

SISTEMA ESTADISTICO DE SALUD

SUBSISTEMA DE ESTADISTICAS
DE SERVICIOS DE SALUD

CONJUNTO MINIMO
DE **DATOS BASICOS** (CMDB)
APROBADOS DE
INTERES NACIONAL

CONJUNTO MINIMO
DE **DATOS BASICOS** (CMDB)
RECOMENDADOS DE
INTERES JURISDICCIONAL

LOS CONTENIDOS APROBADOS DE INTERES NACIONAL
SON PARA LA RECOLECCION DE DATOS A PARTIR DE 2005.

DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE ESTADISTICAS DE SALUD

REPUBLICA ARGENTINA



Serie 1 N° 14

ISSN 0325 - 0008

CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, SETIEMBRE DE 2004

AUTORIDADES NACIONALES

PRESIDENTE DE LA NACION
DR. NESTOR CARLOS KIRCHNER

MINISTRO DE SALUD Y AMBIENTE
DR. GINES MARIO GONZALEZ GARCIA

SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y RELACIONES SANITARIAS
DRA. GRACIELA ZULEMA ROSSO

SUBSECRETARIO DE RELACIONES SANITARIAS E INVESTIGACION EN SALUD
DR CARLOS ALBERTO VIZZOTTI

INDICE

LISTADO DE ABREVIATURAS	7
PRESENTACION	9
ANTECEDENTES	9
MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL DE LA REFORMULACION	11

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS (CMDDB) APROBADOS DE INTERES NACIONAL.....13

■ INFORMACION ESTADISTICA DE PACIENTES INTERNADOS	15
■ INFORMACION ESTADISTICA DE MOVIMIENTO DE PACIENTES Y UTILIZACION DE CAMAS	23
■ INFORMACION ESTADISTICA DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS	25
■ INFORMACION ESTADISTICA DE RECURSOS DE SALUD	28

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS (CMDDB) RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL.....35

■ INFORMACION ESTADISTICA DE LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS	37
■ INFORMACION ESTADISTICA DE IMAGENES	39
■ INFORMACION ESTADISTICA DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS	41
■ INFORMACION ESTADISTICA SOBRE INTERNACION DOMICILIARIA PROGRAMADA	44
■ ATENCION DE LA INTERNACION ORGANIZADA POR CUIDADOS PROGRESIVOS - INTERNACION INDIFERENCIADA	47
■ INFORMACION ESTADISTICA DE HOSPITAL DE DIA	48
■ INFORMACION ESTADISTICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL CON INTERNACION	51
○ MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL SOBRE LAS ESTADISTICAS BASICAS PARA SALUD MENTAL	51
○ INFORMACION ESTADISTICA DE PACIENTES INTERNADOS – SALUD MENTAL	53
○ INFORMACION ESTADISTICA DE MOVIMIENTO DE PACIENTES Y UTILIZACION DE CAMAS – SALUD MENTAL	59
○ INFORMACION ESTADISTICA DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS – SALUD MENTAL	62
○ INFORMACION ESTADISTICA DE PRESTACIONES INDIVIDUALES – SALUD MENTAL	65
○ INFORMACION ESTADISTICA DE PRESTACIONES GRUPALES – SALUD MENTAL	67
○ INFORMACION ESTADISTICA DE ENFERMEDADES SOBREAGREGADAS – SALUD MENTAL	69
○ INFORMACION ESTADISTICA DE HOSPITAL DE DIA – SALUD MENTAL	71

ANEXO.....75

GLOSARIO DE TERMINOS

■ INTRODUCCION	79
■ GLOSARIO DE TERMINOS GENERALES	79
■ GLOSARIO DE TERMINOS ESTADISTICOS SELECCIONADOS	88

FORMATOS GRAFICOS CON FINES DE EJEMPLIFICACION APROBADOS DE INTERES NACIONAL.....91

■ INFORME ESTADISTICO DE HOSPITALIZACION	93
■ CENSO DIARIO	95
■ INFORME ESTADISTICO DE MOVIMIENTO DE PACIENTES Y UTILIZACION DE CAMAS	97
■ INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS	99
■ INFORME ESTADISTICO DE RECURSOS DE SALUD	101

FORMATOS GRAFICOS CON FINES DE EJEMPLIFICACION RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL.....103

■ INFORME ESTADISTICO DE LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS	105
■ INFORME ESTADISTICO DE IMAGENES	107
■ INFORME ESTADISTICO DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS	109
■ INFORME ESTADISTICO SOBRE INTERNACION DOMICILIARIA PROGRAMADA	111
■ INFORME ESTADISTICO DE HOSPITAL DE DIA	113
■ INFORME ESTADISTICO DE HOSPITALIZACION - SALUD MENTAL	115
■ CENSO DIARIO - SALUD MENTAL	117
■ INFORME ESTADISTICO DE MOVIMIENTO DE PACIENTES Y UTILIZACION DE CAMAS - SALUD MENTAL	119
■ INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS - SALUD MENTAL	121
■ INFORME ESTADISTICO DE PRESTACIONES INDIVIDUALES - SALUD MENTAL	123
■ INFORME ESTADISTICO DE PRESTACIONES GRUPALES - SALUD MENTAL	125
■ INFORME ESTADISTICO DE ENFERMEDADES SOBREAGREGADAS EN PACIENTES INTERNADOS - SALUD MENTAL	127
■ INFORME ESTADISTICO DE HOSPITAL DE DIA- SALUD MENTAL	129

RECOMENDACIONES PARA EL LLENADO DEL CENSO DIARIO.....131

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME ESTADISTICO DE RECURSOS DE SALUD

135

Listado de abreviaturas

CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión
CMDB	Conjunto Mínimo de Datos Básicos
CMP	Categorías para el Manejo de Pacientes
CNCE	Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información de Salud
GRD	Grupos Relacionados de Diagnósticos
IECMA	Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias
IECMA-SM	Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias - Salud Mental
IEESPI-SM	Informe Estadístico de Enfermedades Sobreagregadas en Pacientes Internados - Salud Mental
IEH	Informe Estadístico de Hospitalización
IEH- SM	Informe Estadístico de Hospitalización - Salud Mental
IEHD	Informe Estadístico de Hospital de Día
IEHD-SM	Informe Estadístico de Hospital de Día - Salud Mental
IEI	Informe Estadístico de Imágenes
IEIDP	Informe Estadístico Sobre Internación Domiciliaria Programada
IELAC	Informe Estadístico de Laboratorio de Análisis Clínicos
IEMP y UC	Informe Estadístico de Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas
IEMP y UC-SM	Informe Estadístico de Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas - Salud Mental
IEPG-SM	Informe Estadístico de Prestaciones Grupales - Salud Mental
IEPI-SM	Informe Estadístico de Prestaciones Individuales - Salud Mental
IEPO	Informe Estadístico de Prestaciones Odontológicas
IERS	Informe Estadístico de Recursos de Salud
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Oficina Sanitaria Panamericana
OPES	Oficina Provincial de Estadísticas de Salud
PNES	Programa Nacional de Estadísticas de Salud
PROMIN	Programa Materno Infantil y Nutrición
SES	Sistema Estadístico de Salud

PRESENTACION

Esta publicación presenta el conjunto mínimo de datos básicos (**CMDDB**) de interés nacional del Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud -con sus correspondientes definiciones, conceptos y consideraciones sobre el procesamiento estadístico- **aprobados** en la XVIII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del 4 al 5 de mayo de 2004. La implementación de los mismos es a partir del 1º de enero de 2005.

Asimismo se presenta el conjunto mínimo de datos básicos (**CMDDB**) de interés jurisdiccional del mencionado subsistema estadístico -con sus correspondientes definiciones, conceptos y consideraciones sobre el procesamiento estadístico- presentados, analizados y **recomendados** en la XVII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del 13 al 15 de agosto de 2003.

ANTECEDENTES

Para la elaboración de los contenidos del CMDDB, se han considerado distintos **antecedentes**:

- 1992-1993: Programa de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la Argentina -PRONATASS-.
- 1995: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina.
- 1996: Marco conceptual para un Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud denominado "Sistema de Información Estadística Permanente de Recursos y Servicios de Salud - Lineamientos generales del sistema: Definición de contenidos y selección de métodos de captación (versión mimeografiada)-Documento interno de trabajo".
- 1998: Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud (13 jurisdicciones completas y 11 jurisdicciones relevadas parcialmente).
- 2000: Guía para el Diagnóstico del Sistema de Información de Salud Provincial.
- 2000-2001: Conclusiones y recomendaciones de talleres del Proyecto Apoyo al Desarrollo de Políticas y Regulación del Sistema de Salud - Cuentas Nacionales de Salud.
- 2002: Recomendaciones y conclusiones del Taller de Usuarios-Expertos.
- 2002: Recomendaciones y conclusiones de la Primera

Reunión con responsables del Programa Nacional de Estadísticas de Salud -PNES- (Grupo de Trabajo de Referencia Nacional).

Además se tuvieron en cuenta:

- Sugerencias de cambio provenientes de los distintos componentes del Programa Nacional de Estadísticas de Salud a lo largo de dos décadas.
- Antecedentes internacionales referidos a sistemas estadísticos en países seleccionados.

El proyecto de reformulación del Subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria y del Subsistema de Estadísticas de Recursos y Servicios de Salud, que dio lugar al **Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud**, se inició en 2002 a partir de los antecedentes mencionados.

Durante ese año se constituyó un equipo conformado por profesionales y técnicos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y consultores expertos en el marco del proyecto de Fortalecimiento de las Estadísticas de Salud, que contó con el apoyo técnico y financiero del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). También participaron, en distintas etapas del proyecto, profesionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), en tanto el mencionado organismo es el coordinador del Sistema Estadístico Nacional (Ley 17622/68 Decreto Reglamentario 3110/70) y la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades (CNCE). La DEIS asumió la coordinación técnica nacional del proyecto.

En el mismo año 2002, utilizando la metodología de taller, se consultó a los usuarios principales de esta información estadística, dentro del Sector Salud, y se constituyó el Grupo de Trabajo de Referencia Nacional -integrado por representantes de las Oficinas Provinciales de Estadísticas de Salud de reconocida trayectoria en la producción y difusión de la información estadística - con el cual se fijaron, a partir de los antecedentes y opiniones de los usuarios, los lineamientos para el diagnóstico de situación de los subsistemas y para el desarrollo del marco conceptual del proyecto de reformulación, como también las estrategias y principales líneas de acción para la propuesta de adecuación de los mismos.

En general, en las conclusiones de los distintos talleres mencionados, no se objetó la estructura ni el funcionamiento del PNES, entendiendo por tal los *componentes*, las *relaciones normatizadas* entre los mismos, las *funciones* y *misiones* y el *flujo de los datos*.

Se enfatizó la necesidad de respaldar la estructura y funcionamiento del PNES, de fortalecer las estadísticas de morbilidad, de transformar las estadísticas de prestaciones en estadísticas de pacientes y la complementación de estos registros permanentes con encuestas a población, para la obtención de informa-

ción sobre condiciones de vida y problemas de acceso a los servicios de salud.

En el primer semestre del 2003 se elaboraron el Diagnóstico de Situación del Sistema Estadístico de Salud (SES) y la Propuesta Preliminar de Reformulación de los Subsistemas de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria y de Estadísticas de Recursos y Servicios de Salud. En la propuesta preliminar se incluyeron contenidos de interés nacional y aquéllos de interés jurisdiccional que, a lo largo de una década, representantes provinciales del PNES solicitaron a la DEIS su normatización estadística, a fin de ser comparables los resultados entre provincias por su homogeneidad en el tratamiento de los datos.

En el marco de la XVII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, llevada a cabo del 13 al 15 de agosto de 2003 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se presentaron y analizaron los documentos mencionados y se acordaron con las jurisdicciones las siguientes acciones:

- Fusionar los dos subsistemas estadísticos en uno, denominado **Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud**, basado en la metodología de registro permanente.
- Incorporar las sugerencias y modificaciones surgidas de la reunión, tanto al CMDDB de interés nacional como al CMDDB de interés jurisdiccional.
- Desarrollar una prueba piloto de los contenidos de interés nacional, con las modificaciones sugeridas.
- Elaborar un documento con los resultados de la prueba piloto para ser analizados en una futura reunión nacional.

Del 1º al 14 de octubre de 2003 se realizó la prueba piloto del CMDDB de interés nacional en diez establecimientos seleccionados de distintas jurisdicciones, según requerimientos técnicos definidos en la metodología de la prueba¹.

Los resultados de la prueba piloto fueron analizados, elaborándose una propuesta de contenidos mínimos de interés nacional de acuerdo a las definiciones, conceptos y consideraciones sobre el procesamiento estadístico. Esta propuesta fue presentada en la XVIII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, realizándose los ajustes correspondientes y acordándose su implementación a partir del 1º de enero de 2005.

El eje central de la mencionada reunión, además de la aprobación de la propuesta por parte de todas las jurisdicciones, fue también consensuar la estrategia de implementación del CMDDB de interés nacional. La obtención de los datos de las Estadísticas de Servicios de Salud supone el cumplimiento

de las siguientes etapas:

- A nivel local, en los establecimientos de salud se realiza el registro de pacientes y de prestaciones de salud. A ellos compete, además, la recolección y transmisión, con periodicidad definida, de los datos al nivel jurisdiccional directamente o a través de las zonas sanitarias.
- A nivel jurisdiccional, las Oficinas Provinciales de Estadísticas de Salud, dependientes de las Secretarías o Ministerios de Salud jurisdiccionales, realizan la recepción, codificación y procesamiento primario de los datos, suministrando, con periodicidad definida, los archivos al nivel nacional².
- A nivel nacional, la Dirección de Estadísticas e Información de Salud es la encargada de elaborar, publicar y difundir las Estadísticas de Servicios de Salud según requerimientos de interés nacional.

Dado que existen estos diferentes niveles involucrados en el proceso de captación de información, la prueba piloto supuso la participación de los mismos y, posteriormente, se acordaron las modificaciones y la puesta en marcha del nuevo CMDDB de interés nacional.

La estructura de esta publicación tiene dos partes y un anexo, precedidos del marco teórico y conceptual de la reformulación.

En la **primera parte** se presenta el CMDDB **aprobado** de interés nacional. Para cada contenido temático se tiene en cuenta el objetivo, su utilidad, el hecho que se mide, la unidad de análisis, las áreas comprometidas en el registro de los datos y los indicadores principales que pueden elaborarse con la información.

También se presentan las variables y sus categorizaciones, las definiciones operacionales y formas de registro y las consideraciones generales sobre el procesamiento.

En la **segunda parte** se presenta el CMDDB **recomendado** de interés jurisdiccional con la misma formalidad de los de interés nacional, pero en carácter de contribución o sugerencia no sujeta a aplicación obligatoria por parte de las jurisdicciones.

Finalmente en **anexo**, se incorporan un glosario de términos, una ejemplificación de los contenidos en formatos gráficos para facilitar su interpretación, recomendaciones para el llenado del censo diario y un instructivo para ser impreso en el reverso del Informe Estadístico de Recursos de Salud (IERS) o en soporte

1 Hospital General de Agudos "Bernardino Rivadavia" - Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Hospital "Dr. Larrain" - Berisso, Buenos Aires; Hospital Escuela "José Francisco de San Martín" - Corrientes; Hospital "Dr. J. C. Perrando" - Resistencia, Chaco; Hospital Subzonal "Dr. Andrés Rafael Isola" - Puerto Madryn, Chubut; Hospital "Dr. Luis Carlos Lagomaggiore" - Mendoza; Hospital "Dr. Eduardo Castro Rendón" - Neuquén; Hospital Escuela "Eva Perón" - Granadero Baigorria, Santa Fe. También se incorporaron dos establecimientos privados comprometidos en el registro de los datos: Hospital "24 de Septiembre" - Tres de Febrero, Buenos Aires; y Sanatorio OSPLAD (Policlínico del Docente) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2 La descentralización del procesamiento de los datos en las jurisdicciones otorga al nivel local también competencias en la codificación, procesamiento primario de los datos y explotación de los mismos según intereses del nivel mencionado.

magnético ad-hoc, que contiene el conjunto de definiciones y procedimientos establecidos.

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL DE LA REFORMULACIÓN

El marco teórico y conceptual de la reformulación se apoya en el reconocimiento de la dinámica sectorial (factores externos) y la del Sistema Estadístico de Salud (factores internos) que orientan la dirección del cambio, que se expresa en las siguientes consideraciones generales y estrategias.

Los sistemas de atención de la salud evolucionan continuamente. Históricamente, el mayor prestador de cuidados de la salud ha sido el hospital, y dentro de él, los servicios de internación. Pero paralelamente a estos servicios fueron surgiendo nuevas modalidades de atención, más relacionadas con la atención ambulatoria que, junto al uso de procedimientos que reducen el período de internación, fueron desplazando el interés hacia esas modalidades¹.

El Programa Nacional de Estadísticas de Salud -PNES- en su etapa fundacional se planteó como un sistema estadístico que debía responder a las necesidades de información de distintos niveles de organización del sistema de salud. En particular en el Subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria, se puso el acento en aquellos datos de nivel local relacionados con la internación, según la concepción de la organización hospitalaria de finales de la década del '60.

Sus contenidos prácticamente no fueron modificados a lo largo de más de tres décadas. A partir de los '80, el surgimiento de estas nuevas modalidades de atención —más relacionadas con la atención ambulatoria— junto al uso de procedimientos que reducen el período de internación, incrementaron la necesidad de contar con información estadística sobre esas modalidades.

Es de destacar también la creciente demanda de datos centrada en el individuo, facilitada por la progresiva aplicación de la tecnología informática dentro de los servicios de atención de la salud, que posibilitan transformar las estadísticas de prestaciones en estadísticas de pacientes.

También la actualización tecnológica del PNES, como actividad permanente, permite el acortamiento de los plazos para la transmisión de los datos y el desarrollo de procedimientos que identifiquen “alertas” sobre cambios sociales que afectan al sistema de salud.

En las conclusiones del Taller de Usuarios- Expertos y en el desarrollo del Taller de Consulta del Grupo de Referencia Nacional ya mencionados y realizados en el año 2002, se plantearon metas más moderadas para la reformulación del Sistema de Estadísticas de Salud-SES- en relación a las formuladas en los antecedentes del año 2000 y del año 2001, también mencionados. Esta **moderación** se fundamentó en la crisis económica, social e institucional experimentada en el país, particularmente a partir de la segunda mitad de la década de los '90, y tiene que ver con distintas circunstancias.

Es de señalar los procesos que se desarrollaron fuera del SES, pero que lo afectan, en particular la forma en que se desarrollaron la descentralización y la autonomía de la gestión hospitalaria y la cooperación técnica y financiera en algunos establecimientos de salud, que condujeron a la fragmentación y pérdida de integridad de la información generada en los mismos.

Otros factores de carácter institucional también influyeron en el funcionamiento del SES o del PNES. Ante las dificultades de concretar políticas de coordinación entre las distintas jurisdicciones, los recambios de autoridades sanitarias surgidos del normal desarrollo democrático significaron, en algunos casos, la interrupción total o parcial del flujo normatizado de datos entre los distintos niveles del sistema estadístico. Esto fundamenta la necesidad de acuerdos permanentes entre los niveles jurisdiccionales y locales para el mantenimiento estable del flujo de datos estadísticos.

Asimismo contribuyeron a la fragmentación del sistema estadístico las restricciones presupuestarias, por razones vinculadas a la crisis, que limitaron la disponibilidad de recursos en las Oficinas Provinciales de Estadísticas de Salud.

Un importante factor tenido en cuenta en lo que se refiere específicamente a la definición de los lineamientos para la reformulación de los subsistemas estadísticos, es la necesidad de satisfacer requerimientos de información de políticas nacionales y jurisdiccionales que pueden ser diferentes y cambiantes en las distintas administraciones gubernamentales. No puede desconocerse, que la profundidad de la crisis hizo que se prioriten las acciones vinculadas a la emergencia y la transición. Esto obligó a que en los lineamientos referidos a la reformulación de los subsistemas estadísticos se destacara la **prudencia** en las propuestas de cambio y, además, el **universalismo** en cuanto a conceptualizar respuestas de información estadística que sirvan para políticas que cambian en períodos cortos de tiempo.

Finalmente, los cambios en las modalidades de atención y la aparición de nuevas modalidades sobre las cuales hay escasos antecedentes o experiencias que

¹ En 1969, el 50% de los establecimientos del país era con internación y el 50% sin internación; en 1995, 13% y 87% respectivamente.

se puedan tomar como modelos, obligó a tener mayor **cautela** en las propuestas de reformulación.

En base a las consideraciones precedentes se adoptaron las siguientes **estrategias** para la reformulación:

- Plantear la propuesta de cambio en términos de **contenidos, criterios y definiciones** y no de **instrumentos estructurados** de recolección de datos.
- Definir en la propuesta un **conjunto mínimo de datos básicos (CMDB)**, válidos para distintas políticas de salud nacionales y jurisdiccionales y modelos diferentes de gestión de servicios de salud.
- Procurar la **cobertura total y permanente de los subsistemas en el ámbito oficial**, a través de acuerdos también permanentes entre las provincias y los municipios.
- Apoyar la **descentralización del procesamiento de datos hasta el nivel local**, considerando todas las etapas de la producción y todos los contenidos temáticos, sujeta a las condiciones de cada jurisdicción.
- Acompañar la descentralización del procesamiento de datos con la **informatización y la capacitación de los recursos humanos**, para mejorar la oportunidad y calidad de los datos y lograr la retroalimentación necesaria que permita identificar errores y realizar los reparos correspondientes.
- Garantizar que los distintos niveles del SES ejerzan la **centralización normativa** en lo concerniente a metodologías y técnicas estadísticas de los sistemas de información específicos de los programas de atención de la salud, los cuales se desarrollarán al respecto en el marco de la **descentralización operativa**.
- Propiciar la interrelación a nivel del hospital, de las áreas de **facturación, informática y estadísticas de salud**. Es necesario que la información estadística de servicios pueda relacionarse con la información producida en otras áreas económico-financieras.
- Promover la **capacitación de los recursos humanos del sistema estadístico** a cargo del Estado Nacional y los Estados Provinciales, ya que, en el marco del modelo imperante en las últimas décadas, se propició que cada agente se hiciera cargo de su propia capacitación y actualización, lo que constituye un problema para el recambio generacional de los recursos humanos.
- Propiciar la homogeneidad en todo el país de la definición de **diagnóstico principal al egreso**.
- Garantizar la cobertura permanente de la **codificación de morbilidad con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Decimase Revisión -CIE-10-** en todos los establecimientos oficiales.

Las estrategias mencionadas implican que en algún momento la propuesta reformulada pueda ser implementada en establecimientos de salud del subsector Privado, como también la necesidad de consensuar con sistemas estadísticos de otros países con los que la Argentina integre espacios geopolíticos.

*Estas estrategias se combinaron con las siguientes **líneas de acción**, acordadas con los usuarios y los integrantes del Grupo de Trabajo de Referencia Nacional:*

- **Fusionar** el Subsistema de Estadísticas de Recursos con el Subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria, en el **Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud**, incorporando en el registro permanente datos básicos de recursos.
- **Normatizar** la recolección y procesamiento de la información aprobada de interés nacional y la recomendada de interés jurisdiccional sobre diversas modalidades de atención, para lograr la **homogeneidad** entre las provincias en la producción estadística.
- **Desarrollar** el diseño de muestras para el procesamiento del diagnóstico o motivo de la consulta médica ambulatoria para **conocer el perfil de la morbilidad atendida en hospitales**. Esto no supone excluir otras formas de procesamiento.
- **Complementar** la información producida por los registros permanentes con **encuestas a población**, que permitan conocer la situación de salud, las barreras y las formas de acceso a los servicios, lo cual resulta importante para monitorear el impacto de las acciones de salud.

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS (CMDB) APROBADOS DE INTERES NACIONAL

INFORMACION ESTADISTICA DE PACIENTES INTERNADOS

Desde el punto de vista nacional y jurisdiccional del sector salud, la actividad asistencial en instituciones con internación requiere de un conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB) para todos los pacientes que utilizan una cama en un establecimiento de salud. Este requerimiento se apoya en tres premisas básicas:

- Ser útil para elaborar estadísticas de morbilidad, de mortalidad y de nacimientos.
- Servir para la administración de servicios de salud (producción de cuidados y administración financiera), la planificación y el control.
- Ser aplicable a todos los pacientes que utilizan una cama en un establecimiento de salud.

El CMDDB es esencial para la gestión o el gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local, para la planificación jurisdiccional y nacional. Complementariamente es útil para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo de la atención. Asimismo, a nivel local, en caso de que la jurisdicción y el establecimiento lo consideren pertinente, puede utilizarse para la aplicación de técnicas de "case mix", como grupos relacionados de diagnósticos -GRD-, las categorías para el manejo de pacientes -CMP-, etc., completando este conjunto de datos de acuerdo a la metodología seleccionada.

El **Informe Estadístico de Hospitalización -IEH-** es el soporte (en papel o magnético) para la captación del CMDDB del paciente internado. Tiene por **objetivo** la recolección de los datos del paciente hospitalizado.

El informe reúne los datos necesarios para obtener la siguiente información:

- Identificar al paciente hospitalizado
- Conocer la procedencia y ciertas características socioeconómicas del paciente, incluida la cobertura de salud de la población hospitalizada.
- Calcular los días de estada en el establecimiento para cada período de internación.
- Disponer del perfil de la morbilidad atendida de los pacientes internados en el establecimiento.
- Conocer ciertas características del evento obstétrico, incluidas las del producto de la gestación en los episodios correspondientes a la terminación del embarazo.

Al estar juntos los datos de la madre y del producto de la gestación **se puede llevar un registro completo del evento obstétrico**. Por ello, en este documento se incluye una sección destinada al registro de los datos sobre los eventos obstétricos como se realiza desde la iniciación del PNES, para los episodios de terminación

de un embarazo. Los mismos son de primordial importancia para el PNES en función de los requerimientos de información.

Los datos que se recogen en el IEH deben ser coherentes con los del Censo diario de pacientes y con los referidos a la identificación del paciente, a los diagnósticos y a los procedimientos registrados en la Historia clínica.

El **hecho** que se caracteriza a través de este informe es un episodio de internación de un paciente en un establecimiento de salud.

La **unidad de análisis** es el egreso, entendiéndose éste como:

la salida del establecimiento de un paciente internado que puede darse por "alta médica", "traslado a otro establecimiento", "defunción", "retiro voluntario del paciente" o por "otro" tipo de egreso

El *Informe Estadístico de Hospitalización* debe aplicarse en los establecimientos con internación. Se inicia cada vez que se interna un paciente en el momento de su admisión y se completa al terminar el período de internación.

Las **reas comprometidas** en el registro de los datos son:

- Área de Admisión
- Área de Internación
- Área Central de Estadística

Estas áreas pueden variar según la organización del establecimiento.

Con esta información se pueden elaborar numerosos **indicadores**, entre los cuales se señalan como más importantes:

- Egresos por jurisdicción, departamento y establecimiento.
- Egresos por diagnóstico.
- Egresos por edad y sexo.
- Días de estada por diagnóstico.
- Egresos según cobertura de salud.
- Egresos según residencia habitual del paciente internado.
- Partos según forma de terminación.
- Partos según tipo.
- Peso al nacer.
- Edad gestacional.
- Tasa de pretérmino.
- Frecuencia de neonatos según peso para la edad gestacional.
- Frecuencia de cesáreas.

Se destaca que esta información se refiere a **los episodios de internación y no al número de personas enfermas**. Con la misma se elaboran **estadísticas de pacientes, aunque sin base poblacional**, si se incorpora el tipo y el número de documento.

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS APROBADOS DE INTERES NACIONAL

1. N° del Informe
2. Identificación del establecimiento

DATOS DEL PACIENTE

3. Fecha de nacimiento
4. Edad al ingreso
5. Tipo y número de documento
6. Tipo y número de documento de la madre (para menores de un año)
7. Residencia habitual
8. Sexo
9. Pertenece o está asociado a
10. Nivel de instrucción
11. Situación laboral
12. Ocupación habitual

DATOS DE LA INTERNACION

13. Fecha de ingreso
14. Fecha de egreso
15. Total días de estadía
16. Tipo de egreso
17. Diagnóstico principal al egreso
18. Otros diagnósticos
19. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos
20. Otras circunstancias que prolongan la internación
21. Días de estadía por otras circunstancias
22. Causa externa de traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos

DATOS DEL EVENTO OBSTETRICO

(Incluidos los del producto de la gestación)

23. Fecha de terminación del embarazo
24. Edad gestacional
25. Paridad
26. Tipo de parto
27. Peso al nacer
28. Condición al nacer
29. Forma de terminación del parto
30. Sexo

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Número del informe

Debe ser unívoco, correlativo anual, pues es el identificador del conjunto mínimo de datos básicos correspondiente a un establecimiento. Lo llenará el Área Central de Estadística del establecimiento en oportunidad de su recepción y antes de iniciar su procesamiento.

2. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

DATOS DEL PACIENTE

3. Fecha de nacimiento

Registrar la fecha completa en día, mes y año. Si es posible, copiar la fecha del documento de identidad.

4. Edad al ingreso

Si el paciente internado tiene 1 año cumplido o más, sólo deben consignarse los años.

Si la edad cumplida es de 1 día o más pero es menor de 1 año, consignar la edad cumplida en meses y días.

Si el paciente es menor de 1 día, consignar las horas y minutos de vida.

Si no se dispusiera de este dato por la gravedad del paciente o por no haber informantes, contemplar la posibilidad de estimar la edad.

5. Tipo y número de documento

Registrar el número de DNI/LC/LE.

En caso de presentar otro documento que contenga el número de DNI, consignar el DNI.

Colocar un guión si no es posible obtener el número de DNI/LC/LE.

En caso de neonato se indicará sólo cuando éste tenga documento.

6. Tipo y número de documento de la madre (para menores de un año)

En caso de menores de un año debe indicarse **siempre** el tipo y número de documento de la madre.

7. Residencia habitual

Localidad- Departamento o Partido- Provincia- País.

Consignar la localidad o paraje, el departamento o partido, y la provincia. No deben quedar datos sin completar, aunque ello signifique repetir algún nombre de localidad, partido o departamento.

A los efectos de esta registración, a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se la considerará como una provincia.

Consignar todos los datos requeridos. Si la persona reside habitualmente en el exterior, indicar sólo país.

8. Sexo

- Masculino
- Femenino
- Indeterminado

La alternativa "Indeterminado" está reservada exclusivamente para aquellos casos especiales en que, por alguna razón, no ha sido posible la determinación del sexo al momento del egreso del paciente.

9. Pertenece o está asociado a

- Obra social
- Plan de salud privado o Mutual
- Plan o Seguro público
- Más de uno
- Ninguno

Consignar si el paciente está afiliado a alguna Obra

social o asociado a algún Plan de salud privado o a alguna Mutual o cubierto por un Plan o Seguro público. En caso de estar cubierto por más de un sistema, marcar la alternativa “Más de uno”. Se debe marcar una y sólo una de las respuestas posibles.

La *Obra social* es un sistema de atención de la salud caracterizado por la afiliación obligatoria de todas las personas que trabajan en relación de dependencia (por ejemplo: UOCRA, OSEACAC, etc.; también son obras sociales PAMI, IOMA, PROFE).

El *Plan de salud privado o Mutual* son sistemas de atención de la salud caracterizados por la adhesión o asociación voluntaria.

A los efectos de esta variable, los servicios privados de urgencias o emergencias médicas se considerarán como “Plan de salud privado o Mutual”.

El *Plan o Seguro público* es un sistema de cobertura organizado y financiado por el Estado Nacional y/o Provincial y/o Municipal para personas que no están afiliadas a algún sistema de atención de la salud.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

10. Nivel de instrucción

Dado que esta variable tiene por objetivo caracterizar la situación socio-económica del paciente, en caso de pacientes internados menores de 14 años, consignar el nivel de instrucción del padre, o en su defecto, el de la madre.

Se debe registrar el nivel más alto alcanzado en un establecimiento del sistema de enseñanza formal, oficial o privado reconocido.

Como en el país existen simultáneamente dos sistemas educativos, fue necesario incluir en esta variable ambas alternativas: una, el sistema tradicional (no reformado), basado en siete grados en el nivel primario y cinco años (o seis según la modalidad) en el nivel secundario; y la otra, el sistema reformado, compuesto por tres ciclos de Educación General Básica (EGB) de tres años cada ciclo, y un ciclo Polimodal también de tres años.

Se debe marcar sólo una de las alternativas en el Sistema Educativo que corresponda.

■ Sistema Educativo No Reformado

- ☐ Primario
 - Incompleto
 - Completo
- ☐ Secundario

- Incompleto
- Completo

■ Sistema Educativo Reformado

- ☐ Ciclos EGB (1ro y 2do.)
 - Incompleto
 - Completo
- ☐ Ciclo EGB 3ro
 - Incompleto
 - Completo
- ☐ Polimodal
 - Incompleto
 - Completo

Marcar en el Sistema Educativo lo que indique el informante. Si aún persiste la duda, indagar al informante hasta poder identificar a qué sistema corresponde.

El sistema reformado, dispuesto por la Ley Federal de Educación, aún no está implementado en todas las provincias, ni en todas las escuelas de aquellas provincias que ya iniciaron su implementación.

El nivel Superior o Universitario no está afectado por tales cambios.

Para las personas que no concurrieron a ninguno de los niveles de los sistemas educativos mencionados, se debe marcar la categoría “Nunca asistió”

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

11. Situación laboral

Dado que esta variable tiene por objetivo caracterizar la situación socio-económica del paciente, en caso de pacientes internados menores de 14 años, consignar la situación laboral del padre o, en su defecto, la de la madre.

Anotar sólo una de las siguientes alternativas:

- Trabaja o está de licencia
- No trabaja:
 - ☐ Busca trabajo
 - ☐ No busca trabajo
- Trabaja o está de licencia si realiza cualquier tarea paga en dinero o en especie (inclusive “changas”), o si no trabaja por hallarse de licencia por maternidad, vacaciones o enfermedad, u otra razón circunstancial (huelga, suspensión, etc.).¹
- No trabaja: si no trabaja, es importante registrar si busca o no trabajo.
 - ☐ Busca trabajo: si estuvo preguntando en los luga-

¹ El INDEC, siguiendo el criterio aplicado en la Encuesta Permanente de Hogares, incluye en esta categoría a quienes reciben planes “Jefe/a de Hogar” u otros planes con ingreso monetario y realizan una contraprestación. Si el INDEC modificara el criterio, el PNES adoptaría los cambios en consecuencia.

res de trabajo o respondió o publicó avisos en busca de trabajo.

- *No busca trabajo*: cuando no se moviliza en la búsqueda de trabajo.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

12. Ocupación habitual

Dado que esta variable tiene por objetivo caracterizar la situación socio-económica del paciente, en caso de pacientes internados menores de 14 años, consignar la ocupación habitual del padre o, en su defecto, la de la madre.

Anotar el oficio o trabajo que realiza. Se refiere a la ocupación que desempeña principalmente. Si no trabaja, consignar a qué se dedica, por ejemplo: estudiante, ama de casa, jubilado, rentista, desocupado, etc. Si no trabaja por tener alguna incapacidad, registrar esta condición.

Es importante registrar la respuesta con las mismas palabras que el informante utiliza para describir las tareas del trabajo. No se debe intentar hallar un nombre o denominación de la actividad, sólo se requiere que las anote tal como se las indica el informante.

Si realiza varias tareas distintas, se registrarán aquellas que realiza más frecuentemente. Por ejemplo: reparte cartas y mensajes, atiende el teléfono de una oficina.

No deben aceptarse respuestas tales como: empleado, oficinista, administrativo, etc., que son muy generales y no indican qué tareas hace el empleado, el oficinista, el administrativo, etc.

DATOS DE LA INTERNACION

13. Fecha de ingreso

Consignar el día, mes y año en que el paciente comienza a ocupar la cama. No se incluye el tiempo pasado en la Guardia (salvo que en la misma haya camas disponibles para internación) o en otras áreas diagnósticas o terapéuticas del establecimiento de salud antes de la ocupación real de la cama.

14. Fecha de egreso

Consignar el día, mes y año en que terminó el período de internación.

15. Total días de estada

Se entiende por días de estada, el total de días que el paciente permaneció internado en el establecimiento. Para el cálculo de los días de estada seguir el procedimiento siguiente.

Computar el día de ingreso, pero no el de egreso. Ejemplo: a un paciente ingresado el 10 de marzo y egresado el 15 de marzo, le corresponden 5 días de estada.

Cuando un paciente ingresa y egresa en el mismo día, computar un día de estada.

16. Tipo de egreso

- Alta médica
- Traslado a otro establecimiento
- Defunción
- Retiro voluntario
- Otro

Se entiende por *egreso* la salida del establecimiento de un paciente internado y puede darse por:

- *Alta médica*: acto médico que determina la finalización de la modalidad de asistencia que venía siendo prestada al paciente hasta el momento, por cura, mejoría o inalteración de su estado.
- *Traslado a otro establecimiento*: transferencia de un paciente internado a otro establecimiento de salud, al momento del egreso.
- *Defunción*: desaparición permanente de todo signo de vida, en cualquier momento posterior al nacimiento, sin cualquier posibilidad de resurrección. No se consideran egresos ni generan el IEH las muertes ocurridas en el trayecto al establecimiento, en el consultorio externo o en guardia (salvo que tenga internación y haya ocupado una cama en el establecimiento). Tampoco se consideran egresos las defunciones fetales.
- *Retiro voluntario*: cuando el paciente suspende por propia voluntad la internación, quedando registrado este hecho con la firma del paciente o de una persona autorizada.
- *Otro*: cualquier circunstancia no contemplada en las categorías anteriores, por ejemplo, fuga, ingreso a internación domiciliaria programada, etc.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

17. Diagnóstico principal al egreso

Afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal (CIE-10-Vol.2, pág. 97).

La expresión **afección principal** se refiere a lo que el médico considera como la **causa clínicamente más importante** (pronóstico de la enfermedad y vulnerabilidad del paciente). Si hubiera dos o más diagnósticos de igual magnitud, elegir el causante de la utilización de la mayoría de los recursos.

En todo Informe Estadístico de Hospitalización debe informarse un diagnóstico principal y no debe haber más de uno.

El diagnóstico principal está determinado por:

- a. la afección que, **luego de estudiar** al paciente, surge como la principal responsable de la causa de internación,
- b. el proceso diagnóstico y
- c. el tratamiento realizado.

El diagnóstico principal –al momento del egreso del paciente– debe ser congruente con el registrado en la Historia clínica y puede coincidir con el diagnóstico al ingreso.

18. Otros diagnósticos

Todas las afecciones que coexisten en el momento de la admisión, que se desarrollan posteriormente o que afectan el tratamiento recibido y/o la internación. Se excluyen los diagnósticos que se relacionan con un episodio anterior y que no tienen ninguna relación con la actual estadía en el hospital (CIE-10-Vol.2, pág. 97).

Los otros diagnósticos también deberán ser coherentes con los registrados, en la Historia clínica donde estarán debidamente fundamentados.

19. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos

En caso que se haya realizado algún procedimiento quirúrgico u obstétrico, deberá marcarse la alternativa “SI” especificando el procedimiento efectuado.

Se registrarán los procedimientos quirúrgicos y obstétricos realizados durante la presente internación, que impliquen el uso de quirófano o sala de partos o sala de procedimientos o que requieran la administración de anestesia general, aunque se realicen fuera de los locales mencionados¹.

Los procedimientos quirúrgicos y obstétricos deben ser coherentes con los registrados en la Historia clínica donde estarán debidamente fundamentados.

20. Otras circunstancias que prolongan la internación

Se consignarán aquellos casos que pese a tener alta médica, no pueden producir egreso definitivo por causas de otra índole. Aclarar la circunstancia, por ejemplo: caso social, orden judicial o cualquier otra condición relacionada con los ejemplos precedentes.

21. Días de estadía por otras circunstancias

Consignar los días atribuibles a otras circunstancias de tipo social, judicial o de condición relacionada con las mismas, contados a partir del alta médica, hasta el egreso efectivo del paciente.

22. Causa externa de traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos

En esta variable se registra sólo si el diagnóstico principal es motivado por alguna causa externa que produzca traumatismo, envenenamiento u otro efecto adverso. No corresponde registrar las secuelas de traumatismos, de envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas.

1. Producido por²

- Accidente
- Lesión autoinfligida
- Agresión

¹ A los fines de la administración del establecimiento u otras razones se pueden registrar otros procedimientos que no se hayan realizado bajo las circunstancias antedichas. En este caso se recomienda agregar un ítem que se denomine “Otros procedimientos”.

² Consignar sólo si la causa externa fue accidental o intencionalmente infligida

■ Se ignora

En “Lesión autoinfligida” se incluye el intento de suicidio.

En “Agresión” se incluye el intento de homicidio.

La alternativa “Se ignora” se aplica cuando se desconoce la intencionalidad.

Consignar sólo una alternativa.

2. Lugar donde ocurrió

- Domicilio particular
- Vía pública
- Lugar de trabajo
- Otro

En Lugar donde ocurrió, la alternativa “Otro” incluye cualquier otro lugar no contemplado en las alternativas anteriores (ejemplo: hogar de ancianos, club deportivo, escuela, etc.).

Consignar sólo una alternativa.

3. Cómo se produjo

Describir las circunstancias o situación en que aconteció el hecho, por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación (por agroquímicos, psicotrópicos, etc.), quemaduras por incendio de vivienda, etc.

DATOS DEL EVENTO OBSTETRICO

(Incluidos los del producto de la gestación)

Se completa este rubro sólo para el episodio de internación en que se produce el parto o aborto.

23. Fecha de terminación del embarazo

Consignar día, mes y año en que se produce la terminación del embarazo.

24. Edad gestacional (en semanas)

La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. Anotar en semanas completas. Debe llenarse tanto para el nacido vivo como para la defunción fetal, cualquiera sea la edad gestacional y el peso. Se recomienda verificar siempre este dato con el que figura en la Historia clínica o con otros registros disponibles en el establecimiento de salud.

25. Paridad

La paridad se refiere al número total de nacimientos (vaginales o por cesárea) vivos o muertos que una mujer ha tenido anteriores al presente embarazo. Quienes tuvieron un embarazo triple anterior al presente egreso, tuvieron tres nacimientos y se considera paridad 03.

Se debe diferenciar **paridad** de **gestación** que es el

número total de embarazos (e incluye al presente). En el caso anterior, se trataría de paridad 03 y gestaciones 02.

En el caso de un egreso por parto de una mujer que no ha tenido embarazos anteriores, y en consecuencia ni nacimientos vivos ni muertos, la paridad es 0 y la gestación es 01.

26. Tipo de parto

- *Simple*: cuando nace un único producto de la gestación (vivo o muerto)
- *Múltiple*: cuando nacen dos o más productos de la gestación (vivos o muertos)

Las siguientes variables deben completarse para cada producto de la gestación. Registrar **todas** las defunciones fetales, cualquiera sea el peso o la edad gestacional.

27. Peso al nacer (en gramos)

Es la primera medición del peso del feto o del recién nacido hecha después del nacimiento. También debe llenarse en caso de abortos. Consignar el peso del nacido vivo o de la defunción fetal en gramos.

Nota: para los nacidos vivos, el peso al nacer debe ser medido preferentemente dentro de la primera hora de vida, antes de que ocurra cualquier pérdida significativa de peso.

28. Condición al nacer

Hace referencia a si el producto de la concepción es un nacido vivo o una defunción fetal.

■ *Nacido vivo*: a los efectos del registro estadístico en la República Argentina, se empleará la siguiente definición de nacido vivo recomendada por la Organización Mundial de la Salud-OMS:-

Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción, que después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un **nacido vivo**.

■ *Defunción fetal*: a los efectos del registro estadístico en la República Argentina, se empleará la siguiente definición de defunción fetal recomendada por la Organización Mundial de la Salud-OMS:-

Es la muerte de un producto de la concepción, antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Nota: observar que de acuerdo con esta definición todo producto de la concepción que al ser separado de la madre no presenta signos de vida es una **defunción fetal**. Los abortos también son defunciones fetales.

29. Forma de terminación del parto

- Vaginal
- Cesárea

30. Sexo

- Masculino
- Femenino
- Indeterminado

La alternativa “Indeterminado” está reservada exclusivamente para aquellos casos en que el nacido vivo o muerto se encuentre afectado por alguna patología que no permite la determinación del sexo al momento del egreso de la madre.

Importancia de la información estadística del evento obstétrico

La información estadística sobre los eventos reproductivos (obstétricos) asistidos en los establecimientos de salud, es esencial para la gestión o gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local y para la planificación jurisdiccional y nacional. Complementariamente es útil para investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo en la atención.

En la dimensión total de los egresos, el peso de los egresos por eventos obstétricos al momento de la reformulación del PNES, era aproximadamente un 30% en el subsector Oficial.

Los datos disponibles antes de la reformulación sobre esos eventos eran inadecuados y su cobertura incompleta. Se captaban a través del *Informe Estadístico de Hospitalización-IEH-* y del *Informe Estadístico de Centro Obstétrico-IECO-*.

El IEH incluía a continuación de los datos de la madre, una sección con algunos datos destinados al evento reproductivo, que se completaba en ocasión de la **terminación del embarazo**. El IECO se generaba en el Centro Obstétrico y tenía como **objetivo** el registro **individualizado** de los datos correspondientes a cada terminación del embarazo. Incluía nacidos vivos y defunciones fetales, independientemente del peso y de la duración del embarazo. En este caso, la **unidad de análisis** era la terminación del embarazo. Los datos que se captaban a través del IECO difícilmente podían relacionarse con los de la madre, lo cual limitaba la utilidad de los registros hasta la reformulación del subsistema estadístico.

Tanto las variables que se solicitaban como la forma en que se registraba el evento reproductivo, requirieron modificaciones sustanciales para atender a las necesidades de información del PNES, particularmente solicitadas por el área materno infantil.

Por todo lo expuesto, para cada terminación de un embarazo se aprobó registrar un conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB) que pueda interrelacionar en

un mismo soporte los datos de la madre con los del evento obstétrico

1. Para la madre: los datos comunes a todos los egresos de pacientes internados.
2. Para el evento obstétrico: fecha de terminación del embarazo (día/mes/año), edad gestacional, paridad y tipo de parto (simple/múltiple).
 - 2.1. Para el producto de la gestación: condición al nacer (nacido vivo/defunción fetal), peso, sexo, forma de terminación del parto (vaginal/cesarea) y secuencia al nacer en los partos múltiples.

Al estar interrelacionados los datos de la madre y del producto de la concepción, se puede llevar un registro completo del evento obstétrico, siendo la **unidad de análisis** el egreso por un evento obstétrico.

Los sistemas de información orientados al paciente consideran cada caso como la unidad central de observación y referencia. La propuesta aprobada proporciona información sobre producción, utilización, diagnóstico y datos epidemiológicos de gran importancia para quienes prestan atención directa. Asimismo, también para quienes interesa la información para evaluar un proceso causal (por ejemplo, examinar el efecto de los cuidados de la salud o de un factor de riesgo o protector sobre la ocurrencia de daños).

El registro de las variables obstétricas, entonces, debe hacerse en forma conjunta con el IEH. Esto implica una mejora para la utilización de la información sin el incremento de datos a recolectar.

Finalmente, resulta de fundamental importancia el **registro individual de la terminación del embarazo**, su remisión del nivel local al nivel jurisdiccional y **anualmente** al nivel nacional.

Posibles usos de la Información Estadística de Pacientes Internados con la referida al Evento Obstétrico.

La información proveniente del CMDDB de pacientes internados, así conceptualizada, tiene múltiples usos que incluyen: cuidados asistenciales, investigación en servicios de salud, administración, programas de salud pública, vigilancia epidemiológica, monitoreo de poblaciones, etc. Asimismo, la información podría utilizarse para el planeamiento estratégico, análisis de oferta y demanda, etc.

Al incluir también las variables materno-perinatales se dispone de **información comparable** que rápidamente permite conocer:

- la morbilidad vinculada a eventos reproductivos,
- la adecuación del cuidado,
- las variaciones regionales en el cuidado y
- las tendencias en el cuidado.

Los administradores de salud pueden utilizar esta información para realizar análisis de pequeñas áreas combinando datos sociodemográficos con información sobre la salud de las madres y sus hijos, así como información sobre los recursos para el cuidado de la salud. La internación durante el embarazo es la única medida disponible para conocer la morbilidad relacionada con el embarazo y permite mostrar variaciones regionales tanto en la frecuencia como en la duración de la internación.

Con esta información pueden caracterizarse las **tres dimensiones del cuidado obstétrico**:

- resultados adversos potencialmente evitables (infecciones urinarias post-cesáreas, infecciones de pared post-cesárea o de episiotomías, etc.),
- procedimientos potencialmente inadecuados (tasa muy elevada de cesáreas) e
- ingresos potencialmente evitables (complicaciones de diabetes, enfermedades prevenibles con inmunización, amenazas de aborto, etc.).

Los valores de una sociedad se reflejan en lo que se elige para medir y monitorear. Si además de mirar las tasas de mortalidad materno-infantil se construyen otros indicadores, se puede reafirmar la importancia que se le da a las mujeres y a los niños.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE HOSPITALIZACIÓN

El procesamiento de los datos contenidos en el IEH se realiza parcial o totalmente en el establecimiento cuando el sistema estadístico jurisdiccional funciona de manera descentralizada. En las jurisdicciones con procesamiento centralizado, el establecimiento los remite mensualmente a la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud. Por normativa del PNES, históricamente esta Oficina envía anualmente la información en soporte magnético al nivel nacional. Por falta de recursos (humanos y tecnológicos) en la XII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud (1986) se acordó la remisión del universo completo en soporte magnético cada 5 años (años terminados en "0" y "5"). En el resto de los años el envío podía realizarse por muestra.

Con posterioridad a 1986, y con muchas dificultades, sólo se remitió la información en los años "0" y "5", en algunas jurisdicciones, exclusivamente por muestra. Esto resultaba insuficiente de acuerdo a los nuevos requerimientos de información y a la aparición de nuevos programas y proyectos de salud, por los cuales se acordó, a partir de la reformulación, la **remisión anual del universo completo**.

A finales del siglo XX han aparecido nuevas enfermedades, reemergieron viejas enfermedades ya erradicadas o controladas que no requerían internación, y aparecieron problemas debidos a las situaciones de crisis social y deterioro de las condiciones de vida, lo

que torna imprescindible que la información sea más **oportuna**.

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la informática a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección de datos. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que en el momento de la internación de un paciente se inicie el IEH, y se complete con datos coherentes con los de otros registros relacionados, tales como el Censo diario, la Historia clínica, etc.

Algunas Oficinas Provinciales de Estadísticas de Salud plantearon el problema de la pérdida de la especialidad predominante cuando este conjunto mínimo de datos básicos se aplica en pacientes internados en establecimientos de salud, cuya internación está organizada por cuidados progresivos o por camas indiferenciadas. Al respecto se recomienda recuperar la especialidad predominante por un procesamiento especial de la información recogida. Es decir, a través del **diagnóstico principal al egreso**, registrado por el médico, verificando la existencia de la **unidad operativa** en el establecimiento, concordante con la **especialidad del médico tratante**.

INFORMACION ESTADISTICA DE MOVIMIENTO DE PACIENTES Y UTILIZACION DE CAMAS

La conducción técnico-administrativa de un establecimiento de salud con internación requiere disponer de un conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB) sobre utilización de camas, que posibilita un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

El *censo diario de pacientes hospitalizados* capta los datos necesarios para cada unidad operativa. Su **objetivo** es obtener información diaria, acerca de las camas disponibles, su utilización y el movimiento de pacientes ocurrido en el área de internación. Es la fuente de datos para el **Informe Estadístico de Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas -IEMP y UC-** el cual puede estar en distinto soporte (papel o magnético).

El *censo diario de pacientes hospitalizados* permite reunir, entre otros, los siguientes datos:

- Número de camas disponibles y de pacientes-día
- Ingresos y egresos

El **hecho** que se mide es la ocupación de las camas y el movimiento de los pacientes en un día censal.

La **unidad de análisis** es la cama disponible, entendiéndose por tal:

aquella realmente instalada en el establecimiento, en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que esté o no ocupada.

Las **áreas comprometidas** en el registro de los datos son:

- Secretarías de Sala
- Área de Enfermería
- Área Central de Estadística.

Estas áreas pueden variar según la organización del establecimiento.

Con esta información se pueden elaborar distintos **indicadores**, entre los cuales se señalan:

- Porcentaje ocupacional de camas
- Promedio de camas disponibles
- Promedio de pacientes-día
- Promedio de permanencia
- Tasa de mortalidad hospitalaria

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS APROBADOS DE INTERES NACIONAL

1. Identificación del establecimiento
2. Fecha
3. Unidad operativa
4. Egresos
5. Pacientes-día
6. Camas disponibles

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

2. Fecha

Anotar mes y año.

3. Unidad operativa

Es el agrupamiento de actividades funcionalmente homogéneas o centradas en un mismo propósito o producto. Puede formar parte de un establecimiento o constituir un establecimiento en sí mismo. Se compone de infraestructura física, instalaciones, equipamiento e instrumental, normas de organización y procedimientos y recursos humanos capacitados que ejecutan actividades programadas o no. En los establecimientos más complejos, las *Unidades Operativas* coinciden con los tradicionalmente denominados *Servicios*, ya sean finales, intermedios, de apoyo, de conducción, administración o asesoría letrada.

Consignar el código correspondiente a la Unidad Operativa.

4. Egresos

Es la salida del establecimiento de un paciente internado y las categorías pueden ser:

- *Egreso de paciente vivo*: es la finalización del período de internación por cura, mejoría o inalteración de su estado. Se incluye alta médica, traslado a otro establecimiento, retiro voluntario, otra situación que no sea defunción.
- *Egreso de paciente fallecido*: es la finalización del período de internación por el fallecimiento del paciente. No se considera egreso de paciente fallecido cuando la defunción ocurre en el trayecto al establecimiento, en el consultorio externo o de guardia (salvo que tenga internación y haya ocupado una cama). Tampoco se incluyen como egresos de paciente fallecido a las defunciones fetales.

5. Pacientes-día

Paciente-día es la permanencia de un paciente internado, es decir ocupando una cama en un establecimiento de salud, durante el período comprendido entre las 0 y las 24 horas de un mismo día.

Los pacientes-día se calculan sumando los pacientes

que han permanecido internados en una fecha determinada correspondiente a un día censal. Es decir, a la existencia a las 24 horas hay que sumar los pacientes que ingresaron y egresaron del establecimiento en el mismo día para lograr el número correcto de pacientes-día.

6. Camas disponibles

Son aquellas realmente instaladas en el establecimiento, en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas.

Las incubadoras, las camas oscilantes y los pulmotores (si los hubiera), se contarán como camas disponibles cuando se encuentren instalados regularmente en un servicio especializado (que no tengan una cama o cuna reservada). En caso contrario solamente se contarán como camas disponibles cuando se encuentren ocupadas y el paciente no tenga una cama reservada en el sector correspondiente.

Las camas de guardia se contabilizarán como disponibles sólo en el caso que la Guardia tenga un sector de internación.

No se contabilizará como cama disponible la cuna del recién nacido sano.

Si se instala una camilla en un servicio de internación, por falta de camas o por situación de emergencia, mientras esté ocupada se contará como cama disponible.

El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a:

- que se agreguen camas por demanda estacional, emergencias, etc;
- que se retiren camas para reparación, desinfección, clausura temporaria del servicio, etc.

Anotar el número de camas disponibles (ocupadas y desocupadas) que se encuentran realmente instaladas en esa unidad operativa, en condiciones de uso, a la hora 24 de cada día censal.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADISTICO DE MOVIMIENTO DE PACIENTES Y UTILIZACION DE CAMAS

Estos datos deben recogerse diariamente en los establecimientos con internación.

Para obtener los datos necesarios a efectos de realizar el censo diario de cada sector de internación y tener la plena certeza de su exactitud, es imprescindible que la persona encargada de realizarlo los obtenga personalmente mediante el recorrido del sector de internación, cama por cama, todos los días y lo controle con las historias clínicas de los pacientes internados.

Deben registrarse todos los ingresos, egresos (alta

médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario, otro) y pases ocurridos en el sector de internación que se esté censando, pero sólo cuando se han concretado. Es decir, el ingreso se contará desde el momento en que el paciente ocupe la cama y el egreso desde que la desocupe.

Aunque el paciente haya realizado el trámite de internación, o el médico haya autorizado su egreso o pase, el hecho no debe consignarse en el censo hasta que haya ocurrido realmente.

El día censal se considera igual al día calendario, es decir, que abarca el período comprendido entre las 0 y las 24 horas.

Este instrumento de recolección de datos brinda información de interés local, jurisdiccional y nacional.

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la informática a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección diaria. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que la recolección se realice diariamente "in situ" comprobando la real utilización de las camas.

Para los establecimientos que no tienen informatizado el procesamiento de estos datos se utiliza un formulario diario que sirve de base para la confección del *Informe Estadístico de Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas* -IEMP y UC-. Los resultados se remitirán **trimestralmente** al nivel nacional del PNES, consolidados por mes. **En el formato ejemplificatorio se destacan de manera especial las variables cuyos datos tienen este compromiso de remisión.**

INFORMACION ESTADISTICA DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

La conducción técnico-administrativa de un establecimiento de salud con atención ambulatoria requiere conocer un conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB) para todos los pacientes que utilizan dicha modalidad.

Esta información es esencial para la gestión o el gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local, para la planificación jurisdiccional y nacional. Complementariamente es útil para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo de la atención.

El **Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias -IECMA-** es el soporte (en papel o magnético) para la captación del CMDDB de los pacientes que utilizan la consulta médica ambulatoria. Tiene por **objetivo** registrar algunas características de los consultantes y el diagnóstico o motivo de consulta médica ambulatoria.

El informe reúne los datos necesarios para obtener la siguiente información:

- Volumen total de las consultas médicas ambulatorias por edad y sexo.
- Cobertura de salud de los pacientes ambulatorios.
- Morbilidad ambulatoria por edad, sexo y residencia.
- Consultas médicas ambulatorias por unidad operativa.

La recolección de datos en el IECMA exige coherencia con los referidos a identificación y diagnóstico o motivo de consulta del paciente en la Historia clínica.

El **hecho** que se mide es la atención médica del paciente ambulatorio.

La **unidad de análisis** es la consulta médica ambulatoria, entendiéndose ésta como:

la atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio en un consultorio externo o en una unidad de emergencia para paciente externo. Incluye las atenciones a consultantes sanos. Si varios médicos examinan en un mismo momento a un paciente, este recibe una sola consulta.

El IECMA implica el **registro individual de cada consulta**.

Las **reas comprometidas** y el personal involucrado en el registro de los datos son:

- Secretarías de Consultorio Externo
- Médico interviniente

■ Area Central de Estadística

Estas áreas y el personal pueden variar según la organización del establecimiento.

Con esta información se pueden elaborar numerosos **indicadores**, entre los cuales se señalan:

- Total de consultas médicas ambulatorias.
- Consultas médicas ambulatorias por residencia del paciente (departamento, jurisdicción).
- Consultas médicas ambulatorias por edad y sexo.
- Consultas médicas ambulatorias por diagnóstico o motivo de consulta.
- Consultas médicas ambulatorias por unidad operativa.
- Consultas médicas ambulatorias por cobertura de salud de los pacientes.

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS APROBADOS DE INTERES NACIONAL

1. Identificación del establecimiento
2. Fecha
3. Unidad operativa
4. Edad
5. Sexo
6. Residencia habitual del paciente
7. Pertenece o está asociado a
8. Diagnóstico o motivo de consulta

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

2. Fecha

Anotar día, mes y año a que corresponden las consultas médicas ambulatorias que se informan.

3. Unidad operativa

Es el agrupamiento de actividades funcionalmente homogéneas o centradas en un mismo propósito o producto. Puede formar parte de un establecimiento o constituir un establecimiento en sí mismo. Se compone de infraestructura física, instalaciones, equipamiento e instrumental, normas de organización y procedimientos y recursos humanos capacitados que ejecutan actividades programadas o no. En los establecimientos más complejos, las *Unidades Operativas* coinciden con los tradicionalmente denominados *Servicios*, ya sean finales, intermedios, de apoyo, de conducción, administración o asesoría letrada.

En caso de consultorios externos correspondientes a Centros de salud dependientes y/o integrados al Hospital base, identificarlos como Unidad Operativa.

Ejemplo: Hospital “Dr. Ramón Carrillo” y Unidad Operativa Centro de Salud “El Jagüel”.

Consignar el código correspondiente a la Unidad Operativa.

4. Edad

Si el paciente atendido tiene 1 año cumplido o más, sólo consignar la edad en años.

Si la edad cumplida es de 1 día o más pero es menor de 1 año, consignar la edad cumplida en meses y días.

5. Sexo

- Masculino
- Femenino

6. Residencia habitual del paciente

Localidad- Departamento o Partido- Provincia- País.

Consignar la localidad o paraje, el departamento o partido, y la provincia. No deben quedar datos sin completar, aunque ello signifique repetir algún nombre de localidad, partido o departamento.

A los efectos de esta registración, a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se la considerará como una provincia.

Consignar todos los datos requeridos. Si la persona reside habitualmente en el exterior, indicar sólo país.

7. Pertenece o está asociado a

- Obra social
- Plan de salud privado o Mutual
- Plan o Seguro público
- Más de uno
- Ninguno

Consignar si el paciente está afiliado a alguna Obra social o asociado a algún Plan de salud privado o a alguna Mutual o cubierto por un Plan o Seguro público. En caso de estar cubierto por más de un sistema, marcar la alternativa “Más de uno”. Se debe marcar una y sólo una de las respuestas posibles.

La *Obra social* es un sistema de atención de la salud caracterizado por la afiliación obligatoria de todas las personas que trabajan en relación de dependencia (por ejemplo: UOCRA, OSECAC, etc.; también son obras sociales PAMI, IOMA, PROFE).

El *Plan de salud privado o Mutual* son sistemas de atención de la salud caracterizados por la adhesión o asociación voluntaria.

A los efectos de esta variable, los servicios privados de urgencias o emergencias médicas se considerarán como “Plan de salud privado o Mutual”.

El *Plan o Seguro público* es un sistema de cobertura organizado y financiado por el Estado Nacional y/o Provincial y/o Municipal para personas que no están afiliadas a algún sistema de atención de la salud.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

8. Diagnóstico o motivo de consulta

Anotar el diagnóstico o el motivo de consulta, entendiéndose por tal la causa o razón por la cual una persona requiere atención médica ambulatoria.

En los casos que se registre “control” deberá aclararse a qué condición o patología corresponde, ejemplo: “control de embarazada”, “control de niño sano”, “control de hipertensión”, etc. Para seguimiento consecutivo al tratamiento de una patología que no está presente, anotar “seguimiento” y el nombre de la patología, ejemplo: “seguimiento de cáncer de mama”, “seguimiento de cálculo renal”, etc.

Si hay más de un diagnóstico debe figurar en primer término el que el médico considere que ocasionó la consulta.

La columna diagnóstico o motivo de consulta **deber ser completada siempre por el médico**, con letra legible, sin siglas, a fin de poder asignar correctamente el código.

En atención programada, si está registrado el nombre del paciente y éste no concurre, se deberá tachar todo el renglón indicando esta situación con la palabra *ausente*.

Si se agregaran pacientes fuera de los citados, se deberá completar todas las variables requeridas en el informe.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS

La importancia de la atención ambulatoria por el desarrollo científico y tecnológico aplicado a la medicina, trajo aparejado un incremento de la consulta, jerarquizándose ésta como modalidad de atención entre las otras modalidades. Resulta imprescindible, por lo tanto, no sólo conocer la cantidad de consultas médicas ambulatorias sino caracterizarlas a través de otras variables.

Hasta la reformulación, el nivel nacional recibía sólo totales anuales de consultas a través de un envío realizado por las OPES al 31 de marzo de cada año denominado “Datos Anticipados de Producción Estadística”.

Todas las jurisdicciones consideraron posible el procesamiento del diagnóstico o motivo de consulta por muestreo, para lo cual el nivel nacional del PNES facilitó alternativas metodológicas basadas en el diseño de muestras de representatividad, fundamentalmente, jurisdiccional y local. Esta metodología es importante para conocer los principales problemas de salud

de la población atendida ambulatoriamente. Ella no invalida los sistemas vigentes en las provincias basados en el procesamiento de patologías seleccionadas u otros criterios.

Los criterios de codificación de la muestra y del universo de la consulta médica ambulatoria deben ser similares, por el diseño del marco muestral.

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la informática a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección diaria. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que la recolección se realice en el consultorio. Los establecimientos que no tengan informatizado el procesamiento de estos datos, utilizarán el IECMA en soporte papel.

Se recomienda, en este caso, utilizar una hoja nueva al comenzar cada día. De no ser posible esto, trazar una línea al finalizar la última consulta del día y en la primera línea siguiente poner claramente la fecha que corresponde.

Estos datos son de registro diario e individual y consolidación diaria y mensual para uso del establecimiento y de la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud.

La información mínima **anual** a remitir al nivel nacional es el **total de consultas médicas ambulatorias por edad y sexo** consolidadas por mes y por establecimiento. El resto de las variables se procesarán por muestra para la **remisión anual** al nivel nacional del PNES.

INFORMACION ESTADISTICA DE RECURSOS DE SALUD

Las estadísticas de recursos de salud son imprescindibles para tomar decisiones en el proceso de gestión en todos los niveles del sector salud.

Esta necesidad se apoya en un conjunto mínimo de datos básicos (CMDB) que integra, junto con la información de atención de los pacientes y rendimientos, los datos básicos para la toma de decisiones. Es esencial para la gestión o el gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local, para la planificación jurisdiccional y nacional. Complementariamente es útil para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo de la atención.

Este conjunto de datos deberá recolectarse **una vez por año en todos los establecimientos de salud**, cualquiera sea su dependencia – oficiales, obras sociales y privados - y cuya actividad consista exclusivamente en el cuidado y la atención de la salud en sus diferentes modalidades: Atención ambulatoria, Internación, Atención domiciliaria programada, Hospital de día, Diagnóstico, Tratamiento, Medicina preventiva, Emergencias y traslados.

El **Informe Estadístico de Recursos de Salud -IERS-** es el soporte (en papel o magnético) para la captación del CMDB de recursos de salud. Tiene por **objetivo** actualizar anualmente la información estadística de los recursos y servicios de salud de los establecimientos, considerando:

- Identificación
- Ubicación geográfica
- Dependencia administrativa
- Clasificación del establecimiento
- Equipamiento
- Recursos humanos
- Cantidad de camas de dotación
- Promedio anual de camas disponibles
- Promedio anual de camas de terapia intensiva
- Producción anual (consultas médicas, egresos y partos)

La recolección de datos de recursos exige coherencia con los datos del Informe estadístico de movimiento de pacientes y utilización de camas, específicamente con el promedio anual de camas disponibles contabilizadas diariamente, para los establecimientos con internación.

El **hecho** que se caracteriza a través de estos datos es el perfil del establecimiento en lo que se refiere a modalidad de atención, tipo de establecimiento, recursos humanos, equipamiento seleccionado y camas.

La **unidad de análisis** es el establecimiento de salud, entendiéndose como tal:

la organización de una o más acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación destinadas a la atención de la salud en una sola ubicación física (domicilio). Actúa a través de las siguientes modalidades: Atención ambulatoria, Internación, Atención domiciliaria programada, Hospital de día, Diagnóstico, Tratamiento, Medicina preventiva, Emergencias y traslados. Cada una de estas modalidades puede prestarse en forma exclusiva, o bien puede estar integrada a una institución de salud en la que se brindan una, varias o todas de las citadas modalidades.

El **área comprometida** en el registro de datos es el Área Central de Estadística o la que corresponda según la organización del establecimiento.

Con esta información se pueden elaborar numerosos **indicadores**, entre los cuales se señalan:

- Número total de establecimientos de salud según:
 - Localización geográfica
 - Dependencia administrativa
 - Modalidad de atención
 - Tipo de establecimiento
 - Camas disponibles
 - Tipo de recursos humanos
 - Equipamiento seleccionado en uso

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS APROBADOS DE INTERES NACIONAL

1. Año de actualización de los datos
2. Identificación del establecimiento
3. Ubicación geográfica - Domicilio
4. Dependencia administrativa
5. Clasificación del establecimiento
6. Equipamiento
7. Recursos humanos
8. Camas de dotación
9. Promedio anual de camas disponibles
10. Promedio anual de camas de terapia intensiva
11. Producción anual

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Año de actualización de los datos

Registrar el año calendario al que corresponden los datos.

2. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

3. Ubicación geográfica - Domicilio

- Calle/Ruta
- Número, Piso, Departamento
- Barrio, Circunscripción, Sección, Manzana, N° de Casa o Edificio
- Localidad/Paraje
- Departamento/Partido
- Provincia
- Código postal
- Correo electrónico
- Teléfono, Fax

Calle/Ruta: en el caso de calle anotar el nombre completo, o de corresponder, el número de ruta con su respectivo número de Km. Si se trata de una **calle**, tachar la palabra **ruta** y si se trata de una **ruta**, tachar la palabra **calle**. Si el nombre de la calle ha sido modificado, anotar cómo se denomina actualmente. Si el establecimiento cuenta con más de una entrada, **consignar solamente la principal**.

Barrio/Circunscripción/Sección/Manzana y Número de Casa o Edificio: se utilizarán sólo en aquellos casos en que ésta sea la única forma de ubicación geográfica del establecimiento. Si no hay identificación geográfica de las mencionadas anteriormente, señalar algún hito importante en el espacio reservado a **Calle/Ruta**, por ejemplo: frente al río; al lado del tanque de agua, etc..

Localidad/Paraje: indicar el nombre completo del lugar geográfico en el que está ubicado el establecimiento. **No confundir con el nombre del barrio.**

Código postal: consignar el código correspondiente de la guía postal.

Correo electrónico: especificar en el lugar correspondiente la dirección electrónica del establecimiento.

Teléfono: si cuenta con más de un número telefónico, anotar el de la administración central o el conmutador. Consignar el código de área (prefijo) antes del número de teléfono.

Fax: si coincide con el número de teléfono, anotar nuevamente.

4. Dependencia administrativa

Se refiere a la institución que, fundamentalmente, es responsable de la administración del establecimiento, ya sea en forma directa, o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

1. Subsector oficial

- Nacional
- Provincial/Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Municipal
- Mixta Oficial

Dependiente de:

- Ministerio/Secretaría de Salud
- Universidad
- Fuerzas Armadas
- Fuerzas de Seguridad
- Otra

2. Subsector de Obras sociales

- Sindicales
- Provinciales
- Otras

3. Subsector privado

- Con fines de lucro
- Sin fines de lucro
- Mixta

4. Mixta Oficial-Privada

Especificar claramente la combinación

1. Subsector oficial: incluye todos los establecimientos que dependen de los distintos niveles de la administración pública.

■ **Nacional:** comprende todos los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud, Universidades Nacionales, Fuerzas Armadas, Fuerzas de Seguridad y otros organismos de este nivel.

■ **Provincial/Ciudad Autónoma de Buenos Aires:** comprende todos los establecimientos que dependen del Ministerio y/o Secretaría de Salud, de las Universidades, de las Fuerzas de Seguridad y otros organismos de este nivel.

■ **Municipal:** comprende todos los establecimientos que dependen de la Secretaría de Salud y otros organismos de este nivel.

■ **Mixta Oficial:** incluye los establecimientos de dependencia administrativa del Subsector Oficial en la que se combinan más de una alternativa. Ejemplo: Provincia/Universidad Nacional; Provincia/Municipio; Nación/Municipio.

Siempre que se registre una alternativa en *Subsector oficial*, deberá marcarse la dependencia correspondiente en **Dependiente de**.

2. Subsector de obras sociales: incluye todos los establecimientos que dependen administrativa y funcionalmente de una entidad con aporte obligatorio por ley. Se refiere a establecimientos que pertenecen exclusivamente a una obra social y no a aquéllos que son contratados para atender a los afiliados de la misma. Los establecimientos pueden pertenecer a obras sociales de distinto tipo.

■ **Sindicales:** se refiere a los establecimientos que pertenecen a asociaciones gremiales con personería jurídica. Ejemplo: Sanatorio de la Unión Obrera Metalúrgica.

■ **Provinciales:** se refiere a los establecimientos que pertenecen a las obras sociales de una provincia determinada. Ejemplo: IOSEP -Instituto Obra Social del Empleado Público (Santiago del Estero)-; DASPU -Obra Social Universitaria (Provincia de Córdoba)-.

■ **Otras:** comprende los establecimientos de entidades

que se organizan y se rigen por normas legales específicas. Por ejemplo: Obra Social del Personal Judicial, del Congreso de la Nación, de las Fuerzas Armadas y de Seguridad; algunas obras sociales municipales; las de las universidades nacionales; las del personal de dirección, etc.

3. Subsector privado: incluye todos los establecimientos que dependen de entidades civiles o empresas comerciales.

■ **Con fines de lucro:** comprende a los establecimientos inscriptos en estos términos por la Administración Federal de Ingresos Públicos-AFIP.

■ **Sin fines de lucro:** comprende a los establecimientos que son reconocidos como tales por la AFIP. Ejemplo: establecimientos asistenciales de sociedades de beneficencia, de socorros mutuos, de sociedades de fomento, hospitales de colectividades, de fundaciones, etc.

■ **Mixta:** comprende a los establecimientos que desarrollan actividades lucrativas en ciertas áreas, y en otras ofrecen prestaciones sin fines de lucro.

4. Mixta oficial-privada: comprende a los establecimientos de doble dependencia. Ejemplo: Municipal/Asociación vecinal, Municipal/Congregación religiosa. Especificar la combinación correspondiente.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

5. Clasificación del establecimiento

1. Modalidad de atención

- Atención ambulatoria
- Internación
- Atención domiciliaria programada
- Hospital de día
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Medicina preventiva
- Emergencias y traslados

Modalidad de atención: se entiende por **Modalidad** la/s forma/s en que se concreta el cuidado y la atención para desarrollar las actividades dirigidas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y/o la prevención de la enfermedad. Cada una de estas formas da lugar a una determinada organización de los recursos.

■ **Atención ambulatoria:** es la modalidad de atención a pacientes externos, es decir no hospitalizados. Esta forma se organiza en torno a la **consulta**.

■ **Internación:** es la modalidad de atención que involucra instalaciones permanentes que incluyen camas, atención profesional constante, cuidados continuos de enfermería y unidades para proporcionar diagnóstico y tratamiento a los asistidos. Esta forma se organiza en torno al **egreso**.

■ **Atención domiciliaria programada:** es la modalidad que se lleva a cabo a domicilio por iniciativa del establecimiento, con personal del mismo, sin que sea solicitada por el paciente ni determinada por urgencias.

■ **Hospital de día:** es la modalidad de atención a

pacientes que requieren prestaciones programadas por períodos determinados de concurrencia regular, prescriptas por el profesional tratante, que se desarrolla durante parte del día, con la interacción de distintas disciplinas y la utilización de unidades intermedias y de apoyo. Es decir, presupone programación, interdisciplina, permanencia y no la eventualidad. Brinda tratamiento durante el día (menos de 12 horas) a personas que requieren una atención más compleja que la ambulatoria pero que no necesitan hospitalización a tiempo completo.

■ **Diagnóstico:** es la modalidad consistente en la realización de prácticas prescriptas por el médico tratante, con la finalidad de llegar a un diagnóstico, evaluar un tratamiento o controlar una evolución. Estas técnicas implican mediciones e imágenes del cuerpo y análisis sobre muestras de sangre, orina, tejidos y otros elementos orgánicos, así como la interpretación de los mismos, a través de informes elaborados por profesionales especializados.

■ **Tratamiento:** es la modalidad en la cual se resuelven problemas de salud de los pacientes por medio de métodos terapéuticos. Comprende, entre otros, rehabilitación, procedimientos dialíticos, medicina transfusional, terapia radiante, aplicación de citostáticos, psicoterapia, etc. No se incluyen, dentro de esta modalidad, los tratamientos quirúrgicos ligados a la internación.

■ **Medicina preventiva:** es la modalidad en la cual se realizan regularmente acciones de prevención sobre la población y el medio.

■ **Emergencias y traslados:** es la modalidad en la cual la atención se organiza para resolver "in situ" problemas de salud de pacientes en estado potencial de riesgo, poniéndose en marcha a partir de una demanda efectuada a distancia. Supone la existencia de una **base** en la cual se centralizan las demandas y se dispone la concurrencia, en el tiempo previsto, al lugar donde se encuentra el paciente (domicilio o vía pública), de personal especializado, en **unidades móviles** con complejidad adecuada para resolver el problema o bien para desplazar al paciente a una institución que posea los recursos necesarios para hacerlo. En este caso por domicilio se entiende el particular, el correspondiente a oficinas, lugares de esparcimiento, etc.

2. Tipo de establecimiento

- Medicina general
- General
- Especializado (indicando especialidad predominante)

Tipo de establecimiento: Incluye las categorías que se detallan a continuación.

■ **Medicina general:** es el establecimiento asistido por uno o más profesionales, que atienden pacientes de todas las patologías, sin tener especialidad determinada. Estos establecimientos pueden ser ambulatorios o con internación, y son habitualmente de bajo nivel de resolución. Puede admitir la existencia de algunas especialidades siempre que no supere lo exigido como mínimo en la definición de estableci-

miento General.

- **General:** es el establecimiento que brinda servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen o son sospechosas de padecer enfermedades, pudiendo tener o no internación, y debiendo contar como mínimo con tres especialidades de las básicas (clínica médica, clínica quirúrgica, pediatría, obstetricia). No necesariamente provee todos los servicios de atención médica en todas las especialidades y a todas las edades.
- **Especializado:** es el establecimiento que brinda servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen una enfermedad específica o afección de un aparato o sistema, o pertenecen a un determinado grupo etáreo. Deberá consignarse la especialidad predominante: Salud Mental, Pediatría, Materno-Infantil, etc.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

3. Para establecimientos generales y especializados en Pediatría, especificar si tienen las siguientes especialidades:

- Clínica médica
- Clínica quirúrgica
- Pediatría
- Obstetricia
- Cardiología
- Ginecología
- Neonatología
- Neurología
- Oftalmología
- Oncología
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría
- Traumatología
- Otras (especificar)

La especialidad presupone la existencia de la unidad operativa en el establecimiento de salud y del médico tratante con la especialidad específica.

4. Para los establecimientos con la modalidad de Diagnóstico y/o Tratamiento especificar si tienen las siguientes unidades operativas definidas en ANEXO-Glosario de Términos-

- Laboratorio de análisis clínicos
- Imágenes - Radiología
- Hemoterapia
- Quirófano - Centro quirúrgico
- Cirugía ambulatoria
- Sala de partos - Centro obstétrico
- Anatomía patológica
- Medicina nuclear
- Terapia radiante
- Hemodiálisis

- Hemodinamia
- Rehabilitación

6. Equipamiento

Consignar si tiene los siguientes equipos.

- Acelerador lineal
- Cámara Gamma
- Densitómetro
- Ecógrafo Doppler
- Equipo de diálisis
- Mamógrafo
- Mesa de anestesia
- Pantalla de flujo laminar
- Resonador nuclear magnético
- SPECT¹
- Tomógrafo axial computado
- Tomógrafo helicoidal
- Videosistema para cirugías endoscópicas

Contabilizar los equipos seleccionados afectados al establecimiento y los que se encuentren en él **en comodato** (contrato por el cual se da o recibe una cosa que puede ser utilizada sin destruirse y con la obligación de ser restituida). Asimismo se deberán contabilizar los equipos que, afectados al establecimiento, se hallen fuera del mismo por encontrarse en reparación, uso domiciliario o para cubrir una emergencia.

Se indicará la cantidad total de cada elemento **en uso** que se encuentre afectado al establecimiento. **En uso**, se refiere a cada elemento que esté en condiciones de funcionar en el momento del relevamiento y los que se encuentren en reparación con posibilidades de volver a estar en uso en un plazo no mayor de 30 días.

No se deberán contabilizar los equipos que, encontrándose en el establecimiento, sean de propiedad particular del personal del establecimiento y los que, afectados al mismo, se dieron **en comodato** a otro establecimiento.

Tampoco se contabilizarán los elementos nuevos sin instalar (salvo que puedan ser instalados en un plazo no mayor de 30 días); o bien, instalados pero sin funcionar por falta de recursos humanos (salvo que se disponga de los mismos en un plazo no mayor de 30 días).

7. Recursos humanos

Consignar la existencia del siguiente personal

1. Profesionales

- Asistente social
- Bioquímico/a
- Dietista/Nutricionista
- Farmacéutico/a
- Fonoaudiólogo/a

1. SPECT - Single photon emission computerized tomography (tomografía computarizada de emisión única de fotón): tecnología de medicina nuclear en imágenes que combina tecnología de imágenes de Cámara Gamma con tecnología de tomografía computada para proporcionar una imagen más precisa y clara.

- Kinesiólogo/a
- Lic. en enfermería/Enfermero/a universitario/a
- Médico/a (incluye residentes)
- Obstétrico/a
- Odontólogo/a
- Psicólogo/a
- Otros profesionales

2. *Técnicos*

- Enfermero/a profesional
- Otros técnicos

3. *Auxiliares*

- Agente sanitario
- Auxiliar de enfermería
- Otros auxiliares

4. *Otros recursos humanos*

- Ayudante de enfermería
- Otros recursos humanos

El concepto de recursos humanos que se utiliza en este conjunto mínimo de datos básicos, hace referencia al **cargo ocupado**, independientemente de la forma de remuneración (becados, pasantes, contratados, ad-honórem). Deberá tenerse en cuenta la **función real desempeñada** para ubicar al recurso humano en su categoría: profesionales, técnicos, auxiliares y otros. No consignar el personal con licencia extraordinaria, o por enfermedad de larga duración. Si un mismo agente ocupa dos o más cargos en el mismo establecimiento (ejemplo: uno de presupuesto y otro por contrato), consignar tantas veces como corresponda, es decir, como si se tratara de personas diferentes. Se relevan sólo los recursos humanos propios y no los tercerizados.

■ **Profesionales:** se refiere al personal graduado en carreras cursadas en universidades nacionales, provinciales o privadas, o en universidades extranjeras habiendo revalidado el título, conforme a las reglas vigentes*.

■ **Técnicos:** se refiere al personal que posee el correspondiente título habilitante de escuelas oficiales o privadas. Ejemplo: Técnicos en radiología, en Estadísticas de salud, Asistente dental, Instrumentador/a, Enfermero/a profesional, etc**.

○ *Enfermero/a profesional* es el personal formado en escuelas de enfermería, oficiales o privadas, con plan de estudio mínimo de 3 años.

■ **Auxiliares:** se refiere al personal que cumple funciones técnicas y que posee capacitación específica debidamente certificada. Ejemplo: Auxiliar de enfer-

mería, de esterilización, de hemoterapia, de Estadísticas de salud, Agente sanitario, etc***.

■ **Otros Recursos Humanos:** se refiere al personal que desarrolla funciones administrativas, de servicios generales y de mantenimiento, y otras no descriptas anteriormente. Ejemplo: enfermera empírica, empleada administrativa, chofer, personal de limpieza, clérigo, maestra, etc. ****

8. **Camas de dotación**

Es el número de camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente y que funcionan regularmente, en períodos de actividad normal, destinadas a la internación de pacientes. Las camas de dotación deben actualizarse periódicamente en lapsos no menores de un año. En los hospitales oficiales, la dotación de camas será propuesta por el director del establecimiento para su aprobación por el organismo del cual dependa (nacional, provincial o municipal). La dotación de camas no está afectada por las fluctuaciones temporarias, es decir, camas que se agregan o clausuran por períodos cortos de tiempo.

9. **Promedio anual de camas disponibles**

Se entiende por camas disponibles aquéllas realmente instaladas en el establecimiento, en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas.

Las incubadoras, las camas oscilantes y los pulmotores (si los hubiera), se contarán como camas disponibles cuando se encuentren instalados regularmente en un servicio especializado (que no tengan una cama o cuna reservada). En caso contrario solamente se contarán como camas disponibles cuando se encuentren ocupadas y el paciente no tenga una cama reservada en el sector correspondiente.

Las camas de guardia se contabilizarán como disponibles sólo en el caso que la Guardia tenga un sector de internación.

No se contabilizará como cama disponible la cuna del recién nacido sano.

Si se instala una camilla en un servicio de internación, por falta de camas o por situación de emergencia, mientras esté ocupada se contará como cama disponible.

Las camas de terapia intensiva se incluyen en el total de camas disponibles. Además se registrarán en forma independiente para facilitar el uso de esta información.

* ** *** **** Siguiendo el criterio aplicado por el INDEC en la Encuesta Permanente de Hogares, se registran como personal de un establecimiento a quienes reciben planes "Jefe/a de hogar" u otros planes con ingreso monetario y realizan una contraprestación en el establecimiento de salud. Si el INDEC modificara el criterio, el PNES adoptaría los cambios en consecuencia. En caso de que el beneficiario sea profesional*, técnico**, auxiliar*** u otro recurso humano****, se lo registrará de acuerdo a su capacitación formal y real función desempeñada en las categorías correspondientes como al resto del personal. Es importante discriminar en todos los casos cuántos recursos humanos son beneficiarios de un Plan Social.

El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a:

- que se agreguen camas por demanda estacional, emergencias, etc;
- que se retiren camas para reparación, desinfección, clausura temporaria del servicio, etc.

El promedio anual de camas disponibles es el resultado de la sumatoria de las camas disponibles diariamente durante un año, dividido por los 365 días del período anual.

10. Promedio anual de camas de terapia intensiva

Incluye camas de terapia intensiva, de adultos, pediátricas y neonatales, las que integran el promedio anual de camas disponibles.

11. Producción anual

Se consignarán las consultas médicas ambulatorias anuales, los egresos anuales (incluye egresos por partos) y los partos anuales.

Cuando se trata de un hospital base o establecimiento privado del cual dependen centros periféricos, se registrará en el Hospital base exclusivamente la producción anual correspondiente al mismo. Se excluye la producción de los centros periféricos dependientes del Hospital base, ya que para el Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, estos centros son considerados establecimientos independientes por estar ubicados en otros domicilios y se deben relevar en forma separada.

Se deberá informar en **Observaciones** circunstancias especiales producidas en el año que ocasionaron aumento o disminución de la producción (huelga, inundaciones, epidemia, etc.). Con fines ilustrativos el ítem observaciones se ha colocado en el instructivo para ser impreso en el reverso del IERS, que figura en **Anexo**.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE RECURSOS DE SALUD

Estos datos constituyen la **actualización anual** de un conjunto mínimo de datos básicos y no invalida la posibilidad de que el país realice un catastro que releve en profundidad ésta y otra información. Es decir, ambas fuentes de información no son excluyentes sino **complementarias**.

El *Informe Estadístico de Recursos de Salud* -IERS- **debe completarse** en todos los establecimientos de salud (oficiales, obras sociales y privados; con y sin internación) **al finalizar el año calendario** (31 de diciembre) y **remitirse** al nivel nacional del PNES en la **fecha convenida**: el 31 de marzo del año posterior a la recolección de datos. Por lo tanto, la **fecha de referencia** para contabilizar **equipamiento** y **recursos humanos** es el 31 de

diciembre de cada año. Para los **datos de producción** (consultas, egresos y partos), **promedio anual de camas disponibles** y **promedio anual de camas de terapia intensiva**, el **período de referencia** es el año calendario completo (del 1° de enero al 31 de diciembre).

Cuando al registrar los datos de un establecimiento de salud se identifique la existencia de otro **en el mismo domicilio**, este último **ser relevado como un establecimiento independiente**.

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la informática a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección de datos. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que la recolección de estos datos se ajusten, como en todas las temáticas, a las definiciones y procedimientos establecidos.

Como esta información desde la implementación incluye también a establecimientos no oficiales, donde no siempre hay personal de estadística formado, en ANEXO se incluye un instructivo para ser impreso en el reverso del IERS o en un soporte magnético ad-hoc, que contiene el conjunto de definiciones y procedimientos establecidos.

Si las OPES consideran conveniente este procedimiento para algunos tipos de establecimientos oficiales, pueden utilizarlo.

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS (CMDB) RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

INFORMACION ESTADISTICA DE LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

La conducción técnico administrativa de un establecimiento de salud que disponga de laboratorio de análisis clínicos requiere conocer un conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB) de las prácticas recibidas por los pacientes que utilizan dicha unidad.

Esta información es esencial para la gestión o el gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local y para la planificación jurisdiccional. Complementariamente es útil para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo de la atención.

El **Informe Estadístico de Laboratorio de Análisis Clínicos -IELAC-** es el soporte (en papel o magnético) para la captación del CMDDB de los pacientes que utilizan la unidad de laboratorio de análisis clínicos. Tiene por **objetivo** proporcionar información de prestaciones de laboratorio realizadas para pacientes internados, de consultorios externos, de guardia o de otras modalidades de atención.

El IELAC reúne los datos necesarios para obtener la siguiente información:

- Total de prácticas de laboratorio de análisis clínicos por tipo
- Total de prácticas de análisis clínicos en pacientes internados, de consultorio externo, de guardia y de otras modalidades de atención.

La recolección de datos de esta temática exige coherencia con los recolectados en el registro de laboratorio de análisis clínicos.

El **hecho** que se mide a través de esta información son las prestaciones de laboratorio de análisis clínicos en pacientes de internación, de consultorio externo de guardia o de otras modalidades de atención.

La **unidad de análisis** es la práctica de laboratorio de análisis clínicos, entendiendo ésta como:

un conjunto de acciones de las etapas pre-analíticas, analíticas y post-analíticas. La práctica es la unidad de prestación y esta última es el servicio completo que se le brinda al paciente, que incluye desde la recepción de la orden médica, hasta la entrega del informe. La determinación es la unidad de la práctica.

Las **reas comprometidas** en el registro de los datos son:

- Laboratorio de Análisis Clínicos y otras áreas donde se realicen estos análisis
- Área Central de Estadística

Las áreas y el personal involucrado pueden variar según la organización del establecimiento.

Con esta información se pueden elaborar numerosos **indicadores**, entre los que se señalan:

- Total de prácticas
- Prácticas según tipo
- Prácticas en pacientes de internación
- Prácticas en pacientes de consultorio externo
- Prácticas en pacientes de guardia
- Prácticas vinculadas a otras modalidades de atención (Hospital de día, Internación domiciliar programada, etc)
- Relación de prácticas por consulta médica ambulatoria, consulta médica de guardia y por egreso.

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

1. Identificación del establecimiento
2. Dependencia administrativa
3. Departamento de localización del establecimiento
4. Zona sanitaria
5. Fecha
6. Número de hoja
7. Laboratorio
8. Prácticas
9. Número de prácticas de pacientes internados
10. Número de prácticas de pacientes de consultorio externo
11. Número de prácticas de pacientes de guardia
12. Número de prácticas de pacientes de otras modalidades de atención (Hospital de día, Internación domiciliar programada, etc)
13. Número de prácticas derivadas de otros establecimientos
14. Total de prácticas realizadas por tipo de práctica
15. Número de prácticas derivadas a otros establecimientos

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

2. Dependencia administrativa*

Se refiere a la institución que fundamentalmente es responsable de la administración del establecimiento.

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

to, ya sea en forma directa, o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

3. Departamento de localización del establecimiento*

Consignar el departamento o partido que corresponde a la localización del establecimiento.

4. Zona sanitaria*

Consignar la zona sanitaria a la que corresponde el establecimiento.

5. Fecha

Anotar el mes y el año al que corresponden las prácticas que se informan.

6. Número de hoja

Numerar las hojas utilizadas en el mes en forma correlativa.

7. Laboratorio

Anotar el nombre del laboratorio en caso de que el establecimiento cuente con más de uno.

8. Prácticas

Anotar el nombre de las prácticas tal como se las conoce, como lo indica la prescripción médica (orden médica). Por ejemplo: hemograma, orina completa, potasuria, glucosa, independientemente que se realicen en forma manual o automatizada.

9. Número de prácticas de pacientes internados

Anotar la cantidad de prácticas efectuadas a pacientes internados.

10. Número de prácticas de pacientes de consultorio externo

Anotar la cantidad de prácticas efectuadas a pacientes ambulatorios.

11. Número de prácticas de pacientes de guardia

Anotar la cantidad de prácticas efectuadas a pacientes de guardia.

12. Número de prácticas de pacientes de otras modalidades de atención (Hospital de día, Internación domiciliaria programada, etc.)

Anotar la cantidad de prácticas de pacientes provenientes de otras modalidades de atención.

En caso de ser necesario en el ámbito jurisdiccional o local, se podrá discriminar por tipo de modalidad.

13. Número de prácticas derivadas de otros establecimientos

Anotar la cantidad de prácticas efectuadas por derivación de otros establecimientos.

14. Total de prácticas realizadas por tipo de práctica

Consignar la suma de prácticas de pacientes inter-

nados, de consultorio externo, de guardia, de otras modalidades de atención y derivados de otros establecimientos, por tipo de práctica.

15. Número de prácticas derivadas a otros establecimientos

Anotar la cantidad de prácticas derivadas a otros establecimientos

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la información a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección diaria. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que la recolección se realice diariamente “in situ” comprobando la coherencia de los datos con los registros de laboratorio de análisis clínicos. Para los establecimientos que no tienen informatizado el procesamiento de estos datos, se utiliza un formulario diario que sirve de base para la confección del *Informe Estadístico de Laboratorio de Análisis Clínicos-IELAC*.

A los fines de vincular esta información con otra de carácter estadístico, se recomienda identificar al paciente en el soporte de registro diario por número de DNI/LC/LE.

Esta información es de registro diario e individual y consolidación diaria y mensual para uso del establecimiento y mensual para la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud. La **fecha de remisión** desde el nivel local puede ser convenida en el nivel jurisdiccional. Se completa en la unidad de laboratorio de análisis clínicos de establecimientos con y sin internación y en establecimientos de diagnóstico.

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

INFORMACION ESTADISTICA DE IMAGENES

La conducci3n t3cnica-administrativa de un establecimiento de salud que realice estudios por im3genes requiere conocer un conjunto m3nimo de datos b3sicos (CMDDB) de las pr3cticas recibidas por los pacientes que utilizan dicha unidad.

Esta informaci3n es esencial para la gesti3n o el gerenciamiento del servicio de salud, para la programaci3n local y para la planificaci3n jurisdiccional. Complementariamente es 3til para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiol3gicas) y para el c3lculo del costo de la atenci3n.

El **Informe Estadistico de Im3genes -IEI-** es el soporte (en papel o magn3tico) para la captaci3n del CMDDB de los pacientes que utilizan la unidad de im3genes. Tiene por **objetivo** proporcionar informaci3n de prestaciones de im3genes para pacientes internados, de consultorios externos, de guardia y de otras modalidades de atenci3n.

El IEI requiere los datos necesarios para obtener la siguiente informaci3n:

- Total de pr3cticas de im3genes por tipo
- Total de pr3cticas de im3genes en pacientes internados, de consultorio externo, de guardia y de otras modalidades de atenci3n

La recolecci3n de datos de esta tem3tica exige coherencia con los recolectados en el registro del 3rea de im3genes.

El **hecho** que se mide a trav3s de esta informaci3n son las prestaciones de im3genes en pacientes internados, de consultorio externo, de guardia, o de otras modalidades de atenci3n.

La **unidad de an3lisis** es la pr3ctica de im3genes entendida como:

un conjunto de acciones tales como estudios simples, complejos e intervencionistas, as3 como la interpretaci3n de los mismos para la elaboraci3n del diagn3stico. La pr3ctica es la unidad de prestaci3n y esta 3ltima es el servicio completo que se le brinda al paciente, que incluye desde la recepci3n de la orden m3dica, hasta la entrega del informe.

Las **3reas comprometidas** en el registro de los datos son:

- Area de Im3genes y otras 3reas donde se realicen este tipo de estudios

■ Area Central de Estadística

Las 3reas y el personal involucrado pueden variar seg3n la organizaci3n del establecimiento.

Con esta informaci3n se pueden elaborar numerosos **indicadores**, entre los que se se3alan:

- Total de pr3cticas
- Practicas seg3n tipo
- Pr3cticas en pacientes de consultorio externo
- Pr3cticas en pacientes de internaci3n
- Pr3cticas en pacientes de guardia
- Pr3cticas en pacientes provenientes de otras modalidades (Hospital de d3a, Internaci3n domiciliaria programada, etc.)
- Relaci3n de pr3cticas por consulta m3dica ambulatoria, por consulta m3dica de guardia y por egreso

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

1. Identificaci3n del establecimiento
2. Dependencia administrativa
3. Departamento de localizaci3n del establecimiento
4. Zona sanitaria
5. Fecha
6. N3mero de hoja
7. Im3genes
8. Pr3cticas
9. N3mero de pr3cticas de pacientes internados
10. N3mero de pr3cticas de pacientes de consultorio externo
11. N3mero de pr3cticas de pacientes de guardia
12. N3mero de pr3cticas de pacientes de otras modalidades de atenci3n (Hospital de d3a, Internaci3n domiciliaria programada, etc.)
13. N3mero de pr3cticas de pacientes derivados de otros establecimientos
14. Total de pr3cticas realizadas por tipo de pr3ctica

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Identificaci3n del establecimiento

Se entiende por identificaci3n del establecimiento la denominaci3n institucional o raz3n social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el c3digo que tenga asignado.

2. Dependencia administrativa*

Se refiere a la instituci3n que fundamentalmente es responsable de la administraci3n del establecimiento, ya sea en forma directa o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitar3a la incorporaci3n de esta variable en este formulario.

3. Departamento de localización del establecimiento*

Consignar el departamento o partido que corresponde a la localización del establecimiento.

4. Zona sanitaria*

Consignar la zona sanitaria a la que corresponde el establecimiento

5. Fecha

Anotar el mes y el año al que corresponden las prácticas que se informan.

6. Número de hoja

Numerar las hojas utilizadas en el mes en forma correlativa.

7. Imágenes

Anotar el nombre del área de imágenes en caso que el establecimiento cuente con más de un área. Por ejemplo: Radiología, Tomografía computada, Mamografía, Resonancia nuclear magnética, Ecografía, etc.

8. Prácticas

Anotar el nombre de las prácticas tal como se las conoce. Por ejemplo: radiografía de tórax, tomografía axial computada de cráneo, resonancia nuclear magnética de rodilla, ecografía transvaginal, etc.. Para uso local y para otros objetivos puede contabilizarse aparte: número de disparos, número de placas, etc.

9. Número de prácticas de pacientes internados

Anotar la cantidad de prácticas efectuadas a pacientes internados.

10. Número de prácticas de pacientes de consultorio externo

Anotar la cantidad de prácticas efectuadas a pacientes ambulatorios.

11. Número de prácticas de pacientes de guardia

Anotar la cantidad de prácticas efectuadas a pacientes de guardia.

12. Número de prácticas de pacientes de otras modalidades de atención (Hospital de día, Internación domiciliaria programada, etc.)

Anotar la cantidad de prácticas de pacientes de otras modalidades de atención.

En caso de ser necesario en el ámbito jurisdiccional o local, se podrá discriminar por tipo de modalidad.

13. Número de prácticas de pacientes derivados de otros establecimientos

Anotar la cantidad de prácticas derivadas de otros

establecimientos.

14. Total de prácticas realizadas por tipo de práctica

Consignar la suma de prácticas de pacientes internados, de consultorio externo, de guardia, de otras modalidades de atención y de pacientes derivados de otros establecimientos por tipo de práctica.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE IMÁGENES

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la informática a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección diaria. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que la recolección se realice diariamente "in situ" comprobando la coherencia de los datos con el registro del área de imágenes. Para los establecimientos que no tienen informatizado el procesamiento de estos datos, se utiliza un formulario diario que sirve de base para la confección del *Informe Estadístico de Imágenes-IEI*.

A los fines de vincular esta información con otra de carácter estadístico, se recomienda identificar al paciente en el soporte de registro diario por número de DNI/LE/LC.

Esta información es de registro diario e individual y consolidación diaria y mensual para uso del establecimiento y mensual para la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud. La **fecha de remisión** desde el nivel local puede ser convenida en el nivel jurisdiccional. Se completa en la Unidad de Imágenes de establecimientos con y sin internación y en establecimientos de diagnóstico.

En el caso de que un servicio de salud tenga una sola unidad de imágenes que concentra diversos estudios o prácticas, consignar los mismos en el siguiente orden:

- Prácticas radiológicas simples y contrastadas
- Radiología intervencionista
- Ecografías: Eco Doppler, Eco Doppler Color
- Ecografía intervencionista
- Ecocardiografías
- Mamografías
- Tomografías: simples, con contraste e intervencionista.
- Resonancia nuclear magnética: simple, con contraste e intervencionista
- Densitometrías
- Gammagrafía simple o planar (o centellografía)
- SPECT¹
- PET²

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

1. SPECT - Single photon emission computerized tomography (tomografía computarizada de emisión única de fotón): tecnología de medicina nuclear en imágenes que combina tecnología de imágenes de Cámara Gamma con tecnología de tomografía computada para proporcionar una imagen más precisa y clara.

2. PET- Positron emission tomography scanner (tomografía por scanner de emisión de positrón): tecnología por imágenes de medicina nuclear que usa isótopos radioactivos creados por un ciclotrón o generador y computadoras para producir imágenes compuestas del cerebro y el corazón trabajando. PET produce imágenes seccionales que describen la actividad metabólica o el flujo sanguíneo más que la anatomía.

INFORMACION ESTADISTICA DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS

La conducción técnico-administrativa de un establecimiento de salud que realice prestaciones odontológicas requiere conocer un conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB) de los pacientes que utilizan dicha unidad y de las prestaciones recibidas por los mismos.

Esta información es esencial para la gestión o el gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local, para la planificación jurisdiccional y nacional. Complementariamente es útil para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo de la atención.

El **Informe Estadístico de Prestaciones Odontológicas -IEPO-** es el soporte (en papel o magnético) para la captación del CMDDB de los pacientes que utilizan la unidad de odontología. Tiene por **objetivo** registrar la actividad diaria realizada por el odontólogo consignando la cantidad de prestaciones y algunas características de los consultantes.

El IEPO permite reunir los datos necesarios para obtener la siguiente información:

- Número de personas atendidas por edad y sexo
- Cobertura de salud
- Número de prestaciones odontológicas según edad, sexo y residencia
- Morbilidad según edad, sexo y residencia
- Rendimientos de prestaciones odontológicas por especialidad

La recolección de datos en este formulario exige coherencia con los referidos a identificación o motivo de consulta en la ficha odontológica.

El **hecho** que se mide es la prestación odontológica de un paciente.

La **unidad de análisis** es la prestación odontológica, entendiéndose ésta como:

la protección de la salud bucodental, la prevención y el tratamiento de las enfermedades que la afectan y la rehabilitación. Incluye fichado, diagnóstico, plan de tratamiento y su ejecución. Puede incluir o no estudios complementarios.

El IEPO implica el registro **individual de cada prestación**.

Las **áreas comprometidas** y el personal involucrado

en el registro de los datos son:

- Secretaría de Consultorio Odontológico
- Odontólogo interviniente
- Área Central de Estadística

Estas áreas y el personal pueden variar según la organización del establecimiento.

Con esta información se pueden elaborar numerosos **indicadores**, entre los que se señalan:

- Total de prestaciones odontológicas
- Prestaciones odontológicas por residencia del paciente
- Prestaciones odontológicas por edad y sexo
- Prestaciones odontológicas por tipo de prestaciones
- Prestaciones odontológicas por especialidad
- Prestaciones odontológicas por cobertura de salud de los pacientes
- Diagnóstico por residencia del paciente

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

1. Identificación del establecimiento
2. Dependencia administrativa
3. Departamento de localización del establecimiento
4. Zona Sanitaria
5. Fecha
6. Número de hoja
7. Especialidad
8. Tipo y número de documento
9. Apellido y nombre
10. Edad
11. Sexo
12. Residencia habitual del paciente
13. Pertenece o está asociado a
14. Diagnóstico
15. Código de prestación final

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

2. Dependencia administrativa*

Se refiere a la institución que fundamentalmente es responsable de la administración del establecimiento, ya sea en forma directa o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

3. Departamento de localización del establecimiento*

Consignar el departamento o partido que corresponde a la localización del establecimiento.

4. Zona Sanitaria*

Consignar la zona sanitaria a la que corresponde el establecimiento.

5. Fecha

Consignar día, mes y año.

6. Número de hoja

Numerar las hojas utilizadas en el mes en forma correlativa.

7. Especialidad

Anotar el nombre de la especialidad a que corresponde el consultorio, por ejemplo: odontología general, exodoncia, endodoncia, etc.

8. Tipo y número de documento

Registrar el número de DNI/LC/LE.

En caso de presentar otro documento que contenga el número de DNI, consignar el DNI.

Colocar un guión si no es posible obtener el número de DNI/LC/LE.

9. Apellido y nombre

Consignar apellido y nombre del paciente. Si es mujer, consignar el apellido de soltera.

10. Edad

Consignar la edad detallada en años cumplidos.

11. Sexo

- Masculino
- Femenino

12. Residencia habitual del paciente

Para lograr la información requerida, se procederá de la siguiente manera.

Anotar el lugar geográfico donde vive habitual y regularmente el paciente. Tener en cuenta que como se trata del domicilio habitual, este dato debe preguntarse al informante porque no necesariamente es el consignado en el documento.

Consignar la calle y el número; o el barrio, la manzana y el número de casa; o al menos la intersección de calles más próximas. Si el domicilio se hallase en un área rural, indicar las referencias necesarias para ubicar el mismo, por ejemplo: ruta y km.; o el nombre del camino y el nombre del campo; o el número del lote y de parcela; etc.

Consignar también la localidad o paraje, el departamento o partido, y la provincia. No deben quedar

datos sin completar, aunque ello signifique repetir algún nombre de localidad, partido o departamento.

A los efectos de esta registración, a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se la considerará como una provincia.

Si la persona reside habitualmente en el exterior, indicar su país.

13. Pertenece o está asociado a

- Obra social
- Plan de salud privado o Mutual
- Plan o Seguro público
- Más de uno
- Ninguno

Consignar si el paciente está afiliado a alguna Obra social o asociado a algún Plan de salud privado o a alguna Mutual o cubierto por un Plan o Seguro público. En caso de estar cubierto por más de un sistema, marcar la alternativa "Más de uno". Se debe marcar una y solo una de las respuestas posibles.

La *Obra social* es un sistema de atención de la salud caracterizado por la afiliación obligatoria de todas las personas que trabajan en relación de dependencia (por ejemplo: UOCRA, OSECAC, etc.; también son obras sociales PAMI, IOMA, PROFE).

El *Plan de Salud privado o Mutual* son sistemas de atención de la salud caracterizados por la adhesión o asociación voluntaria.

A los efectos de esta variable, los servicios privados de urgencias o emergencias médicas se considerarán como "Plan de salud privado o Mutual".

El *Plan o Seguro público* es un sistema de cobertura organizado y financiado por el Estado Nacional y/o Provincial y/o Municipal para personas que no están afiliadas a algún sistema de atención de la salud.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

14. Diagnóstico

Anotar el diagnóstico. Ejemplo: enfermedad pulpar, caries, enfermedad periodontal, prevención, etc.. Si el paciente presenta varias patologías, se marcará únicamente la predominante. El registro del diagnóstico es responsabilidad del odontólogo.

15. Código de prestación final

Consignar el código correspondiente al "Código de Prestaciones Odontológicas". Se considera *prestación final* a la actividad totalmente terminada. Por ejemplo: en Exodoncia, extracción realizada; en Operatoria Dental, restauración terminada; etc. Cuando se realiza una *prestación intermedia* consignar con un

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

gui n (-) la columna correspondiente al código. Se entiende por *prestación intermedia* la acción que se ejecuta como paso previo al logro de la prestación final. Ejemplo: apertura de la cavidad, remoción de la dentina cariada, etc.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS

La importancia de la atención odontológica en los sistemas de salud actuales trae aparejada la necesidad de registrar las actividades, procesar los datos y analizar los resultados.

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la informática a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección diaria. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que la recolección se realice diariamente controlando los datos con la ficha odontológica en soporte papel. Para los establecimientos que no tienen informatizado el procesamiento de estos datos, se utiliza el *Informe Estadístico de Prestaciones Odontológicas* -IEPO- en soporte papel.

Esta información es de registro individual y diario en los establecimientos de salud. Se completa en la unidad de odontología de establecimientos con y sin internación y en establecimientos especializados en odontología. Los resultados se **remiten** al nivel jurisdiccional del PNES consolidados por mes en períodos de tiempo a convenir con el nivel local.

Se recomienda, en este caso, utilizar una hoja nueva al comenzar cada día. De no ser posible esto, trazar una línea al finalizar la última prestación del día y en la primera línea siguiente poner claramente la fecha que corresponda.

INFORMACION ESTADISTICA SOBRE INTERNACION DOMICILIARIA PROGRAMADA

La atención domiciliaria programada se refiere a:

- Acciones de prevención y educación de población a nivel domiciliario
- Control domiciliario de pacientes de alta precoz
- Internación domiciliaria programada

Actualmente la actividad asistencial en instituciones de salud con internación ha adoptado en algunas jurisdicciones del país y, dentro de las mismas en algunos establecimientos, el tipo de atención de “*internación domiciliaria programada*” como parte de la atención domiciliaria programada. En este documento se focaliza la información estadística sobre internación domiciliaria programada.

Este tipo de atención requiere de un conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB) de todos los pacientes que la utilizan a criterio del establecimiento de salud, el cual organiza y ejecuta la internación domiciliaria en forma programada y no a solicitud del paciente ni por problemas de urgencia.

Esta información es esencial para la gestión o el gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local, para la planificación local y jurisdiccional. Complementariamente es útil para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo de costos de la atención.

Se entiende por internación domiciliaria programada:

la atención de pacientes que estando internados en el establecimiento, la unidad de atención domiciliaria programada decide que dicha internación se prolongue en el domicilio, ya sea para su control, recuperación y/o rehabilitación.

Cuando no existía una recomendación nacional sobre esta temática, algunos establecimientos del país adoptaron como criterio el registro de los datos de la internación domiciliaria en el *Informe Estadístico de Hospitalización* -IEH-, completándose el mismo al momento del alta domiciliaria. Esto presupone un error conceptual al confundir el domicilio del paciente con la unidad operativa del establecimiento que conduce y coordina estas acciones.

Desde el nivel nacional se considera necesario utilizar el IEH para el objetivo que fue establecido y se

recomienda un **Informe Estadístico de Internación Domiciliaria Programada -IEIDP-** independiente, con el **objetivo** de registrar las características del paciente atendido bajo esta modalidad y las prestaciones que realiza el personal del establecimiento en el domicilio del paciente. Esta información estadística no reemplaza a la Historia clínica de internación domiciliaria programada.

El IEIDP reúne los datos necesarios para obtener la siguiente información:

- Número de pacientes atendidos por edad, sexo y diagnóstico.
- Días de internación domiciliaria programada
- Cobertura de salud.
- Número y tipo de prestaciones seleccionadas según edad, sexo y domicilio de internación.
- Morbilidad atendida según tipo de prestación, edad y sexo.
- Composición del equipo de salud que ejecuta la atención de la internación domiciliaria programada.

La recolección de estos datos exige coherencia con los referidos a la identificación y motivo de internación del paciente en el IEH y en la Historia clínica.

El **evento** que se caracteriza a través de este informe es un episodio de internación domiciliaria de un paciente, programado por un establecimiento de salud.

La **unidad de análisis** es el egreso de la internación domiciliaria programada, entendiéndose este como:

la culminación de la atención del paciente bajo la forma de internación domiciliaria programada.

Las **áreas comprometidas** y el personal involucrado en el registro de los datos son:

- Unidad operativa de Internación Domiciliaria Programada
- Área Central de Estadística.

Las áreas y el personal involucrado pueden variar según la organización del establecimiento.

Con esta información se pueden elaborar numerosos **indicadores** entre los que se señalan:

- Total de pacientes atendidos en este tipo de atención
- Prestaciones seleccionadas por diagnóstico
- Prestaciones seleccionadas por domicilio de la internación
- Prestaciones seleccionadas por edad y sexo
- Días de internación domiciliaria programada según diagnóstico
- Días de internación domiciliaria programada según cobertura de salud

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

1. Identificación del establecimiento
2. Dependencia administrativa
3. Departamento de localización del establecimiento
4. Zona sanitaria
5. Fecha de ingreso
6. Número de Historia clínica
7. Apellido y nombre
8. Tipo y número de documento
9. Domicilio de la internación
10. Pertenece o está asociado a
11. Edad
12. Sexo
13. Diagnóstico principal al egreso de la internación institucional
14. Diagnóstico de ingreso a la internación domiciliar programada
15. Profesionales actuantes
16. Prestaciones realizadas
17. Fecha de egreso
18. Tipo de egreso

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMA DE REGISTRO

1. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

2. Dependencia administrativa*

Se refiere a la institución que fundamentalmente es responsable de la administración del establecimiento, ya sea en forma directa o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

3. Departamento de localización del establecimiento*

Consignar el departamento o partido que corresponda a la localización del establecimiento.

4. Zona sanitaria*

Consignar la zona sanitaria a la que corresponde el establecimiento.

5. Fecha de ingreso

Consignar día, mes y año del ingreso a este tipo de atención.

6. Número de Historia clínica

Consignar el número de la Historia clínica del paciente.

7. Apellido y nombre

Consignar apellido y nombre del paciente. Si es mujer, consignar el apellido de soltera.

8. Tipo y número de documento

Registrar el número de DNI/LC/LE.

En caso de presentar otro documento que contenga el número de DNI, consignar el DNI.

Colocar un guión si no es posible obtener el número de DNI/LC/LE.

9. Domicilio de la internación

Para lograr la información requerida, se procederá de la siguiente manera.

Anotar el lugar geográfico del domicilio de la internación.

En Calle/Ruta indicar el lugar de la internación, de forma que fuera posible llegar al mismo (es decir, con el detalle necesario como para que una carta o una persona pudiera llegar a ese domicilio), así se encuentre ubicado en una localidad urbana o área rural.

Consignar la calle y el número; o el barrio, la manzana y el número de casa; o al menos la intersección de calles más próximas. Si el domicilio se hallase en un área rural, indicar las referencias necesarias para ubicar el mismo, por ejemplo: ruta y km; o el nombre del camino y el nombre del campo; o el número del lote y de parcela; etc..

Consignar también la localidad o paraje, el departamento o partido, y la provincia. No deben quedar datos sin completar, aunque ello signifique repetir algún nombre de localidad, partido o departamento.

A los efectos de esta registración, a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se la considerará como una provincia.

10. Pertenece o está asociado a

- Obra social
- Plan de Salud privado o Mutual
- Plan o seguro público
- Más de uno
- Ninguno

Consignar si el paciente está afiliado a alguna Obra social o asociado a algún Plan de salud privado o a alguna Mutual o cubierto por un Plan o Seguro público. En caso de estar cubierto por más de un sistema, marcar la alternativa "Más de uno". Se debe marcar una y sólo una de las respuestas posibles.

La *Obra social* es un sistema de atención de la salud caracterizado por la afiliación obligatoria de todas las personas que trabajan en relación de dependen-

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

cia (por ejemplo: UOCRA, OSECAC, etc.; también son obras sociales PAMI, IOMA, PROFE).

El *Plan de Salud privado o Mutual* son sistemas de atención de la salud caracterizados por la adhesión o asociación voluntaria.

A los efectos de esta variable, los servicios privados de urgencias o emergencias médicas se consideran como “Plan de salud privado o Mutual”.

El *Plan o Seguro público* es un sistema de cobertura organizado y financiado por el Estado Nacional y/o Provincial y/o Municipal para personas que no estén afiliadas a algún sistema de atención de la salud.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

11. Edad

Consignar la edad correspondiente en años y para menores de un año, en meses.

12. Sexo

- Masculino
- Femenino

13. Diagnóstico principal al egreso de la internación institucional

Se consignar el diagnóstico principal al egreso de la internación en el establecimiento donde el paciente estuvo internado.

14. Diagnóstico de ingreso a la internación domiciliar programada

Afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud en el establecimiento de origen, como la causante de la necesidad de internación domiciliar programada. Esta afección puede coincidir o no con el diagnóstico principal al egreso de la internación institucional.

15. Profesionales actuantes

Registrar el/los profesional/es actuante/s (por ejemplo: médico, kinesiólogo, enfermera, etc.).

16. Prestaciones realizadas

Registrar cada una de las distintas prestaciones efectuadas al paciente consignando el tipo y la frecuencia (por ejemplo: curaciones diarias, ejercicios tres veces por semana, etc.).

17. Fecha de egreso

Consignar día, mes y año en que el paciente egresa de este tipo de atención.

18. Tipo de egreso

Se entiende por egreso la culminación de la atención del paciente bajo la forma de internación domiciliar programada y puede darse por:

- *Alta médica*: acto médico que determina la finalización de la asistencia que venía siendo prestada en su domicilio hasta el momento por cura, mejo-

ría, o inalteración de su estado.

- *Defunción*: desaparición permanente de todo signo de vida, en cualquier momento posterior al nacimiento, sin cualquier posibilidad de resurrección.
- *Reinternación en establecimiento de salud*: hace referencia a la internación en el mismo establecimiento o en otro.
- *Otro*: cualquier otra situación no contemplada en las anteriores (ejemplo: traslado a un Hogar de ancianos).

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE INTERNACION DOMICILIARIA PROGRAMADA

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la información a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección de los datos. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que la recolección se realice en el domicilio del paciente, en el momento que se brinde cada prestación. Para los establecimientos que no tienen informatizado el procesamiento de estos datos pueden utilizarse formularios adecuados al desarrollo de esta modalidad en cada establecimiento de salud.

Con la información que se obtiene del *Informe Estadístico de Internación Domiciliar Programada - IEIDP* y de la Historia clínica de internación domiciliar programada, se puede tener un registro de pacientes, un registro de patologías, la fecha de ingreso y egreso de los pacientes bajo esta forma de atención y las prestaciones que se realizan. Asimismo se puede disponer de un registro de profesionales actuantes. Se recomienda mantener en la Historia clínica de internación domiciliar programada el **mismo número** de la Historia clínica general del establecimiento, a la cual se integrará al finalizar la internación domiciliar programada.

La información se registra en parte al comenzar la internación domiciliar programada y el resto al concluir la misma; se recoge en el domicilio de la internación del paciente sujeto a este tipo de atención y se registra en el IEIDP. La **fecha de remisión** desde el nivel local (establecimiento de salud) a la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud, será de acuerdo a lo convenido entre ambos niveles.

ATENCIÓN DE LA INTERNACION ORGANIZADA POR CUIDADOS PROGRESIVOS - INTERNACION INDIFERENCIADA

La actividad asistencial de internación ha experimentado en las últimas décadas formas organizacionales diversas. Una de ellas es la referida a la organización *por cuidados progresivos* y otra a la *internación indiferenciada*. Ambas formas corresponden a la “modalidad internación”.

Se entiende por **cuidados progresivos**:

una forma de organización de la internación según el estado del paciente que requiere de diferentes cuidados: intensivos, intermedios y autocuidados. Puede ser para la totalidad de la internación o para una parte de la misma (por ejemplo: algunos grupos eténeos).

Se entiende por **internación indiferenciada**:

una forma de organización de la internación que no se basa en el estado del paciente, la especialidad y/o la edad.

Si bien en Argentina estas formas de organización no se han generalizado en todo el país, salvo la segunda en establecimientos de salud privados, sin embargo se encuentran en algunas jurisdicciones y, dentro de ellas, en algunos establecimientos y aún al interior de la organización de un establecimiento, en un sector del mismo.

Cuando no existía una recomendación nacional sobre esta temática, se pudo comprobar en algunos establecimientos que cada estadio de internación por “cuidados progresivos” era considerado como un servicio y, por lo tanto, se registraba en el *Informe Estadístico de Hospitalización-IEH-* como “pase” de servicio el traslado de un paciente de un tipo de cuidado a otro (de autocuidado a cuidado intermedio, de cuidado intensivo a intermedio, etc.).

Esto traía aparejados **dos problemas**:

- **La pérdida de la especialidad en el registro estadístico.** Frente a este problema los establecimientos de salud buscaron distintas soluciones; una es

el pareo del IEH con la Historia clínica y a partir de la misma la recuperación de la especialidad. Otra es rescatar la especialidad predominante mediante el diagnóstico principal al egreso.

- **La confusión entre la utilización del recurso físico y la especialidad.** Dos personas pueden estar internadas en una habitación por problemas que requieran ser tratados por especialistas diferentes, por ejemplo, un problema de origen clínico y otro quirúrgico. Compartir la habitación no implica que no esté presente la especialidad en la atención de los pacientes.

Más allá de la duración que pueda tener esta forma de organización de la atención, los problemas que genera en cuanto al registro de los datos se incentivan con la generalización de la “internación indiferenciada”, que parecería ser la forma que se está extendiendo en el país y en el mundo.

Desde el punto de vista del nivel nacional **se recomienda** utilizar el soporte definido para registrar los datos de la internación en el *Informe Estadístico de Hospitalización-IEH-*, con el tratamiento adecuado para rescatar la especialidad predominante a través del **diagnóstico principal al egreso**, registrado por el médico tratante, verificando la existencia de la **unidad operativa** en el establecimiento, concordante con la **especialidad del médico tratante**.

Se recomienda considerar la posibilidad de prever en el IEH un espacio para registrar la especialidad, cuando se está frente a esta forma de internación..

INFORMACION ESTADISTICA DE HOSPITAL DE DIA

Se entiende por *Hospital de día* al establecimiento o unidad operativa destinado a la atención de pacientes que **requieren prestaciones programadas por periodos determinados de concurrencia regular**, prescriptas por el profesional tratante, que se desarrollan durante parte del día, con la interacción de distintas disciplinas y la utilización de unidades intermedias y de apoyo. Es decir, presupone programación, interdisciplina, permanencia y no la eventualidad. Es el establecimiento o unidad operativa de un establecimiento que brinda tratamiento durante el día (menos de 12 horas), a personas que requieren una atención más compleja que la ambulatoria, pero que no necesitan hospitalización a tiempo completo.

Esta modalidad se caracteriza por brindar atención en determinadas patologías de diferentes grupos etarios que se adecuan a la misma. Por ejemplo: Infectología, Oncología, Salud mental, Pediatría, entre otras. No se incluyen como Hospital de día, los servicios destinados a Hemodiálisis, Cirugía ambulatoria y Hogares de ancianos con modalidad de concurrencia diaria, entre otros. En el caso del Hospital de día geriátrico se considera como tal si funciona en un establecimiento asistencial o, no siendo parte del mismo, responde a la definición de Hospital de día. Si es un hogar de ancianos no se considera Hospital de día geriátrico.

En la actualidad, los modelos de Hospital de día creados en los diferentes establecimientos difieren entre sí. Pueden incluir tratamiento de farmacoterapia, distintos tipos de psicoterapia, terapia ocupacional o recreativa o una combinación de estos y otros tratamientos. Puede brindarse esta modalidad, por otra parte, en diferentes etapas dentro del ciclo del tratamiento de cada paciente.

El paciente de Hospital de día es aquel que para propósitos terapéuticos, usa o tiene disponibles todos los recursos del hospital excepto alojamiento nocturno. Estos pacientes no tienen una cama "reservada" en el sector de internación, por lo tanto se los podría incluir técnicamente en una clasificación ambulatoria. Sin embargo, la tendencia es considerar el Hospital de día como una modalidad separada.

Los pacientes de Hospital de día pasan la mayor parte del día en el lugar de tratamiento con un programa de actividades terapéuticas estructurado y luego vuelven a sus hogares.

El Hospital de día presupone la disponibilidad de servicios intermedios y de apoyo así como espacios adecuados para las **plazas** (sillones, camas, reposeras, camillas, sillas de rueda, etc.) y los **locales** correspondientes para el tratamiento de la patología específica (gimnasio, comedor, etc).

En un establecimiento de salud puede haber uno o más hospitales de día.

El **objetivo** del **Informe Estadístico de Hospital de Día -IEHD-** es obtener información acerca de plazas disponibles, su utilización y el movimiento de pacientes atendidos por esta modalidad.

La **unidad de análisis** es el egreso al tratamiento del Hospital de día, entendiéndose este como:

la finalización de un período de tratamiento, sea por indicación médica, derivación a otro servicio o establecimiento, abandono del tratamiento, defunción u otras causas.

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

1. Identificación del establecimiento
2. Dependencia administrativa
3. Departamento de localización del establecimiento
4. Zona sanitaria
5. Fecha
6. Especialidad
7. Plazas disponibles
8. Apellido y nombre
9. Días
10. Totales
11. Tipo de egreso
12. Totales

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

2. Dependencia administrativa*

Se refiere a la institución que fundamentalmente es responsable de la administración del establecimiento.

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

to, ya sea en forma directa o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

3. Departamento de localización del establecimiento*

Consignar el departamento que corresponda a la localización del establecimiento.

4. Zona sanitaria*

Consignar la zona sanitaria a la que corresponde el establecimiento.

5. Fecha

Anotar mes y año al que corresponden las prestaciones informadas por el Hospital de día.

6. Especialidad

Se consignar la especialidad correspondiente al Hospital de día de que se trate.

7. Plazas disponibles

Consignar el promedio mensual de plazas que podrían ser utilizadas en el servicio fijadas de acuerdo con sus recursos.

8. Apellido y nombre

Consignar apellido y nombre del paciente. Si es mujer, consignar el apellido de soltera.

9. Días

Marcar con la letra que corresponda (P=presente; A=ausente; I=ingreso; R=reingreso; E=egreso) cada uno de los días del mes y para cada paciente como figura en el informe estadístico. No deben quedar días en blanco. Por lo tanto, cuando no corresponda ninguna de las letras o códigos antes mencionados se trazarán un guión.

10. Totales

Se colocará en la columna correspondiente el total de días en que cada paciente estuvo **presente** o **ausente**; asimismo los **ingresos**, **reingresos** y los **egresos**.

Ingreso al Hospital de día

Es la admisión de un paciente al Hospital de día. Todo ingreso implica la asignación de una plaza en el mismo y la confección de una documentación para la Historia clínica. Se clasifica en:

- **Ingreso -I-**: corresponden a esta categoría los ingresos de pacientes a quienes se asigna por primera vez una plaza en el servicio o que vuelven al mismo por otro problema de salud.
- **Reingreso -R-**: es el ingreso al servicio de un paciente admitido anteriormente que finaliza un período de tratamiento, cualquiera fuera la causa e independientemente de la fecha de admisión.

Aunque es poco probable que se presente, puede ocurrir que un paciente tenga más de un ingreso en el mes.

Si se trata de un paciente que ingresa y egresa por una patología y vuelve a ingresar por otra patología u otro tipo de tratamiento, se consignará como ingreso. De ser la misma patología o el mismo tratamiento, se considerará reingreso.

Egreso del Hospital de día

Se considera como tal, la finalización de un período de tratamiento, sea por indicación médica, derivación a otro servicio o establecimiento, abandono del tratamiento, defunción u otras causas.

11. Tipo de egreso

Los egresos se clasifican en:

- **Alta**: es toda finalización del tratamiento en el servicio, sea por haber completado el mismo o por ser derivado a otro servicio o establecimiento.
- **Retiro**: finalización del tratamiento por decisión del paciente.
- **Otro**: cualquier otra causa no incluida en las anteriores.

12. Totales

Consignar la suma por día de la cantidad de pacientes bajo esta modalidad. Se debe considerar a los pacientes presentes (P), ausentes (A), los ingresos (I), los reingresos (R), y los egresos (E) en cada día. También en los agregados correspondientes al ítem 10 y al ítem 11, se deberá consignar el total de cada columna.

También para el nivel local pueden ser de interés para el cálculo de los rendimientos del servicio, además de las plazas disponibles, las siguientes variables.

Plazas ocupadas

Número de plazas con pacientes admitidos en el servicio y que se encuentran bajo tratamiento en un día determinado. Deben incluirse las asignadas a pacientes que, no habiendo concurrido ese día, se consideran aún en tratamiento en el servicio.

Paciente-día

Conjunto de servicios brindados a un paciente, dentro del horario de funcionamiento del Hospital de día, en un día de tratamiento.

Para el cálculo de paciente-día no se computarán las inasistencias de pacientes que teniendo fecha asignada, no concurren. En rigor, se trata de paciente-día neto, ya que no se incluye a los que estando bajo esta modalidad, estuvieron ausentes.

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

Se computarán como inasistencias (ausente) los días en que los pacientes admitidos, a los que se considera ocupando una plaza, no concurran al servicio, cualquiera sea la causa.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE HOSPITAL DE DÍA

Se recomienda, en relación a la información estadística de los pacientes, considerar las variables utilizadas para la internación, el tipo de tratamiento efectuado y la especialidad del Hospital de día, en el soporte que se considere pertinente (en papel o magnético). El **soporte no es determinante**. Esta información se completará al egreso del paciente del Hospital de día¹.

De acuerdo al modelo sugerido se recomienda el uso de las siglas ya mencionadas:

P: Presente
A: Ausente
I: Ingreso
R: Reingreso
E: Egreso
-: No corresponde

Al iniciar la planilla cada mes, se anotará en primer término todos los pacientes que están en tratamiento, en segundo término los que ingresan o reingresan en orden cronológico, indicando en el casillero correspondiente con I (primera admisión) y R (reingreso).

Esta información es de registro diario (o con la periodicidad que funciona el Hospital de día) y consolidación diaria (o periódica) y mensual para uso del establecimiento de salud. El **período** y la **fecha de remisión** desde el nivel local a la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud deben ser convenidos entre las partes.

¹ Según el documento "Sistema de Información de asistencia especializada Manual de explotación 2001" (INSALUD, España), los establecimientos contabilizan los tratamientos del Hospital de día.

Número de tratamientos en Hospital de día: suma de los pacientes atendidos cada día a lo largo del período (mes) de forma ambulatoria en Hospital de día para cada una de las modalidades de Hospital de día existentes (Oncohematológico, Sida, Geriátrico, Psiquiátrico, Médico-Quirúrgico).

El tratamiento debe suponer la permanencia en el centro durante varias horas. No se contabilizarán por tanto las atenciones puntuales (extracciones, curas, inyectables, etc.)

El rendimiento se medirá por la relación entre paciente-día por servicio y el número de plazas disponibles.

INFORMACION ESTADISTICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL CON INTERNACION

El conjunto de datos que sobre prestaciones, rendimientos y morbilidad hospitalaria recogía históricamente el Programa Nacional de Estadísticas de Salud, contemplaba las necesidades de los establecimientos generales y de algunos especializados de agudos tales como maternidades, hospitales de pediatría, hospitales oftalmológicos, etc. Pero existe otro grupo de establecimientos cuyas características son diferentes, entre ellos los establecimientos de salud mental.

Por lo expuesto, a continuación se presenta un conjunto mínimo de datos básicos (CMDB) recomendados de interés jurisdiccional para establecimientos de salud mental con internación, manteniendo la coherencia con el CMDB aprobado de interés nacional.

MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL SOBRE LAS ESTADISTICAS BASICAS PARA SALUD MENTAL

Por la índole de los problemas que tratan estos establecimientos, cuando la estadía es prolongada y la condición del paciente lo permite, suele otorgarse *permiso de salida*; en tal caso, si bien el paciente no permanece en el establecimiento, se le **reserva** su cama. Es decir que la cama no queda **ofertable**, y su salida **no** constituye un egreso. Pero, si como ocurre en ciertos casos, la salida es por un *alta transitoria*, está **sí** se considera un *egreso* y el retorno del paciente un *rein-greso*.

Estos eventos, no contemplados en el PNES para los establecimientos generales de agudos y de ciertos especializados (maternidades, pediátricos, etc.), han sido tenidos en cuenta para el **sistema de estadística específico para establecimientos de salud mental con internación**, en los cuales es indispensable el mantenimiento de un registro **centralizado** de pacientes.

Por otra parte, si se aplicaran las pautas del PNES vigentes para establecimientos con internación generales de agudos a los establecimientos de salud mental, no se dispondría de estadísticas para la caracterización sociodemográfica ni de *diagnóstico presuntivo al ingreso* hasta tanto el paciente haya egresado, ya que en algunos esto ocurriría después de una larga estadía. Es recomendable, por lo tanto, adelantar el procesamiento de los datos que se captan en el momento del **ingreso** para poder disponer de estadísticas más oportunas sobre tales características.

Para definir los datos a recoger, se partió de dos premisas fundamentales:

- Respetar las normas vigentes del PNES. Concorde con ellas, se recomienda para la codificación de los diagnósticos el uso de la CIE-10 o de la Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 – Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento.
- Definir un conjunto mínimo de datos básicos (CMDB) común a todos los establecimientos de salud mental con internación, sin que ello obstaculice la recolección de más datos en los establecimientos que lo consideren necesario.

Para el registro de los datos y la producción de las estadísticas que a continuación se describen, se considera indispensable una buena organización del sistema de registros médicos. Se recomienda en particular en este caso un sistema de Historia clínica única de pacientes para consultorio externo e internación con un número que identifique al paciente, otorgado una vez y para siempre.

A partir de estas premisas, se recomienda recoger el siguiente conjunto mínimo de datos básicos (CMDB).

SOBRE PACIENTES INTERNADOS

- Datos sobre características de los pacientes internados y de la internación.
- Datos sobre utilización de las camas.

SOBRE ATENCION MEDICA AMBULATORIA

- Características de los pacientes ambulatorios.
- Características de las consultas médicas ambulatorias.

SOBRE PRESTACIONES ESPECIALES

- Prestaciones individuales.
- Prestaciones grupales.

SOBRE ENFERMEDADES SOBREAGREGADAS

- Afecciones sobreagregadas en pacientes internados.

SOBRE HOSPITAL DE DIA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL CON INTERNACION

- Características de los pacientes y de su atención en dichos servicios.
- Utilización de las plazas disponibles.

INFORMACION ESTADISTICA DE PACIENTES INTERNADOS – SALUD MENTAL

De acuerdo con lo expuesto precedentemente se recomienda recoger datos que caractericen el ingreso del paciente así como el egreso del mismo.

El conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB) recomendados para pacientes internados, en establecimientos Salud mental debe:

- Ser útil para la administración de servicios de salud (producción de cuidados y administración financiera), la planificación y el control.
- Ser aplicable a todos los pacientes que utilizan una cama en un establecimiento de salud mental.

El CMDDB es esencial para la gestión o el gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local, para la planificación jurisdiccional y nacional. Complementariamente es útil para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo de la atención. Asimismo, a nivel local, en caso de que la jurisdicción y el establecimiento lo consideren pertinente, puede utilizarse para la aplicación de técnicas de “case mix”, como grupos relacionados de diagnósticos -GRD-, las categorías para el manejo de pacientes -CMP-, etc., completando este conjunto de datos de acuerdo a la metodología seleccionada.

El **Informe Estadístico de Hospitalización de Salud Mental -IEH-SM-** es el soporte (en papel o magnético) para la recolección del CMDDB del paciente internado en este tipo de establecimientos. Tiene por **objetivo** la captación de los datos del paciente hospitalizado a fin de elaborar estadísticas sobre las características sociodemográficas de los pacientes, de la morbilidad y la mortalidad.

Para la sección destinada al registro de los datos de ingreso, además de los datos de identificación y caracterización del paciente, el diagnóstico presuntivo al ingreso y la entidad o vía que emitió la orden de internación, se deberá registrar también si se trata del ingreso de un paciente admitido por primera vez a la internación en el establecimiento -**primera internación**- o de un paciente admitido anteriormente en la internación del establecimiento -**reingreso**-.

Con respecto a la sección en la que se recogen los datos del período de internación, se debe consignar en *Diagnóstico principal al egreso* la afección principal vinculada con la especialidad del establecimiento y en *Otros diagnósticos* las otras afecciones también vinculadas a la especialidad. Las enfermedades sobreagregadas deberán ser consignadas como se describe oportunamente, en otro apartado de este docu-

mento. Se registrarán solamente los procedimientos quirúrgicos vinculados con el diagnóstico principal al egreso.

Los datos que se recogen en el IEH-SM deben ser coherentes con los del censo diario de pacientes y con los referidos a la identificación del paciente, a los diagnósticos y a los procedimientos registrados en la Historia clínica.

El **hecho** que se caracteriza a través de este informe es un episodio de internación de un paciente en un establecimiento de salud mental.

Se recomiendan **dos unidades de análisis**. Por un lado, el **ingreso** del paciente, entendiéndose este como:

la aceptación formal de un paciente por el establecimiento asistencial para su atención médica. El ingreso siempre implica la ocupación de una cama y el mantenimiento de una Historia clínica para el paciente.

Por otro lado, el **egreso** del paciente, entendiéndose este como:

la salida del establecimiento de un paciente internado que puede darse por “alta médica definitiva”, “alta médica transitoria”, “orden judicial”, “fuga”, “retiro voluntario”, “traslado a otro establecimiento”, “defunción”, o por “otro” tipo de egreso.

El IEH-SM debe iniciarse por duplicado cada vez que se interna un paciente, al momento de su admisión, y completarse al terminar el período de hospitalización.

Las **reas comprometidas** en el registro de los datos son:

- Área de Admisión
- Área de Internación
- Área Central de Estadística

Estas reas pueden variar según la organización del establecimiento.

Con esta información se pueden elaborar numerosos **indicadores**, entre los cuales se señalan como más importantes:

- Ingresos por jurisdicción, departamento y establecimiento
- Ingresos por diagnóstico
- Ingresos por edad y sexo
- Ingresos según situación de pareja
- Ingresos según cobertura de salud
- Ingresos según residencia habitual del paciente al momento de la internación
- Egresos por jurisdicción, departamento y establecimiento

- Egresos por diagnóstico
- Egresos por edad y sexo
- Egresos según situación de pareja
- Días de estadía por diagnóstico

Se destaca que esta información se refiere a los **episodios de internación y no al número de personas enfermas**. Con la misma se elaboran **estadísticas de pacientes, aunque sin base poblacional**, si se incorpora el tipo y número de documento.

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

1. Número del informe
2. Identificación del establecimiento

DATOS DEL PACIENTE

3. Fecha de nacimiento
4. Edad al ingreso
5. Tipo y número de documento
6. Residencia habitual al momento de la internación
7. Sexo
8. Pertenece o está asociado a
9. Nivel de instrucción
10. Situación laboral
11. Ocupación habitual
12. Situación de pareja

DATOS DE LA INTERNACION

13. Orden de internación emitida por
14. Fecha de ingreso
15. Unidad operativa
16. Diagnóstico presuntivo al ingreso
17. Tipo de ingreso
18. Fecha de egreso
19. Días de estadía brutos
20. Días de permiso de salida
21. Días de estadía netos
22. Tipo de egreso
23. Diagnóstico principal al egreso
24. Otros diagnósticos
25. Procedimientos quirúrgicos vinculados al diagnóstico principal
26. Otras circunstancias que prolongan la internación
27. Días de estadía por otras circunstancias
28. Causa externa de traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Número del informe

Debe ser unívoco, correlativo anual, pues es el identificador del conjunto mínimo de datos básicos correspondiente a un establecimiento. Lo llenar el

Área Central de Estadística del establecimiento en oportunidad de su recepción y antes de iniciar su procesamiento.

2. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

DATOS DEL PACIENTE

3. Fecha de nacimiento

Registrar la fecha completa en día, mes y año. Si es posible, copiar la fecha del documento de identidad.

4. Edad al ingreso

Hace referencia a años cumplidos.

Si no se dispusiera de este dato por la gravedad del paciente o por no haber informantes, contemplar la posibilidad de estimar la edad.

5. Tipo y número de documento

Registrar el número de DNI/LC/LE.

En caso de presentar otro documento que contenga el número de DNI, consignar el DNI.

Colocar un guión si no es posible obtener el número de DNI/LC/LE.

6. Residencia habitual al momento de la internación

Localidad- Departamento o Partido- Provincia- País.

Consignar la localidad o paraje, el departamento o partido, y la provincia. No deben quedar datos sin completar, aunque ello signifique repetir algún nombre de localidad, partido o departamento.

A los efectos de esta registración, a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se la considerará como una provincia.

Consignar todos los datos requeridos. Si la persona reside habitualmente en el exterior, indicar sólo país.

7. Sexo

- Masculino
- Femenino

8. Pertenece o está asociado a

- Obra social
- Plan de salud privado o Mutual
- Plan o Seguro público
- Más de uno
- Ninguno

Consignar si el paciente está afiliado a alguna Obra social o asociado a algún Plan de salud privado o a alguna Mutual o cubierto por un Plan o Seguro público. En caso de estar cubierto por más de un sistema, marcar la alternativa "Más de uno". Se debe

marcar una y sólo una de las respuestas posibles.

La *Obra social* es un sistema de atención de la salud caracterizado por la afiliación obligatoria de todas las personas que trabajan en relación de dependencia (por ejemplo: UOCRA, OSECAC, etc.; también son obras sociales PAMI, IOMA, PROFE).

El *Plan de Salud privado o Mutua* son sistemas de atención de la salud caracterizados por la adhesión o asociación voluntaria.

A los efectos de esta variable, los servicios privados de urgencias o emergencias médicas se consideran como “Plan de salud privado o Mutua”.

El *Plan o Seguro público* es un sistema de cobertura organizado y financiado por el Estado Nacional y/o Provincial y/o Municipal para personas que no están afiliadas a algún sistema de atención de la salud.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

9. Nivel de instrucción

Dado que esta variable tiene por objetivo caracterizar la situación socio-económica del paciente, en caso de pacientes internados menores de 14 años, consignar el nivel de instrucción del padre o, en su defecto, el de la madre.

Se debe registrar el nivel más alto alcanzado en un establecimiento del sistema de enseñanza formal, oficial o privado reconocido.

Como en el país existen simultáneamente dos sistemas educativos fue necesario incluir en esta variable ambas alternativas: una, el sistema tradicional (no reformado), basado en siete grados en el nivel primario y cinco años (o seis según la modalidad) en el nivel secundario; y la otra, el sistema reformado, compuesto por tres ciclos de Educación General Básica (EGB) de tres años cada ciclo, y un ciclo Polimodal también de tres años.

Se debe marcar sólo una de las alternativas en el Sistema educativo que corresponda.

■ Sistema Educativo No Reformado

- ☐ Primario
 - Incompleto
 - Completo

- ☐ Secundario
 - Incompleto
 - Completo

■ Sistema Educativo Reformado

- ☐ Ciclos EGB (1ro y 2do.)
 - Incompleto
 - Completo
- ☐ Ciclo EGB 3ro
 - Incompleto
 - Completo
- ☐ Polimodal
 - Incompleto
 - Completo

Marcar en el Sistema Educativo lo que indique el informante. Si aún persiste la duda, indagar al informante hasta poder identificar a qué sistema corresponde.

El sistema reformado, dispuesto por la Ley Federal de Educación, aún no está implementado en todas las provincias, ni en todas las escuelas de aquellas provincias que ya iniciaron su implementación.

El nivel Superior o Universitario no está afectado por tales cambios.

Para las personas que no concurren a ninguno de los niveles de los sistemas educativos mencionados, se debe marcar la categoría “Nunca asistió”.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

10. Situación laboral

Dado que esta variable tiene por objetivo caracterizar la situación socio-económica del paciente, en caso de pacientes internados menores de 14 años, consignar la situación laboral del padre o, en su defecto, la de la madre.

Anotar sólo una de las siguientes alternativas:

- Trabaja o está de licencia
- No trabaja:
 - ☐ Busca trabajo
 - ☐ No busca trabajo
- Trabaja o está de licencia si realiza cualquier tarea paga en dinero o en especie (inclusive “changas”), o si no trabaja por hallarse de licencia por maternidad, vacaciones o enfermedad, u otra razón circunstancial (huelga, suspensión, etc).¹
- No trabaja: si no trabaja, es importante registrar si busca o no trabajo.
 - ☐ Busca trabajo: si estuvo preguntando en los lugares de trabajo o respondió o publicó avisos en busca de trabajo.
 - ☐ No busca trabajo: cuando no se moviliza en la búsqueda de trabajo.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

¹ El INDEC, siguiendo el criterio aplicado en la Encuesta Permanente de Hogares, incluye en esta categoría a quienes reciben planes “Jefe/a de Hogar” u otros planes con ingreso monetario y realizan una contraprestación. Si el INDEC modificara el criterio, el PNES adoptaría los cambios en consecuencia.

11. Ocupación habitual

Dado que esta variable tiene por objetivo caracterizar la situación socio-económica del paciente, en caso de pacientes internados menores de 14 años, consignar la ocupación habitual del padre o, en su defecto, la de la madre.

Anotar el oficio o trabajo que realiza. Se refiere a la ocupación que desempeña principalmente. Si no trabaja, consignar a qué se dedica, por ejemplo: estudiante, ama de casa, jubilado, rentista, desocupado, etc. Si no trabaja por tener alguna incapacidad, registrar esta condición.

Es importante registrar la respuesta con las mismas palabras que el informante utiliza para describir las tareas del trabajo. No se debe intentar hallar un nombre o denominación de la actividad, sino se requiere que las anote tal como se las indica el informante.

Si realiza varias tareas distintas, se registrarán aquellas que realiza más frecuentemente. Por ejemplo: reparte cartas y mensajes, atiende el teléfono de una oficina.

No deben aceptarse respuestas tales como: empleado, oficinista, administrativo, etc., que son muy generales y no indican qué tareas hace el empleado, el oficinista, el administrativo, etc.

12. Situación de pareja

Consignar si convive en pareja, ya sea casado/a o en unión de hecho.

DATOS DE LA INTERNACIÓN

13. Orden de internación emitida por

Es un documento extendido por quien primariamente ordena la internación, independientemente del sector asistencial o administrativo que lo autoriza (Consultorio externo, Traslado de otro establecimiento, Orden judicial, Guardia, Otro). Se entiende por "Orden judicial" la disposición documentada emitida por autoridad judicial.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

14. Fecha de ingreso

Consignar el día, mes y año en que el paciente comienza a ocupar la cama. No se incluye el tiempo pasado en la Guardia (salvo que en la misma haya camas disponibles para internación) o en otras áreas diagnósticas o terapéuticas del establecimiento de salud antes de la ocupación real de la cama.

15. Unidad operativa

Es el agrupamiento de actividades funcionalmente homogéneas o centradas en un mismo propósito o producto. Puede formar parte de un establecimiento o constituir un establecimiento en sí mismo. Se com-

pone de infraestructura física, instalaciones, equipamiento e instrumental, normas de organización y procedimientos y recursos humanos capacitados que ejecutan actividades programadas o no. En los establecimientos más complejos, las *Unidades Operativas* coinciden con los tradicionalmente denominados *Servicios*, ya sean finales, intermedios, de apoyo, de conducción, administración o asesoría letrada. Consignar el código correspondiente a la Unidad Operativa.

16. Diagnóstico presuntivo al ingreso

Es el diagnóstico por el cual se emite la orden de internación.

17. Tipo de ingreso

Se entiende por ingreso la aceptación formal de un paciente por el establecimiento asistencial para su atención médica. El ingreso siempre implica la ocupación de una cama y el mantenimiento de una Historia clínica para el paciente.

- *Primera internación*: es el ingreso de un paciente admitido por primera vez a internación en el establecimiento.
- *Reingresa*: es el ingreso al establecimiento de un paciente admitido anteriormente en el mismo.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

18. Fecha de egreso

Consignar el día, mes y año en que termina el período de internación.

19. Días de estada brutos

Es el número de días que un paciente permaneció internado en el establecimiento, transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso. Incluye los días que estuvo fuera del establecimiento con permiso de salida.

20. Días de permiso de salida

Es el total de días, no mayor a 14 días seguidos, en que el paciente permaneció fuera del establecimiento por permisos de salida durante el período de internación al que corresponde el IEH-SM. Puede haber más de un permiso de salida durante dicho período.

De acuerdo a la organización de la atención de salud mental de una jurisdicción o de un establecimiento especializado, en consenso con la familia, el límite mayor de los días de permiso de salida puede variar.

En pacientes con permiso de salida pueden darse las siguientes situaciones:

- *El médico le da el alta*: en este caso se cierra el IEH-SM como egreso por "alta médica"
- *El paciente no retorna*: cumplido el lapso de permiso de salida se completa como egreso por "fuga"
- *La familia resuelve trasladarlo a otro establecimiento*: se completa como egreso por "traslado a otro establecimiento"

- *Que se produzca la defunción del paciente* se completa como egreso por “defunción”.

Se incluye en esta condición, con días de permiso de salida, al paciente trasladado a otro establecimiento por una enfermedad sobreagregada. En la unidad operativa de donde provenga se lo consignará con “permiso de salida”.

21. Días de estadía netos

Es el número de días que un paciente permaneció internado en el establecimiento durante un período de hospitalización, excluidos los días de permiso de salida.

22. Tipo de Egreso

- Alta médica definitiva
- Alta médica transitoria
- Orden judicial
- Fuga
- Retiro voluntario
- Traslado a otro establecimiento
- Defunción
- Otro

Se entiende por *egreso* la salida del establecimiento de un paciente internado y puede darse por:

- *Alta médica definitiva*: es el egreso por autorización médica, de un paciente internado, que implica la finalización del tratamiento de internación, sin indicación de reingreso por el mismo proceso o episodio.
- *Alta médica transitoria*: es el egreso por autorización médica, de un paciente internado, que implica la finalización de una etapa del tratamiento de internación con indicación de reinternación dentro de un período determinado, mayor a 14 días, para continuar con el tratamiento por el mismo proceso.
- *Orden judicial*: es el egreso de un paciente del establecimiento por disposición judicial, sea con indicación médica o sin ella.
- *Fuga*: es el egreso del establecimiento de un paciente sin alta médica y sin conocimiento de las autoridades del mismo.
- *Retiro voluntario*: es el egreso del establecimiento de un paciente sin alta médica, pero con conocimiento de las autoridades del mismo.
- *Traslado a otro establecimiento*: es la derivación de un paciente por parte del establecimiento de salud a otro establecimiento para continuar con el tratamiento de internación. No se considerará traslado a otro establecimiento cuando se realice por voluntad del paciente o familiar.
- *Defunción*: desaparición permanente de todo signo de vida, en cualquier momento posterior al nacimiento, sin cualquier posibilidad de resurrección. No se consideran egresos ni generan IEH-SM las muertes ocurridas en el trayecto al establecimiento, en el consultorio externo o en guardia (salvo que tenga internación y haya ocupado una cama en el establecimiento).
- *Otro*: cualquier circunstancia no contemplada en

las categorías anteriores.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

23. Diagnóstico principal al egreso

Afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal (CIE-10 - Vol.2, p. 97).

La expresión **afección principal** se refiere a lo que el médico considera como la **causa clínicamente más importante** (pronóstico de la enfermedad y vulnerabilidad del paciente). Si hubiera dos o más diagnósticos de igual magnitud, elegir el causante de la utilización de la mayoría de los recursos.

En todo Informe Estadístico de Hospitalización - SM debe informarse un diagnóstico principal y no debe haber más de uno.

El diagnóstico principal está determinado por:

- la afección que, **luego de estudiar** al paciente, surge como la principal responsable de la causa de internación,
- el proceso diagnóstico y
- el tratamiento realizado.

El diagnóstico principal –al momento del egreso del paciente– debe ser congruente con el registrado en la Historia clínica y puede coincidir con el diagnóstico al ingreso.

24. Otros diagnósticos

Son los diagnósticos concomitantes **relacionados** con la especialidad del establecimiento. **No** se anotarán en este rubro los diagnósticos de enfermedades sobreagregadas ocurridas durante el período de internación, no relacionadas con el diagnóstico principal, ya que se registrarán en el *Informe Estadístico de Enfermedades Sobreagregadas*.

Los otros diagnósticos que se registren en las condiciones precedentes, también deberán ser coherentes con los registrados en la Historia clínica donde estarán debidamente fundamentados.

25. Procedimientos quirúrgicos vinculados con el diagnóstico principal

En caso que se haya realizado algún procedimiento quirúrgico, deberá marcarse la alternativa “SI” especificando el procedimiento efectuado.

Se anotarán las operaciones que guarden relación con el diagnóstico por el cual el paciente está siendo tratado durante el período de internación que se informa y que deben ser realizadas en quirófano o sala de procedimientos o que requieran la administración de anestesia general, aunque se realicen

fuera de los locales mencionados¹. No se colocan en este informe las operaciones derivadas de enfermedades sobreagregadas. Los procedimientos quirúrgicos que se registren en las condiciones precedentes, deben ser coherentes con los registrados en la Historia clínica, donde estarán debidamente fundamentados.

26. Otras circunstancias que prolongan la internación

Se consignan aquellos casos que pese a tener alta médica, no pueden producir egreso definitivo por causas de otra índole. Aclarar la circunstancia, por ejemplo: caso social, orden judicial o cualquier otra condición relacionada con los ejemplos precedentes.

27. Días de estadía por otras circunstancias

Consignar los días atribuibles a otras circunstancias de tipo social, judicial o de condición relacionada con las mismas, contados a partir del alta médica, hasta el egreso efectivo del paciente.

28. Causa externa de traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos

En esta variable se registra si el diagnóstico principal es motivado por alguna causa externa que produzca traumatismo, envenenamiento u otro efecto adverso. No corresponde registrar las secuelas de traumatismos, de envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas.

1. Producido por ²

- Accidente
- Lesión autoinfligida
- Agresión
- Se ignora

En “Lesión autoinfligida” se incluye el intento de suicidio.

En “Agresión” se incluye el intento de homicidio.

La alternativa “Se ignora” se aplica cuando se desconoce la intencionalidad.

Consignar **sólo una** alternativa.

2. Lugar donde ocurrió

- Domicilio particular
- Vía pública
- Lugar de trabajo
- Otro

En Lugar donde ocurrió, la alternativa “Otro” incluye cualquier otro lugar no contemplado en las alternativas anteriores (ejemplo: hogar de ancianos, club deportivo, escuela, etc.)

Consignar **sólo una** alternativa.

3- Cómo se produjo

Describir las circunstancias o situación en que aconteció el hecho, por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación (por agroquímicos, psicotrópicos, etc.), quemaduras por incendio de vivienda, etc.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE HOSPITALIZACIÓN - SALUD MENTAL

El procesamiento de los datos contenidos en este informe se realiza parcial o totalmente en el establecimiento cuando el sistema estadístico jurisdiccional funciona de manera descentralizada. En las jurisdicciones con procesamiento centralizado, el establecimiento los remite mensualmente a la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud. Esta Oficina, en ambos casos, deberá **remitir anualmente el universo completo** al nivel nacional, en función de lo acordado a partir de la reformulación.

Por las características de estos establecimientos no se dispondría de información hasta el egreso del paciente, por lo que se deberá desdoblarse el procesamiento de los datos considerando dos etapas: el **ingreso** y el **egreso** del paciente.

Se recomienda que en el momento de la implantación de este sistema en el establecimiento, se registren en el *Informe Estadístico de Hospitalización de Salud Mental-IEH-SM*, los datos de los pacientes que se encuentren internados para constituir una base de datos.

También se recomienda que con periodicidad a definir por la jurisdicción, como una forma de actualización de los datos de los pacientes internados, se recurra a un censo con la salvedad de que esta información es independiente de la registrada en el IEH-SM.

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la información a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección de datos. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que en el momento de la internación de un paciente se inicie el IEH-SM, y se complete con datos coherentes con los de otros registros relacionados, tales como el Censo diario, la Historia clínica, etc.

¹ A los fines de la administración del establecimiento u otras razones se pueden registrar otros procedimientos que no se hayan realizado bajo las circunstancias antedichas. En este caso se recomienda agregar un ítem que se denomine “Otros procedimientos”.

² Consignar si la causa externa fue accidental o intencionalmente infligida.

INFORMACION ESTADISTICA DE MOVIMIENTO DE PACIENTES Y UTILIZACION DE CAMAS - SALUD MENTAL

La conducción técnico-administrativa de un establecimiento de salud mental con internación requiere disponer de un conjunto mínimo de datos básicos (CMDB) sobre utilización de camas, que posibilite un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

El *censo diario de pacientes hospitalizados* capta los datos necesarios para cada unidad operativa. Su **objetivo** es obtener información diaria, acerca de las camas disponibles, su utilización y el movimiento de pacientes ocurrido en el área de internación. Es la fuente de datos para el **Informe Estadístico de Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas -IEMP y UC-SM-** el cual puede estar en distinto soporte (papel o magnético).

El *censo diario de pacientes hospitalizados* permite reunir, entre otros, los siguientes datos:

- Número de camas disponibles y de pacientes-día
- Ingresos y egresos
- Permiso de salida

El **hecho** que se mide es la ocupación de las camas y el movimiento de los pacientes en un día censal.

La **unidad de análisis** es la cama disponible, entendiendo por tal:

aquella realmente instalada en el establecimiento en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que esté o no ocupada.

Las **áreas comprometidas** en el registro de los datos son:

- Secretarías de Sala
- Área de Enfermería
- Área Central de Estadística.

Estas áreas pueden variar según la organización del establecimiento.

Con esta información se pueden elaborar distintos **indicadores**, entre los cuales se señalan:

- Porcentaje ocupacional de camas
- Promedio de camas disponibles
- Promedio de pacientes-día
- Promedio de permanencia

En el censo diario de los establecimientos especializados de salud mental interesa especialmente consignar los enfermos que se encuentran con permiso de salida. Deberá registrarse el nombre del paciente cada día que se encuentra con permiso de salida.

De lo anterior se desprende que los rendimientos a elaborar comprenderán un porcentaje ocupacional **neto y bruto** (esto será extensivo a la mayor parte de los índices que se elaborarán para ese tipo de establecimientos).

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

1. **Identificación del establecimiento**
2. **Dependencia administrativa**
3. **Departamento de localización del establecimiento**
4. **Zona sanitaria**
5. **Fecha**
6. **Unidad operativa**
7. **Existencia a las "o" horas**
8. **Ingresos**
9. **Pases de**
10. **Egresos**
11. **Pases a**
12. **Existencia a las "24" horas**
13. **Ingresos y egresos en el día**
14. **Pacientes-día brutos**
15. **Permiso de salida**
16. **Pacientes-día netos**
17. **Camas disponibles**

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

2. Dependencia administrativa*

Se refiere a la institución que fundamentalmente es responsable de la administración del establecimiento, ya sea en forma directa o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

3. Departamento de localización del establecimiento*

Consignar el departamento o partido que corresponda a la localización del establecimiento.

4. Zona sanitaria*

Consignar la zona sanitaria a la que corresponde el establecimiento.

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

5. Fecha

Anotar mes y año.

6. Unidad operativa

Es el agrupamiento de actividades funcionalmente homogéneas o centradas en un mismo propósito o producto. Puede formar parte de un establecimiento o constituir un establecimiento en sí mismo. Se compone de infraestructura física, instalaciones, equipamiento e instrumental, normas de organización y procedimientos y recursos humanos capacitados que ejecutan actividades programadas o no. En los establecimientos más complejos, las *Unidades Operativas* coinciden con los tradicionalmente denominados *Servicios*, ya sean finales, intermedios, de apoyo, de conducción, administración o asesoría letrada.

Consignar el código correspondiente a la unidad operativa.

7. Existencia a las 24 horas

Se refiere a la cantidad total de pacientes que se encontraban ocupando una cama a las 24 horas del día censal.

Tener en cuenta que los pacientes que están con permiso de salida tienen reservada su cama.

8. Ingresos

Se entiende por ingreso la aceptación formal de un paciente por el establecimiento asistencial para su atención médica. El ingreso siempre implica la ocupación de una cama y el mantenimiento de una Historia clínica para el paciente.

Registrar la cantidad de pacientes que ingresaron entre las 0 y las 24 horas de un mismo día censal.

9. Pases de

Es la recepción de un paciente internado proveniente de otra unidad operativa, dentro del mismo establecimiento asistencial. Constituye un movimiento interno y no debe contarse como ingreso o egreso del establecimiento.

Consignar la cantidad de pacientes provenientes de otra unidad operativa del establecimiento.

10. Egresos

Egreso es la salida del establecimiento de un paciente internado y las categorías pueden ser:

- *Egreso de paciente vivo*: es la finalización del período de internación por cura, mejoría o inalteración de su estado. Se incluye alta médica, traslado a otro establecimiento, retiro voluntario, otra situación que no sea defunción.
- *Egreso de paciente fallecido* es la finalización del período de internación por el fallecimiento del paciente. No se considera egreso de paciente fallecido cuando la defunción ocurre en el trayecto al establecimiento, en el consultorio externo o de guardia (salvo que tenga internación y haya ocupado una cama).

11. Pases a

Es la transferencia de un paciente internado de una unidad operativa a otra, dentro del mismo establecimiento asistencial. Constituye un movimiento interno y no debe contarse como ingreso o egreso del establecimiento. Consignar la cantidad de pacientes derivados a otra unidad operativa del establecimiento.

12. Existencia a las 24 horas

Consignar la cantidad de pacientes que ocupan una cama a las 24 horas.

Debe coincidir con la suma de la existencia a las 24 horas, más los ingresos y los pases de, menos los egresos y los pases a.

13. Ingresos y egresos en el día

Consignar la suma total de pacientes ingresados y egresados entre las 0 y las 24 horas de un mismo día censal.

14. Pacientes-día brutos

Se obtienen computando el total de pacientes-día, que es la suma de la existencia a las 24 horas más los ingresos y egresos en el día. Incluye los días de permiso de salida.

15. Permiso de salida

Consignar el total de pacientes que se encuentran ausentes con permiso de salida.

Se entiende por permiso de salida la autorización que se concede a un paciente internado, cuya cama se reserva, para retirarse del establecimiento por un período breve, con la condición de retornar para la continuación del tratamiento.

Se incluye en esta condición con días de permiso de salida, al paciente trasladado a otro establecimiento por una enfermedad sobreagregada. Se lo consignar con "permiso de salida" en la unidad operativa de donde provenga.

16. Pacientes-día netos

Consignar el número diario de pacientes-día, excluidos los correspondientes a pacientes que se encuentran ausentes por permiso de salida.

17. Camas disponibles

Son aquellas realmente instaladas en el establecimiento, en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas.

Las camas de guardia se contabilizarán como disponibles solo en el caso que la Guardia tenga un sector de internación.

Si se instala una camilla en un servicio de internación, por falta de camas o por situación de emergencia, mientras esté ocupada se contará como cama disponible.

El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a:

- que se agreguen camas por demanda estacional, emergencias, etc.;
- que se retiren camas para reparación, desinfección, clausura temporaria del servicio, etc;

Anotar el número de camas disponibles (ocupadas y desocupadas) que se encuentran realmente instaladas en esa unidad operativa, en condiciones de uso, a la hora 24 de cada día censal.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE MOVIMIENTO DE PACIENTES Y UTILIZACIÓN DE CAMAS – SALUD MENTAL

Estos datos deben recogerse diariamente en los establecimientos con internación.

Para obtener los datos necesarios a efectos de realizar el censo diario de cada unidad de internación y tener la plena certeza de su exactitud, es imprescindible que la persona encargada de realizarlo los obtenga personalmente mediante el recorrido de la unidad de internación, cama por cama, todos los días y lo controle con las historias clínicas de los pacientes internados.

Deben registrarse todos los ingresos, egresos (alta médica definitiva, alta médica transitoria, orden judicial, fuga, retiro voluntario, traslado a otro establecimiento, defunción, otro) y pases ocurridos en la unidad de internación que se está censando, pero solo cuando se han concretado. También deberán registrarse los permisos de salida. Es decir, el ingreso se contará desde el momento en que el paciente ocupe la cama y el egreso desde que la desocupe.

Aunque el paciente haya realizado el trámite de internación, o el médico haya autorizado su egreso o pase, el hecho no debe consignarse en el censo hasta que haya ocurrido realmente.

El día censal se considera igual al día calendario, es decir, que abarca el período comprendido entre las 0 y las 24 horas.

Este instrumento de recolección de datos brinda información de interés local, jurisdiccional y nacional.

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la información a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección diaria. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que la recolección se realice diariamente “in situ” comprobando la real utilización de las camas.

Para los establecimientos que no tienen informatizado el procesamiento de estos datos se utiliza un formulario diario que sirve de base para la confección

del *Informe Estadístico de Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas* -IEMP y UC -SM-. Los resultados que se remitirán **trimestralmente al nivel nacional** del PNES, consolidados por mes y por establecimiento son: total de egresos de pacientes vivos y de pacientes fallecidos, total de pacientes-día brutos, total de pacientes-día netos y total de camas disponibles.

INFORMACION ESTADISTICA DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS - SALUD MENTAL

La conducción técnico administrativa de un establecimiento de salud mental con internación que presta atención ambulatoria requiere conocer un conjunto mínimo de datos básicos (CMDB) para todos los pacientes que utilizan dicha modalidad.

Esta información es esencial para la gestión o el gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local, para la planificación jurisdiccional y nacional. Complementariamente es útil para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo de la atención.

El **Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias de Salud Mental -IECMA-SM-** es el soporte (en papel o magnético) para la captación del CMDB de los pacientes que utilizan la consulta médica ambulatoria en instituciones de salud mental con internación. Tiene por **objetivo** registrar algunas características de los consultantes y el diagnóstico o motivo de consulta médica ambulatoria.

El informe reúne los datos necesarios para obtener la siguiente información:

- Volumen total de las consultas médicas ambulatorias por edad y sexo.
- Cobertura de salud de los pacientes ambulatorios.
- Morbilidad ambulatoria por edad, sexo y residencia.
- Consultas médicas ambulatorias por unidad operativa.

La recolección de datos en el IECMA-SM exige coherencia con los referidos a identificación y diagnóstico o motivo de consulta del paciente en la Historia clínica.

El **hecho** que se mide es la atención médica del paciente ambulatorio.

La **unidad de análisis** es la consulta médica ambulatoria, entendiéndose esta como:

la atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio o internado en el establecimiento, en un consultorio externo o en una unidad de emergencia para paciente externo incluye las atenciones a consultantes sanos.

Si varios médicos examinan en un mismo momento a un paciente, este recibe una sola consulta.

El IECMA-SM implica el **registro individual de cada consulta**.

Las **reas comprometidas** y el personal involucrado en el registro de los datos son:

- Secretarías de Consultorio Externo
- Médico interviniente
- Área Central de Estadística

Estas reas y el personal pueden variar según la organización del establecimiento.

Con esta información se pueden elaborar numerosos **indicadores**, entre los cuales se señalan:

- Total de consultas médicas ambulatorias
- Consultas médicas ambulatorias por residencia del paciente (departamento, jurisdicción)
- Consultas médicas ambulatorias por edad y sexo
- Consultas médicas ambulatorias por diagnóstico o motivo de consulta
- Consultas médicas ambulatorias por unidad operativa
- Consultas médicas ambulatorias por cobertura de salud de los pacientes

Por las características de la patología que se atiende en estos establecimientos, se considera que es particularmente importante que los registros de los servicios ambulatorios deben proporcionar información no sólo sobre consultas sino también sobre identificación de pacientes tratados en estos servicios.

Se recomienda introducir en el IECMA-SM, el número del DNI/LC/LE del paciente. Esto permitirá conocer el número de pacientes distintos, tratados en la consulta médica ambulatoria, durante el período en estudio.

También puede ser de interés discriminar la condición del paciente en ambulatorio o de internación. Cabe aclarar que en estos establecimientos es frecuente que un paciente internado en el mismo concurra a los consultorios externos para determinados tratamientos. No se incluyen en estas consultas las realizadas en consultorios externos por enfermedades sobreagregadas de pacientes internados, ejemplo: dermatología, clínica médica, etc., las cuales serán registradas según lo recomendado en otro apartado de este documento.

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

1. Identificación del establecimiento
2. Dependencia administrativa
3. Departamento de localización del establecimiento
4. Zona sanitaria
5. Fecha
6. Unidad operativa

DATOS DEL PACIENTE

7. Tipo y número de documento
8. Apellido y nombre
9. Edad
10. Sexo
11. Residencia habitual del paciente
12. Pertenece o está asociado a

CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA

13. Diagnóstico o motivo de consulta

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

2. Dependencia administrativa*

Se refiere a la institución que fundamentalmente es responsable de la administración del establecimiento, ya sea en forma directa o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

3. Departamento de localización del establecimiento*

Consignar el departamento o partido que corresponda a la localización del establecimiento.

4. Zona sanitaria*

Consignar la zona sanitaria a la que corresponde el establecimiento.

5. Fecha

Anotar día, mes y año a que corresponden las consultas médicas ambulatorias que se informan.

6. Unidad operativa

Es el agrupamiento de actividades funcionalmente homogéneas o centradas en un mismo propósito o producto. Puede formar parte de un establecimiento o constituir un establecimiento en sí mismo. Se compone de infraestructura física, instalaciones, equipamiento e instrumental, normas de organización y procedimientos y recursos humanos capacitados que ejecutan actividades programadas o no. En los establecimientos más complejos, las *Unidades Operativas* coinciden con los tradicionalmente denominados *Servicios*, ya sean finales, intermedios, de apoyo, de conducción, administración o asesoría letrada. En caso de consultorios externos correspondientes a centros de salud mental dependientes y/o integra-

dos al Hospital base identificarlos como Unidad Operativa.

Consignar el código correspondiente a la Unidad Operativa.

7. Tipo y número de documento

Registrar el número de DNI/LC/LE.

En caso de presentar otro documento, que contenga el número del DNI, consignar el DNI.

Colocar un guión si no es posible obtener el número de DNI/LC/LE.

8. Apellido y nombre

Consignar apellido y nombre del paciente. Si es mujer, consignar el apellido de soltera.

9. Edad

Consignar la edad en años cumplidos.

10. Sexo

- Masculino
- Femenino

11. Residencia habitual del paciente

Localidad- Departamento o Partido- Provincia- País

Consignar la localidad o paraje, el departamento o partido, y la provincia. No deben quedar datos sin completar, aunque ello signifique repetir algún nombre de localidad, partido o departamento.

A los efectos de esta registración, a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se la considerará como una provincia.

Consignar todos los datos requeridos. Si la persona reside habitualmente en el exterior, indicar su país.

Si un paciente que está internado desde hace un tiempo en el establecimiento de Salud Mental concurre a la consulta médica ambulatoria de este establecimiento, consignar como residencia habitual el nombre del establecimiento

12. Pertenece o está asociado a

- Obra social
- Plan de salud privado o Mutual
- Plan o Seguro público
- Más de uno
- Ninguno

Consignar si el paciente está afiliado a alguna Obra social o asociado a algún Plan de salud privado o a alguna Mutual o cubierto por un Plan o Seguro público. En caso de estar cubierto por más de un sistema, marcar la alternativa "Más de uno". Se debe marcar una y sólo una de las respuestas posibles.

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

La *Obra social* es un sistema de atención de la salud caracterizado por la afiliación obligatoria de todas las personas que trabajan en relación de dependencia (por ejemplo: UOCRA, OSECAC, etc.; también son obras sociales PAMI, IOMA, PROFE).

El *Plan de Salud privado o Mutual* son sistemas de atención de la salud caracterizados por la adhesión o asociación voluntaria.

A los efectos de esta variable, los servicios privados de urgencias o emergencias médicas se consideran como “Plan de Salud privado o Mutual”.

El *Plan o Seguro público* es un sistema de cobertura organizado y financiado por el Estado Nacional y/o Provincial y/o Municipal para personas que no estén afiliadas a algún sistema de atención de la salud.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

13. Diagnóstico o motivo de consulta

Anotar el diagnóstico o el motivo de consulta (relacionado con la especialidad), entendiéndose por motivo de consulta la causa o razón por la cual una persona requiere atención médica ambulatoria; en caso de desconocerse ambos, registrar las investigaciones a realizarse.

Se registrarán también en este rubro los controles médicos. Ejemplo: seguimiento o control de una enfermedad de salud mental o cualquier otra causa de consulta sin patología, pero relacionada con salud mental.

Si hay más de un diagnóstico relacionado con la especialidad debe figurar en primer término el que el médico considere que ocasiona la consulta.

La columna diagnóstico o motivo de consulta **deber ser completada siempre por el médico**, con letra legible, sin siglas, a fin de poder asignar correctamente el código.

En atención programada si está registrado el nombre del paciente y este no concurre, se deberá tachar todo el renglón indicando esta situación con la palabra *ausente*.

Si se agregaran pacientes fuera de los citados, se deberá completar todas las variables requeridas en el Informe.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS - SALUD MENTAL

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la información a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección diaria. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que la recolección se realice en el consultorio. Los establecimientos que no tengan informatizado el procesamiento de estos datos, utilizarán del IECMA-SM. en soporte papel.

Se recomienda, en este caso, utilizar una hoja nueva al comenzar cada día. De no ser posible esto, trazar una línea al finalizar la última consulta del día y en la primera línea siguiente poner claramente la fecha que corresponde.

Estos datos son de registro diario e individual y consolidación diaria y mensual para uso del establecimiento y de la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud.

La información mínima **anual** a remitir al nivel nacional es el **total de consultas médicas ambulatorias por edad y sexo** consolidadas por mes y por establecimiento.

INFORMACION ESTADISTICA DE PRESTACIONES INDIVIDUALES - SALUD MENTAL.

La conducción técnica administrativa de un establecimiento de salud mental con internación requiere de un conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB) sobre prestaciones individuales.

Esta información es esencial para la gestión o el gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local, para la planificación jurisdiccional y nacional. Complementariamente es útil para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo de la atención.

Las prestaciones individuales, por sus características especiales, no deben ser incluidas entre las consultas médicas.

Es muy importante, sin embargo, para estos establecimientos registrar algunos datos sobre las mismas. Para ello se recomienda un conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB), los cuales serán completados en la unidad operativa donde se brinde la prestación, sea ésta ambulatoria, de internación, de guardia, de hospital de día u otra.

El **Informe Estadístico de Prestaciones Individuales de Salud Mental -IEPI-SM-** es el soporte (en papel o magnético) para la captación del conjunto mínimo de datos básicos de los pacientes que utilizan este tipo de prestaciones. Tiene por **objetivo** registrar algunas características de los pacientes, el tipo de prestación y el profesional interviniente.

El **hecho** que se mide es la atención individual por parte de un profesional en forma programada y periódica.

La **unidad de análisis** es la prestación individual, entendiéndose ésta como:

los servicios de salud recibidos por un paciente, durante un período de cuidado continuo relativo, de parte de uno o más miembros del equipo de salud mental, respecto a un problema o condición de salud mental.

La recolección de los datos en este informe exige coherencia con los referidos a identificación del paciente y tipo de prestación en la Historia clínica.

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

1. Identificación del establecimiento
2. Dependencia administrativa
3. Departamento de localización del establecimiento
4. Zona sanitaria
5. Fecha
6. Número de hoja
7. Unidad operativa
8. Tipo y número de documento
9. Apellido y nombre
10. Edad
11. Sexo
12. Paciente proveniente de
13. Profesionales intervinientes
14. Total de profesionales
15. Tipo de prestación
16. Tiempo insumido

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

2. Dependencia administrativa*

Se refiere a la institución que fundamentalmente es responsable de la administración del establecimiento, ya sea en forma directa o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

3. Departamento de localización del establecimiento*

Consignar el departamento o partido que corresponda a la localización del establecimiento.

4. Zona sanitaria*

Consignar la zona sanitaria a la que corresponde el establecimiento.

5. Fecha

Anotar día, mes y el año al que corresponden las prestaciones que se informan.

6. Número de hoja

Numerar las hojas utilizadas en el mes en forma correlativa.

7. Unidad operativa

Es el agrupamiento de actividades funcionalmente homogéneas o centradas en un mismo propósito o producto. Puede formar parte de un establecimiento

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

o constituir un establecimiento en sí mismo. Se compone de infraestructura física, instalaciones, equipamiento e instrumental, normas de organización y procedimientos y recursos humanos capacitados que ejecutan actividades programadas o no. En los establecimientos más complejos, las *Unidades Operativas* coinciden con los tradicionalmente denominados *Servicios*, ya sean finales, intermedios, de apoyo, de conducción, administración o asesoría letrada.

Consignar el código correspondiente a la Unidad Operativa.

8. Tipo y número de documento

Registrar el número de DNI/LC/LE.

En caso de presentar otro documento que contenga el número de DNI, consignar el DNI.

Colocar un guión si no es posible obtener el número de DNI/LC/LE.

9. Apellido y nombre

Consignar apellido y nombre del paciente. Si es mujer, consignar el apellido de soltera.

10. Edad

Consignar la edad en años cumplidos.

11. Sexo

- Masculino
- Femenino

12. Paciente proveniente de

Consignar en la columna que corresponde según el paciente provenga de: internación, consultorio externo, guardia, hospital de día, otro (hospital de noche, casa de medio camino, hostal, etc.)

13. Profesional interviniente

Marcar con una cruz en la columna que corresponda el o los profesionales que intervinieron en la prestación (médico, psicólogo, trabajador social, otro)

14. Total de profesionales

Consignar el total de profesionales que participaron en la práctica realizada a cada paciente.

15. Tipo de prestación

Anotar el nombre de la prestación tal como se la conoce. Ejemplo: psicoterapia individual, terapia ocupacional

16. Tiempo insumido

Consignar el tiempo que duró la prestación en minutos.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE PRESTACIONES INDIVIDUALES - SALUD MENTAL

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la información a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección diaria. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que la recolección se realice en el ámbito físico donde se brinda la prestación. Los establecimientos que no tengan informatizado el procesamiento de estos datos, utilizarán el IEPI-SM en soporte papel.

Se recomienda utilizar una hoja nueva al comenzar cada día. De no ser posible esto, trazar una línea al finalizar la última prestación del día y en la primera línea siguiente poner claramente la fecha que corresponda.

El IEPI-SM implica el registro individual de cada una de las prestaciones.

Estos datos son de registro diario (o con la periodicidad que funcione este sistema de prestaciones individuales) y de consolidación diaria (o periódica) y mensual para uso del establecimiento de salud.

El **período** y la **fecha de remisión** desde el nivel local a la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud deben ser convenidos entre las partes.

INFORMACION ESTADISTICA DE PRESTACIONES GRUPALES - SALUD MENTAL

La conducción técnica administrativa de un establecimiento de salud mental requiere de un conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB) sobre prestaciones grupales.

Esta información es esencial para la gestión o el gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local, para la planificación jurisdiccional y nacional. Complementariamente es útil para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo de la atención.

Las prestaciones grupales, por sus características especiales, no deben ser incluidas entre las consultas médicas, aun cuando participen en ellas profesionales médicos.

Es muy importante, sin embargo, para estos establecimientos registrar algunos datos sobre las mismas. Para ello se propone un conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB), los cuales serán completados en la unidad operativa donde se brinde la prestación, sea esta ambulatoria o de internación.

El **Informe Estadístico de Prestaciones Grupales – Salud Mental -IEPG-SM-** es el soporte (en papel o magnético) para la captación del CMDDB de los pacientes que utilizan este tipo de prestaciones. Tiene como **objetivo** registrar algunas características de los pacientes, el tipo de prestación y el profesional interviniente.

El **hecho** que se mide es la atención grupal por parte de un/os profesional/es en forma programada y periódica.

La **unidad de análisis** es la prestación grupal, entendiendo esta como:

los servicios de salud recibidos por un conjunto de participantes, durante un período de cuidado continuo relativo, de parte de uno o más miembros del equipo de salud mental, respecto a un problema o condición de salud mental.

La recolección de los datos en este informe exige coherencia con los referidos a tipo de prestación en la Historia clínica de cada paciente.

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

1. Identificación del establecimiento
2. Dependencia administrativa
3. Departamento de localización del establecimiento
4. Zona sanitaria
5. Fecha
6. Número de hoja
7. Unidad operativa
8. Fecha de realización de la prestación
9. Grupo
10. Número de participantes provenientes de
11. Total de participantes
12. Profesionales intervinientes
13. Total de profesionales
14. Tipo de prestación
15. Tiempo insumido

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

2. Dependencia administrativa *

Se refiere a la institución que fundamentalmente es responsable de la administración del establecimiento, ya sea en forma directa o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

3. Departamento de localización del establecimiento *

Consignar el departamento de localización del establecimiento que corresponda.

4. Zona sanitaria *

Consignar la zona sanitaria a la que corresponde el establecimiento.

5. Fecha

Anotar mes y año al que correspondan las prestaciones que se informan.

6. Número de hoja

Numerar las hojas utilizadas en el mes en forma correlativa.

7. Unidad operativa

Es el agrupamiento de actividades funcionalmente homogéneas o centradas en un mismo propósito o producto. Puede formar parte de un establecimiento

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

o constituir un establecimiento en sí mismo. Se compone de infraestructura física, instalaciones, equipamiento e instrumental, normas de organización y procedimientos y recursos humanos capacitados que ejecutan actividades programadas o no. En los establecimientos más complejos, las *Unidades Operativas* coinciden con los tradicionalmente denominados *Servicios*, ya sean finales, intermedios, de apoyo, de conducción, administración o asesoría letrada.

Consignar el código correspondiente a la Unidad Operativa.

8. Fecha de realización de la prestación

Consignar el día, al que corresponden las prácticas.

9. Grupo

Especificar a qué grupo corresponde la prestación que se brinda. Por ejemplo: grupo de autoayuda, grupo de recuperación de adicciones, grupo de familia, etc.

10. Número de participantes provenientes de

Consignar en la columna que corresponde según el participante provenga de: internación, consultorio externo, guardia, hospital de día, otro (hospital de noche, casa de medio camino, hostal, etc.)

11. Total de participantes

Consignar la cantidad de participantes de cada grupo.

12. Profesionales intervinientes

Consignar en la columna que corresponda el o los profesionales que intervinieron en la prestación (médico, psicólogo, trabajador social, otro)

13. Total de profesionales

Consignar el total de profesionales que participaron en la práctica realizada a cada grupo.

14. Tipo de prestación

Anotar el nombre de la prestación tal como se la conoce. Por ejemplo: psicoterapia grupal, terapia ocupacional, psicodrama, etc.

15. Tiempo insumido

Consignar el tiempo que duró la prestación, en minutos.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE PRESTACIONES GRUPALES - SALUD MENTAL

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la informática a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección diaria. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que la recolección se realice en el ámbito físico donde se brinda la prestación. Los establecimientos que no tengan informatizado el procesamiento de estos datos utilizarán el IEPG-SM en soporte papel.

Se recomienda utilizar una hoja nueva al comenzar cada día. De no ser posible esto, trazar una línea al finalizar la última prestación del día y en la primera línea siguiente poner claramente la fecha que corresponda.

El IEPG-SM implica para cada grupo el registro de cada una de las prestaciones grupales.

Estos datos son de registro diario (o con la periodicidad que funcione este sistema de prestaciones grupales) y de consolidación diaria (o periódica) y mensual para uso del establecimiento de salud.

El **período** y la **fecha de remisión** desde el nivel local a la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud deben ser convenidos entre las partes.

INFORMACION ESTADISTICA DE ENFERMEDADES SOBREAGREGADAS EN PACIENTES INTERNADOS - SALUD MENTAL

En los establecimientos de salud mental, los pacientes internados pueden presentar enfermedades sobreagregadas que aparecen durante la internación y que requieren ser tratadas en el establecimiento por otros recursos humanos que no son de salud mental. Interesa que estas afecciones sean conocidas por los diversos niveles en forma rápida a los fines epidemiológicos, administrativos y de costos. Para esto, es importante que la transmisión de esta información no se vea demorada hasta el egreso del paciente, el que puede ocurrir en una fecha muy alejada de la presentación de esa enfermedad. Por otra parte, estas afecciones pueden ser tratadas dentro o fuera del establecimiento. En este último caso la información se recogerá en el establecimiento que brinde la prestación.

En caso que el paciente sea trasladado para el tratamiento de la enfermedad sobreagregada a otro establecimiento, se lo consignará con **permiso de salida** en la unidad operativa de donde provenga.

El **Informe Estadístico de Enfermedades Sobreagregadas en Pacientes Internados -IEESPI-SM-** es el soporte (en papel o magnético) para la captación del CMDB sobre enfermedades sobreagregadas en pacientes internados. Tiene por **objetivo** registrar la identificación del médico tratante y del paciente, el número de historia clínica, la unidad de procedencia del paciente, características de la consulta (primera vez y ulterior) y el diagnóstico.

El **hecho** que se mide es la atención médica de un paciente internado por un problema de salud mental debido a una enfermedad sobreagregada, que **no es de esta especialidad** y que requiere ser tratado por otros recursos humanos que **no son de salud mental**.

La **unidad de análisis** es la consulta médica ambulatoria de un paciente internado en salud mental, debido a una enfermedad sobreagregada.

La recolección de datos en el IEESPI-SM exige coherencia con los referidos a identificación y diagnóstico del paciente en la Historia clínica.

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

1. Identificación del establecimiento
2. Dependencia administrativa
3. Departamento de localización del establecimiento
4. Zona sanitaria
5. Fecha
6. Número de hoja
7. Tipo y número de documento
8. Apellido y nombre
9. Edad
10. Sexo
11. Proveniente de la unidad operativa
12. Consulta de primera vez
13. Consulta ulterior
14. Diagnóstico

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

2. Dependencia administrativa*

Se refiere a la institución que fundamentalmente es responsable de la administración del establecimiento, ya sea en forma directa o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

3. Departamento de localización del establecimiento*

Consignar el departamento que corresponda a la localización del establecimiento.

4. Zona sanitaria*

Consignar la zona sanitaria a la que corresponde el establecimiento.

5. Fecha

Anotar el día, mes y año al que corresponden las consultas que se informan.

6. Número de hoja

Numerar las hojas utilizadas en el mes en forma correlativa.

7. Tipo y número de documento

Registrar el número de DNI/LC/LE.

En caso de presentar otro documento que contenga el número de DNI, consignar el DNI.

Colocar un guión si no es posible obtener el número de DNI/LC/LE.

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

8. Apellido y nombre

Consignar apellido y nombre del paciente. Si es mujer, consignar el apellido de soltera.

9. Edad

Consignar la edad en años cumplidos.

10. Sexo

■ Masculino

■ Femenino

11. Proveniente de la unidad operativa

Consignar el nombre de la unidad operativa de la que proviene el paciente.

12. Consulta de primera vez

Consignar si la consulta es de primera vez en el año por esa patología.

13. Consulta ulterior

Consignar si la consulta es ulterior, es decir, la que se brinda al paciente por la misma patología en el mismo año.

14. Diagnóstico

Consignar el diagnóstico de la enfermedad sobreagregada correspondiente.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADÍSTICO DE ENFERMEDADES SOBREAGREGADAS - SALUD MENTAL

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la información a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección diaria. El **soporte no es determinante**. Lo fundamental es que la recolección se realice en el consultorio. Los establecimientos que no tengan informatizado el procesamiento de estos datos, utilizarán el IEESPI-SM en soporte papel.

Se recomienda utilizar una hoja nueva al comenzar cada día. De no ser posible esto, trazar una línea al finalizar la última consulta del día y en la primera línea siguiente poner claramente la fecha que corresponde.

El IEESPI-SM implica el registro individual de cada consulta por una enfermedad sobreagregada.

Estos datos son de registro diario e individual y consolidación diaria y mensual para el uso del establecimiento de salud y de la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud.

La información mínima **anual** a remitir al nivel nacional es el **total de consultas médicas por enfermedades sobreagregadas por edad y sexo**, consolidadas por mes, y por establecimiento.

INFORMACION ESTADISTICA DE HOSPITAL DE DIA - SALUD MENTAL

El *Hospital de día* que se caracteriza a continuación, es una unidad operativa de un establecimiento de salud mental con internación. Proporciona tratamiento, durante la mayor parte o todo el día, a pacientes psiquiátricos que requieren una atención más amplia que la proporcionada por los servicios ambulatorios, pero que no necesitan hospitalización a tiempo completo. Requiere una programación de las prestaciones, que se efectúan por períodos determinados de concurrencia regular, prescriptas por el profesional tratante, con la interacción de diferentes profesionales del equipo de salud y con la utilización de unidades intermedias y de apoyo. Es decir, presupone programación, interdisciplina, permanencia y no la eventualidad.

El Hospital de día de salud mental brinda apoyo y orientación a pacientes recientemente egresados de servicios de internación; da también terapia estructurada a personas que no han sido hospitalizadas.

El Hospital de día presupone la disponibilidad de servicios intermedios y de apoyo, así como espacios adecuados para las plazas (sillones, camas, reposeras, camillas, sillas de rueda, etc.) y los locales correspondientes para el tratamiento de la patología específica (terapia ocupacional, gimnasio, comedor, etc.)

Con la inclusión de este tipo de servicios se refuerza la tendencia a desplazar las áreas de tratamiento hacia las de las relaciones interpersonales, limitando la idea de que los recursos psiquiátricos deben ser pensados en términos de cama. En efecto, el paciente de atención diurna es tratado, bajo supervisión médica, durante el día pero regresa a su casa cada noche.

El uso de este tipo de terapia forma parte de la serie de nuevos tratamientos psiquiátricos dentro de los programas de salud mental y depende del criterio prevalente en cada área, los recursos disponibles y su ubicación geográfica.

Los modelos de Hospital de día creados en los diferentes centros difieren entre sí. Pueden incluir tratamiento de farmacoterapia, psicoterapia individual o grupal, terapia ocupacional o recreativa o una combinación de éstos y otros tratamientos. Puede brindarse esta modalidad, por otra parte, en diferentes etapas dentro del ciclo de tratamiento de cada paciente.

En consecuencia, un paciente de cuidado diurno es

aquel que, para propósitos terapéuticos, usa o tiene disponibles todos los recursos del hospital excepto alojamiento nocturno. Puede llegar, por ejemplo, a las 9 de la mañana, tener una entrevista psiquiátrica de consultorio externo, ir al laboratorio para un test y a continuación participar de una reunión de terapia grupal.

En este servicio los pacientes **no** tienen una cama **reservada** y, por lo tanto, podría incluirse lógicamente dentro de una clasificación ambulatoria. Sin embargo, la tendencia es considerar el Hospital de día como una modalidad separada.

Para obtener información estadística de los pacientes, se recomienda considerar las variables utilizadas para la internación, en el soporte que se considere conveniente.

El **objetivo del Informe Estadístico de Hospital de Día -Salud Mental- IEHD-SM-** es obtener información acerca de plazas disponibles, su utilización y el movimiento de pacientes atendidos por esta modalidad.

La **unidad de análisis** es el egreso al tratamiento del Hospital de día, entendiéndose éste como:

la finalización de un período de tratamiento, sea por indicación médica, derivación a otro servicio o establecimiento, abandono del tratamiento, defunción u otras causas.

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

1. Identificación del establecimiento
2. Dependencia administrativa
3. Departamento de localización del establecimiento
4. Zona sanitaria
5. Fecha
6. Especialidad
7. Plazas disponibles
8. Apellido y nombre
9. Días
10. Totales
11. Tipo de egreso
12. Totales

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

2. Dependencia administrativa*

Se refiere a la institución que fundamentalmente es responsable de la administración del establecimiento, ya sea en forma directa o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

3. Departamento de localización del establecimiento*

Consignar el departamento que corresponda a la localización del establecimiento.

4. Zona sanitaria*

Consignar la zona sanitaria a la que corresponde el establecimiento.

5. Fecha

Anotar mes y año al que corresponden las prestaciones informadas por el Hospital de día.

6. Especialidad

Se consignar la especialidad correspondiente al Hospital de día de que se trate.

7. Plazas disponibles

Consignar el promedio mensual de plazas que podrían ser utilizadas en el servicio fijadas de acuerdo con sus recursos.

8. Apellido y nombre

Consignar apellido y nombre del paciente. Si es mujer, consignar el apellido de soltera.

9. Días

Marcar con la letra que corresponda (P=presente; A=ausente; I=ingreso; R=reingreso; E=egreso) cada uno de los días del mes y para cada paciente como figura en el informe estadístico. No deben quedar días en blanco. Por lo tanto, cuando no corresponda ninguna de las letras o códigos antes mencionados se trazar un guión.

10. Totales

Se colocar en la columna correspondiente el total de días en que cada paciente estuvo **presente** o **ausente**, asimismo los **ingresos**, **reingresos** y los **egresos**.

Ingreso al Hospital de día

Es la admisión de un paciente al Hospital de día. Todo ingreso implica la asignación de una plaza en el mismo y la confección de una documentación para la Historia clínica. Se clasifica en:

- **Ingreso -I-:** corresponden a esta categoría los ingresos de pacientes a quienes se asigna por primera vez una plaza en el servicio o que vuelven al mismo por otro problema de salud.
- **Reingreso -R-:** es el ingreso al servicio de un paciente admitido anteriormente que finaliza un período de tratamiento, cualquiera fuera la

causa e independientemente de la fecha de admisión.

Aunque es poco probable que se presente, puede ocurrir que un paciente tenga más de un ingreso en el mes.

Si se trata de un paciente que ingresa y egresa por una patología y vuelve a ingresar por otra patología u otro tipo de tratamiento se consignar como ingreso. De ser la misma patología o el mismo tratamiento, se considerará reingreso.

Egreso del Hospital de día

Se considera como tal, la finalización de un período de tratamiento, sea por indicación médica, derivación a otro servicio o establecimiento, abandono del tratamiento, defunción u otras causas.

11. Tipo de egreso

Los egresos se clasifican en:

- **Alta:** es toda finalización del tratamiento en el servicio, sea por haber completado el mismo o por ser derivado a otro servicio o establecimiento.
- **Retiro:** finalización del tratamiento por decisión del paciente.
- **Otro:** cualquier otra causa no incluida en las anteriores.

12. Totales

Consignar la suma por día de la cantidad de pacientes bajo esta modalidad. Se debe considerar a los pacientes presentes (P), ausentes (A), los ingresos (I), los reingresos (R) y los egresos (E) en cada día. También en los agregados correspondientes al ítem 10 y al ítem 11 se deberá consignar el total de cada columna.

También para el nivel local pueden ser de interés para el cálculo de los rendimientos del servicio, además de las plazas disponibles las siguientes variables.

Plazas ocupadas

Número de plazas con pacientes admitidos en el servicio y que se encuentran bajo tratamiento en un día determinado. Deben incluirse las asignadas a pacientes que, no habiendo concurrido ese día, se consideran aún en tratamiento en el servicio.

Paciente-día

Conjunto de servicios brindados a un paciente, dentro del horario de funcionamiento del Hospital de día, en un día de tratamiento.

Para el cálculo de paciente-día no se computarán las inasistencias de pacientes que teniendo fecha asignada, no concurren. En rigor, se trata de paciente-día neto, ya que no se incluye a los

* Lo recomendable es disponer de una base de datos referida a los establecimientos de salud, lo cual evitaría la incorporación de esta variable en este formulario.

que estando bajo esta modalidad, estuvieron ausentes.

Se computar n como inasistencias (ausente) los días en que los pacientes admitidos, a los que se considera ocupando una plaza, no concurran al servicio, cualquiera sea la causa.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESAMIENTO DEL INFORME ESTADISTICO DE HOSPITAL DE DIA - SALUD MENTAL

Se recomienda, en relaci n a la informaci n estadística de los pacientes, considerar las variables utilizadas para la internaci n, el tipo de tratamiento efectuado y la especialidad del Hospital de día, en el soporte que se considere pertinente (en papel o magn tico). El **soporte no es determinante**. Esta informaci n se completar al egreso del paciente del Hospital de día.

De acuerdo al modelo sugerido se recomienda el uso de las siglas ya mencionadas:

P: Presente
A: Ausente
I: Ingreso
R: Reingreso
E: Egreso
-: No corresponde

Al iniciar la planilla cada mes, se anotar n en primer t rmino todos los pacientes que est n en tratamiento, en segundo t rmino los que ingresan o reingresan en orden cronol gico, indicando en el casillero correspondiente con I (primera admisi n) y R (reingreso).

Esta informaci n es de registro diario (o con la periodicidad que funciona el Hospital de día) y consolidaci n diaria (o peri dica) y mensual para uso del establecimiento de salud. El **período y fecha de remisi n** desde el nivel local a la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud deben ser convenidos entre las partes.

ANEXO

GLOSARIO DE TERMINOS

INTRODUCCION

Se presentan en este capítulo una serie de definiciones y conceptos relacionados con los términos de uso más frecuente en los establecimientos de salud, con fines de producción de estadísticas.

Asimismo, se hace evidente la necesidad de homogeneizar términos de uso habitual en el sector Salud, que fueron asumiendo acepciones diferentes a las originales y otros términos que surgieron más recientemente acompañando las modificaciones introducidas en las modalidades de atención.

Las definiciones y términos del Glosario han tenido en cuenta los siguientes documentos:

- Documento conceptual del Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud de diciembre de 1996, denominado “Sistema de Información Estadística Permanente de Recursos y Servicios de Salud- Lineamientos Generales del Sistema: Definición de contenidos y selección de métodos de captación (versión mimeografiada)-Documento interno de trabajo”.
- Términos Comunes en los Servicios de Salud del Mercosur (Documento interno del Grupo de Trabajo de Salud del Mercosur- SGT 11-).
- Glosario de Términos Hospitalarios de la American Association of Medical Record Librarians, traducido al español por la Organización Panamericana de la Salud.
- Manuales de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión.
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión -CIE-10-.
- Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria -CEPS-AP-.
- Australian Classification of Health Interventions – Adapted for International Use -ACHI-I-.

La estructura del Glosario consta de dos partes: **Glosario de términos generales** y **Glosario de términos estadísticos seleccionados**. En ambos casos se circunscriben a los términos que figuran en el documento y se presentan por orden alfabético.

GLOSARIO DE TERMINOS GENERALES

A

- **Area:** espacio limitado para llevar a cabo una actividad determinada.
- **Area de actividad:** grupo de funciones especializadas con objetivos comunes, necesidad de técnicas comunes, usualmente dirigida por un profesional experto, que se desarrollan en un determinado espacio (por ejemplo: área de admisión, área de internación, área de imágenes, área central de estadística, etc.)
- **Atención Primaria de Salud:** es la estrategia de extensión de cobertura con fortalecimiento del primer nivel de atención, que permite el uso más apropiado y equitativo de los recursos disponibles para mejorar la salud, como parte de una estrategia socio-política y de desarrollo, que abarca a la sociedad entera. Aunque se destaca la importancia del primer nivel de atención, en un sistema de atención primaria de salud, deben estar también disponibles los niveles secundario y terciario para el envío de casos, dotados según las necesidades. Es decir, comprende un sistema de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles. Se basa en los siguientes principios: equidad, disponibilidad universal de servicios básicos, reconocimiento del carácter multisectorial de los determinantes de la salud y la enfermedad; participación comunitaria; y fomento de la salud y el bienestar por contraposición a la prevención y el control de enfermedades únicamente. Constituye un sistema de atención integral de la salud de la población (Ver Primer nivel de atención).
- **Atérmino:** de 37 a menos de 42 semanas completas de gestación.

C

- **Cama de establecimiento de salud:** es la instalada para el uso regular de los pacientes hospitalizados. No alude únicamente a su aspecto y características físicas; connota a una unidad que engloba a los equipos, personal y espacio necesario para habilitarla y mantenerla en operación.
- **Camas de dotación:** es el número de camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, destinadas a la internación de pacientes, que funcionan regularmente en períodos de actividad normal. Las camas de dotación deben actualizarse periódicamente en lapsos no menores de un año. En los hospitales oficiales, la dotación de camas será propuesta por el director del establecimiento para su aprobación por el organismo del cual depende

(nacional, provincial, municipal). La dotación de camas no está afectada por fluctuaciones temporarias, es decir, camas que se agregan o clausuran por períodos cortos de tiempo.

- **Camas disponibles:** son aquellas realmente instaladas en el establecimiento, en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas.

Las incubadoras, las camas oscilantes y los pulmotores (si los hubiera), se contarán como camas disponibles cuando se encuentren instalados regularmente en un servicio especializado (que no tengan una cama o cuna reservada). En caso contrario solamente se contarán como camas disponibles cuando se encuentren ocupadas y el paciente no tenga una cama reservada en el sector correspondiente.

Las camas de guardia se contabilizarán como disponibles solo en el caso que la Guardia tenga un sector de internación.

No se contabilizará como cama disponible la cuna del recién nacido sano.

Si se instala una camilla en un servicio de internación, por falta de camas o por situación de emergencia, mientras está ocupada se contará como cama disponible.

El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a:

- que se agreguen camas por demanda estacional, emergencias, etc;
- que se retiren camas para reparación, desinfección, clausura temporaria del servicio, etc.

- **Causa externa de traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos:** se refiere a los acontecimientos ambientales y circunstancias que pueden causar traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos.

- **Condición al nacer:** hace referencia a si el producto de la concepción es un nacido vivo o una defunción fetal.

- **Consulta médica ambulatoria:** atención brindada a un paciente ambulatorio, por un profesional médico, en un consultorio externo o en una unidad de emergencia para paciente externo. Incluye las atenciones a consultantes sanos. Si varios médicos examinan en un mismo momento a un paciente, este recibe una sola consulta.

- **Consulta médica ambulatoria (para establecimientos de Salud Mental):** atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio o internado en el establecimiento, en un consultorio externo o en una unidad de emergencia para paciente externo. Incluye las atenciones a consultantes sanos.

Si varios médicos examinan en un mismo momento a un paciente, este recibe una sola consulta.

- **Cuidados progresivos:** es una forma de organización de la internación según el estado del paciente que requiere de diferentes cuidados: intensivos, intermedios y autocuidados. Puede ser para la totalidad de la internación o para una parte de la misma, (por ejemplo: algunos grupos etéreos).

D

- **Defunción hospitalaria:** desaparición permanente de todo signo de vida, en cualquier momento posterior al nacimiento, sin cualquier posibilidad de resurrección, en un paciente internado. Para los establecimientos de salud con internación, no se consideran egreso ni generan Informe Estadístico de Hospitalización, las muertes ocurridas en el trayecto al establecimiento, en el consultorio externo o de guardia (salvo que tenga internación y haya ocupado una cama en el establecimiento). Tampoco se consideran egreso las defunciones fetales.

- **Defunción fetal:** es la muerte de un producto de la concepción, antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los miembros voluntarios.

Nota: observar que de acuerdo con esta definición, todo producto de la concepción que al ser separado de la madre no presenta signos de vida es una defunción fetal. Los abortos también son defunciones fetales.

- **Dependencia administrativa:** se refiere a la institución que, fundamentalmente, es responsable de la administración y funcionamiento de un establecimiento, ya sea en forma directa, o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

- **Diagnóstico:** es el proceso de estudiar síntomas, recabar y analizar datos, realizar experimentos para comprobar teorías y establecer relaciones entre causas y efectos. Término aceptable desde el punto de vista científico o médico que se asigna a un conjunto de síntomas (alteraciones de una función o sensaciones percibidas por el paciente), signos (trastornos que el médico u otro individuo puede detectar) y resultados (detectados en el laboratorio, mediante radiografías u otros procedimientos de diagnóstico) o respuestas a un tratamiento. Es la palabra o frase utilizada por un médico para identificar una enfermedad que padece un paciente o la afección por la cual el paciente requiere, busca o recibe atención médica. Comprende las enfermedades, traumatismos y

otros problemas vistos en las unidades de internación o de atención ambulatoria de un establecimiento de salud.

Recibe otra acepción como **modalidad de atención** (Ver Modalidad de atención: Diagnóstico).

- **Diagnóstico de ingreso a la internación domiciliar programada:** afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud en el establecimiento de origen, como la causante de la necesidad de internación domiciliar programada. Esta afección puede coincidir o no con el diagnóstico principal al egreso de la internación institucional.
- **Diagnóstico presuntivo al ingreso (para establecimientos de Salud Mental):** es aquel por el cual se emite orden de internación.
- **Diagnóstico principal al egreso:** afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico debe seleccionarse como afección principal, el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante (CIE-10-, Vol.2, p. 97).

E

- **Edad:** es el intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el hecho, expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, o sea, años para los adultos y niños; y meses, días, horas o minutos de vida, la unidad que sea más adecuada, para los niños menores de un año.
- **Edad gestacional:** la duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. Se expresa en semanas completas.
- **Egreso:** es la salida del establecimiento de un paciente internado. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente u otro.
 - **Alta médica:** acto médico que determina la finalización de la modalidad de asistencia que venía siendo prestada al paciente hasta el momento, por cura, mejoría o inalteración de su estado.
 - **Traslado a otro establecimiento:** transferencia de un paciente internado a otro establecimiento de salud, al momento del egreso.
 - **Defunción:** desaparición permanente de todo signo de vida, en cualquier momento posterior al nacimiento, sin cualquier posibilidad de resurrección. No se consideran egresos ni generan el Informe Estadístico de Hospitalización, las muertes ocurridas en el trayecto al establecimiento, en el consultorio externo o en guardia (salvo que tenga internación y haya ocupado una cama en el establecimiento).
- **Egreso (para establecimientos de Salud Mental):** es la salida del establecimiento de un paciente internado que puede darse por alta médica definitiva, alta médica transitoria, orden judicial, fuga, retiro voluntario, traslado a otro establecimiento, defunción o por otro tipo de egreso.
 - **Alta médica definitiva:** es el egreso por autorización médica, de un paciente internado, que implica la finalización del tratamiento de internación, sin indicación de reingreso por el mismo proceso o episodio.
 - **Alta médica transitoria:** es el egreso por autorización médica, de un paciente internado, que implica la finalización de una etapa del tratamiento de internación con indicación de reinternación dentro de un período determinado, mayor a 14 días, para continuar con el tratamiento por el mismo proceso (Ver Permiso de salida).
 - **Orden Judicial:** es el egreso de un paciente del establecimiento por disposición judicial, sea con indicación médica o sin ella.
 - **Fuga:** es el egreso del establecimiento de un paciente sin alta médica y sin conocimiento de las autoridades del mismo.
 - **Retiro voluntario:** es el egreso del establecimiento de un paciente sin alta médica, pero con conocimiento de las autoridades del mismo.
 - **Traslado a otro establecimiento:** es la derivación de un paciente por parte del establecimiento de salud a otro establecimiento para continuar con el tratamiento de internación. No se consideran traslado a otro establecimiento cuando se realice por voluntad del paciente o familiar.
 - **Defunción:** desaparición permanente de todo signo de vida, en cualquier momento posterior al nacimiento, sin cualquier posibilidad de resurrección. No se consideran egresos ni generan Informe Estadístico de Hospitalización - Salud Mental las muertes ocurridas en el trayecto al establecimiento, en el consultorio externo o en guardia (salvo que tenga internación y haya ocupado una cama en el establecimiento).
 - **Otro:** cualquier circunstancia no contemplada en las categorías anteriores.
- **Egreso de hospital de día:** es la finalización de un período de tratamiento, sea por indicación médica, derivación a otro servicio o establecimiento, abandono del tratamiento, defunción u otras causas.
 - **Alta:** es toda finalización del tratamiento en el servicio, sea por haber completado el mismo o

- por ser derivado a otro servicio o establecimiento.
- **Retiro:** es la finalización del tratamiento por decisión del paciente.
- **Otro:** Cualquier circunstancia no contemplada en las categorías anteriores.
- **Egreso de internación domiciliaria programada:** es la culminación de la atención del paciente bajo esta forma y puede darse por: alta médica, defunción, reinternación en un establecimiento de salud u otro.
 - **Alta Médica:** acto médico que determina la finalización de la asistencia que venía siendo prestada en su domicilio hasta el momento por cura, mejoría, o inalteración de su estado.
 - **Defunción:** desaparición permanente de todo signo de vida, en cualquier momento posterior al nacimiento, sin cualquier posibilidad de resurrección.
 - **Reinternación en establecimiento de salud:** hace referencia a la internación en el mismo establecimiento o en otro.
 - **Otro:** cualquier otra situación no contemplada en las categorías anteriores.
- **Egreso de paciente fallecido:** es la finalización del período de internación por fallecimiento del paciente. No se considera egreso de paciente fallecido cuando la defunción ocurre en el trayecto al establecimiento, en el consultorio externo o de guardia (salvo que tenga internación y haya ocupado una cama). Tampoco se incluyen como egresos de paciente fallecido, las defunciones fetales.
- **Egreso de paciente vivo:** es la finalización del período de internación, puede darse por cura, mejoría o inalteración de su estado. Puede ser por alta médica, traslado a otro establecimiento, retiro voluntario, y cualquier otra situación que no sea defunción.
- **Enfermedad sobregada (para establecimientos de Salud Mental):** aquellas que aparecen durante la internación y requieren ser tratadas por otros profesionales del establecimiento que no son de salud mental.
- **Equipamiento en uso:** se refiere a cada elemento que se encuentre en condiciones de funcionamiento al momento del relevamiento.
- **Especialidad:** es una profundización de un área del conocimiento de la carrera de grado, cuya complejidad excede el ámbito y posibilidades del profesional que egresa, y requiere una capacitación científica, tecnológica y bioética especial.
- **Establecimiento:** es toda unidad que se dedica, bajo un solo control, o sea bajo una sola entidad jurídica, a alguna de las diversas actividades primarias, industriales o de servicios, en una sola ubicación física (domicilio).
- **Establecimiento de salud:** es la organización de una o más acciones de promoción, prevención, diagnóstico,

co, tratamiento y rehabilitación destinadas a la atención de la salud, en una sola ubicación física (domicilio). Actúa a través de las siguientes modalidades: Atención ambulatoria, Internación, Atención domiciliaria programada, Hospital de día, Diagnóstico, Tratamiento, Medicina preventiva, Emergencias y traslados. Cada una de estas modalidades puede prestarse en forma exclusiva, o bien puede estar integrada a una institución de salud en la que se brindan una, varias o todas de las citadas modalidades.

- **Establecimiento de salud especializado:** es el establecimiento que brinda servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen de una enfermedad específica, o afección de un aparato o sistema, o pertenecen a un determinado grupo etéreo.

F

- **Forma de terminación del parto:** hace referencia a si la terminación del parto es por vía vaginal o por cesárea.

G

- **Grupo relacionado de diagnósticos -GRD-:** clasifica los episodios de internación según el consumo de recursos y de la carga en el manejo de los pacientes. Se espera que los pacientes de cada clase consuman una cantidad similar de recursos. Cada GRD debe estar formado por pacientes similares desde el punto de vista clínico. Es un sistema de clasificación de pacientes en grupos que poseen características similares. Se utiliza como un mecanismo de pago *prospectivo* para pacientes internados. El sistema clasificatorio por GRD ubica las enfermedades dentro de grupos de enfermedades y tratamientos relacionados. Tienden a consumir similares recursos de atención de la salud y contraen montos similares de costo. Los GRD se utilizan para determinar los reembolsos de pacientes internados con cobertura de salud, para la elaboración y evaluación de la ejecución presupuestaria, para la evaluación de la calidad de la atención, etc. Es un método de **"case mix"**; expresa la producción en categorías de pacientes similares, tratados durante un período de internación. Proporciona el perfil de los pacientes, en términos de gravedad, comorbilidad e intensidad de cuidados. Es una distribución estadística de pacientes según su uso de los recursos.

- **Guardia:** es la unidad operativa dedicada a la atención de urgencia y primeros auxilios durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

H

- **Hogar de ancianos:** es todo establecimiento con capacidad mayor a cinco residentes (persona alojada), que brinda alojamiento, permanente y/o transi-

torio, procurando su bienestar físico, psíquico y social a través de recursos humanos capacitados para la atención de los ancianos. No constituye un establecimiento de salud.

I

- **Ingreso:** es la aceptación formal de un paciente por el establecimiento asistencial para su atención médica. El ingreso siempre implica la ocupación de una cama y el mantenimiento de una Historia clínica para el paciente.
- **Ingreso a hospital de día:** es la admisión de un paciente al Hospital de día. Todo Ingreso implica la asignación de una plaza en el mismo y la confección de una documentación para la Historia clínica.
- **Internación indiferenciada:** es una forma de organización de la internación que no se basa en el estado del paciente, la especialidad y/o la edad.

M

- **Modalidad de atención:** se entiende por Modalidad la/s forma/s en que se concreta el cuidado y la atención para desarrollar las actividades dirigidas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y/o la prevención de la enfermedad. Cada una de estas formas da lugar a una determinada organización de los recursos.
 - *Atención ambulatoria:* es la modalidad de atención a pacientes externos, es decir no hospitalizados. Esta forma se organiza en torno a la consulta.
 - *Internación:* es la modalidad de atención que involucra instalaciones permanentes que incluyen camas, atención profesional constante, cuidados continuos de enfermería; y unidades para proporcionar diagnóstico y tratamiento a los asistidos. Esta forma se organiza en torno al egreso.
 - *Cuidados progresivos* es una forma de organización de la internación según el estado del paciente que requiere de diferentes cuidados: intensivos, intermedios y autocuidados. Puede ser para la totalidad de la internación o para una parte de la misma, (por ejemplo: algunos grupos etéreos).
 - *Internación indiferenciada* es una forma de organización de la internación que no se basa en el estado del paciente, la especialidad y/o la edad.
 - *Atención domiciliaria programada:* es la organización y ejecución de visitas domiciliarias que no se realizan a solicitud del paciente ni por problemas de urgencia, sino que se llevan a cabo por

iniciativa del establecimiento en forma programada.

Persigue dos objetivos fundamentales:

- atención de pacientes que en algún momento fueron asistidos en el establecimiento, y en los que dicha atención se prolonga hasta el domicilio, ya sea para su control, recuperación y/o rehabilitación.
- atención de la población con el objeto de realizar acciones de prevención.

Entre los tipos de **atención domiciliaria programada**, se ubica la *internación domiciliaria programada* que es la atención de pacientes, que estando internados en el establecimiento, la unidad de atención domiciliaria programada decide que dicha internación se prolongue en el domicilio, ya sea para su control, recuperación y/o rehabilitación.

- *Hospital de día:* es la modalidad de atención a pacientes que requieren prestaciones programadas por períodos determinados de concurrencia regular, prescriptas por el profesional tratante, que se desarrolla durante parte del día, con la interacción de distintas disciplinas y la utilización de unidades intermedias y de apoyo. Es decir, presupone programación, interdisciplina, permanencia y no la eventualidad. Brinda tratamiento durante el día (menos de 12 horas) a personas que requieren una atención más compleja que la ambulatoria pero que no necesitan hospitalización a tiempo completo.
- *Diagnóstico:* es la modalidad consistente en la realización de prácticas prescriptas por el médico tratante, con la finalidad de llegar a un diagnóstico, evaluar un tratamiento o controlar una evolución. Estas técnicas implican mediciones e imágenes del cuerpo y análisis sobre muestras de sangre, orina, tejidos y otros elementos orgánicos, así como la interpretación de los mismos, a través de informes elaborados por profesionales especializados.
- *Tratamiento:* es la modalidad en la cual se resuelven problemas de salud de los pacientes por medio de métodos terapéuticos. Comprende entre otros: rehabilitación, procedimientos dialíticos, medicina transfusional, terapia radiante, aplicación de citostáticos, psicoterapia, etc. No se incluyen dentro de esta modalidad, los tratamientos quirúrgicos ligados a la internación.
- *Medicina preventiva:* es la modalidad en la cual se realizan en forma regular acciones sobre la población y el medio. Las primeras comprenden inmunizaciones, campañas educativas, captación de nuevos enfermos y control de sanos. Las segundas incluyen las actividades de saneamiento ambiental.
- *Emergencias y traslados:* es la modalidad en la cual la

atención se organiza para resolver “in situ” problemas de salud de pacientes en estado potencial de riesgo, poniéndose en marcha a partir de una demanda efectuada a distancia. Supone la existencia de una **base** en la cual se centralizan las demandas y se dispone la concurrencia, en el tiempo previsto, al lugar donde se encuentra el paciente (domicilio o vía pública) de personal especializado, en **unidades móviles** con complejidad adecuada para resolver el problema o bien para desplazar al paciente a una institución que posea los recursos necesarios para hacerlo.

- **Morbilidad** : hace referencia al estado, condición de enfermedad, daño o discapacidad en una población.
- **Motivo de consulta**: es la causa o razón por la cual una persona requiere atención médica ambulatoria.

N

- **Nacido vivo**: es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción, que después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, tal como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los miembros de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.
- **Nivel de instrucción**: es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario y superior o universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica y Polimodal).

O

- **Ocupación habitual**: se refiere al oficio o trabajo desempeñado principalmente.
- **Orden de internación emitida por (para establecimientos de Salud Mental)**: es un documento extendido por quien primariamente ordena la internación, independientemente del sector asistencial o administrativo que lo autoriza (Consultorio externo, Traslado de otro establecimiento, Orden judicial, Guardia, Otro). Se entiende por “Orden judicial” la disposición documentada emitida por autoridad judicial.
- **Otras circunstancias que prolongan la internación**: hace referencia a aquellos casos que pese a tener alta médica, no producen egreso definitivo por causas de otra índole (social, judicial o de condición relacionada con las mismas).
- **Otros diagnósticos**: todas las afecciones que coe-

xisten en el momento de la admisión, que se desarrollan posteriormente o que afectan el tratamiento recibido y/o la internación. Se excluyen los diagnósticos que se relacionan con un episodio anterior y que no tienen ninguna relación con la actual internación.

- **Otros diagnósticos (para establecimientos de Salud Mental)**: son los diagnósticos concomitantes **relacionados** con la especialidad del establecimiento. **No** se consideran en este rubro los diagnósticos de enfermedades sobreagregadas ocurridas durante el período de internación, no relacionadas con el diagnóstico principal.

P

- **Paciente ambulatorio**: paciente admitido en las unidades del establecimiento sobre una base ambulatoria y/o de emergencia para el diagnóstico y/o tratamiento de una afección que requiere servicios de atención de la salud.
- **Paciente de establecimiento de salud**: persona que concurre a un establecimiento de salud, asistencial o preventivo, y que solicita atención profesional o de los servicios de diagnóstico y/o tratamiento.
- **Paciente internado**: paciente que ocupa una cama mientras recibe atención en el establecimiento de salud.
- **Paridad**: se refiere al número total de nacimientos (vaginales o por cesárea) vivos o muertos que una mujer ha tenido anteriores al presente embarazo. Quienes tuvieron un embarazo triple anterior al presente egreso, tuvieron tres nacimientos y se considera paridad 03. Se debe diferenciar paridad de gestación que es el número total de embarazos (e incluye al presente). En el caso anterior, se trataría de paridad 03 y gestación 02. En el caso de un egreso por parto de una mujer que no ha tenido embarazos anteriores, y en consecuencia, ni nacimientos vivos ni muertos, la paridad es 0 y la gestación es 01.
- **Parto vaginal**: es el proceso (o secuencia de eventos) por el que el producto de la concepción hace su camino desde el útero a través del canal del parto hasta el exterior. Incluye contracciones uterinas, borramiento y dilatación cervical (cuello uterino) y el intento de expulsar el producto fuera de la vagina. Culmina con el *nacimiento*.

- **Nacimiento**: expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo (edad gestacional), de un producto de la concepción (Ver Nacido Vivo). Puede ser:
 - **Natural**: por expulsión espontánea
 - **Instrumental** por fórceps o vacío
 - **Por maniobras**.

- **Parto por cesárea o cesárea:** es el procedimiento obstétrico que incluye el nacimiento del producto de la gestación a través de una incisión abdominal.
- **Pase:** es la transferencia de un paciente internado de una unidad operativa a otra, dentro de un mismo establecimiento asistencial. Constituye un movimiento interno y no debe contarse como ingreso o egreso del establecimiento.
- **Permiso de salida (para establecimientos de Salud Mental):** es la autorización que se concede a un paciente internado, cuya cama se reserva, para retirarse del establecimiento por un período breve con la condición de retornar para la continuación del tratamiento.
- **Pertenece o está asociado a:** se refiere al sistema de atención de la salud al que se haya afiliado el paciente.
La *Obra social* es un sistema de atención de la salud caracterizado por la afiliación obligatoria de todas las personas que trabajan en relación de dependencia.
El *Plan de salud privado o Mutual* son sistemas de atención de la salud caracterizados por la adhesión o asociación voluntaria.
El *Plan o Seguro público* es un sistema de cobertura organizado y financiado por el Estado Nacional y/o Provincial y/o Municipal para personas que no están afiliadas a algún sistema de atención de la salud.
- **Peso al nacer:** es la primera medición del peso del feto o del recién nacido hecha después del nacimiento. Para los nacidos vivos, el peso al nacer debe ser medido preferentemente dentro de la primera hora de vida, antes de que ocurra cualquier pérdida significativa de peso.
- **Plazas de establecimiento de salud:** son los recursos destinados al cuidado y la atención de la salud, que al momento de ser utilizados comprometen recursos físicos, humanos, instrumental e insumos y están en condiciones de producir egresos (camas disponibles), consultas (sillones odontológicos), prácticas terapéuticas (sillones y camas de cirugía ambulatoria y diálisis). También pueden alojar recién nacidos sanos (cunas) y pacientes para observación (camas de guardia o del primer nivel de atención sin internación). Este concepto no modifica la definición de camas disponibles.
- **Plazas disponibles de hospital de día:** número de plazas que podrían ser utilizadas en el servicio, fijadas de acuerdo con sus recursos.
- **Plazas ocupadas de hospital de día:** número de plazas con pacientes admitidos en el servicio y que se encuentran bajo tratamiento en un día determinado. Deben incluirse las asignadas a pacientes que, no habiendo concurrido ese día, se consideran aún en tratamiento en el servicio.
- **Postparto:** 42 semanas completas o más de gestación.
- **Práctica de imágenes:** un conjunto de acciones tales como estudios simples, complejos e intervencionistas, así como la interpretación de los mismos para la elaboración del diagnóstico. La *práctica* es la unidad de *prestación* y esta última es el servicio completo que se le brinda al paciente, que incluye desde la recepción de la orden médica, hasta la entrega del informe.
- **Práctica de laboratorio de análisis clínicos:** un conjunto de acciones de las etapas *pre-analíticas, analíticas y post-analíticas*. La *práctica* es la unidad de *prestación* y esta última es el servicio completo que se le brinda al paciente, que incluye desde la recepción de la orden médica, hasta la entrega del informe. La determinación es la unidad de la *práctica*.
- **Prestación:** es el servicio completo que se le brinda al paciente, desde su admisión en la unidad operativa que corresponde, hasta la entrega del informe.
- **Prestación grupal en salud mental:** son los servicios de salud recibidos por un conjunto de participantes, durante un período de cuidado continuo relativo, de parte de uno o más miembros del equipo de salud mental, respecto a un problema o condición de salud mental.
- **Prestación individual en salud mental:** son los servicios de salud recibidos por un paciente, durante un período de cuidado continuo relativo, de parte de uno o más miembros del equipo de salud mental, respecto a un problema o condición de salud mental.
- **Prestación odontológica:** se refiere a la protección de la salud bucodental, la prevención y el tratamiento de las enfermedades que la afectan y la rehabilitación. Incluye fichado, diagnóstico, plan de tratamiento y su ejecución. Puede incluir o no estudios complementarios.
- **Preparto:** menos de 37 semanas completas de gestación.
- **Prevención:** conjunto de medidas para impedir efectos adversos en la salud.
- **Primer nivel de atención:** servicios de atención médica de primer contacto prestados generalmente en forma ambulatoria; debería constituir el primer contacto de la población con el sistema de salud, para resolver problemas que requieren tecnología simple. No confundir con la atención primaria de la salud (Ver Atención primaria de salud).
- **Procedimientos quirúrgicos y obstétricos:** cualquier manipulación individual, separada y sistemática, sobre o dentro del cuerpo, que puede ser completa en sí, normalmente realizada por un médico u otro

profesional de la salud diplomado, sin o con instrumentos, para restaurar partes del cuerpo desgarradas o deficientes, para extirpar tejidos enfermos o lesionados, para extraer cuerpos extraños, para asistir en partos, o para facilitar el diagnóstico y que deben ser realizadas en quirófano o sala de partos o sala de procedimientos o que requieran la administración de anestesia general aunque se realicen fuera de los locales mencionados.

- **Procedimientos quirúrgicos vinculados con el diagnóstico principal (para establecimientos de Salud Mental):** se refiere a las operaciones que guarden relación con el diagnóstico por el cual el paciente está siendo tratado durante el período de internación que se informa y que deben ser realizadas en quirófano o sala de procedimientos o que requieran la administración de anestesia general, aunque se realicen fuera de los locales mencionados. No incluye las operaciones derivadas de *enfermedades sobreagregadas*.

- **Producción:** es un proceso que convierte los recursos de una organización (humanos, de capital, materiales y tecnológicos) en productos y/o servicios.

- **Productos en salud:** son las soluciones terapéuticas y otras acciones que un establecimiento de salud está dispuesto a ofrecer dentro de un entorno que los requiere (por ejemplo: prestaciones, consultas, prácticas, etc.).

R

- **Recursos:** medios disponibles para realizar una acción. Pueden clasificarse en: recursos humanos, materiales, financieros, tecnológicos, de tiempo, etc.

- **Recursos Humanos:** se hace referencia al **cargo ocupado**, independientemente de la forma de remuneración (becados, pasantes, contratados, ad honorem). Deber tenerse en cuenta la **función real desempeñada**, para ubicar al recurso humano en su categoría.

- **Profesionales:** se refiere al personal graduado en carreras cursadas en universidades nacionales, provinciales o privadas, o en universidades extranjeras habiendo revalidado el título conforme a las reglas vigentes.

- **Técnicos:** se refiere al personal que posee el correspondiente título habilitante de escuelas oficiales o privadas. Ejemplo: Técnico/a en radiología, Asistente dental, Instrumentador/a, Enfermero/a, etc. Enfermero/a profesional es el personal formado en escuelas de enfermería, oficiales o privadas, con plan de estudio mínimo de tres años.

- **Auxiliares:** se refiere al personal que cumple funciones técnicas y que posee capacitación específica debidamente certificada. Ejemplo: Auxiliar de enfermería, de Esterilización, Agente sanitario, etc.

- **Otros recursos humanos:** se refiere al personal que desarrolla funciones administrativas, de servicios

generales y de mantenimiento y otras no descriptas anteriormente. Ejemplo: empleada administrativa, chofer, personal de limpieza, clínic, rigo, maestra, etc.

- **Recursos materiales:** son todos aquellos medios físicos que se disponen para atender personas sanas y enfermas, a saber: establecimientos de salud, aparatos de rayos, sillones de odontología, mesas quirúrgicas, insumos en general, etc.

- **Rehabilitación:** conjunto de medidas para la atención de pacientes con el fin de recuperar funciones físicas o psíquicas perdidas o disminuidas por alguna afección.

- **Reingreso:** es el ingreso al servicio de un paciente admitido anteriormente que finaliza un período de tratamiento, cualquiera fuera la causa e independientemente de la fecha de admisión.

- **Residencia habitual:** es la localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona de que se trate. Este no necesita ser el mismo lugar en que aquella persona se encontraba en el momento en que ocurrió el hecho. También puede diferenciarse de su residencia legal.

S

- **Situación de pareja (para establecimientos de Salud Mental):** se refiere a la convivencia en pareja ya sea por unión legal o unión de hecho.

- **Situación laboral:** se refiere a la situación en que se encuentran las personas con respecto a su participación o no en la actividad económica.

- **Trabaja o está de licencia:** si realiza cualquier tarea paga en dinero o en especie (inclusive "changas") o si no trabaja por hallarse de licencia por maternidad, vacaciones o enfermedad u otra razón circunstancial (huelga, suspensión, etc.).

- **No trabaja:** en este caso es importante registrar si busca o no trabajo.

- **Busca trabajo:** si estuvo preguntando en los lugares de trabajo o respondió o publicó avisos en busca de trabajo.

- **No busca trabajo:** cuando no se moviliza en la búsqueda de trabajo.

T

- **Tipo de establecimiento:**

- **Medicina general:** es el establecimiento asistido por uno o más profesionales, que atienden pacientes de todas las patologías, sin tener especialidad determinada. Estos establecimientos pueden ser ambulatorios o con internación, y son habitualmente de bajo nivel de resolución. Puede admitir la existencia de algunas especialidades siempre que no superen lo exigido como mínimo en la defini-

ción de establecimiento General

- **General:** es el establecimiento que brinda servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen o son sospechosas de padecer enfermedades, pudiendo tener o no internación, y debiendo contar como mínimo con tres especialidades de las básicas (clínica médica, clínica quirúrgica, pediatría, obstetricia). No necesariamente provee todos los servicios de atención médica en todas las especialidades y a todas las edades.
- **Especializada** es el establecimiento que brinda servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen una enfermedad específica, o afección de un aparato o sistema, o pertenecen a un determinado grupo etario.

● **Tipo de parto:** puede ser simple o múltiple.

- **Simple:** cuando nace un único producto de la gestación (vivo o muerto).
- **Múltiple:** cuando nacen dos o más productos de la gestación (vivos o muertos).

U

- **Unidad Operativa:** es el agrupamiento de actividades funcionalmente homogéneas o centradas en un mismo propósito o producto. Puede formar parte de un establecimiento o constituir un establecimiento en sí mismo. Se compone de infraestructura física, instalaciones, equipamiento e instrumental, normas de organización y procedimientos y recursos humanos capacitados que ejecutan actividades programadas o no. En los establecimientos más complejos, las *Unidades Operativas* coinciden con los tradicionalmente denominados *Servicios*, ya sean finales, intermedios, de apoyo, de conducción, administración o asesoría letrada. Las Unidades Operativas pueden estar organizadas de manera centralizada o descentralizada tanto en los aspectos administrativos como en los espaciales.

- **Centralización administrativa:** cuando las actividades específicas a que se hace referencia se desarrollan respondiendo a una conducción única.
- **Descentralización administrativa:** cuando las actividades específicas a que se hace referencia se desarrollan respondiendo a distintas conducciones.
- **Centralización espacial:** cuando las actividades específicas a que se hace referencia se desarrollan en un mismo ámbito físico, local o sector.
- **Descentralización espacial:** cuando las actividades específicas a que se hace referencia se desarrollan en distintos ámbitos físicos, locales o sectores.

Se definen las Unidades Operativas especificadas en el Informe estadístico de recursos de salud.

- **Laboratorio de análisis clínicos:** se refiere a la existencia de un establecimiento o unidad operativa con equipos instalados y recursos humanos específicos, que funciona regularmente para realizar análisis

sobre muestras de sangre, orina y otros elementos orgánicos, así como la interpretación de los mismos con el objeto de apoyar el diagnóstico.

- **Imágenes:** se refiere a la existencia de un establecimiento o unidad operativa con equipos instalados y recursos humanos específicos, que funciona regularmente para realizar estudios, mediciones e imágenes del cuerpo, así como la interpretación de los mismos con el objeto de apoyar el diagnóstico. También incluye la aplicación de métodos terapéuticos que suponen el uso de sustancias radiactivas (excluidos radioisótopos) para el tratamiento de enfermedades. Por ejemplo: Radiología, Densitometría, Ecografía, Tomografía, etc..
- **Hemoterapia:** se refiere a la existencia de un establecimiento o unidad operativa dedicado a la obtención, recolección, control, almacenamiento y selección de sangre y aplicación de transfusiones. Puede suministrar sangre a terceros y preparar derivados de sangre no industrializados.
- **Quirófano:** se refiere a las salas de operaciones o ambientes físicos especialmente destinados a realizar intervenciones quirúrgicas.
- **Centro quirúrgico:** se refiere a la existencia de una unidad operativa conformada por el conjunto de elementos destinados a la realización de actividades quirúrgicas así como a la recuperación post-anestésica.
- **Cirugía ambulatoria:** se refiere a la existencia de una unidad operativa que realiza procedimientos quirúrgicos en pacientes ambulatorios, es decir que no requieren hospitalización previa ni posterior a la realización del procedimiento quirúrgico. Eventualmente necesitan estar en observación postquirúrgica por períodos cortos, en general no mayores de 12 horas.
- **Sala de partos:** se refiere al local especial destinado exclusivamente a la atención del parto.
- **Centro obstétrico:** se refiere a la existencia de una unidad operativa conformada por el conjunto de elementos destinados a la realización de procedimientos obstétricos.
- **Anatomía patológica:** se refiere a la existencia de un establecimiento o unidad operativa dedicado al estudio de piezas anatómicas, análisis histopatológico de tejidos y autopsias. Estas tareas deben ser realizadas regularmente por un anatomopatólogo. Las actividades referidas solo a extracción de muestras y/o preparación de tejidos que sean remitidos a otros establecimientos para su procesamiento, no se consignan.
- **Medicina nuclear:** se refiere a la existencia de un establecimiento o unidad operativa con equipos instalados y recursos humanos específicos, que funcionan regularmente utilizando radioisótopos con el objeto de apoyar el diagnóstico o realizar tratamientos.
- **Terapia radiante:** se refiere a la existencia de un establecimiento o unidad operativa encargado del tratamiento y control de tumores, malignos o no, a través de radiaciones ionizantes.
- **Hemodíalisis:** se refiere a la existencia de un esta-

blecimiento o unidad operativa destinado a la terapéutica sustitutiva dialítica en pacientes con insuficiencia renal que realizan consulta especializada y práctica de tratamiento específico.

- **Hemodinamia:** se refiere a la existencia de una unidad operativa que realiza estudios y/o tratamientos del sistema vascular central y periférico. Las actividades de hemodinamia pueden llevarse a cabo en diferentes unidades operativas.
- **Rehabilitación:** se refiere a la existencia de un establecimiento o unidad operativa donde se atienden pacientes, con el fin de recuperar funciones físicas o psíquicas, perdidas o disminuídas por alguna afección. Las actividades de rehabilitación pueden no estar centralizadas en un servicio, es decir que la función puede ser llevada a cabo en forma parcial, y cada una de estas partes estar anexada a determinados servicios de atención, por ejemplo: el kinesiólogo puede realizar rehabilitación muscular en los servicios de neurología, el fonoiatra en los servicios de neurología, otorrinolaringología, etc.

GLOSARIO DE TERMINOS ESTADISTICOS SELECCIONADOS

- **Días de estada:** total de días que el paciente permaneció internado en el establecimiento.
- **Días de estada brutos (para establecimientos de Salud Mental):** es el número de días que un paciente permaneció internado en el establecimiento, transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso. Incluye los días que estuvo fuera del establecimiento con permiso de salida.
- **Días de estada netos (para establecimientos de Salud Mental):** es el número de días que un paciente permaneció internado en el establecimiento durante un período de hospitalización, excluidos los días de permiso de salida.
- **Días de permiso de salida (para establecimientos de Salud Mental):** es el total de días, no mayor a 14 días seguidos, en que el paciente permaneció fuera del establecimiento por permisos de salida durante el período de internación al que corresponde el Informe Estadístico de Hospitalización de Salud Mental. Puede haber más de un permiso de salida durante dicho período.
- **Existencia a las 0 horas:** cantidad total de pacientes que se encontraban ocupando una cama a las 0 horas de un día censal.
- **Existencia a las 24 horas:** cantidad de pacientes que resulta de sumar los existentes a las 0 horas más los ingresos y los pases de, menos los egresos y los pases a.

● **Frecuencia:** número de veces que ocurre un determinado evento, un valor o una categoría de una variable.

● **Indicador:** es el referente operacional de la variable. Entre el indicador y la variable no existe generalmente una relación unívoca por lo que se requiere a veces varios indicadores distintos para identificar una variable. Ejemplo: egresos por diagnóstico, egresos según cobertura de salud, porcentaje ocupacional de camas, promedio de camas disponibles, consultas por especialidad médica, número total de establecimientos de salud según modalidad de atención, etc.

● **Pacientes-día:** es la permanencia de un paciente internado, es decir ocupando una cama de un establecimiento de salud durante el período comprendido entre las “0 horas” y las “24 horas” de un mismo día. Los pacientes-día se calculan sumando los pacientes que han permanecido internados en una fecha determinada correspondiente a un día censal. Es decir, a la existencia a las 24 horas hay que sumar los pacientes que ingresaron y egresaron del establecimiento en el mismo día para lograr el número correcto de pacientes-día.

● **Paciente-día de Hospital de día:** es el conjunto de servicios brindados a un paciente, dentro del horario de funcionamiento del Hospital de día, en un día de tratamiento.

● **Pacientes-día brutos (para establecimientos de Salud Mental):** se obtienen computando el total de pacientes-día, que es la suma de la existencia a las 24 horas más los ingresos y egresos en el día. Incluye los días de permiso de salida.

● **Pacientes-día netos (para establecimientos de Salud Mental):** es la suma del número diario de pacientes-día de un período, excluidos los correspondientes a pacientes que se encuentran ausentes por permiso de salida.

● **Porcentaje:** proporción expresada cada 100 unidades.

● **Proporción:** relación de una parte y el todo. Cociente entre dos cifras, una de las cuales es una parte de la otra.

● **Promedio:** una cantidad que tiene un valor intermedio entre el conjunto de valores de la cual se deriva. Usualmente es el promedio simple o media aritmética que se obtiene sumando todos los valores y dividiendo por la cantidad de valores sumados.

● **Promedio anual de camas disponibles:** es el resultado de la sumatoria de las camas disponibles diariamente durante un año, dividido por los 365 días del período anual.

● **Promedio diario de camas disponibles:** es el número de camas que, en promedio, estuvieron disponibles diariamente. Se obtiene dividiendo el total de días-cama disponibles durante un período por el número de días del período.

- **Promedio anual de camas de terapia intensiva:** incluye camas de terapia intensiva, de adultos, pediátricas y neonatales las que integran el promedio anual de camas disponibles.
- **Tasa:** es la frecuencia relativa con que se produce cierto acontecimiento en relación a la población media existente durante el tiempo en que se ha registrado tal acontecimiento.
- **Unidad de análisis:** es la unidad (entidad u objeto) con relación a la cual se predicen determinados atributos, cualidades y/o propiedades de interés para abordar el objeto de estudio. Las unidades de análisis pueden ser, personas, instituciones, períodos de tiempo, etc.
- **Variable:** es la característica de una unidad que puede tomar más de uno de un conjunto de valores, a los cuales pueden asignarse una medida numérica o una categoría de una clasificación. Por ejemplo: edad, peso, ocupación, causa de muerte. Aspecto o dimensión de un fenómeno.

FORMATOS GRAFICOS CON FINES DE EJEMPLIFICACION APROBADOS DE INTERES NACIONAL

INFORME ESTADISTICO DE HOSPITALIZACION

1. N° INFCYRMAF

2. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO <div style="text-align: right;">Código del Establecimiento</div>					
Apellido y nombre del paciente					
3. FECHA DE NACIMIENTO <small>Día Mes Año</small>			4. EDAD AL INGRESO <small>Años Meses Días Horas Minutos</small>		
7. RESIDENCIA HABITUAL (si reside en el exterior, indicar solo país) <small>Localidad</small>			8. SEXO Masculino <input type="checkbox"/> 1 Femenino <input type="checkbox"/> 2 Indeterminado <input type="checkbox"/> 3		
9. PERTENECE O ESTÁ ASOCIADO A: Obra social <input type="checkbox"/> 1 Plan de salud privado o Mutual <input type="checkbox"/> 2 Plan o Seguro público <input type="checkbox"/> 3 Mas de uno <input type="checkbox"/> 4 Ninguno <input type="checkbox"/> 5			5. TIPO Y Nº DE DOCUMENTO DNI/CLE:		
10. NIVEL DE INSTRUCCIÓN (último nivel de instrucción alcanzado; marcar una sola casilla) <small>(para menores de 14 años consignar el nivel de instrucción del padre o de la madre)</small> • Nunca asistió <input type="checkbox"/> 01 • Sistema Educativo No Reformado Incompleto: Primaria <input type="checkbox"/> 02 Secundario <input type="checkbox"/> 04 Completo: <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 05 • Sistema Educativo Reformado Ciclo EGB (1ro y 2do.) <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 Ciclo EGB 3ro. <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 Polimodal <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 • Superior o Universitario (incompleto) <input type="checkbox"/> 06 (Completo) <input type="checkbox"/> 07			11. SITUACIÓN LABORAL (para menores de 14 años consignar la situación laboral del padre o de la madre) Trabaja o está de licencia <input type="checkbox"/> 1 No trabaja <input type="checkbox"/> 2 Busca trabajo <input type="checkbox"/> 2 No busca trabajo <input type="checkbox"/> 3		
12. OCUPACIÓN HABITUAL (para menores de 14 años consignar la ocupación habitual del padre o de la madre)					
13. FECHA DE INGRESO <small>Día Mes Año</small>		14. FECHA DE EGRESO <small>Día Mes Año</small>		15. TOTAL DÍAS DE ESTADA	
16. TIPO DE EGRESO Alta médica <input type="checkbox"/> 1 Defunción <input type="checkbox"/> 3 Traslado a otro establecimiento <input type="checkbox"/> 2 Retiro voluntario <input type="checkbox"/> 4 Otro <input type="checkbox"/> 5		17. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL AL EGRESO (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación)			
18. OTROS DIAGNÓSTICOS				CÓDIGOS	
19. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y OBSTETRICOS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (especificar si o los procedimientos)					
20. OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE PROLONGAN LA INTERNACIÓN (caso social o judicial)				21. DÍAS DE ESTADA POR OTRAS CIRCUNSTANCIAS	
22. CAUSA EXTERNA DE TRAUMATISMO, ENVENENAMIENTO Y OTROS EFECTOS ADVERSOS Producido por: Accidente <input type="checkbox"/> 1 Lesión autoinfligida <input type="checkbox"/> 2 Agresión <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 4 Lugar donde ocurrió: Domicilio particular <input type="checkbox"/> 1 Vía pública <input type="checkbox"/> 2 Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 4 Cómo se produjo: Describir las circunstancias o situación en que aconteció el hecho, por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por agroquímicos, psicotrópicos, etc.					
DATOS DEL EVENTO OBSTETRICO (Incluidos los del producto de la gestación)					
23. FECHA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO <small>Día Mes Año</small>		24. EDAD GESTACIONAL semanas		25. PARIDAD Total de nacimientos (vaginales o por cesárea), vivos o muertos, anteriores al presente	
26. TIPO DE PARTO Simple <input type="checkbox"/> 1 Múltiple <input type="checkbox"/> 2		27. PESO AL NACER EN GRAMOS			
		28. CONDICIÓN AL NACER Nac. vivo <input type="checkbox"/> 1 Def. fetal <input type="checkbox"/> 2		29. TERMINACIÓN Vaginal <input type="checkbox"/> 1 Cesárea <input type="checkbox"/> 2	
		30. SEXO Masculino <input type="checkbox"/> 1 Femenino <input type="checkbox"/> 2 Indeterminado <input type="checkbox"/> 3			

Firma del médico interviniente

Adaptación

INFORME ESTADISTICO DE MOVIMIENTO DE PACIENTES Y UTILIZACION DE CAMAS

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>

ZONA SANITARIA	2. FECHA	3. UNIDAD OPERATIVA	SECTOR DE INTERNACION
<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>

DIA	EXISTENCIA A LAS 0 HS.	INGRESOS	PASES DE	4. EGRESOS		PASES A	EXISTENCIA A LAS 24 HS.	INGRESOS Y EGRESOS EN EL DIA	5. PACIENTES-DIA	6. CAMAS DISPONIBLES
				PAC. VIVOS	PAC. FALLEC.					
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
Total										

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL RESPONSABLE:	Vº Bº DIRECTOR
	ACLARACION:	

INFORME ESTADISTICO DE RECURSOS DE SALUD

1. AÑO DE ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS:

2. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

1. Denominación institucional:

2. Razón social:

3. UBICACION GEOGRAFICA - DOMICILIO

Calle/Ruta: Nº: Piso: Depto: Barrio:

Circunscripción: Sección: Manzana: Nº de Casa o Edificio: Localidad/Paraje:

Departamento/Partido: Provincia: Código postal:

Correo electrónico: Teléfono: Pref: Nº: Fax:

4. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

1. Subsector Oficial

Nacional ☐

Provincial/Ciudad Autónoma de Buenos Aires ☐

Municipal ☐

Mixta oficial ☐

Dependiente de:

Ministerio/Secretaría de Salud ☐

Universidad ☐

Fuerzas Armadas ☐

Fuerzas de Seguridad ☐

Otra ☐

2. Subsector de Obras Sociales

Sindicales ☐

Provinciales ☐

Otras ☐

3. Subsector Privado

Con fines de lucro ☐

Sin fines de lucro ☐

Mixta ☐

4. Mixta oficial-privada

Especificar:

5. CLASIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

1. Modalidad de atención

1. Atención ambulatoria ☐

2. Internación ☐

3. Atención domicil. programada ☐

4. Hospital de día ☐

5. Diagnóstico ☐

6. Tratamiento ☐

7. Medicina preventiva ☐

8. Emergencias y traslados ☐

2. Tipo de establecimiento

Medicina general ☐

General ☐

Especializado (Indique la especialidad predominante):

3. Para establecimientos generales y especializados en Pediatría, especificar si tiene las siguientes especialidades:

1. Clínica médica ☐

2. Clínica quirúrgica ☐

3. Pediatría ☐

4. Obstetricia ☐

5. Cardiología ☐

6. Ginecología ☐

7. Neonatología ☐

8. Neurología ☐

9. Oftalmología ☐

10. Oncología ☐

11. Otorrinolaringología ☐

12. Psiquiatría ☐

13. Traumatología ☐

14. Otras (especificar):

4. Para establecimientos con la modalidad de Diagnóstico y/o Tratamiento, especificar si tienen las siguientes unidades operativas:

1. Laboratorio de análisis clínicos ☐

2. Imágenes-Radiología ☐

3. Hemoterapia ☐

4. Quirófano-Centro quirúrgico ☐

5. Cirugía ambulatoria ☐

6. Sala de partos-Centro obstétrico ☐

7. Anatomía patológica ☐

8. Medicina nuclear ☐

9. Terapia radiante ☐

10. Hemodiálisis ☐

11. Hemodinamia ☐

12. Rehabilitación ☐

6. EQUIPAMIENTO

	Cant. en uso
1. Acelerador lineal	<input type="text"/>
2. Cámara Gamma	<input type="text"/>
3. Densitómetro	<input type="text"/>
4. Ecógrafo Doppler	<input type="text"/>
5. Equipo de diálisis	<input type="text"/>
6. Mamógrafo	<input type="text"/>
7. Mesa de anestesia	<input type="text"/>
8. Pantalla de flujo laminar	<input type="text"/>
9. Resonador nuclear magnético	<input type="text"/>
10. SPECT	<input type="text"/>
11. Tomógrafo axial computado	<input type="text"/>
12. Tomógrafo helicoidal	<input type="text"/>
13. Videosist. p/cirugías endoscópicas	<input type="text"/>

7. RECURSOS HUMANOS

	Cant.
1. Profesionales *	<input type="text"/>
1. Asistente social	<input type="text"/>
2. Bioquímica	<input type="text"/>
3. Dietista/Nutricionista	<input type="text"/>
4. Farmacéutica	<input type="text"/>
5. Fonoaudiólogo/a	<input type="text"/>
6. Kinesióloga	<input type="text"/>
7. Lic. en enferm./Enf. univ.	<input type="text"/>
8. Médico/a (incl. residentes)	<input type="text"/>
9. Obstétrico/a	<input type="text"/>
10. Odontólogo/a	<input type="text"/>
11. Psicólogo/a	<input type="text"/>
12. Otros profesionales	<input type="text"/>

8. TÉCNICOS

	Cant.
2. Técnicos **	<input type="text"/>
1. Enferm. profesional	<input type="text"/>
2. Otros técnicos	<input type="text"/>
3. Auxiliares ***	<input type="text"/>
1. Agente sanitario	<input type="text"/>
2. Aux. de enfermería	<input type="text"/>
3. Otros auxiliares	<input type="text"/>
4. Otros recursos humanos ****	<input type="text"/>
1. Ayud. de enferm.	<input type="text"/>
2. Otros recursos humanos	<input type="text"/>

8. CAMAS DE DOTACION

9. PROMEDIO ANUAL DE CAMAS DISPONIBLES

(Incluye las camas de Terapia Intensiva)

10. PROMEDIO ANUAL DE CAMAS DE TERAPIA INTENSIVA

11. PRODUCCION ANUAL (Para establecimientos con atención ambulatoria y/o de internación)

Cant. de consultas médicas ambulatorias: Cant. de egresos (incluye los egresos por parto): Cant. de partos:

Apellido y nombre del informante: Cargo que ocupa: Firma:

Discriminar, según categoría marcada, cuántos recursos humanos corresponden a quienes reciben planes "Jefe/a de Hogar" u otros planes sociales con ingreso monetario

Profesionales * Técnicos ** Auxiliares *** Otros recursos humanos ****

FORMATOS GRAFICOS CON FINES DE EJEMPLIFICACION RECOMENDADOS DE INTERES JURISDICCIONAL

INFORME ESTADISTICO DE LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS[illegible]

Información protegida por Ley 17. 622/68 Decreto 3110/70. - SECRETO ESTADISTICO

FRMA

A CLARACION

INFORME ESTADISTICO DE IMAGENES

[illegible]

Información protegida por Ley 17.622/58 Decreto 3110/70 - SECRETO ESTADÍSTICO

FIRMS

DECLARACION

INFORME ESTADISTICO DE INTERNACION DOMICILIARIA PROGRAMADA

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO			
2. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	3. DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO		
4. ZONA SANITARIA	5. FECHA DE INGRESO		6. N° DE HISTORIA CLINICA
	Día Mes Año [][] [][] [][][][]		
7. APELLIDO Y NOMBRE		8. TIPO Y N° DE DOCUMENTO	
		DNVL/CLE N°	
9. DOMICILIO DE LA INTERNACION			
Calle/Ruta N° Piso Dpto. Barrio Circunscripción Sección Manzana N° de casa o edificio Localidad/Paraje Departamento Provincia Cód. postal			
10. PERTENECE O ESTÁ ASOCIADO A:		11. EDAD	12. SEXO
Obra social 1 [] Plan o Seguro público 3 [] Plan de salud privado 2 [] Más de uno 4 [] o Mutual Ninguno 5 []		Años Meses [][] [][]	Masculino 1 [] Femenino 2 []
13. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO DE LA INTERNACION INSTITUCIONAL		14. DIAGNOSTICO DE INGRESO A LA INTERNACION DOMICILIARIA	
15. PROFESIONALES ACTUANTES			
Médico [] Enfermera/a [] Kinesiólogo/a [] Asistente social [] Otros []			
16. PRESTACIONES REALIZADAS			
17. FECHA DE EGRESO		18. TIPO DE EGRESO	
Día Mes Año [][] [][] [][][][]		Alta médica 1 [] Defunción 2 [] Reinternación en establecimiento de Salud 3 [] Otro 4 []	

Información protegida por Ley 17.622/68 Decreto 3110/70 - SECRETO ESTADISTICO

Firma

Aclaración de firma

INFORMAZIONE ESTADISTICO DE HOSPITAL DE DIA

% IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO						
% DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA						
% DEMOSTRACION DE LEGITIMACION DEL ESTABLECIMIENTO						
% PLANTAS PRODUCTIVAS						
% FERIA		MAR	AÑO	% ESPERANZA		

[illegible]

93. TOTALS

00000000

F. F. F.

2.2.2. *Δ₉-Tetrahydrocannabinol*

Case 1:14-cv-01149 Document 1-1 Filed 07/22/14 Page 1 of 1

Dr. Raimund Maas

applied to the data: $\chi^2 = 1.0$

Informationen erhalten Sie unter la@t.berlin.de. Besondere E-Mail-Adressen:

1. N° INFORME

Adaptación

CENSO DIARIO - SALUD MENTAL[illegible]

INFORME ESTADISTICO DE MOVIMIENTO DE PACIENTES Y UTILIZACION DE CAMAS - SALUD MENTAL

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO				2. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA			
3. DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO				4. ZONA SANITARIA		5. FECHA Mes Año	
						6. UNIDAD OPERATIVA	

DIA	7. EXIST. A LAS OHS.	8. INGRESOS	9. PASES DE	10. EGRESOS		11. PASES A	12. EXIST. A LAS 24 HS.	13. INGRESOS Y EGRESOS EN EL DIA	14. PACIENTES DIA BRUTOS	15. PERMISOS DE SALIDA	16. PACIENTES DIA NETOS	17. CAMAS DISPONIBLES
				PAC. VIVOS	PAC. FALL.							
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
TOTAL												

OBSERVACIONES:	FIRMA: ACLARACION:
----------------	---------------------------

RECOMENDACIONES PARA EL LLENADO DEL CENSO DIARIO

RECOMENDACIONES PARA EL LLENADO DEL CENSO DIARIO

- Realizar a primera hora del día, el *Censo Diario* recorriendo el área de internación cama por cama, controlando si hubo o no movimiento del día anterior; es decir si se produjeron ingresos, egresos o traslados (pases) en el sector de internación, entre las 0 y las 24 horas del día anterior.
- El censo de pacientes hospitalizados se debe realizar diariamente, inclusive sábados, domingos y días feriados aún cuando no se haya producido ningún movimiento en el sector de internación. En este último caso completar los datos del Servicio, Sector de Internación, Fecha, Camas Disponibles, Existencia a las 0 horas y Existencia a las 24 horas.
- Verificar el movimiento de los pacientes durante el día censal y cotejar en el formulario "*Censo Diario*", o en el soporte elegido para tal fin, según las instrucciones para su llenado. El cambio de un paciente de una cama a otra del mismo sector de internación, deberá informarse a la Oficina de Admisión para el control de las camas ocupadas. No deberá registrarse en el *Censo Diario*, por ser movimiento interno de dicho sector.
- Constatar la veracidad de la información volcada en el *Censo Diario*, mediante el control de los *Informes Estadísticos de Hospitalización* en la forma siguiente:
 - **Ingresos:** Comprobar si los *Informes Estadísticos de Hospitalización* enviados por la Oficina de Admisión coinciden con los ingresos registrados en el sector de internación: controlar además que los datos de identificación de los *Informes Estadísticos de Hospitalización* coincidan con los datos dados por el paciente en el momento de realizarse el censo, para ello será necesario interrogar a cada uno de los pacientes recién internados.
En caso de que faltare el *Informe Estadístico de Hospitalización* de alguno de los pacientes ingresados, comunicar a la Oficina de Admisión para que se confeccione inmediatamente el *Informe Estadístico de Hospitalización* correspondiente.
En caso de que un *Informe Estadístico de Hospitalización* no correspondiere a ninguno de los pacientes ingresados, luego de comprobar si efectivamente no se hospitalizó en ese sector de internación, devolverlo a la Oficina de Admisión, indicando que ese paciente no se encuentra ocupando cama en ese sector.
 - **Egresos:** Controlar si el número de *Informes Estadísticos de Hospitalización* y los datos de los pacientes egresados coincide con los egresos registrados en el *Censo Diario*.
- Finalizar el control, enviando el *Censo Diario* a la Oficina Central antes de las 8,30 horas del primer día hábil siguiente al día censado junto con los *Informes Estadísticos de Hospitalización* de los pacientes egresados que correspondan al día.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME ESTADISTICO DE RECURSOS DE SALUD

INFORME ESTADISTICO DE RECURSOS DE SALUD

1. AÑO DE ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS: _____

2. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

1. Denominación institucional: _____
2. Razón social: _____

3. UBICACION GEOGRAFICA - DOMICILIO

Calle/Ruta: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ Barrio: _____
Circunscripción: _____ Sección: _____ Manzana: _____ N° de Casa o Edificio: _____ Localidad/Paraje: _____
Departamento/Partido: _____ Provincia: _____ Código postal: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono: Pref: _____ N°: _____ Fax: _____

4. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

1. Subsector Oficial

Nacional
Provincial/Ciudad Autónoma
de Buenos Aires
Municipal
Mixta oficial

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
Dependiente de:
Ministerio/Secretaría de Salud
Universidad
Fuerzas Armadas
Fuerzas de Seguridad
Otra

2. Subsector de Obras Sociales

Sindicales
Provinciales
Otras

1 ☐
2 ☐
3 ☐

3. Subsector Privado

Con fines de lucro
Sin fines de lucro
Mixta

1 ☐
2 ☐
3 ☐

4. Mixta oficial-privada

1 ☐

Especificar: _____

5. CLASIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

1. Modalidad de atención

1. Atención ambulatoria
2. Internación
3. Atención domicil. programada
4. Hospital de día
5. Diagnóstico
6. Tratamiento
7. Medicina preventiva
8. Emergencias y traslados

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐
7 ☐
8 ☐

2. Tipo de establecimiento

Medicina general
General
Especializado (Indique
la especialidad predominante)

1 ☐
2 ☐
3 ☐

3. Para establecimientos generales y especializados en Pediatría, especificar si tiene las siguientes especialidades:

1. Clínica médica
2. Clínica quirúrgica
3. Pediatría
4. Obstetricia
5. Cardiología
6. Ginecología
7. Neonatología
8. Neurología
9. Oftalmología
10. Oncología
11. Otorrinolaringología
12. Psiquiatría
13. Traumatología
14. Otras (especificar): _____

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐
7 ☐
8 ☐
9 ☐
10 ☐
11 ☐
12 ☐
13 ☐
14 ☐

4. Para establecimientos con la modalidad de Diagnóstico y/o Tra- tamiento, especificar si tienen las siguientes unidades operativas:

1. Laboratorio de análisis clínicos
2. Imágenes-Radiología
3. Hemoterapia
4. Quirófano-Centro quirúrgico
5. Cirugía ambulatoria
6. Sala de partos-Centro obstétrico
7. Anatomía patológica
8. Medicina nuclear
9. Terapia radiante
10. Hemodiálisis
11. Hemodinamia
12. Rehabilitación

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐
7 ☐
8 ☐
9 ☐
10 ☐
11 ☐
12 ☐

6. EQUIPAMIENTO

1. Acelerador lineal
2. Cámara Gamma
3. Densitómetro
4. Ecógrafo Doppler
5. Equipo de diálisis
6. Mamógrafo
7. Mesa de anestesia
8. Pantalla de flujo laminar
9. Resonador nuclear magnético
10. SPECT
11. Tomógrafo axial computado
12. Tomógrafo helicoidal
13. Videosist. p/cirugías endoscópicas

Cant. en uso
1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐
7 ☐
8 ☐
9 ☐
10 ☐
11 ☐
12 ☐
13 ☐

7. RECURSOS HUMANOS

1. Profesionales *

1. Asistente social
2. Bioquímico/a
3. Dietista/Nutricionista
4. Farmacéutico/a
5. Fonoaudiólogo/a
6. Kinesiólogo/a
7. Lic. en enferm./Enf. univ.
8. Médico/a (incl. residentes)
9. Obstétrico/a
10. Odontólogo/a
11. Psicólogo/a
12. Otros profesionales

Cant.
1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐
7 ☐
8 ☐
9 ☐
10 ☐
11 ☐
12 ☐

2. Técnicos **

1. Enferm. profesional
2. Otros técnicos

Cant.
1 ☐
2 ☐

3. Auxiliares ***

1. Agente sanitario
2. Aux. de enfermería
3. Otros auxiliares

1 ☐
2 ☐
3 ☐

4. Otros recursos humanos ****

1. Ayud. de enferm.
2. Otros recursos humanos

1 ☐
2 ☐

8. CAMAS DE DOTACION

☐

9. PROMEDIO ANUAL DE CAMAS DISPONIBLES (Incluye las camas de Terapia Intensiva)

☐

10. PROMEDIO ANUAL DE CAMAS DE TERAPIA INTENSIVA

☐

11. PRODUCCION ANUAL (Para establecimientos con atención ambulatoria y/o de internación)

Cant. de consultas médicas
ambulatorias

☐

Cant. de egresos
(incluye los egresos por parto)

☐

Cant. de partos

☐

Apellido y nombre del informante

Cargo que ocupa

Firma

Discriminar, según categoría marcada, cuántos recursos humanos corresponden a quienes reciben planes "Jefe/a de Hogar" u otros planes sociales con ingreso monetario

Profesionales
* ☐

Técnicos
** ☐

Auxiliares
*** ☐

Otros recursos humanos
**** ☐

1.A o de actualización de los datos

Registrar el año calendario al que corresponden los datos.

2. Identificación del establecimiento

Anotar la denominación institucional o razón social.

Se registra el nombre completo y sin abreviaturas,.

3. Ubicación geográfica- Domicilio¹

Consignar en forma completa los datos referidos a: Calle/Ruta, Número, Piso, Depto, Localidad/Paraje, Departamento/Partido, Provincia, Código Postal, Correo electrónico,

Teléfono, Fax. En el caso de calle anotar el nombre completo, o de corresponder, el número de ruta con su respectivo número de Km. Si se trata de una **calle**, tachar la palabra **ruta** y si se trata de una **ruta**, tachar la palabra **calle**. Si el nombre de la calle ha sido modificado, anotar cómo se denomina actualmente. Si el establecimiento cuenta con más de una entrada, **consignar solamente la principal**.

Los espacios reservados a **Barrio/ Circunscripción/ Sección/ Manzana y Número de Casa o Edificio**, se utilizarán sólo en aquellos casos en que ésta sea la única forma de ubicación geográfica del establecimiento. Si no hay identificación geográfica de las mencionadas anteriormente, señalar algún hito importante en el espacio reservado a **calle/ruta**, por ejemplo: frente al río; al lado del tanque de agua, etc. En el espacio destinado a la Localidad/Paraje se debe indicar, el nombre completo del lugar geográfico en el que está ubicado el establecimiento. No confundir con el nombre del Barrio.

4. Dependencia administrativa

Se refiere a la institución que, fundamentalmente, es responsable de la administración del establecimiento, ya sea en forma directa, o bien fijando las normas a las cuales deben sujetarse los establecimientos para administrar su patrimonio.

Siempre que se registre una alternativa en *Subsector oficial*, deberá marcarse la dependencia correspondiente en **Dependiente de**

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

5. Clasificación del establecimiento

1 Modalidad de atención: se entiende por **Modalidad** las/s forma/s en que se concreta el cuidado y la atención para desarrollar las actividades dirigidas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y/o/a prevención de la enfermedad. Cada una de estas formas da lugar a una determinada organización de los recursos.

■ **Atención ambulatoria:** Es la modalidad de aten-

ción a pacientes extremos, es decir, no hospitalizados. Esta forma se organiza en torno a la **consulta**.

■ **Internación:** Es la modalidad de atención que involucra instalaciones permanentes que incluyen camas, atención profesional constante, cuidados continuos de enfermería; y unidades para proporcionar diagnóstico y tratamiento a los asistidos. Esta forma se organiza en torno al **egreso**.

■ **Atención domiciliar programada:** Es la modalidad que se lleva a cabo a domicilio por iniciativa del establecimiento, con personal del mismo, sin que sea solicitada por el paciente ni determinada por urgencias.

■ **Hospital de día:** Es la modalidad de atención a pacientes que no necesitan hospitalización a tiempo completo (menos de 12 horas), y que concurren para recibir tratamientos regulares, permanecer en observación y/o someterse a diagnósticos intensivos. Requiere el funcionamiento de unidades operativas intermedias y de apoyo. Presupone programación, interdisciplina, permanencia y no la eventualidad.

■ **Diagnóstico:** Es la modalidad consistente en la realización de prácticas prescriptas por el médico tratante, con la finalidad de llegar a un diagnóstico, evaluar un tratamiento o controlar una evolución. Estas técnicas implican mediciones e imágenes del cuerpo y análisis sobre muestras de sangre, orina, tejidos y otros elementos orgánicos, así como la interpretación de los mismos, a través de informes elaborados por profesionales especializados.

■ **Tratamiento:** Es la modalidad en la cual se resuelven problemas de salud de los pacientes por medio de métodos terapéuticos. Comprende entre otros: rehabilitación, procedimientos dialíticos, medicina transfusional, terapia radiante, aplicación de citostáticos, psicoterapia, etc. No se incluyen, dentro de esta modalidad, los tratamientos quirúrgicos ligados a la internación.

■ **Medicina preventiva:** Es la modalidad en la cual se realizan regularmente acciones de prevención sobre la población y el medio.

■ **Emergencias y traslados:** Es la modalidad en la cual la atención se organiza para resolver "in situ" problemas de salud de pacientes en estado potencial de riesgo, poniéndose en marcha a partir de una demanda efectuada a distancia. Supone la existencia de una **base** en la cual se centralizan las demandas y se dispone la concurrencia, en el tiempo previsto, al lugar donde se encuentra el paciente (domicilio o vía pública), de personal especializado, en **unidades móviles** con complejidad adecuada para resolver el problema o bien para desplazar al paciente a una institución que

¹ Si en un mismo domicilio hay más de un establecimiento de salud, relevar cada uno en forma independiente.

posea los recursos necesarios para hacerlo. Por domicilio se entiende el particular, el correspondiente a oficinas, lugares de esparcimiento, etc.

2. Tipo de establecimiento

Incluye las categorías que se detallan a continuación.

■ **Medicina general:** Es el establecimiento asistido por uno o más profesionales, que atienden pacientes de todas las patologías, sin tener especialidad determinada. Estos establecimientos pueden ser ambulatorios o con internación, y son habitualmente de bajo nivel de resolución. Puede admitir la existencia de algunas especialidades siempre que no supere lo exigido como mínimo en la definición de establecimiento General.

■ **General:** Es el establecimiento que brinda servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen o son sospechosas de padecer enfermedades, pudiendo tener o no internación, y debiendo contar como mínimo con tres especialidades de las básicas (clínica médica, clínica quirúrgica, pediatría, obstetricia). No necesariamente provee todos los servicios de atención médica en todas las especialidades y a todas las edades.

■ **Especializado:** Es el establecimiento que brinda servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen una enfermedad específica, o afección de un aparato o sistema, o pertenecen a un determinado grupo étnico. Deberá consignarse la especialidad predominante: Salud Mental, Pediatría, Materno-Infantil, etc.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

3. Para establecimientos generales y especializados en Pediatría, especificar si tienen las especialidades que figuran en el Informe.

La especialidad presupone existencia de la unidad operativa en el establecimiento y del médico tratante con la especialidad específica.

4. Para establecimientos con la modalidad de Diagnóstico y/o Tratamiento

Consignar si tienen las unidades operativas que figuran en el Informe.

6. Equipamiento

Contabilizar los equipos seleccionados afectados al establecimiento y los que se encuentren en él en comodato (contrato por el cual se da o recibe una cosa que puede ser utilizada sin destruirse y con la obligación de ser restituida). Asimismo se deberán contabilizar los equipos que, afectados al establecimiento, se

hallen fuera del mismo por encontrarse en reparación, uso domiciliario o para cubrir una emergencia.

Se indicará la cantidad total de cada elemento en uso que se encuentre afectado al establecimiento. En uso, se refiere a cada elemento que esté en condiciones de funcionar en el momento del relevamiento y los que se encuentren en reparación con posibilidades de volver a estar en uso en un plazo no mayor de 30 días.

No se deberán contabilizar los equipos que, encontrándose en el establecimiento, sean de propiedad particular del personal del establecimiento y los que, afectados al mismo, se dieron en comodato a otro establecimiento.

Tampoco se contabilizarán los elementos nuevos sin instalar (salvo que puedan ser instalados en un plazo no mayor de 30 días); o bien, instalados pero sin funcionar por falta de recursos humanos (salvo que se disponga de los mismos en un plazo no mayor de 30 días).

7. Recursos humanos

El concepto de recursos humanos que se utiliza en este conjunto mínimo de datos básicos, hace referencia al **cargo ocupado**, independientemente de la forma de remuneración. Deberá tenerse en cuenta la **función real desempeñada** para ubicar al recurso humano en su categoría: profesionales*, técnicos**, auxiliares*** y otros****. No consignar el personal con licencia extraordinaria o por enfermedad de larga duración. Si un mismo agente ocupa dos o más cargos en el mismo establecimiento (ejemplo: uno de presupuesto y otro por contrato), consignar tantas veces como corresponda, es decir, como si se tratara de personas diferentes.

Se relevan sólo los recursos humanos propios y no los tercerizados.

8. Camas de dotación: Es el número de camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente que funcionan regularmente, en períodos de actividad normal, destinadas a la internación de pacientes.

9. Promedio anual de camas disponibles: Se entiende por camas disponibles aquellas realmente instaladas en el establecimiento, en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas.

Las incubadoras, las camas oscilantes y los pulmotores (si los hubiera), se contarán como camas disponibles cuando se encuentren instalados regularmente en un servicio especializado (que no tenga una cama

* ** *** **** Siguiendo el criterio aplicado por el INDEC en la Encuesta Permanente de Hogares, se registran como personal de un establecimiento a quienes reciben planes "Jefe/a de hogar" u otros planes con ingreso monetario y realizan una contraprestación en el establecimiento de salud. Si el INDEC modificara el criterio, el PNES adoptaría los cambios en consecuencia. En caso de que el beneficiario sea profesional, técnico**, auxiliar*** y otro recurso humano**** se lo registrará de acuerdo a su capacitación formal y real función desempeñada en las categorías correspondientes como al resto del personal. Es importante discriminar en todos los casos cuantos recursos humanos son beneficiarios de un Plan Social.

o cuna reservada). En caso contrario solamente se contarán como camas disponibles cuando se encuentren ocupadas y el paciente no tenga una cama reservada en el sector correspondiente.

Las camas de guardia se contabilizarán como disponibles sólo en el caso que la Guardia tenga un sector de internación.

No se contabilizará como cama disponible la cuna del recién nacido sano.

Si se instala una camilla por falta de cama o por situación de emergencia en el servicio de internación, mientras esté ocupada se contará como cama disponible.

Las camas de terapia intensiva se incluyen en el total de camas disponibles. Además se registrarán en forma independiente para facilitar el uso de esta información.

El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a:

- que se agreguen camas por demanda estacional, emergencias, etc.;
- que se retiren camas para reparación, desinfección, clausura temporaria del servicio, etc.

El promedio anual de camas disponibles es el resultado de la sumatoria de las camas disponibles diariamente durante 1 año, dividido por los 365 días del período anual.

10. Promedio anual de camas de terapia intensiva:

Incluye camas de terapia intensiva, de adultos, pediátricas y neonatales, las que integran el promedio anual de camas disponibles.

11. Producción anual

Se consignarán las consultas médicas ambulatorias anuales, los egresos anuales (incluye egresos por parto) y los partos anuales.

Cuando se trata de un hospital base o establecimiento privado del cual dependen centros periféricos, se registrará en el Hospital base exclusivamente la producción anual correspondiente al mismo. Se excluye la producción de los centros periféricos dependientes del Hospital base, ya que para el Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, estos centros son considerados establecimientos independientes por estar ubicados en otros domicilios y se deben relevar en forma separada.

La fecha de referencia para contabilizar **Equipamiento y Recursos humanos** es el 31 de diciembre de cada año.

Para los **datos de producción** (consultas, egresos y partos), **promedio anual de camas disponibles** y **promedio anual de camas de terapia intensiva**, el **período de referencia** es el año calendario completo (del

1 de enero al 31 de diciembre).

Observaciones

Describir circunstancias especiales producidas en el año que ocasionaron aumento o disminución de la producción (huelga, inundaciones, epidemia, etc).

DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION DE SALUD

LIC. ELIDA H. MARCONI

Lic. María de las M. Fernández

Cont. José A. Garro
Técn. Est. Salud Derlys A. Gómez
Técn. Est. Salud Leonardo Rapoport
Técn. Est. Salud Catalina Lazaroff
Aux. Est. Salud María Rosa Machado

Lic. Carlos G. Guevel

Técn. Est. Salud Ana María Vander Horden
Técn. Est. Salud Ada R. Miño
Prof. Cristina Martín
Sra. Marisa S. Peyton

Lic. Marta E. Grunwaldt

Lic. Andrea F. Pantano

Sra. Nora J. Pérez

Srta. Aurea Marisol De Arriba
Sra. Olga M. Pivchuk
Sra. Dalinda M. Liendo
Sr. Oscar E. Downes

DIRECCION NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL PROGRAMA MATERNO INFANTIL Y NUTRICION

DRA. NORA REBORA

Contraparte técnica

Lic. María Laura Barral
Lic. Carlos Digón
Dr. Pablo Durán
Lic. Marcela Jáuregui

AGRADECIMIENTOS

OFICINAS PROVINCIALES DE ESTADISTICAS DE SALUD - OPES-
DE TODAS LAS JURISDICCIONES DEL PAIS

COMISION NACIONAL DE CLASIFICACION DE ENFERMEDADES - CNCE -

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS - INDEC -

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA -OPS- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - OMS -

La colaboraci n de los establecimientos de salud:

Hospital General de Agudos “Bernardino Rivadavia”- Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Hospital “Dr. Larrain” - Berisso, Prov. Buenos Aires

Hospital Escuela “José Francisco de San Martín”- Prov. Corrientes

Hospital “Dr. J. C. Perrando”- Resistencia, Prov. Chaco

Hospital Subzonal “Dr. Andrés Rafael Isola” - Puerto Madryn, Prov. Chubut

Hospital “Dr. Luis Carlos Lagomaggiore”- Prov. Mendoza

Hospital “Dr. Eduardo Castro Rendón”- Prov. Neuquén

Hospital Escuela “Eva Perón” - Granadero Baigorria, Prov. Santa Fe

Hospital “24 de Septiembre” - Tres de Febrero, Prov. Buenos Aires

OSPLAD Policlínico del Docente - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La especial participaci n de:

Dra. Eleonora Balda

Dra. Zulema Bianconi

Dra. Cristina Lopardo

Dr. Alberto Desouches

Dr. Vicente E. Mazzáfero

GRUPO DE TRABAJO QUE ELABORO ESTA PUBLICACION

Lic. Elida H. Marconi (**Coordinadora**)

Lic. Blanca Blinder
M.A. Graciela Dinardi
Lic. María de las Mercedes Fernández
Lic. Hebe Giacomini
Técn. Derlys Gómez
Lic. Carlos Guevel
Srta. Juliana León
Lic. Marta Marischi
Técn. Leonardo Rapoport
Dra. María Angélica Sapiente
Dr. Jorge C. Vinacur
Arqa. Wilma Grecia Zipper

Consultora externa para revisión del documento

H.I.M. Carol Lewis

Diseño gráfico

Guillermo Torchelli

Por favor recuerde que:

1. Quien tiene por función recolectar datos estadísticos es quien más sabe del acontecimiento que se está registrando, y quien puede consignar con precisión todos los datos solicitados.
2. Completar estos datos correctamente es una necesidad.
3. La información veraz, completa y oportuna es un **BIEN PUBLICO**. Sin ella no hay diagnóstico y, por lo tanto, tampoco una asignación de recursos según riesgos.
4. Debe seguir las instrucciones, definiciones y conceptos para cumplimentar los informes estadísticos que figuran en este documento.