ISO/IEC 27001:2014, Tecnología de la Información. Técnicas de Seguridad. Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información. Requisitos. 2° Edición", la cual especifica los requisitos para establecer, implementar, mantener, y mejorar continuamente un sistema de gestión de la seguridad de la información, dentro del contexto de la organización;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual resulta de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud; estableciendo en el punto 5.4 que los documentos que se emitan tendrán la siguiente denominación según el caso; Normativa Técnica de Salud, Directiva, Guías Técnica o Manuales y Documentos Técnicos;

Que, las Directivas son el conjunto de normas o lineamientos técnicos formulados de acuerdo a las necesidades de gestión, asimismo, están orientados a establecer aspectos técnicos legales en materias específicas y así también, orientar regular y definir los procedimientos que deben de seguirse para la realización de actos administrativos y de administración interna;

Que, mediante Informe N° 1491-2019-OEI/HCH, el jefe de la Oficina de Estadística e Informática, remite, para su aprobación, la Directiva Administrativa N° 001-HCH/OEI/UE V.01 "Disposiciones que Regulan el Proceso de Gestión de la Información y Estadística en Salud", la cual tiene por finalidad garantizar la captura y el correcto agrupamiento de datos e información de las Unidades Orgánicas que son fuente principal para el desarrollo del flujo entre las fases del Proceso de Gestión de la Información y la Estadística en Salud y que permiten la elaboración precisa de indicadores de gestión hospitalaria, informes y reportes estadísticos, para la toma de decisiones;

Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia dispone que la Dirección General esta cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directoral en los asuntos de su competencia;

Que, estando a lo propuesto por el jefe de la Oficina de Estadística e Informática, la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 1272-2019-OAJ/HCH;

Con visación del jefe de la Unidad de Estadística, del jefe de la Oficina de Estadística e Informática, de la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la jefa de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N° 27444, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS, Ley de Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°. – APROBAR la Directiva Administrativa N° 001-HCH/OEI/UE V.01 "Disposiciones que Regulan el Proceso de Gestión de la Información y Estadística en Salud", la misma que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Nº 448-2019-HCH/DG

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 03 de Diciembre de 2019

Artículo 2°. - ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática, adopte las acciones administrativas necesarias para el cumplimiento de la presente Directiva.

Artículo 3°. - DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9884

( ) ACPR/BIC/Chg.
DISTRIBUCIÓN:
( ) DG
( ) OGC
( ) OAJ
( ) OC
( ) OEI

Vº Bº
UNIDAD DE ESTADÍSTICA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
03 DIC. 2019
JOSÉ MESIAS PADILLA CAMACHO
FEDATARIO INSTITUCIONAL
R.D. Nº 815-2018-HCH/DG

PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital Cayetano Heredia

OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

UNIDAD FUNCIONAL DE ESTADÍSTICA

Directiva Administrativa N°001-HCH/OEI/UFE V.01

"Disposiciones que Regulan el Proceso de Gestión de la Información y Estadística en Salud"

El contenido de este documento es confidencial. Esta información sólo puede ponerse al alcance de los Funcionarios, Personal Asistencial y/o Administrativo del Hospital Cayetano Heredia, involucrados en la atención de pacientes o el desarrollo e implementación del Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria.

El material, ideas, enfoques y conceptos incluidos deben utilizarse única y exclusivamente para información y evaluación del Hospital Cayetano Heredia, quien se compromete a custodiar esta información como documento confidencial.

2019

Control Documentario

Proyecto	Nombre	**Directiva Administrativa N°001-HCH/OEI/UFE V.01: "Disposiciones que Regulan el Proceso de Gestión de la Información y Estadística en Salud"**
	Código	
Documento	Título	**Directiva Administrativa N°001-HCH/OEI/UFE V.01: "Disposiciones que Regulan el Proceso de Gestión de la Información y Estadística en Salud"**
	Código	**UFE-DAM-SG-001**
	Nombre	**Directiva Administrativa**
	Versión	**01**
	Ubicación	**Unidad Funcional de Estadística**

Control de Cambios

Versión	Criterio	Cambio	Sustento	Solicitante

RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN

Lic. Elba Rosa Cabrera Peche
Jefa de la Unidad Funcional de Estadística

Ing. Pablo Aguilar Miranda
Oficial de Seguridad de la Información

Srta. Bele Villena Vela
Digitadora

PARTICIPANTES EN LA VALIDACIÓN

Dra. Claudia Ugarte Taboada – Jefa del Departamento de Consulta Externa

Ing. Ever Antonio García Guerrero – Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

COLABORADORES

Sra. Diana Alvarado Morales
Srta. Elizabeth Paola Villarán Pachas
Sra. Luzmila Contreras Delgado
Sra. Sofía Peralta Chamorro
Srta. Ruth Vila Uribe
Sr. Sthei Alex Pérez Veramende

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. FINALIDAD
2. OBJETIVO GENERAL
3. OBJETIVOS ESPECIFICOS
4. BASE LEGAL
5. ALCANCE
6. RESPONSABILIDAD
7. DEFINICIONES
8. NORMAS GENERALES
9. PROCEDIMIENTOS
10. DISPOSICIONES ESPECIFICAS
11. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS
12. ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Estadística e Informática del Hospital Cayetano Heredia a través de la Unidad de Estadística, ha elaborado la Directiva Administrativa N°001-HCH/OEI/UFE V.01: **"Disposiciones que Regulan el Proceso de Gestión de la Información y Estadística en Salud"**, a fin de disponer de un instrumento de gestión que permita asegurar la recolección, control de calidad, digitación, procesamiento, análisis, difusión, transferencia, almacenamiento y depuración de la información de las diferentes unidades orgánicas de la Institución.

Con este instrumento de gestión se reconoces las fases del Proceso de Gestión de la Información y se estandariza sus procedimientos, asegurando su confidencialidad, integridad y disponibilidad, así como su utilización para fines institucionales.

De esta manera se logrará dinamizar la Gestión de la Información y mitigar los riesgos durante el desarrollo de cada una de las fases y procedimientos.

Directiva Administrativa N°001-HCH/OEI/UFE V.01:

"Disposiciones que Regulan el Proceso de Gestión de la Información y Estadística en Salud"

1. FINALIDAD

Garantizar la captura y el correcto agrupamiento de datos e Información de las Unidades Orgánicas que son fuente principal para el desarrollo del flujo entre las fases del Proceso de Gestión de la Información y la Estadística en Salud y que permiten la elaboración precisa de indicadores de gestión hospitalaria, informes y reportes estadísticos, para la toma de decisiones.

2. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la Gestión de la Información y la Estadística en Salud, a través del control de la entrega de datos e información y de las fases de recolección, control de calidad, digitación, procesamiento, análisis, difusión, transferencia, almacenamiento y depuración de la información física y digital, obtenida de las diferentes unidades orgánicas del Hospital Cayetano Heredia.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.1. Mejorar el flujo en la entrega de datos e información de las diferentes Unidades Orgánicas del Hospital Cayetano Heredia, siendo esta la fuente principal para la elaboración de indicadores de gestión hospitalaria.

3.2. Mejorar el control del flujo de la información entre las fases de recolección, control de calidad, digitación, procesamiento, análisis, difusión, transferencia, almacenamiento y depuración de la información física y digital en el Proceso de Gestión de la Información y Estadística en Salud.

3.3. Estandarizar los procedimientos que se desarrollan en el Proceso de Gestión de la Información y la Estadística en Salud.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta directiva debe ser cumplida a cabalidad por todas las Unidades Orgánicas del Hospital Cayetano Heredia, involucradas en el Proceso de Gestión de la Información y Estadística en Salud y cuyo aporte es base principal para la elaboración de indicadores de gestión hospitalaria, informes y reportes estadísticos, para la toma de decisiones.

5. BASE LEGAL

a. Ley Nº26842, Ley General de Salud.
b. Ley Nº27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
c. Ley Nº27657, Ley del Ministerio de Salud.
d. Ley N°27658 - Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado.
e. Ley 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública.

f. Decreto Supremo 013-2002-SA, Reglamento de la Ley N°27657: "Ley del Ministerio de Salud".
g. Decreto Supremo N°004-2003 Reglamento de la Ley N°27813 "Ley del Sistema Coordinado y Descentralizado de Salud".
h. Decreto Supremo Nº023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
i. Decreto Supremo N°024-2005, que aprueba DT OGEI/ODT N°1: "Identificación Estándar de Dato en Salud".
j. Resolución Ministerial 1942-2002 SA/DM, que aprobó la Directiva N°001-2002 OGEI "Normas Generales sobre acciones de Sistemas de Información, Estadística e Informática en el Ministerio de Salud".
k. Resolución Ministerial N°575-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Redes de Salud.
l. Resolución Ministerial N°751-2004-MINSA/DGSP, que aprueba la NT N°018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
m. Resolución Ministerial N°826-2005-MINSA, que aprueba "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
n. Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA que aprueba la NTS N°042-MINSA-DGSP V.01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
o. Resolución Ministerial N°519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".
p. Resolución Ministerial N°603-2006-MINSA, que aprueba la Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02: "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional. Documento Técnico
q. Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, Aprueban Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02.
r. Resolución Ministerial N°004-2016-PCM, Aprueban el uso obligatorio de la Norma Técnica Peruana "NTP ISO/IEC 27001:2014 Tecnología de la Información. Técnicas de Seguridad. Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información. Requisitos. 2a. Edición", en todas las entidades integrantes del Sistema Nacional de Informática.
s. Resolución Ministerial N°214-2018-MINSA, Aprobar la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"
t. Ley N°29733, Ley de Protección de datos personales
u. Decreto Supremo Nº003-2013-JUS, Aprueban Reglamento de la Ley Nº 29733, Ley de Protección de Datos Personales
v. Decreto Supremo N°070-2013-PCM, modifica el reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N°072-2003-PCM.
w. Ley Nº27815 - Ley del Código de Ética de la Función Pública

x. Decreto Supremo Nº033-2005-PCM Aprueban Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
y. Resolución Jefatural N°073-85-AGN-J, Normas Técnicas Del Sistema Nacional De Archivos
z. Directiva N°006/86-AGN-DGAI, normas para la eliminación de documentos en los archivos administrativos del sector público nacional.

6. DISPOSICIONES GENERALES

6.1. DEFINICIONES

a. SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud
b. RENIPRESS: Registró Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
c. IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de salud.
d. UPSS (Especialización de servicios): Unidad Productora de Servicio de Salud
e. HIS: Hoja de información de salud.
f. EESS: Establecimiento de Salud
g. RENIEC: Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
h. PPR – Presupuesto Por Resultados
i. SIS: Segura Integral de Salud
j. TBM: Tasa Bruta de mortalidad
k. OMS: Organización Mundial de la Salud
l. CIE: Clasificación Estadística Internacional.
m. Proceso de Gestión de la Información: Es el proceso que contempla el flujo y los procedimientos para la Gestión de la Información.
n. Responsable de la Atención: Personal Médico y no Médico que realiza atención y o procedimientos en los diferentes servicios de la Institución.
o. Responsable de la actividad: Personal en general a cargo de actividades de apoyo. (Servicios Generales y otros.)
p. Control de calidad: Actividad que permite la validación y verificación de los datos registrados en los formatos y documentos utilizados para la atención de pacientes y actividades complementarias.

6.2. Clasificación de la Información

Para la clasificación de la información se debe tener en cuenta la normativa vigente establecida en el numeral 5 de la presente directiva. La clasificación debe tomar en cuanta 3 categorías: Información Confidencial, Información de Acceso Restringido e Información de Acceso Público.

6.2.1. Información Confidencial.

Información referida a diagnósticos de los pacientes y datos sensibles registrados durante su atención. Esta información es clasificada como confidencial y es de uso estrictamente de la Oficina de Estadística e Informática.

6.2.2. Información con Acceso Restringido

Información referida a atenciones de pacientes de uso interno para los Departamentos y Servicios Asistenciales de la Institución. Se clasifica como de Acceso Restringido y es para uso netamente Institucional a la cual tiene acceso el personal que realizo la atención e involucrado en procesos asistenciales o administrativos.

6.2.3. Información de Acceso Público

Información de conocimiento público, la misma que es publicada en la página web Institucional. Se clasifica como de Acceso Público y tienen acceso los ciudadanos en general.

6.3. Servicios de Gestión de la Información

De acuerdo a los fines misionales y el plan operativo de la Institución, el Hospital Cayetano Heredia reconoce la importancia de la información como activo de valor para la toma de decisiones. Por ello observa su adecuado tratamiento desde la recolección hasta la depuración en el Proceso de Gestión de la Información, garantizando de forma integral su confidencialidad, integridad y disponibilidad, así como su utilización y control, independientemente de la forma que se recolecte, ya sea escrita, electrónica y de la forma que adopte, previniendo riesgos generados por vulnerabilidades y amenazas.

De esta forma y conforme a sus atribuciones y disponibilidad la Institución proporciona recursos, suministros y equipamiento a los usuarios que están involucrados en el Tratamiento y Gestión de la Información.

6.4. Sujeción a Políticas y Normas Aplicables

Los servicios brindados a través de la Gestión de la información deben sujetarse a las políticas y normas institucionales y de los organismos superiores y supervisores, respecto a la cautela, custodia y seguridad de la información.

Los usuarios deben hacer buen uso de la información y están sujetos a supervisiones inopinadas y por incidentes, a fin de asegurar el correcto desarrollo del flujo de la Gestión.

6.5. Seguridad de la Información

De acuerdo al inciso s del numeral 6, se debe dar cumplimiento obligatorio a la NTP 27001:2014, la cual establece que la adopción de un Sistema de Gestión de la Información es una decisión estratégica, influenciada por las necesidades y objetivos de la organización. En tal sentido dentro del alcance de la presente directiva, el personal en general, los responsables indicados en el numeral 8 de la presente directiva y todos aquellos que se encuentren involucrados en los procedimientos del Proceso de la Gestión de la Información, deben preservar la

Confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, reconociendo los riesgos que puedan existir para la continuidad de dicho proceso de acuerdo a su ámbito de competencia y dentro de sus responsabilidades y actividades.

6.6. Obligación de Confidencialidad de la Información

En concordancia con la normativa vigente especificada en el numeral 5, referida a la protección de datos personales y seguridad de la información, los usuarios que tengan acceso a los datos, registros e información dentro del Proceso de Gestión de la Información, deben guardar absoluta confidencialidad de los mismos.

6.7. Utilización Exclusiva para fines Institucionales

Los datos e información producto del Proceso de Gestión de la Información, deben ser utilizados exclusivamente para el cumplimiento de las funciones asignadas a los usuarios, de acuerdo al ámbito de competencias de los responsables. Así mismo la información obtenida a través de los medios físicos, electrónicos y sistemas informáticos, debe ser utilizada estrictamente para las funciones asignadas en el ámbito de competencia de los usuarios.

En ningún caso se debe divulgar datos e información que haya sido clasificada de acuerdo al numeral 6.2 del presente. Es responsabilidad de los usuarios custodiar y cautelar el buen uso de los datos e información.

6.8. Acceso a la Información

El Acceso a la información es de acuerdo a la clasificación establecida en numeral 6.2, en ningún caso se debe brindar información a personas que no corresponde de acuerdo a lo establecido, pues se vulnera los derechos de los usuarios establecidos en las normas del numeral 5. El personal que incumpla con lo vertido en este numeral este sujeto a las sanciones correspondientes de acuerdo a los literales x e y del numeral 6 de la presente directiva.

6.9. Obligación de Cautela y Custodia

El personal responsable de la atención y actividades, así como los involucrados en los procedimientos del Proceso de Gestión de la Información deben cautelar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos e información que utilicen o tengan acceso de acuerdo a su ámbito de competencia, de igual forma deben de custodiarlos desde su recepción hasta su entrega a fin de garantizar la continuidad del flujo de la gestión. Se debe mantener la cadena de custodia en todo momento a través de cargos manuales o electrónicos. El incumplimiento en la cautela y custodia este sujeto a las sanciones contempladas en las normas vigentes.

6.10. Reserva de Servicios

La Unidad Funcional de Estadística adscrita a la Oficina de Estadística e Informática, se reserva el derecho de restringir al personal y usuarios, el acceso a la información que sea clasificada como confidencias o de acceso restringido, así mismo le corresponde determinar la disponibilidad de los datos e información de acuerdo a las normas y criterios establecidos por los órganos rectores.

7. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

7.1. De la Fase de Captura Y Recolección de Datos

La Captura de datos o información es responsabilidad del personal responsable de la atención y/o actividades.

Los departamentos, servicios y unidades orgánicas son responsable de la entrega de los documentos, formatos, datos e información, corresponde a las jefaturas asignar al personal que haga la entrega oportuna de los mismos en los momentos y fechas indicadas.

La Jefatura de la Unidad Funcional de Estadística asignara al personal a cargo de la recepción y recolección de la información.

Los responsables de la atención o actividades son responsables del registro de los datos y el personal Técnico o Administrativo a cargo de la entrega de la información, son responsable solidaria del cumplimiento en la entrega de la misma.

El incumplimiento en la entrega de los formatos, documentos, datos o información es considerado como incumplimiento de funciones y sancionado de acuerdo a la normativa vigente.

7.1.1. Captura de datos de atenciones.

Los responsables de la atención en los diferentes departamentos o servicios asistenciales de la Institución, de acuerdo a lo establecidos en las normas del numeral 5 de la presente directiva, deben realizar los registros requeridos durante su atención tomando en cuenta lo establecido en el documento "Guía de Uso y Registro de la Hoja HIS" (Anexo I) emitido por el Ministerio de salud, el cual es de cumplimiento obligatorio. A través de este numeral queda establecido que el incumplimiento en el registro y envió de las atenciones impacta directamente en la producción del profesional y por ende en los beneficios que puedan derivar de su producción, además de las sanciones que puedan derivar de acuerdo a las normas vigentes por el incumplimiento de sus funciones

7.1.2. Recolección de Hojas HIS

El personal Técnico de Enfermería o quien haga sus veces en los departamentos y servicios es responsable de realizar la entrega a la Unidad de Admisión y la verificación del llenado de la hoja HIS de forma general tomando en cuenta lo siguiente:

- Fecha y Turno.
- Llenado de datos completos en cada registro de la hoja HIS. (Datos de los pacientes0)
- Llenado del diagnóstico.
- Llenado del código de diagnóstico CIE-10
- Sellado y firmado del responsable de la atención.

La entrega de las hojas HIS debe ser el mismo día de la atención y como máximo al día siguiente de la atención.

La hoja HIS entregadas fuera de fecha serán recibidas y a la vez se informará al departamento correspondiente a fin de dar a conocer dicho incidente y las implicancias que pueda tener en la producción de los profesionales responsable de la atención y actividades.

Las hojas HIS remitidas a los departamentos y servicios para ser completadas y/o corregidas, deben ser devueltas en un plazo de 24 horas contados desde la entrega del documento con las observaciones.

Las hojas HIS enviadas fuera de fecha y/o periodo, así como las observadas que no sean entregadas en el plazo indicado, no serán digitadas y por lo tanto no serán consideradas para la producción.

7.1.3. Recolección de Información y datos de Departamentos, servicios y Unidades Orgánicas.

Los Servicios y Unidades Orgánicas que envíen información de forma manual, deberán enviarla en medio físico escrito y a la vez en medio digital vía correo electrónico.

El personal responsable de la atención o actividades es responsable por el registro oportuno de las mismas de acuerdo a su ámbito de competencia.

El personal Técnico, Administrativo o quien haga sus veces es responsable de la entrega oportuna de la información.

La fecha de entrega de información será publicada los últimos días de enero de cada año, cronograma.

7.1.4. Recolección de datos de Emergencia

El personal a cargo de la Admisión en Emergencia es responsable de la entrega de los datos e información de las atenciones realizadas en los tópicos.

7.1.5. Recolección de datos de Hospitalización

El personal a cargo del censo hospitalario es responsable por la entrega de los datos e información de los servicios de hospitalización.

7.1.6. Control de calidad

El personal de la Unidad Funcional de Estadística a cargo del Control de Calidad de la Información, es responsable de validar los datos registrados de la hoja HIS a fin de corregir y/o complementar los mismo según sea el caso.

Las hojas HIS con errores que no estén sujetos a corrección o complementación por el personal a cargo de esta actividad serán reportadas a sus departamentos a fin de que tomen las medidas correspondientes.

Aquellos registros y hojas HIS no procesada impactan directamente en la producción de los responsables de la atención y las actividades.

La información enviada en forma de consolidado será revisada por el personal a cargo del procesamiento de la información y en caso de tener inconsistencias será remitida a las Unidades Orgánicas correspondientes a fin de que realicen las validaciones y correcciones necesarias.

7.1.7. Digitación

El personal a cargo de la digitación es responsable del registro de las hojas HIS en los sistemas informáticos, así mismo realiza un nuevo control de calidad de acuerdo a su actividad.

Los datos que tuvieran observaciones serán informados como corresponde y no se tomaran en cuenta para el registro, impactando en la producción del responsable de la atención.

7.2. De la Fase de Procesamiento de Datos e Información.

El personal a cargo del procesamiento de la información, realiza el control de calidad de los registros en el sistema HIS y de los consolidados enviados por los servicios y unidades orgánicas.

Los registros HIS con errores son reportados a los digitadores para su validación y corrección.

Los consolidados con errores son remitidos a sus emisores para su validación y corrección correspondiente.

7.3. De la Fase de Análisis de la Información.

El responsable del análisis de la información, es responsable de la elaboración de los indicadores estándares y de los que sean solicitados por los órganos rectores y las unidades orgánicas de la institución.

El personal a cargo deberá evaluar los requerimientos que lleguen a la Unidad De Estadística y definirá la pertinencia y correspondencia para la elaboración de los requerimientos.

Así mismo deberá hacer él envió de la información que le corresponda de acuerdo a su ámbito de competencia.

7.4. De la Fase de Difusión de la Información.

La Jefatura de la Unidad de Estadística estará a cargo de la difusión de la información a los Servicios y Unidades Orgánicas que forman parte del Proceso de Gestión de la Información.

La entrega se realizará vía correo electrónico y en medio físico escrito el cual deberá ser recibido mediante acta de entrega de información (Anexo 3).

7.5. De la Fase de Transmisión de la Información.

La Jefatura de la Unidad Funcional de estadística estará a cargo de la transmisión de la información a los órganos rectores competentes y otros organismos de gobierno que lo requieran.

7.6. De la Fase de Almacenamiento de la Información.

Los responsables de la Digitación deberán realizar el almacenamiento de los formatos y documentos (físicos escritos y/o digitales) que utilicen luego de registrar la información.

Para ello deberán seguir el procedimiento indicado en el numeral 7.11.10 de la presente directiva.

Así mismo el personal encargado del procesamiento de la información será responsable del almacenamiento de los archivos digitales y físicos que reciba y procese de acuerdo al numeral 7.11.10.1 Archivo del Acervo Documentario.

7.7. De la Fase de Conservación de la Información.

La Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática y la Jefatura Unidad Funcional de Estadística o quienes hagan sus veces deberán realizar las acciones de control necesaria para asegurar la conservación de los documentos e información, así como constatar la aplicación de las directivas emitidas por el Órgano de administración de Archivos de la entidad o quien haga sus veces y el Archivo General de la Nación

7.8. De la Fase de Depuración y eliminación de la Información.

La Jefatura de la Unidad Funcional de Estadística deberá organizar el equipo encargado de la depuración y eliminación de la información física escrita y digital, de acuerdo al numeral 7.9 de la presente resolución.

Se debe tomar en cuenta la Directiva N°006/86-AGN-DGAI, normas para la eliminación de documentos en los archivos administrativos del sector público nacional.

7.9. Equipo para la depuración y eliminación de la información

La Jefatura de la Unidad Funcional de Estadística deberá organizar al equipo encargado de la depuración de la información física escrita y digital, el cual debe estar compuesto por:

- Jefe de la Oficina de Estadística e Informática.
- Jefe de la Unidad Funcional de Estadística
- Jefe de la Unidad Funcional de Informática
- Responsable del Procesamiento de la Información.
- Responsable de Digitación

Dicho equipo deberá ser conformado y aprobado con resolución directoral y tendrá las siguientes funciones:

- Elabora el Plan de Depuración y Eliminación de la Información.
- Elaborar el informe de depuración y eliminación de la información.
- Realizar las coordinaciones necesarias para el desarrollo de las actividades del Plan.
- Monitorear el desarrollo del plan.
- Elaborar el informe de cierre del plan de depuración y eliminación de la información.

7.10. Supervisión del tratamiento de la información

De acuerdo a las responsabilidades y atribuciones respecto al cumplimiento de la presente Directiva, del tratamiento de la información y del uso correcto de los formatos y documentos que le corresponden en Salud, la Jefatura de la Unidad Funcional de Estadística en coordinación con la Jefatura del Departamento de Consulta Externa, realizarán supervisiones programadas e inopinadas a fin de controlar y constatar el cumplimiento de la presente Directiva, del tratamiento de la información y del uso correcto de los formatos y documentos que le corresponden.

7.10.1. Supervisores

Los Supervisores son los responsables de realizar las actividades de control respecto al cumplimiento de la presente Directiva, del

tratamiento de la información y del uso correcto de los formatos y documentos que le corresponden.

7.10.2. Funciones de los Supervisores

- Controlar el cumplimiento de los procedimientos del Proceso de Gestión de la Información y Estadística en Salud.
- Controlar el adecuado tratamiento de los formatos, documentos e información producida en los servicios y unidades orgánicas.
- Controlar la custodia de los formatos y documentos que se utilizan para la atención del paciente.
- Controlar la oportunidad entrega de los formatos, documentos e información.

7.10.3. Supervisiones Programadas

Se realizan de acuerdo a la programación entregada por el Jefatura de la Unidad de Estadística la última semana de enero de cada año y serán en total cuatro (4) actividades de control al año.

7.10.4. Supervisiones Inopinadas

Se realizan de forma inopinada es decir en cualquier momento, a solicitud de algún usuario y/o por denuncia de alguna incidencia referida al Proceso de Gestión de la Información y Estadística en Salud.

7.11. PROCEDIMIENTOS

7.11.1. Procedimientos de la Fase de Captura y Recolección de datos e Información

Este procedimiento consiste en recabar toda la información (escrita y/o electrónica) de atenciones y actividades realizadas por los responsables de acuerdo a su ámbito de competencia. La información debe ser enviada en físico (Escrita) y medios magnéticos en la fecha establecida. La Unidad Funcional de Estadística emitirá en el mes enero el cronograma con las fechas de entrega de información por Unidad Orgánica. El personal Responsable de la Atención debe llenar la hoja HIS al momento de la atención y el personal Técnico de Apoyo en Consulta Externa es responsable de hacer llegar las Hojas HIS el mismo día de la Atención y como máximo al día siguiente.

a. Verifica los datos y/o información remitida.
b. Recibe los datos y/o información verificada.
c. Clasifica por departamentos y servicios.
d. Realiza el control de calidad de los datos y/o información recibida.
e. Entrega los datos y/o información para su digitación.

7.11.2. Procedimiento para la clasificación de la Información.

Este procedimiento consiste en clasificar los datos e información de acuerdo a su criticidad o sensibilidad. Las clases están definidas en el numeral 6.2.

a. Los datos personales de los pacientes están protegidos por la Ley de Protección de Datos Personales. Numeral 5. Por lo cual son considerados confidenciales.
b. Los datos de diagnósticos de los pacientes son considerados datos sensibles son utilizados para su atención e informes. Por este motivo son de acceso restringido.
c. Los datos estadísticos de indicadores globales o generales son considerados de acceso público.

7.11.3. Procedimiento para el llenado correcto de la Hoja HIS - Captura

El registro de la hoja HIS corresponde a los responsables de la atención, su procedimiento esta normado en el documento "Guía de Uso y Registro de la Hoja HIS" (Anexo I). El incumplimiento en el llenado correcto de la hoja HIS es considerado incumplimiento de funciones, el personal este sujeto a las sanciones correspondientes de acuerdo a la normativa vigente.

7.11.4. Procedimientos para el Control de Calidad del llenado de Datos de la Hoja HIS.

Control de Calidad del llenado de la Hoja HIS, consiste en validar los datos de los registros realizados por el responsable de la atención y de ser necesario complementarlos.

a. Valida firma y sello del responsable de la atención.
b. Valida fecha y turno de la atención.
c. Validación de la Codificación de CPT y CIE-10 (Procedimientos y Atenciones)
d. Identifica procedimientos y atenciones.
e. Informa los errores en la Codificación de códigos de CPT y CIE-10, de los procedimientos y/o diagnósticos atendidos que no hayan sido registrados por el responsable de la atención.
f. Entrega de las Hojas HIS para Digitación.
g. Las hojas trabajadas son separadas por especialidades.
h. Genera documento de cargo manual o por sistema informático de entrega de Hojas HIS a cada digitador.

7.11.5. Procedimientos para la Digitación de datos de la Hoja HIS

El procedimiento de digitación se realiza en los Sistemas Informático HIS MINSA, HIS DIS, Reporteador HIS MINSA y las validaciones se realizan a través del Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria de la Institución.

a. Recepción de las Hojas HIS que hayan pasado por el Control de Calidad.
b. El Digitador recibe las hojas HIS que hayan pasado por el procedimiento de Control de Calidad y Codificación, firmando un cargo manual y/o a través del sistema informático.
c. Ordenas las hojas HIS en lotes de acuerdo al Anexo 1 y los identifica para ser digitados.
d. Digitación y Control de Calidad de los datos de la Hoja HIS.
e. Conforme se desarrolla el procedimiento de digitación se realiza el control de calidad, el cual cumple con lo siguiente:
f. Verifica datos del responsable de la atención.
g. Valida datos del paciente.
h. Valida condición de ingreso del paciente al establecimiento y/o servicios.
i. Identifica y diferencia atenciones y procedimientos.
j. Validación del tipo de diagnóstico (Nuevo, repetitivo, presuntivo)
k. Errores en la validación de datos de las hojas HIS durante el registro. Si, durante la digitación y control de calidad de los datos se encuentra errores en alguno de los registros realizados por el profesional responsable de la atención, dicho registro no será tomado en cuenta para la digitación, afectando directamente la productividad del responsable de la atención.
l. Informa la culminación de la digitación para el procesamiento de la información.

7.11.6. Procedimientos para la Fase de el Procesamiento de Datos e Información.

Este procedimiento contempla la validación y verificación de los datos y/o información digitada o recibida de las diferentes Unidades Orgánicas, para la generación de informes y reportes estadísticos.

7.11.6.1. Recibe informe de la culminación de la digitación y/o informes de las Unidades Orgánicas.

7.11.6.2. Control de Calidad de la Información Digitada y/o recibida.

a. Validar la calidad de los datos registrados
b. Validar la consistencia de los datos registrados

c. La Información digitada que tenga observaciones se corrige con el HIS físico.
d. La información recibida y que tenga observaciones se remite a la Unidad Orgánica correspondiente para su verificación y corrección, en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de las observaciones.

7.11.6.3. Consolida la información y/o estandariza la información de acuerdo a las tramas de los órganos rectores a quienes se le transfiere información.

7.11.6.4. Genera reportes morbilidad, mortalidad, atenciones, metas físicas y otros requeridos.

7.11.6.5. Remite informes y reportes para la elaboración de indicadores.

7.11.7. Procedimientos para la Fase de Análisis de la Información.

El análisis de la información se desarrolla de acuerdo a las directivas establecidas por los órganos rectores y también a solicitud expresa de funcionarios involucrados en la Gestión de la Información y la toma de decisiones.

7.11.7.1. Elaboración de Indicadores de Gestión Hospitalarios Estandarizados.

Para la elaboración de los indicadores de gestión estándares se deberá seguir las normas, directivas y guías emitidas por los órganos rectores y supervisores.

7.11.7.2. Elaboración de Indicadores de Gestión Hospitalaria a Demanda.

a. Solicitud de elaboración de indicadores.
b. Análisis del requerimiento del usuario.
c. Clasificación de la Información solicitada.
d. Elaboración del indicador.
e. Reporte de nuevo indicador.
f. Entrega del nuevo indicador al solicitante.

7.11.7.3. Elaboración de Informes de y/o reportes de gestión.

a. Documento de solicitud.
b. Análisis del requerimiento.
c. Elaboración del reporte y/o informe.
d. Envió del informe y/o reporte al solicitante.

7.11.8. Procedimientos para la Fase de Difusión de la Información

Este procedimiento consiste en la divulgación de los resultados del análisis de los datos e información a las diferentes Unidades Orgánicas de la Institución. Esta información en enviada de forma mensual solo correo electrónico, trimestral, semestral y anual se entrega por correo electrónico y adicionalmente en físico con acta de entrega.

a. Se organiza los reportes e indicadores correspondientes a los departamentos y servicios.
b. Se remite la información mensual, en digital a los correos electrónicos de los jefes de departamos y servicios.
c. La información trimestral, semestral y anual es remitida por correo electrónico, en medio físico escrito y la recepción por parte del usuario es registrada con acta de entrega.

7.11.9. Procedimientos para la Fase de Transmisión de la Información

La transmisión de la información se realiza para los órganos rectores, SUSALUD, MINSA, etc., de acuerdo a las fechas programadas por ellos. Esta transmisión es a través de sistemas informáticos, tramas de datos y medios físicos.

a. Se organiza los reportes e indicadores correspondientes a los órganos rectores.
b. Se remite la información mensual a los órganos rectores a través de los medios establecidos.

7.11.10. Procedimientos para Fase del Almacenamiento de la Información

Directiva N°007/86-AGN-DGAI normas para la conservación de documentos en los archivos administrativos del sector público nacional.

7.11.10.1. Archivo del acervo documentario.

Está integrado por el conjunto de documentos sean de cualquier tipo y clase documental que se encuentran custodiados en los diferentes archivos del sistema.

7.11.10.2. Almacenamiento de Hojas HIS y Formatos.

Los datos e información producto del Proceso de Gestión de la Información deben ser almacenados en su forma original (física escrita o electrónica), tomando en cuenta lo establecido en el literal y del numeral 5 de la presente directiva.

a. Cada digitador organiza por servicios las hojas HIS tomando en cuenta lo siguiente.

- Las hojas deben ser del mismo mes y mismo año.
- Adicionalmente se separa por especialidad.
- Se agrupan por total mensual y especialidad.
- Cada bloque agrupado se le coloca una faja con un rotulo que indica: Servicio, Especialidad, mes de procesamiento y año, nombre del digitador responsable.

b. Los grupos organizados se almacenan en los ambientes dispuesto para dichos documentos.

c. La información electrónica es almacenada en carpetas compartidas asignadas a la Unidad Funcional de Estadística en los servidores de la Institución. El uso de este recurso es para fines estrictamente de almacenado de los datos e información del Proceso de Gestión de la Información. Corresponde a la Unidad Funcional de Informática el mantenimiento y respaldo de la carpeta asignada.

7.11.11. Procedimientos para la Fase de Conservación de la Información

La Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática o quien haga sus veces deberá realizar las coordinaciones y acciones pertinentes a fin de contar con la disposición de ambientes, sistemas de protección, equipos y materiales de archivos de conformidad con las directivas que emita el Archivo General de la Nación.

El Órgano de Administración de Archivos y Archivos Periféricos o quien haga sus veces deberá contar con los locales apropiados, equipos, mobiliario y materiales necesarios para la protección y conservación de los documentos.

La Unidad Funcional de Estadística o quien haga sus veces deberá realizar los siguientes controles:

a. Constatar y evaluar los locales de archivos y sus instalaciones.
b. Verificar el estado de protección y conservación de los fondos documentales.
c. Verificar la asignación de equipos, mobiliario y materiales al Órgano de Administración de Archivos y Archivos Periféricos.
d. Constatar la aplicación de las directivas emitidas por el Órgano de administración de Archivos de la entidad y el Archivo General de la Nación

7.11.12. Procedimientos para la Fase de Depuración y Eliminación de la Información.

7.11.12.1. Depuración de la Información.

Los archivos se depuran retirando aquellos documentos que se identifican como:

- Duplicados idénticos
- Folios en blanco
- Formatos no aprobados
- Documentos sin firma
- Documentos de apoyo

Los documentos que se han retirado para depurar el archivo se eliminarán cuando pierden utilidad o vigencia y según las necesidades, dejando constancia en Acta suscrita por el Equipo de Depuración y Eliminación de la Información.

7.11.12.2. Eliminación de la Información.

Es un procedimiento archivístico que consiste en la destrucción de los documentos innecesarios al vencimiento de los plazos y periodos de retención, establecidos, previa coordinación con el Equipo de Depuración y Eliminación de la Información y la correspondiente autorización expresamente del archivo general de la nación

Los Archivos depurados que hayan cumplido su vigencia también podrán ser eliminados.

7.11.13. Procedimiento y Mecanismos de Evaluación de Resultados y Retroalimentación.

Una vez realizada la difusión de la información y de los indicadores de gestión, se realizará la retroalimentación y la evaluación de los resultados emitidos por Unidad Funcional de Estadística. Para este procedimiento se tomará en cuenta las fases de recolección, procesamiento y análisis.

7.11.13.1. Mecanismo de Evaluación de resultados.

Consiste en analizar los resultados entregados a los jefes de departamentos, servicios y/o Unidades Orgánicas de la Institución, con la finalidad de que dispongan de la información que le permita tomar decisiones.

En este procedimiento los involucrados pueden o no estar de acuerdo con la información entregada, lo cual motiva una retroalimentación.

7.11.13.2. Mecanismos de Retroalimentación.

Consiste en la evaluación y reevaluación de los resultados con el personal involucrado en los procesos de atención y actividades a fin de realizar acciones de mejora.

7.11.14. Procedimientos para Acceso a la Información

7.11.14.1. Acta de confidencialidad

Todo Usuario que solicite información que no sea de acceso público deberá firmar el Acta de Confidencialidad indicada en el Anexo II, este documento debe ser firmado por el o los solicitantes. A través de este documento queda establecido que la información que se le otorgue será utilizada única y exclusivamente para los fines que indico en su solicitud. El incumplimiento en el uso de la información acarrea para el o los solicitantes las sanciones correspondientes de acuerdo a Ley.

7.11.14.2. Acceso a la Información Pública

De acuerdo al numeral 6.8. la información de acceso público será publicada en la página web Institucional, desde donde los Usuarios podrán descargarla.

7.11.14.3. Acceso a Información para presentaciones, Estudios e Investigación

Para los casos de acceso a la información para estudios e investigación, se toma en cuenta las normas y directivas referidas a la Docencia e Investigación. El Usuario que requiera datos o información para este tipo de actividades deberá seguir el siguiente procedimiento:

a. Acercarse a la Oficina de la Unidad Funcional de Estadística a fin de que valida la factibilidad del acceso a la información que requiere.
b. Corresponde a la Unidad Funcional de Estadística evaluar el requerimiento del usuario y dar pase a que realice la presentación formal de su solicitud a través de mesa de partes.

c. Si es factible disponer de los datos o información requerido por el Usuario debe presentar su solicitud de acceso a la información de salud indicando de forma clara y especifica los datos o información requeridos y la finalidad de su uso, a mesa de partes adjuntando, Acta de Confidencialidad firmada por el o los investigadores, carta de presentación del o los investigadores y constancia del comité de ética de la Institución.
d. Una vez recibida la solicitud del usuario la Unidad Funcional de Estadística elaborara lo requerido.
e. Se remite los datos o información solicitados para la entrega al Usuario.

7.11.14.4. Acceso a la Información para Personal de la Institución

El personal de la Institución que requiere datos o información adicional a la otorgada periódicamente por la Unidad Funcional de Estadística, para el desarrollo de sus funciones y actividades, deberá solicitarlo con el formato correspondientes indicado en el Anexo III, adjuntado el acta de confidencialidad correspondiente.

a. El formato será presentado directamente en la Unidad Funcional de Estadística con el acta de confidencialidad debidamente firmada.
b. La Unidad Funcional de Estadística evaluara la solicitud y elevara el requerimiento a la Jefatura de Estadística e Informática en caso sea necesario.
c. El documento aprobado será procesado y se elaborará lo requerido por el Usuario.
d. Se enviará con documento los datos o Información requeridos.

7.11.14.5. Acceso a la Información para Usuarios Externos

Están considerados como Usuarios externos los organismos públicos y descentralizados a nivel nacional que por causa de sus funciones requieran información estadística diferente a la enviada de forma estándar.

a. Solicitud de acceso a la Información en mesa de partes.
b. Análisis del requerimiento.
c. Elaboración de la información solicitada.

d. Entrega de información solicitada.

7.11.15. Procedimiento para la corrección de datos en las hojas HIS

Las hojas HIS con errores serán remitidas a los servicios para su corrección, registro por omisión y/o codificación (Atenciones y procedimientos). El servicio tiene hasta 24 horas luego de recibido el documento con las observaciones para subsanar los errores. Caso contrario no se realizará el registro de los observados motivando merma en la productividad del personal responsable de la atención y afectación en los beneficios involucrados.

8. RESPONSABILIDADES

Todo personal de la Institución es responsable de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información que utilice para las actividades que le correspondan en su ámbito de competencia y al mismo tiempo le corresponde informar respecto a situaciones que afecten o atenten el desarrollo normal del Proceso de Gestión de la Información.

8.1. Responsable de la Atención

Los responsables de la atención están conformados por los profesionales médicos y no médicos que brindan atención en los diferentes departamentos o servicios asistenciales de la Institución, quienes de acuerdo a lo establecidos en las normas del numeral 6 de la presente directiva, deben realizar los registros requeridos durante su atención tomando en cuenta lo establecido en el documento "Guía de Uso y Registro de la Hoja HIS" (Anexo I) emitido por el Ministerio de salud, el cual es de cumplimiento obligatorio. A través de este numeral queda establecido que el incumplimiento en el registro y envió de las atenciones impacta directamente en la producción del profesional y por ende en los beneficios que puedan derivar de su producción, además de las sanciones que puedan derivar de acuerdo a las normas vigentes por el incumplimiento de sus funciones.

8.2. Responsable de la Actividad (Servicios de apoyo)

Los responsables de las actividades están conformados por el personal técnico asistencial o administrativo que realiza actividades asistenciales o administrativas de apoyo en las diferentes unidades orgánicas de Institución. Dichas actividades deben ser registradas, más aún si representan metas físicas de cualquier índole. En tal sentido el personal a cargo de dicha actividad es responsable por la elaboración de sus registros y reportes. El incumplimiento en el registro y envío de la información impacta en su producción y cumplimiento de metas, así mismo

es sujeto a las sanciones correspondientes de acuerdo a las normas vigentes por el incumplimiento de sus funciones.

8.3. Del Personal Técnico en Enfermería

Respecto a la Gestión de la Información, el personal Técnico de Enfermería que realice actividades asistenciales o de apoyo en los diferentes departamentos y servicios de la Institución es responsable de custodiar y enviar los formatos de registro de atención y actividades (Anexo I) de acuerdo a su ámbito de competencia. El incumplimiento en la custodia y envió de esta información tendrá impacto directo en la producción del profesional responsable de la atención, por lo cual es responsabilidad del personal técnico hacer llegar la información de forma oportuna.

8.4. Del Personal Administrativo.

El personal administrativo involucrado en cuales quiera de los procedimientos del proceso de gestión de la información, es responsable del tratamiento de los documentos y formatos utilizados en cada una de dichas fases (recolección, control de calidad, digitación, procesamiento, análisis, difusión, transferencia, almacenamiento y depuración), debe guardar la confidencialidad de los, datos y registros que reciba, envié y utilice, así mismo es responsable de su custodia hasta el momento de culminar su procedimiento.

8.5. Responsable del Proceso de Gestión de la Información.

La Oficina de Estadística e Informática o la que haga sus veces es la responsable de garantizar el desarrollo normal del Proceso de Gestión de la Información, su difusión, capacitación e implementación.

8.6. Responsable de los Procedimientos del Proceso de Gestión de la Información.

Los coordinadores y personal a cargo de los procedimientos de la Gestión de la Información son los responsables de la custodia de los documentos y formatos utilizados para dichas actividades, desde su recepción hasta la culminación del procedimiento. Les corresponde garantizar el cumplimiento del flujo correspondiente, su difusión, capacitación e implementación

9. DISPOSICIONES FINALES

9.1. Cronograma de Entrega de Información.

El cronograma de entrega de la información será elaborado y publicado por la Unidad Funcional de Estadística, de acuerdo a lo remitido por el Ministerio de Salud. Este cronograma será publicado la última semana del mes de enero de cada año.

9.2. Implementación de la Directiva

La Implementación está liderada por la Dirección General y los responsables de la implementación son:

- La Jefatura de Estadística e Informática
- La Jefatura de la Unidad Funcional de Estadística
- Los Jefes de los Departamentos y Servicios.
- Jefes de la Unidades Orgánicas de la Institución.

9.3. Controles para la Evaluación del Cumplimiento de la Directiva.

El Indicador para la evaluación de la implementación de la directiva, es la entrega oportuna de la información a las unidades orgánicas, sustentado con Informe semestral de Unidad Funcional de Estadística)

Así mismo la Oficina de Gestión de la Calidad realizará encuesta de Satisfacción de los usuarios internos en relación a la información recibida.

9.4. Seguimiento y Mejora

Corresponde a la Unidad Funcional de Estadística, como responsable del cumplimiento de los procedimientos del Proceso de Gestión de la Información, realizar el monitoreo, seguimiento y la mejora del Proceso.

9.5. Sanciones

Las sanciones son impuestas por el incumplimiento de las funciones detalladas en la presente directiva, las mismas que serán de acuerdo a las normas vigentes.

10. ANEXOS

Conforme a lo especificado en la presente directiva se adjuntan los anexos correspondientes y que forman parte de los documentos de uso obligatorio para el cumplimiento de los procedimientos detallados es este instrumento de gestión.

ANEXO I:
GUIA DE USO Y REGISTRO DE LA HOJA HIS – HISMINSA 2017.

ANEXO II: ACTA DE CONFIDENCIALIDAD

ACTA DE CONFIDENCIALIDAD

FECHA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE DE INFORMACIÓN:

_____

ORGANIZACIÓN DEL SOLICITANTE:

_____

OBJETIVO DE USO DE LA INFROMACIÓN:

_____

Conste por la presente acta que firma el solicitante de información, en adelante EL SOLICITANTE, el contrato CONFIEDENCIALIDAD, suscrito con el Hospital Cayetano Heredia en los términos detallados en las siguientes clausulas:
CLAÚSULAS PRIMERA. El SOLICITANTE se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte de la Unidad Funcional de Estadística adscrita a la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Cayetano Heredia, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos de la presente acta, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la Unidad Funcional de Estadística ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora.
CLAUSULA SEGUNDA. EL SOLICITANTE, se obliga a mantener de manera confidencial la Información clasificada como confidencial, que reciba de Unidad Funcional de Estadística y a no entregarla o divulgarla a una tercera parte diferente de su equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información.
CLAUSULA CUARTA. EL SOLICITANTE, está obligado a utilizar la "Información confidencial" recibida, únicamente para el desarrollo el objetivo indicado en la presente acta.
CLAUSULA QUINTA. EL SOLICITANTE se compromete a efectuar una adecuada custodia y reserva de la información y de los datos suministrados por la Unidad Funcional de Estadística, físicos escritos y/o electrónicos.
CLAUSULA SEXTA. La información que incluya datos personales, dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección de datos personales.
SÉPTIMA. EL SOLICITANTE, que incumpla en cualquier forma o nivel con las obligaciones establecidas en la presente acta, será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar al Hospital Cayetano Heredia y los propietarios de los datos personales. Quedando sujetos a las sanciones legales y penales de acuerdo a Ley.
OCTAVA. La vigencia de la presente acta será indefinida y permanecerá vigente mientras exista relación de recepción de la información con EL SOLICITANTE.

FIRMA DEL SOLICITANTE

_____

D.I.:_____

HUELLA DACTILAR

DIR.ADM-001--HCH/OEI/UFE V.01

ANEXO I

GUIA DE USO Y REGISTRO DE LA HOJA HIS

HISMINSA

2017

OBJETIVO
ANEXO I

Utilizar la hoja HIS como único formato de recojo de información la cual debido a las actualizaciones realizadas en el Sistema de Información en Salud HISMINSA, ha sido adecuada a las necesidades actuales.

AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía para el registro de la hoja HIS (instrumento de recojo de datos) será de cumplimiento para todos los Establecimientos, Microredes, Redes, Gerencias y Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional.

1. A todo el personal de salud que brinda atención en consulta ambulatoria en actividades de tipo preventivo promocional.
2. Al personal de las Oficinas de Estadística de los Establecimientos de Salud, Microredes, Redes de Salud, Gerencias y Direcciones Regionales de Salud.
3. A los coordinadores y responsables encargados de la gestión de las Estrategias Sanitarias y Etapas de Vida.
4. Finalmente servirá a todos los directivos, profesionales, médicos, personal asistencial, personal de estadística y otros que tengan responsabilidad directamente vinculada con el Sistema de Información en salud.

Aspectos Generales del Sistema de Información de Consulta Ambulatoria (HISMINSA)

El sistema de información en consulta ambulatoria (HIS), es un conjunto de elementos que interactúan entre sí desarrollando procesos manuales y automáticos orientados al tratamiento y administración de datos e información generados en los servicios de consulta externa de los establecimientos de salud, los datos generados se almacenan, se procesan y se interpretan para;

- ✓ Llevar un control de los servicios prestados a los usuarios.
- ✓ Obtener estadísticas.
- ✓ Obtener datos epidemiológicos.
- ✓ Elaborar perfiles
- ✓ Establecer los costos de la atención prestada a cada paciente, etc.

Del Instrumento de recojo de datos

El instrumento de recojo de la información es el "Registro diario de atención y otras actividades de salud", (Anexo N° 1) por intermedio de este se traslada la información generada en la consulta al sistema informático HISMINSA.

El formulario en su diseño presenta dos partes principales, los Datos Generales y los Datos específicos estos se encuentran distribuidos en casilleros enumerados y descritos respectivamente; por cada formulario se completan los datos generales y hasta 22 registros con datos específicos correspondientes a la atención y/o actividad de salud.

Responsabilidad del registro

La responsabilidad del registro de la actividad en el formulario Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud, corresponde a la persona que realiza la atención o desarrolla la actividad y debe hacerse en el momento que se produce la atención o se realiza la actividad de salud correspondiente.

Acopio y Procesamiento de Registros

Los formularios deben ser acopiados y procesados diariamente (digitados), Es de responsabilidad del personal de salud asistencial la entrega oportuna de los formularios al punto de digitación para su procesamiento y la disponibilidad de la información está en relación a la entrega oportuna de los formularios al punto de digitación.

Los formularios digitados deberán ser agrupados en lotes, una vez ingresados al sistema (procesados), deben ser devueltos al establecimiento de salud de origen (donde se registraron las atenciones) en un plazo no mayor de un mes o al cabo del término de la digitación y control de calidad de procesamiento correspondiente (bajo responsabilidad del personal de la oficina de estadística). Cada establecimiento de salud es responsable de archivar los formularios en un lugar adecuado, evitando su deterioro y manteniéndolas de acuerdo a las normas de archivo.

Del flujo de la información

La información generada en los servicios de consulta externa de los establecimientos de salud, luego de ser registrada en los formularios son entregados al personal de estadística quienes realizan el control de calidad respectivo y si no tienen equipo de cómputo para el almacenamiento de la información es referida al punto de digitación a donde corresponda, en este lugar se almacena la información a través de la digitación en el aplicativo HIS, en estos se realiza el control de calidad, se consolida y remite a las microredes o Redes según corresponda, quienes hacen el mismo proceso y lo remiten a las Oficinas de Estadística de las Diresas/ Disas. / Redes, Finalmente desde este nivel se remite a la Oficina General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud.

Del control de calidad del registro y codificación

El control de calidad de la información del sistema se realiza en los diferentes niveles y momentos según corresponda,

El primer momento del control de calidad es posterior al registro y codificación de la actividad, esta es realizada por el personal de estadística del establecimiento de salud y debe ser rutinario, día a día a fin de evitar sobrecarga en la cantidad de registros a ser evaluados, de identificarse un problema en la calidad, ya sea de registro o codificación debe hacerse de conocimiento del personal responsable de la actividad, (proceso de interacción que a través de la mejora continua permite optimizar la calidad).

En el nivel de las Microredes, Redes, Disas/Diresas el control de calidad se orienta a la identificación de errores en la consistencia de la data, número de registros, duplicidades en el digitado y el de casos de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.

Fecha de envío de Información

De acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de General de Tecnologías de Información las Disas/Diresas/Redes deben remitir a OGTI MINSA los15 del mes siguiente.

Del Monitoreo

Los establecimientos de salud y los diferentes niveles administrativo organizacional deben tener un equipo responsable del monitoreo, análisis y control de calidad del sistema de información HIS, bajo responsabilidad de la Diresas/Disas/Redes de salud, el mismo que debe ser responsable de la evaluación de la oportunidad y calidad de registro de la información en la región.

Uso del formulario de "Registro diario de atención y otras actividades de salud"

El formulario debe ser utilizado por todos los profesionales, técnicos y auxiliares que brindan atención directa a los pacientes en todos los servicios de consulta externa, así como en, actividades preventivo promocionales (APP) y actividades en animales (AAA) a nivel de comunidad.

A continuación algunas características generales de uso:

- ✓ Cada formulario es de uso individual, es decir; una misma hoja no puede ser usada por dos personas.
- ✓ Se puede registrar atenciones y/o actividades de más de un día en un mismo formulario, siempre y cuando no pertenezcan a diferentes personas.
- ✓ Se utiliza un formulario por turno, pudiéndose registrar en un mismo formulario atenciones y/o actividades de más de un día siempre y cuando no pertenezcan a diferentes personas y correspondan al mismo turno.
- ✓ No se registran en un mismo formulario atenciones de diferentes meses.
- ✓ Se registrarán las atenciones y/o actividades realizadas en la fecha que se realiza la prestación
- ✓ La información registrada en la Historia Clínica del paciente debe ser consignada íntegramente en el formulario HIS como el diagnóstico, actividad o procedimiento.

Registro y codificación de diagnósticos, procedimientos y Otras actividades de Salud

Datos Generales

Son los datos que constituyen la información básica similar para cada una de las atenciones y/o actividades de salud realizadas; es decir, que no cambian con cada una de ellas.

Los ítems correspondientes a los datos generales son los siguientes:

1) **Turno (mañana o tarde):** Registre marcando con un aspa ("X") sobre "Mañana" o "Tarde" para indicar el turno de la atención brindada, esto por cada formulario de registro, en el caso de realizar atenciones en los dos (02) turnos deberá usar un formulario por cada turno de atención. **No se pueden registrar en un mismo formulario HIS las atenciones de la mañana y de la tarde, así sean realizadas por un mismo personal de salud.**

2) **Año:** Registre el año de la atención brindada y/o actividad de salud desarrollada.

3) **Mes:** Registre el mes de la atención brindada y/o actividad de salud desarrollada usando dos (2) dígitos.

4) **Nombre de Establecimiento de Salud:** Registre el nombre de establecimiento de salud en donde se realiza la atención, cada Establecimiento tiene un código de identificación el cuál se encuentra registrado en la Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPRESS), este código relaciona el ámbito geográfico (departamento, provincia y distrito) y administrativo (DIRESA/GERESA/DISA, red y microred) del establecimiento.

5) **Unidad Productora de Servicio de Salud (UPSS):** Registre en nombre de la unidad productora de servicios.

   La Unidad Productora de Servicios de Salud es la relación ordenada de las denominaciones y códigos estándar de los servicios de salud de atención directa y servicios de salud de atención de soporte en los establecimientos de salud.

6) **Nombre del Responsable de la Atención:** Registre los nombres y apellidos de la persona que realiza la prestación de salud el registro debe **ser claro y legible** considerando los nombres.

Todo personal que realice prestaciones directas con los pacientes en la consulta externa del establecimiento debe ser ingresado en el módulo de Personal de Salud del sistema HISMINSA todos sus datos personales como:

- ✓ N° de Documento Nacional de Identidad (DNI)
- ✓ Nombres y Apellidos completos
- ✓ Profesión (Indicado especialidad se ser el caso)
- ✓ N° de Colegio Profesional
- ✓ Fecha de Ingreso

Es de responsabilidad de cada prestador entregar esta información en la oficina de estadística o quien haga sus veces para que en el punto de digitación se ingresen los datos al sistema, sin este paso previo no podrá digitarse ningún registro de la producción en los servicios de salud.

Datos Específicos

Son datos particulares a cada atención y/o actividad de salud, que cambian de acuerdo a las características individuales de cada uno de los pacientes en el caso de las atenciones; o de los grupos de pacientes en las actividades de salud.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRIC	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12			ABDOMINA	A HEMOGLOBINA	BLEC	VICIO		P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO												
1	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/____								FECHA DE NACIMIENTO: __/__/____
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R		
					M			TALLA		C	C	2.	P	D	R		
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

7) **Día de la Atención:** en el casillero que corresponde registre con números arábigos el día en que se realiza la atención.

8) **Documento de Identidad, Número de Historia Clínica y Ficha Familiar:**

Documento de Identidad (DNI/Carné de Extranjería): Registre el Número de Documento de Nacional de Identidad (DNI) del paciente en el caso de que sea PERUANO y Número de Carné de Extranjería etc. en el caso de que sea EXTRANJERO.

Número de Historia Clínica/ Ficha Familiar: Registre el dato de acuerdo a la naturaleza de la actividad que se realiza, de tal forma que:

a) **En una Atención:** Registre el número de la Historia Clínica o Ficha Familiar de la persona que recibe la atención o actividad.
   - ✓ Si fuera el caso de Fichas Familiares, al número asignado a la ficha familiar separe con un guion el número correspondiente a cada integrante del hogar. Ejemplo: 142543-01

b) **En una Actividad Preventivo Promocional**: Registre las siglas APP, acompañadas del código que identifica al lugar, institución o grupo humano organizado donde o con quien se realiza la actividad (colegios, municipalidades, club de madres, vaso de leche, niños, adultos, gestantes, autoridades, etc.). Ejemplo APP140 (Actividad con Niños).

c) **En una Actividad en Animales:** Registre las siglas AAA, seguidas del código que identifica el tipo de animal en quien se realizó la actividad. Ejemplo: AAA101

09 Financiador de Salud: Registre el código que corresponda al tipo de financiador que subvenciona la atención del paciente La prestación de salud puede ser cubierta por uno o más financiadores según la siguiente codificación:

PARA ÍTEM 09 : FINANCIADOR DE SALUD			
1 USUARIO	4 SOAT	7 SANIDAD EP	10 OTROS
2 SEGURO INTEGRAL (SIS)	5 SANIDAD FAP	8 SANIDAD PNP	11 EXONERADO
3 ESSALUD	6 SANIDAD NAVAL	9 PRIVADOS	

El código 1 = USUARIO indica que la atención ha sido pagada por el mismo paciente (lo que se denomina algunas veces como usuario **PAGANTE.**

10 Pertenencia Étnica: Registre el código que corresponda al tipo de etnia a la que corresponda el paciente, según la siguiente codificación:

Propósito: Facilitar el registro sistemático de las poblaciones étnicas para conocer su perfil epidemiológico y con ello hacer posible la disminución de indicadores de morbilidad y mortalidad.

codetni	desetni	codetni	desetni
01	AYMARA	40	JIBARO
02	URO	41	LAMISTO
03	JAQARU, KAWI (JAQI, CAUQUI)	42	MACHIGUENGA (MATSIGENKA)
04	CHANCAS	43	MASHCO - PIRO ("MASHCO")
05	CHOPCCAS	44	MASTANAHUA
06	Q'EROS	45	MAYORUNA (MATS...)
07	WANCAS	46	MURUNAHUA
08	OTROS GRUPOS QUECHUAS DEL AREA ANDINA (II)	47	NANTI
09	ACHUAR , ACHUAL	48	NOMATSIGUENGA
10	AMAHUACA	49	OCAINA (IVO`TSA)
11	AMAWERI - KISAMBAERI	50	OMAGUA
12	AMARAKAERI	51	OREJON (MAI HUNA, MAIJUNA)
13	ANDOA - SHIMIGAE	52	PISABO (MAYO, KANIBO)
14	ANDOKE	53	PUKIRIERI
15	ARABELLA (CHIRUPINO)	54	QUICHUA - QUICHUA RUNA, KICHWA (I)
16	ARASAIRE	55	RESIGARO
17	ASHANINKA	56	SAPITERI
18	ASHENINKA	57	SECOYA (AIDO PAI)
19	AWAJUN (AGUARUNA, AENTS)	58	CHAPRA
20	BORA (MIAMUNA)	59	SHARANAHUA / MARINAHUA (ONIKOIN)
21	CACATAIBO (UNI)	60	SHAWI (CHAYAHUITA, KANPUNAN, KAMPU PIYAWI)
22	CAHUARANA (MOROCANO)	61	SHIPIBO - CONIBO - SHETEBO
23	CANDOSHI - MURATO	62	SHUAR
24	CAPANAHUA (JUNIKUIN)	63	TAUSHIRO (PINCHE)
25	CAQUINTE (POYENISATI)	64	TICUNA (DU‹X‹GU)
26	CASHINAHUA (JUNIKUIN)	65	TOYOERI
27	CHAMICURO (CHAMEKOLO)	66	URARINA (ITUKALE, SHIMACO, KACHi)
28	CHITONAHUA	67	WAMPIS (HUAMBISA)
29	COCAMA - COCAMILLA	68	YAGUA (YAWA, NIHAMWO)
30	CUJARE—O (I—APARI)	69	YAMINAHUA
31	CULINA (MADIJA)	70	YANESHA ("AMUESHA")
32	ESE`EJA ("HUARAYO")	71	YINE - YAMI ("PIRO")
33	HARAKMBUT	72	YORA ("NAHUA", "PARQUENAHUA")
34	HUACHIPAIRE	73	OTROS GRUPOS INDIGENAS AMAZONICOS
35	HUAORANI (TAGAERI, TAROMENANE)	80	MESTIZO
36	HUITOTO (INCLUYE MURUI, MENECA, MUNAINE)	81	AFRO DESCENDIENTE
37	IQUITO	82	ASIATICO DESCENDIENTE
38	ISCONAHUA (ICOBAKEBO)	83	OTRO
39	JEBERO (SHIWILU, SEWELO)		

11) **Distrito de Procedencia del Paciente (residencia los últimos 06 meses):** Registre de acuerdo a las siguientes indicaciones:

a) **En una Atención:** El distrito del domicilio actual del paciente en el momento de la atención.

Se considera a una persona residente de un distrito cuando tenga permanencia estable a partir de los 06 meses.

b) **En una Actividad Preventivo Promocional APP:** El distrito donde está ubicada la institución o el grupo humano organizado donde se realiza la actividad.

Si el distrito no corresponde al ámbito geográfico del Departamento, Registre el distrito y el nombre del departamento para una adecuada ubicación.

12) **Centro Poblado:** Si cuenta con el dato registre el nombre del Centro Poblado de residencia del paciente.

13) **Edad:** Registre en valores numéricos y enteros, seguido del identificador del tipo de edad (días, meses o años de la persona atendida)

a) **En una Atención:** Registre en la edad cumplida del paciente, colocando en números si ésta es referida a días (D), meses (M) o años (A), es decir:

D = desde 01 día hasta los 29 días de edad.

M = desde 01 mes hasta los 11 meses de edad.

A = a partir de 01 año

En el caso del recién nacido de horas registre 01 día.

b) **En Actividades Preventivo Promocional APP y Actividades en Animales:** Deje en blanco y trace una línea oblicua.

14) **Sexo:**

a) **En una Atención**: Marque "X" en el casillero correspondiente a:

- M si la persona atendida es de sexo masculino
- F si la persona atendida es de sexo femenino

b) En Actividades Preventivo Promocionales (APP) y Actividades en Animales (AAA): Deje en blanco y trace una línea oblicua.

15) Perímetro Cefálico y Perímetro Abdominal:

a) **Perímetro Cefálico:** Es la medida de la cabeza en su parte más ancha, de tal forma que el borde inferior de la cinta métrica pase por el arco superciliar a la altura de las cejas, sobre el pabellón auricular y por la prominencia occipital. Normalmente se expresa en centímetros (cm). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cm. (XX.X)1
De acuerdo a la norma CRED en:
http://datos.minsa.gob.pe/sites/default/files/norma_cred.pdf), en la página 80 se observa la tabla de CRED para Perímetro Cefálico y se mide hasta los 5 años (60 meses).
Forma de registro colocar los valores encontrados.

b) **Perímetro Abdominal:** Es la medida de la circunferencia abdominal que se realiza para determinar el riesgo de enfermedades no transmisibles. Normalmente se expresa en centímetros (cm). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cm. (XXX.X)2

De acuerdo a la Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adolescente aprobada en:

http://www.portal.ins.gob.pe/es/component/rsfiles/preview?path=cenan%252FPrevencion%2Bde%2BRiesgo%2By%2Bdano%2Bnutricional%252FGUIA%2BVNA%2BADOLESCENTE.pdf),

En la página 20, se observa que la medición del perímetro abdominal se inicia a los 12 años. Aún no hay normatividad para edades previas, aprobadas o estandarizadas internacionalmente.
Forma de registro colocar los valores encontrados.

16) Evaluación Antropométrica Hemoglobina:

a) **Peso:** Es la medición antropométrica de la fuerza de atracción a la tierra del cuerpo de una persona, que es utilizado para la valoración del estado nutricional. Normalmente se expresa en kilogramos (kg). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 kg. (XX.X)[1]

b) **Talla:** Es la medición antropométrica de la longitud o estatura de una persona, que es utilizado para la evaluación del crecimiento y valoración del estado nutricional. Normalmente se expresa en centímetros (cm). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cm. (XX.X)[1]

c) **Hemoglobina:** Es una proteína compleja, constituida por el grupo hem (que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito) y una porción proteínica (la globina, compuesta por cuatro cadenas polipeptídicas: dos cadenas alfa y dos cadenas beta). Es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo. Normalmente se expresa en gramos por decilitros (g/dL). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 g/dL. (XX.X)[3]

[1] Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años – RM No. 990-2010/MINSA
[2] Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la persona adolescente – INS-CENAN – RM No. 283-2015/MINSA
[3] Procedimiento para la determinación de la hemoglobina mediante hemoglobinómetro portátil – Guía Técnica – INS-CENAN – RJ No. 090-2012-J-OPE/INS

Forma de registro colocar los valores encontrados.

d) **Fecha de Hemoglobina:** Es la fecha de entrega de resultado de laboratorio de hemoglobina, su utilidad radica en que permite identificar en el tiempo el resultado y evita la duplicidad si es registrado en más de una ocasión por diferente personal de salud.

17) Al Establecimiento

a) **En una Atención:** Marque "X" en la letra que define la condición del paciente respecto al establecimiento:

- **Nuevo (N):** Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud en el establecimiento de salud.
- **Continuador (C):** Es aquella persona que acude a atenderse en el establecimiento por segunda o más veces en el año.
- **Reingreso (R):** Es la persona que acude por primera vez en el año al establecimiento, pero ya ha sido atendida anteriormente en el establecimiento de salud en años anteriores.

b) En Actividades Preventivo Promocionales (APP) y Actividades en Animales (AAA): Deje en blanco y trace una línea oblicua.

18) Al Servicio:

a) En una Atención: Marque "X" en la letra que define la condición del paciente respecto al servicio:

- **Nuevo (N):** Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud en el servicio.
- **Continuador (C):** Es aquella persona que acude a atenderse en el servicio por segunda o más veces en el año.
- **Reingreso (R)**: Es la persona que acude por primera vez en el año al servicio, pero ya ha sido atendida anteriormente en el servicio de salud en años anteriores.

b) **En Actividades Preventivo Promocionales (APP) y Actividades en Animales (AAA):** Deje en blanco y tache con una línea oblicua.

A continuación presentamos los ítems relacionados con el estado de salud y/o las actividades realizadas al momento de la atención:

19) Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud

En el caso de enfermedades, en el primer casillero debe registrarse el motivo de consulta o atención por el que acude el usuario, teniendo especial cuidado en hacerlo con letra clara y legible. No se deben utilizar abreviaturas ni siglas.

En el caso de registro de otras actividades de salud, siga las instrucciones que se dan en el presente Documento Técnico de acuerdo a la actividad desarrollada.

a) **En una Atención:** Anote el o los diagnósticos de morbilidad o estado de salud de la persona, la condición de riesgo, daños externos y causas de daños, siendo posible anotar "n" diagnósticos y/o actividades.

b) **En Actividades Preventivo Promocional (APP):** Registre como se describe a continuación

En el 1° casillero la actividad realizada

En el 2° casillero la estrategia sanitaria por la cual se realiza la actividad

20) Tipo de Diagnóstico: Marque con "X" solo una vez en una de las opciones para cada diagnóstico y/o actividad de salud e acuerdo a lo siguiente:

a) En la Morbilidad:

- **Presuntivo (P):** Se usa cuando no existe una certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.
- **Definitivo (D):** Es el caso en el que existe la certeza de diagnóstico por clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo proceso de la misma morbilidad en un mismo paciente.
- **Repetido (R):** se marca cuando el paciente vuelve a ser atendido por el seguimiento de un mismo proceso o evento en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

En ningún caso se volverá a marcar la "D" si el paciente ya tiene un diagnóstico Definitivo y viene a un control por el mismo episodio de enfermedad. En estos casos marcar SIEMPRE "R". Cuando un paciente viene referido, transferido o contra referido con un diagnóstico Definitivo, corresponde anotar el mismo diagnóstico como repetido "R".

b) En las Actividades Preventivo Promocional (APP) y Actividades en Animales (AAA), marque SIEMPRE "D".

c) **Laboratorio (Lab):** Este casillero debe ser llenado por el personal Asistencial. Su uso está sujeto a las consideraciones específicas de cada estrategia que se detallan en los ejemplos de registro.

Este casillero tiene varios usos de acuerdo a las siguientes actividades de salud:

- El número de dosis de vacunas

- Controles de tratamiento, gestantes, niños, etc.
- Número de sesiones en actividades profilácticas.
- Insumos de Planificación Familiar
- Número de participantes en actividades de capacitación, sesiones educativas, sesiones demostrativas, etc.
- Actividades de seguimiento (controles, número de visitas).
- En actividades en animales, se registra la cantidad de animales.

También se registran otras consideraciones especificadas en el desarrollo de las actividades de las diferentes estrategias sanitarias nacionales y etapas de vidas.

d) Código CIE10 y CPT:

Este casillero debe ser llenado por el personal de salud que realizó la actividad:

a) **La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10):** ofrece una manera de poder registrar una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, quejas y circunstancias de tipo social que están ocupando el lugar de los diagnósticos en los registros de salud.

b) **El Catálogo Sectorial de Procedimientos de Salud (CPT)**: contiene la relación ordenada de las denominaciones y códigos de las identificaciones estándar. Está basado en la codificación y clasificación. Current Procedural Terminología.

Formato: "Registro diario de atención y otras actividades de salud"

Anexo N° 1

LOTE

PAGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION

OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

1 TURNO: M T

2 AÑO | 3 MES | 4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (UPRESS) | 5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) | 6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN | DNI

7 DIA	8 D.N.I. / HISTORIA CLINICA / FICHA FAMILIAR	9 FINANC. 10 ETNIA	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 CENTRO POBLADO	13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	16 EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	17 ESTA-BLEC	18 SER-VICIO	19 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNOSTICO P D R	21 LAB.	22 CÓDIGO CIE / CPT

1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D M F PC Pab

PESO N N 1 | TALLA C C 2 | Hb R R 3 | P D R

2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D M F PC Pab

PESO N N 1 | TALLA C C 2 | Hb R R 3 | P D R

3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D M F PC Pab

PESO N N 1 | TALLA C C 2 | Hb R R 3 | P D R

4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D M F PC Pab

PESO N N 1 | TALLA C C 2 | Hb R R 3 | P D R

5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D M F PC Pab

PESO N N 1 | TALLA C C 2 | Hb R R 3 | P D R

6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D M F PC Pab

PESO N N 1 | TALLA C C 2 | Hb R R 3 | P D R

7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D M F PC Pab

PESO N N 1 | TALLA C C 2 | Hb R R 3 | P D R

8 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D M F PC Pab

PESO N N 1 | TALLA C C 2 | Hb R R 3 | P D R

9 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D M F PC Pab

PESO N N 1 | TALLA C C 2 | Hb R R 3 | P D R

10 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D M F PC Pab

PESO N N 1 | TALLA C C 2 | Hb R R 3 | P D R

11 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D M F PC Pab

PESO N N 1 | TALLA C C 2 | Hb R R 3 | P D R

12 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D M F PC Pab

PESO N N 1 | TALLA C C 2 | Hb R R 3 | P D R

ITEM 09 : FINANCIADOR DE SALUD			ITEM 10	ITEMS 17 Y 18 (CONDICION DE INGRESO)	ITEM 20
1 USUARIO	4 SOAT	10 OTROS	PESO : Kg.	N = PACIENTE NUEVO (UNA VEZ EN SU VIDA)	P = DX PRESUNTIVO
2 SEGURO INTEGRAL (SIS)	5 SANIDAD FAP	11 SA GENERADO	TALLA : Cm.	C = PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO	D = DX DEFINITIVO
3 ESSALUD	6 SANIDAD NAVAL		Hb : x.x g/dl	R = PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO	R = DX REPETIDO (CONTROL)

ANEXO III: FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN

FORMATO N°001

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

PROCESO: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA EN SALUD

SOLICITANTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ☐

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐

ORGANIZACIÓN: ☐

DATOS DE CONTACTO

CORREO: ☐

TELÉFONO FIJO: ☐ TELÉFONO MOVIL: ☐

DATOS DE LA SOLICTUD

AÑO DE SOLICITUD: ☐ PERIODO: ☐ MES: ☐

MEDIO DE USO: FISICA / ESCRITA ☐ DIGITAL / ELECTRONICA ☐

FORMA DE ENVIÓ: CORREO ELÉCTRONICO: ☐ DOCUMENTO FISICO: ☐

1. INDICADORES DE GESTIÓN ESTANDAR
2. INFORMES O REPORTES ESTADÍSTICOS ESTANDAR
3. ELABORACIÓN DE NUEVO INDICADOR
4. ELABORACIÓN DE NUEVO REPORTE O INFORME
5. INFORMACIÓN HISTORICA
6. DOCUMENTOS O FORMATOS
7. CONSOLIDADOS
8. OTROS

ESPECIFICCAR OTROS: ☐

9. INFORMACIÓN PARA INVESTIGACIÓN O ESTUDIIOS
DEBE ADJUNTAR CARTA DE PRESENTACIÓN Y CONSTANCIA DEL COMITÉ DE ÉTICA

OBJETIVO:

SUSTENTO

FIRMA DEL SOLICITANTE

D.I.: _____

ADJUNTA: _____

DIR.ADM-001--HCH/OEI/UFE V.01

Elaboró	Elaboró - Reviso	Aprobó
Ing. Pablo Aguilar Miranda	**Lic. Elba Rosa Cabrera Peche**	**Ing. Ever Antonio García Guerrero.**
Cargo: **Oficial de Seguridad de la Información.**	Cargo: **Jefe de la Unidad Funcional de Estadística.**	Cargo: **Jefe de la Oficina de Estadística e Informática.**
Firma:	Firma: MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL CAYETANO HEREDIA ELBA CABRERA PECHE	Firma: MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CAYETANO HEREDIA Ing. EVER ANTONIO GARCIA GUERRERO JEFE DE LA OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA