
DECRETO Nro.122/019 de 29.04.19

VISTO: lo dispuesto por el artículo 194 de la Ley N° 19.670, de 15 de octubre de 2018;

RESULTANDO: I) que la citada norma regula la incorporación de las instituciones de salud y las personas al Sistema de Historia Clínica Electrónica Nacional y establece el derecho de toda persona a oponerse al acceso a su información clínica a través de la plataforma de Historia Clínica Electrónica Nacional;

II) que el Decreto N° 242/017 de 31 de agosto de 2017, reglamentó el artículo 466 de la Ley N° 19.355 de 19 de diciembre de 2015, regulando el funcionamiento del Sistema y Plataforma de Historia Clínica Electrónica Nacional y facultó al Ministerio de Salud Pública para establecer las condiciones y plazos para su implementación;

III) que por Ordenanza N° 1085/017, de 13 de octubre de 2017, el Ministerio de Salud Pública aprobó el Plan de Adopción de la Historia Clínica Electrónica Nacional por parte de las instituciones de salud, el que se encuentra en ejecución;

CONSIDERANDO: I) que por Ley N° 9.202, de 12 de enero de 1934, Ley Orgánica de Salud Pública, le compete al Ministerio de Salud Pública la adopción de todas las medidas que estime necesario para mantener la salud colectiva, dictando los reglamentos y disposiciones necesarios para tal fin primordial;

II) que la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008, regula la protección de los datos personales, clasificando como sensibles los datos de salud;

III) que la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, referente a los Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los servicios de salud, faculta al Poder Ejecutivo a través de su artículo 20, a determinar criterios uniformes mínimos obligatorios de las historias clínicas electrónicas;

IV) que la Ley N° 18.600, de 21 de setiembre de 2009, reconoció la validez y admisibilidad jurídica del documento y firma electrónicos y reguló los aspectos relativos a la identificación digital de personas;

V) que el artículo 466 de la Ley N° 19.355 de 19 de diciembre de 2015 facultó al Poder Ejecutivo a determinar los mecanismos de intercambio de información clínica con fines asistenciales, a través del Sistema de Historia Clínica Electrónica Nacional;

VI) que el Decreto N° 242/017, de 31 de agosto de 2017, reguló los aspectos referidos al tratamiento del acceso electrónico a la información personal por parte de las instituciones con competencia en materia de salud, públicas y privadas, así como el Sistema de Historia Clínica Electrónica Nacional y su Plataforma;

VII) que la Plataforma de Historia Clínica Electrónica Nacional está integrada por un Registro de Personas y un Registro de Eventos;

VIII) que la información clínica sobre las personas se encuentra almacenada en las respectivas instituciones de salud públicas o privadas, siendo la plataforma un mecanismo de intercambio de información clínica entre instituciones de salud, públicas y privadas, en el marco de un acto asistencial;

IX) que las consultas a la plataforma siempre se realizan mediante la identificación digital de las instituciones de salud públicas y privadas, conforme lo establecido por el artículo 18 del Decreto N° 242/017;

X) que es necesario regular el acceso a la información clínica con fines asistenciales en el Sistema de Historia Clínica Electrónica Nacional;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto, a lo preceptuado por las disposiciones citadas y a lo establecido por el artículo 168 ordinal 4° de la Constitución de la República;

**EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
ACTUANDO EN CONSEJO DE MINISTROS**

DECRETA:

CAPÍTULO I - DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.- Objeto.

El presente Decreto tiene por objeto regular los aspectos referidos a la incorporación de las instituciones de salud públicas y privadas y de las personas a la plataforma de Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) y el derecho de las personas a gestionar el acceso a su información clínica a través de dicha plataforma.

ARTÍCULO 2.- Seguridad.

Las instituciones de salud públicas y privadas que interactúen con la plataforma de HCEN, así como las personas para la gestión de sus accesos y la consulta de su Historia Clínica Electrónica, deberán encontrarse debidamente identificadas a través de los instrumentos establecidos en la Ley N° 18.600, de 21 setiembre de 2009 y sus modificativas.

CAPÍTULO II - GESTIÓN DE ACCESOS A LA INFORMACIÓN CLÍNICA ELECTRÓNICA

ARTÍCULO 3.- Base documental o repositorio documental de cada Institución.

A los efectos de garantizar el proceso de intercambio de información, cada Institución de salud pública o privada, debe contar con un repositorio local de documentos clínicos electrónicos que cumpla con los estándares técnicos y las obligaciones de registro establecidos a nivel de la Plataforma de HCEN.

ARTÍCULO 4 .- Solicitud de acceso.

En el caso que una Institución de salud pública o privada requiera acceder a la información disponible en la plataforma de HCEN, debe realizarlo mediante una identificación única (orden de servicio), la que será registrada en la plataforma.

Las instituciones de salud deberán garantizar mediante mecanismos informáticos seguros la autenticación de las personas cuyo acceso autorizan.

ARTÍCULO 5.- Registro de personas y eventos.

Los Registros de Personas y Eventos creados por el Decreto N° 242/017 funcionarán en forma independiente, pudiendo vincularse únicamente en la Plataforma de HCEN y en las instancias legalmente habilitadas.

CAPÍTULO III - OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

ARTÍCULO 6.- Obligaciones respecto al Registro de personas.

Las instituciones de salud públicas o privadas deberán ingresar a las personas en el Registro de Personas de la Plataforma de HCEN, de acuerdo con lo establecido legalmente y lo previsto por el Ministerio de Salud Pública.

ARTÍCULO 7.- Obligaciones respecto al Registro de eventos.

Las instituciones de salud públicas o privadas deberán generar y almacenar los documentos clínicos electrónicos en su repositorio documental y registrarlos en el Registro de Eventos, dentro de las siguientes 24 horas de acaecido el evento.

ARTÍCULO 8.- Conjunto mínimo de datos de los documentos clínicos electrónicos.

Para la generación de los documentos clínicos electrónicos las instituciones de salud deberán cumplir con el conjunto mínimo de datos establecido en el Anexo I, (*) que forma parte del presente Decreto, de acuerdo con los plazos que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 9.- Conjunto de datos para incorporar documentos al Registro de eventos.

Para la incorporación de documentos clínicos en el Registro de Eventos se deberá cumplir con el contenido establecido en el Anexo II, (*) que forma parte del presente Decreto.

ARTÍCULO 10.- Acreditación ante el Ministerio de Salud Pública previo al intercambio de información.

Las instituciones de salud deberán intercambiar la información clínica disponible a través de la plataforma una vez acreditadas ante el Ministerio de Salud Pública las capacidades tecnológicas para poder consultar, visualizar el registro de eventos y acceder a un documento clínico electrónico que resida en otra institución de salud.

ARTÍCULO 11.- Obligaciones respecto a las configuraciones de acceso en la Plataforma de HCEN.

Las instituciones de salud pública y privada deberán incorporar en sus sistemas de Historia Clínica Electrónica, las configuraciones de acceso definidas por las personas con respecto al acceso y utilización de su Historia Clínica Electrónica en la Plataforma de HCEN, de acuerdo con los plazos que establezca el Ministerio de Salud Pública.

ARTÍCULO 12.- Trazabilidad de los accesos a las Historias Clínicas Electrónicas.

Las instituciones de salud, públicas y privadas, deberán registrar en la plataforma de HCEN todo acceso a la Historia Clínica Electrónica, por parte del personal acreditado de la institución, en los plazos que establezca el Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO IV - DERECHOS DE LOS USUARIOS RESPECTO AL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN LA PLATAFORMA DE HCEN

ARTÍCULO 13.- Gestión electrónica de permisos.

Las personas podrán administrar electrónicamente los permisos correspondientes para el acceso por parte de las instituciones de salud públicas o privadas a su información clínica a través de la plataforma de HCEN, pudiendo modificarlos en cualquier momento, todo ello sin perjuicio de las excepciones legalmente previstas.

ARTÍCULO 14.- Consulta de información clínica en la plataforma de HCEN.

Las personas podrán consultar electrónicamente su información clínica registrada en la plataforma de HCEN, de acuerdo con lo que establezca el Ministerio de Salud Pública.

ARTÍCULO 15.- Identificación digital.

Para la gestión electrónica de permisos de acceso a la plataforma de HCEN y la consulta de información clínica, los usuarios deberán identificarse digitalmente con un nivel de seguridad equivalente a la identificación presencial de acuerdo con lo establecido en las disposiciones normativas vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, las instituciones de salud deberán habilitar canales para la gestión presencial, de acuerdo con los plazos que establezca el Ministerio de Salud Pública.

ARTÍCULO 16.- Acceso por parte de terceros.

En los casos legalmente establecidos, se podrá autorizar a terceros la gestión de los accesos y la consulta de información clínica a través de los canales que se establezcan.

ARTÍCULO 17.- Consulta de accesos.

Las personas podrán consultar, en cualquier momento, la información acerca de todos quienes han tenido acceso a su información clínica a través de la plataforma HCEN.

CAPÍTULO V - DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 18.- Acceso por el Ministerio de Salud Pública y otras entidades legalmente habilitadas.

El Ministerio de Salud Pública podrá acceder a los registros de la plataforma de la HCEN cuando lo estime pertinente. Asimismo, podrán acceder otras entidades que se encuentren legalmente autorizadas en el marco de sus competencias.

ARTÍCULO 19.- El Ministerio de Salud Pública tendrá un plazo de ciento ochenta días a contar desde su publicación en el Diario Oficial, para establecer los aspectos concernientes a la implementación del presente Decreto.

ARTÍCULO 20.- Comuníquese, publíquese.-

ANEXO 1

IMPLEMENTACIÓN DE CONJUNTOS MÍNIMOS DE DATOS EN EL MARCO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA NACIONAL

I. Definiciones

Se define como Conjunto Mínimo de Datos (CMD) al conjunto de datos básicos, que mínimamente debe contener el cuerpo de un documento clínico electrónico, con la finalidad de contribuir con la continuidad asistencial del usuario del sistema nacional integrado de salud.

II. Alcance

Los documentos clínicos electrónicos definidos inicialmente que implementan el CMD son:

- * Documento de consulta de urgencia-emergencia centralizada.
- * Documento de consulta de urgencia-emergencia extrahospitalaria
- * Documento de consulta no urgente
- * Documento de egreso de internación

III. Documentos

A continuación, se presentan los cuatro tipos de documentos mencionados con su CMD correspondiente.

Las referencias técnicas del CMD o guías técnicas de modelos de hojas clínicas para la HCEN se encuentran en: <https://centrodeconocimiento.agesic.gub.uy/web/salud.uy/documentos-técnicos>.

1. CMD DEL DOCUMENTO DE CONSULTA DE URGENCIA-EMERGENCIA CENTRALIZADA

Informe

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Obligatorio |
|---|------------|---|---|-------------|
| Consulta de Urgencia-Emergencia Centralizada | | | | |
| Este documento contiene las variables que integran el Conjunto Mínimo de Datos (CMD) definido para la consulta de urgencia o emergencia en el ámbito hospitalario o sanatorial, o sedes secundarias donde la consulta sea considerada como consulta de Urgencia o Emergencia centralizada. | | | | |
| Datos identificatorios del acto asistencial y documento | | | | |
| Fecha de firma del documento | Fecha | aaaa/mm/dd | | si |
| Fecha y hora de la consulta | Fecha | aaaa/mm/dd hh:mm:ss | | si |
| Responsable | Codificado | Registro de profesionales (CJP) | | si |
| Datos de la institución y paciente | | | | |
| Estos datos serán comunes a todos los documentos y estarán siempre visibles para el médico o profesional actuante a la hora de consultar el documento clínico durante una instancia asistencial. Referencia: Guía de implementación CDA Mínimo HL7 V3 CDA-R2 (https://centrodeconocimiento.agesic.gub.uy/web/salud.uy/guías) | | | | |
| Datos del proceso asistencial | | | | |
| Motivo de la consulta | | | | |
| Descripción | Codificado | SNOMED-CT | Especificación del (o los) motivo(s) que derivaron en la consulta. Síntoma guía principal que motiva la consulta. | si |
| Finalización de la consulta | | | | |
| Descripción del motivo de finalización | Codificado | * Alta médica | Especificación sobre las características de la finalización de la consulta. | si |
| | | * Alta voluntaria sin conocimiento del médico | | |
| | | * Alta voluntaria con conocimiento del médico | | |
| | | * Internación hospitalaria | | |
| | | * Internación domiciliaria | | |
| | | * Traslado a otro centro asistencial | | |
| * Fallecimiento | | | | |
| Diagnósticos | | | | |
| Diagnóstico(s), planteo(s) clínico(s) o problemas de salud, realizados sobre el paciente. Para cada diagnóstico planteado se podrá también especificar su fecha de inicio, estado y grado de certeza. | | | | |
| Diagnóstico | | | | |
| Descripción del diagnóstico | Codificado | SNOMED-CT | Denominación del diagnóstico o problema de salud encontrado al paciente. | si |
| Fecha de inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Especificación de la fecha exacta o estimada del inicio del problema de salud. | si |
| Estado | Codificado | * Resuelto | Clasificación del problema de salud o diagnóstico, de acuerdo al estado de su resolución, al momento del cierre de la consulta. | no |
| | | * No Resuelto | | |
| Grado de Certeza | Codificado | * No confirmado | Determinación del nivel de | Si |

| | | | | |
|--|------------|---|--|----|
| | | * Confirmado | confianza en la identificación del diagnóstico o problema de salud, al momento del cierre de la consulta. | |
| Diagnóstico de complicación(es) | | | | |
| Descripción de la complicación | Codificado | SNOMED-CT | Denominación de la complicación encontrada. | si |
| Fecha inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Especificación de la fecha de aparición de la complicación. | si |
| Estado | Codificado | * Resuelto * No Resuelto | Clasificación de la complicación, de acuerdo al estado de su resolución, al momento del cierre de la consulta. | no |
| Grado de Certeza | Codificado | * No confirmado * Confirmado | Determinación del nivel de confianza en la identificación de la complicación, al momento del cierre de la consulta. | si |
| Información sobre la evolución | | | | |
| Existencia de eventos adversos | Codificado | * Si * No | Existencia de eventos adversos durante la atención, reacciones alérgicas a medicamentos, caídas, úlceras de presión, o cualquier otra situación que quede comprendida dentro de la definición de evento adverso. | si |
| Descripción del evento adverso | Codificado | SNOMED-CT | Descripción del evento adverso | si |
| Procedimientos relevantes realizados | | | | |
| Descripción del procedimiento | Codificado | SNOMED-CT | Esto incluye tanto los procedimientos diagnósticos (estudios de laboratorio, radiología) como los terapéuticos (vía venosa periférica, cateterismos, oxigenoterapia, intubación orotraqueal, procedimientos quirúrgicos, etc.) | no |
| Fecha del procedimiento | Fecha | aaaa/mm/dd | | no |
| Resultado | Codificado | * Normal * Alterado | | no |
| Observaciones Relevantes | Texto | | Anotación de alguna observación relevante del estudio, para resaltar o especificar qué es lo que está alterado. | no |
| Información sobre tratamientos realizados | | | | |
| No farmacológicos | | | | |
| Se trata de indicaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (por ej: oxigenoterapia, indicaciones nutricionales, reposo o limitaciones del esfuerzo físico, etc.) | | | | |
| Indicación | | | | |
| Descripción de la indicación | Texto | | Detalle de la indicación | no |
| Farmacológicos | | | | |
| Fármaco | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | Sustancia(s) activa(s) + potencia y unidad de medida + forma farmacéutica | si |

| | | | | |
|--|------------|---|--|----|
| Vía de administración | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | Listado de vías posibles, de acuerdo a la forma de administración del fármaco. | si |
| Cantidad | Numérico | | | si |
| Frecuencia de administración | Texto | | | no |
| Fecha de inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de inicio de la indicación del medicamento | no |
| Fecha de finalización | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de finalización para el caso de tratamientos agudos | no |
| Duración | Numérico | Unidad en días | | si |
| Información sobre tratamientos indicados al final de la asistencia | | | | |
| Indicaciones médicas al final de la consulta para continuidad del tratamiento del paciente | | | | |
| No farmacológicos | | | | |
| Descripción de la indicación | Texto | | Descripción o denominación del tratamiento no farmacológico indicado al final de la asistencia del paciente. | no |
| Farmacológicos | | | | |
| Fármaco | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | sustancia/s activa/s + potencia y unidad de medida + forma farmacéutica | si |
| Vía de administración | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | Listado de vías posibles, de acuerdo a la forma de administración del fármaco. | si |
| Cantidad | Numérico | | | si |
| Frecuencia de administración | Texto | | | si |
| Momento de administración | Texto | | Momento de administración del medicamento de acuerdo a recomendaciones. (Ej. Ingesta alejada de las comidas, previo al almuerzo, etc.) | si |
| Fecha de inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de inicio de la indicación del medicamento | no |
| Fecha de finalización | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de finalización para el caso de tratamientos agudos | no |
| Duración en días | Numérico | | | si |
| Estado de la prescripción | Codificado | * activa * inactiva | Esta clasificación permite en los sistemas de receta electrónica, poder agrupar las prescripciones activas de los pacientes. | no |
| Instrucciones de Seguimiento | | | | |
| Fecha de próxima consulta | Fecha | aaaa/mm/dd | Se refiere a la fecha de próxima consulta confirmada (si aplica). | no |
| Plazo en días para próxima consulta | Numérico | | Plazo en días que el profesional estima que el paciente debe volver a consultar o ser visto por médico para su control o asistencia posterior. | si |
| Referencia al alta | Texto | | Especificación del área o servicio donde el paciente es referido para su control o asistencia posterior. | no |

2. CMD DEL DOCUMENTO DE CONSULTA DE URGENCIA-EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Obligatorio |
|--|------------|--|---|-------------|
| Consulta de Urgencia-Emergencia Extra-Hospitalaria | | | | |
| Este documento contiene las variables que integran el Conjunto Mínimo de Datos (CMD) definido para la consulta de urgencia o emergencia en el ámbito extra hospitalario, tanto para las consultas domiciliarias como en vía pública. | | | | |
| Datos identificatorios del acto asistencial y documento | | | | |
| Fecha de firma del documento | Fecha | aaaa/mm/dd | | si |
| Fecha y hora de la consulta | Fecha | aaaa/mm/dd hh:mm:ss | | si |
| Responsable | Codificado | Registro de profesionales (CJP) | | si |
| Datos de la institución y paciente | | | | |
| Estos datos serán comunes a todos los documentos y estarán siempre visibles para el médico o profesional actuante a la hora de consultar el documento clínico durante una instancia asistencial. Referencia: Guía de implementación CDA Mínimo HL7 V3 CDA-R2 (https://centrodeconocimiento.agesic.gub.uy/web/salud.uy/guias) | | | | |
| Datos del proceso asistencial | | | | |
| Motivo de la consulta | | | | |
| Descripción | Codificado | SNOMED-CT | Especificación del (o los) motivo(s) que derivaron en la consulta. Síntoma guía principal que motiva la consulta. | si |
| Finalización de la consulta | | | | |
| Descripción del motivo de finalización | Codificado | * Alta médica * Alta voluntaria sin conocimiento del médico * Alta voluntaria con conocimiento del médico * Internación * Traslado a emergencia centralizada * Traslado por otro prestador * Fallecimiento | Especificación sobre las características de la finalización de la consulta. | si |
| Diagnósticos | | | | |
| Diagnóstico(s), planteo(s) clínico(s) o problemas de salud, realizados sobre el paciente. Para cada diagnóstico planteado se podrá también especificar su fecha | | | | |

de inicio, estado y grado de certeza.

| | | | | |
|--------------------------------------|------------|---------------------------------|---|----|
| Diagnóstico | | | | |
| Descripción del diagnóstico | Codificado | SNOMED-CT | Denominación del diagnóstico o problema de salud encontrado al paciente. | si |
| Fecha y hora de inicio | Fecha | aaaa/mm/dd hh:mm:ss | Especificación de la fecha exacta o estimada del inicio del problema de salud. | si |
| Estado | Codificado | * Resuelto * No Resuelto | Clasificación del problema de salud o diagnóstico, de acuerdo al estado de su resolución, al momento del cierre de la consulta. | No |
| Grado de Certeza | Codificado | * no confirmado * Confirmado | Determinación del nivel de confianza en la identificación del diagnóstico o problema de salud, al momento del cierre de la consulta. | si |
| Diagnóstico de complicación(es) | | | | |
| Descripción de la complicación | Codificado | SNOMED-CT | Denominación de la complicación encontrada. | si |
| Fecha inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Especificación de la fecha de aparición de la complicación. | si |
| Estado | Codificado | * Resuelto * No Resuelto | Clasificación de la complicación, de acuerdo al estado de su resolución, al momento del cierre de la consulta. | no |
| Grado de Certeza | Codificado | * No confirmado * Confirmado | Determinación del nivel de confianza en la identificación de la complicación, al momento del cierre de la consulta. | si |
| Información sobre la evolución | | | | |
| Existencia de eventos adversos | Codificado | * Si * No | Existencia de eventos adversos durante la atención, reacciones alérgicas a medicamentos, caídas, úlceras de presión, o cualquier otra situación que quede comprendida dentro de la definición de evento adverso. | si |
| Descripción del evento adverso | Codificado | SNOMED-CT | | no |
| Procedimientos relevantes realizados | | | | |
| Descripción del procedimiento | Codificado | SNOMED-CT | Esto incluye tanto los procedimientos diagnósticos (estudios de laboratorio, radiología) como los terapéuticos (vía venosa periférica, cateterismos, oxigenoterapia, intubación orotraqueal, procedimientos quirúrgicos, etc.). | No |
| Fecha del procedimiento | Fecha | aaaa/mm/dd | | no |
| Resultado | Codificado | * Normal * Alterado | | no |
| Observaciones relevantes | Texto | | Anotación de alguna observación relevante del estudio, para resaltar o especificar qué es lo que está alterado. | no |

| Información sobre tratamientos realizados | | | | |
|--|------------|---|--|----|
| No farmacológicos | | | | |
| Se trata de indicaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (por ej: oxigenoterapia, indicaciones nutricionales, reposo o limitaciones del esfuerzo físico, etc.) | | | | |
| Indicación | | | | |
| Descripción de la indicación | Texto | | | no |
| Farmacológicos | | | | |
| Fármaco indicado | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | Sustancia(s) activa(s) + potencia y unidad de medida + forma farmacéutica | si |
| Vía de administración | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | Listado de vías posibles, de acuerdo a la forma de administración del fármaco. | si |
| Cantidad | Numérico | | | si |
| Frecuencia de administración | Texto | | | no |
| Fecha de inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de inicio de la indicación del medicamento | no |
| Fecha de finalización | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de finalización para el caso de tratamientos agudos | no |
| Duración | Numérico | Unidad en días | | si |
| Información sobre tratamientos indicados al final de la asistencia | | | | |
| Indicaciones médicas al final de la consulta para continuidad del tratamiento del paciente | | | | |
| No farmacológicos | | | | |
| Descripción de la indicación | Texto | | Descripción o denominación del tratamiento no farmacológico realizado al final de la asistencia del paciente. | no |
| Farmacológicos | | | | |
| Fármaco indicado (genérico) | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | Sustancia(s) activa(s) + potencia y unidad de medida + forma farmacéutica | si |
| Vía de administración | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | Listado de vías posibles, de acuerdo a la forma de administración del fármaco. | si |
| Cantidad | Numérico | | | si |
| Frecuencia de administración | Texto | | | si |
| Fecha de inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de inicio de la indicación del medicamento | no |
| Fecha de finalización | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de finalización para el caso de tratamientos agudos | no |
| Duración en días | Numérico | | | si |
| Estado de la prescripción | Codificado | * activa * inactiva | Esta clasificación permitirá en los sistemas de receta electrónica, poder agrupar las prescripciones activas del paciente. | no |
| Instrucciones de Seguimiento | | | | |
| Fecha de próxima | Fecha | aaaa/mm/dd | Se refiere a la fecha de próxima | no |

| | | | | |
|-------------------------------------|----------|--|--|----|
| consulta | | | consulta confirmada (si aplica). | |
| Plazo en días para próxima consulta | Numérico | | Plazo en días que el profesional estima que el paciente debe volver a consultar o ser visto por médico para su control o asistencia posterior. | si |
| Referencia al alta | Texto | | Especificación del área o servicio donde el paciente es referido para su control o asistencia posterior. | no |

3. CMD DEL DOCUMENTO DE CONSULTA NO URGENTE

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Obligato |
|---|------------|---------------------------------|---|----------|
| Conjunto Mínimo de Datos de Consulta No Urgente | | | | |
| Se trata del CMD a consignar durante una consulta no urgente, tanto en el ámbito institucional como en el ámbito domiciliario o residencial del paciente. | | | | |
| Datos identificatorios del acto asistencial y documento | | | | |
| Fecha de firma del documento | Fecha | aaaa/mm/dd | | si |
| Fecha y hora de la consulta | Fecha | aaaa/mm/dd hh:mm:ss | | si |
| Responsable | Codificado | Registro de profesionales (CJP) | | si |
| Datos de la institución y paciente | | | | |
| Estos datos serán comunes a todos los documentos y estarán siempre visibles para el médico o profesional actuante a la hora de consultar el documento clínico durante una instancia asistencial. Referencia: Guía de implementación CDA Mínimo HL7 V3 CDA-R2 (https://centrodeconocimiento.agesic.gub.uy/web/salud.uy/guías) | | | | |
| Datos del proceso asistencial | | | | |
| Motivo de la consulta | | | | |
| Descripción | Codificado | SNOMED-CT | Especificación del (o los) motivo(s) que derivaron en la consulta. Síntoma guía principal que motiva la consulta. | si |
| Diagnósticos | | | | |
| Diagnóstico(s), planteo(s) clínico(s) o problemas de salud, realizados sobre el paciente. Para cada diagnóstico planteado se podrá también especificar su fecha de inicio, estado y grado de certeza. | | | | |
| Diagnóstico | | | | |
| Descripción del diagnóstico | Codificado | SNOMED-CT | Denominación del diagnóstico o problema de salud encontrado al paciente. | si |
| Fecha de inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Especificación de la fecha exacta o estimada del inicio del problema de salud. | si |
| Estado | Codificado | * Resuelto * No Resuelto | Clasificación del problema de salud o diagnóstico, de acuerdo al estado de su resolución, al momento del cierre de la consulta. | no |
| Grado de Certeza | Codificado | * No confirmado | Determinación del nivel de confianza en | si |

| | | | | |
|---|------------|---|--|----|
| | | * Confirmado | la identificación del diagnóstico o problema de salud. | |
| Procedimientos relevantes realizados | | | | |
| Descripción del procedimiento | Codificado | SNOMED-CT | Esto incluye tanto procedimientos diagnósticos como terapéuticos que hayan sido realizados durante la consulta. | no |
| Fecha del procedimiento | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de la realización del mismo. | no |
| Resultado | Codificado | * Normal * Alterado | | no |
| Observaciones Relevantes | Texto | | Anotación de alguna observación relevante del estudio, para resaltar o especificar qué es lo que está alterado. | no |
| Información sobre tratamientos realizados durante la asistencia | | | | |
| No farmacológicos | | | | |
| Se trata de indicaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxígeno terapia, indicaciones nutricionales, reposo o limitaciones del esfuerzo físico, etc.) | | | | |
| Indicación | | | | |
| Descripción de la indicación | Texto | | Descripción del tipo de tratamiento no farmacológico realizado durante la consulta | no |
| Farmacológicos | | | | |
| Fármaco | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | Sustancia(s) activa(s) + potencia (dosis) y unidad de medida + forma farmacéutica | si |
| Vía de administración | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | Listado de vías posibles, de acuerdo a la forma de administración del fármaco. | si |
| Cantidad | Numérico | | | si |
| Frecuencia de administración | Texto | | | no |
| Fecha de inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de inicio de la indicación del medicamento | no |
| Fecha de finalización | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de finalización para el caso de tratamientos agudos | no |
| Duración en días | Numérico | | | si |
| Estado de la prescripción | Codificado | * activa * inactiva | Esta clasificación permitirá en los sistemas de receta electrónica, poder agrupar las prescripciones activas de los pacientes. | no |
| Información sobre tratamientos indicados al final de la asistencia | | | | |
| Indicaciones médicas al final de la consulta para continuidad del tratamiento del paciente | | | | |
| No farmacológicos | | | | |
| Descripción de la indicación | Texto | | Descripción o denominación del tratamiento no farmacológico realizado al final de la asistencia del paciente. | no |
| Farmacológicos | | | | |
| Fármaco | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | sustancia/s activa/s + potencia (dosis) y unidad de medida + forma farmacéutica | si |
| Vía de administración | Codificado | Diccionario Nacional de | Listado de vías posibles, de acuerdo a la forma de administración del fármaco. | si |

| | | Medicamentos y Afines | | |
|-------------------------------------|------------|------------------------|--|----|
| Frecuencia de administración | Texto | | | si |
| Momento de administración | Texto | | Momento de administración del medicamento de acuerdo a recomendaciones. (Ej. Ingesta alejada de las comidas, previo al almuerzo, etc.) | si |
| Fecha de inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de inicio de la indicación del medicamento | no |
| Fecha de finalización | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de finalización para el caso de tratamientos agudos | no |
| Duración en días | Numérico | | | si |
| Estado de la prescripción | Codificado | * Activa * Inactiva | Esta clasificación permitirá en los sistemas de receta electrónica, poder agrupar las prescripciones activas de los pacientes. | no |
| Instrucciones de Seguimiento | | | | |
| Fecha de próxima consulta | Fecha | aaaa/mm/dd | Se refiere a la fecha de próxima consulta confirmada (si aplica). | no |
| Plazo en días para próxima consulta | Numérico | | Plazo en días que el profesional estima que el paciente debe volver a consultar o ser visto por médico para su control o asistencia posterior. | si |
| Referencia al alta | Texto | | Especificación del área o servicio donde el paciente es referido para su control o asistencia posterior. | no |

4. CMD DEL DOCUMENTO DE EGRESO DE INTERNACIÓN

| | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Obligato |
|---|------------|---------------------------------|--|----------|
| Egreso de Internación | | | | |
| Este documento contiene las variables que integran el Conjunto Mínimo de Datos (CMD) definido para el egreso de internación de un paciente, sea en ámbito hospitalario/sanatorial o en los casos de un alta cuando el paciente se encuentra en régimen de internación domiciliaria. El mismo incluye datos de enfermería. | | | | |
| Datos identificatorios del acto asistencial y documento | | | | |
| Fecha de firma del documento | Fecha | aaaa/mm/dd | | si |
| Fecha de ingreso | Fecha | aaaa/mm/dd | | si |
| Fecha de egreso | Fecha | aaaa/mm/dd | | si |
| Readmisión | Codificado | * Si * No | Se define readmisión como el ingreso del paciente dentro de los 30 días siguientes al egreso por un problema médico relacionado al diagnóstico nosológico que determinó el ingreso anterior. | si |
| Responsable médico | Codificado | Registro de profesionales (CJP) | | si |
| Especialidad actuante | Codificado | Registro de especialidades | Función o especialidad que está desempeñando el | no |

| | | | | |
|--|------------|---|--|----|
| | | | responsable médico que firma el egreso del paciente. | |
| Responsable enfermería | Codificado | Registro de profesionales (CJP) | Licenciado de enfermería responsable del cuidado del paciente que egresa. | si |
| Datos de la institución y paciente | | | | |
| Estos datos serán comunes a todos los documentos y estarán siempre visibles para el médico o profesional actuante a la hora de consultar el documento clínico durante una instancia asistencial. Referencia: Guía de implementación CDA Mínimo HL7 V3 CDA-R2 (https://centrodeconocimiento.agesic.gub.uy/web/salud.uy/guías) | | | | |
| Datos del proceso asistencial | | | | |
| Motivo de ingreso | | | | |
| Descripción | Codificado | SNOMED-CT | Especificación de la(s) causa(s) que motivaron el ingreso del paciente. | si |
| Tipo de ingreso | | | | |
| Descripción | Codificado | * Urgente * Coordinado | Especificación sobre la condición bajo la cual se efectivizó el ingreso. | Si |
| Condición del egreso | | | | |
| Descripción del motivo de finalización de la atención | Codificado | * Alta médica * Alta voluntaria sin conocimiento del médico * Alta voluntaria con conocimiento del médico * Internación hospitalaria en otro centro * Internación domiciliaria * Traslado a otro centro asistencial * Fallecimiento | Especificación sobre las características de la finalización de la atención del paciente en la institución. | si |
| Diagnósticos | | | | |
| Diagnóstico(s), planteo(s) clínico(s) o problemas de salud, realizados sobre el paciente. Para cada diagnóstico planteado se podrá también especificar su fecha de inicio, estado y grado de certeza. | | | | |
| Diagnóstico principal | | | | |
| Descripción del diagnóstico principal | Codificado | SNOMED-CT | Denominación del diagnóstico nosológico o problema de salud principal encontrado al paciente. | si |
| Fecha de inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Especificación de la fecha exacta o estimada del inicio del problema de salud. | no |
| Estado | Codificado | * Resuelto * No Resuelto | Clasificación del problema de salud o diagnóstico, de | no |

| | | | | |
|---|------------|---------------------------------|---|----|
| | | | acuerdo al estado de su resolución, al momento del egreso. | |
| Grado de Certeza | Codificado | * No confirmado * Confirmado | Determinación del nivel de confianza en la identificación del diagnóstico o problema de salud, al momento del egreso. | si |
| Diagnóstico(s) secundario(s) | | | | |
| Descripción del diagnóstico secundario | Codificado | SNOMED-CT | Denominación del diagnóstico o problema de salud secundario realizado al paciente. | si |
| Fecha de inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Especificación de la fecha exacta o estimada del inicio del problema de salud. | no |
| Estado | Codificado | * Resuelto * No Resuelto | Clasificación del problema de salud o diagnóstico, de acuerdo al estado de su resolución, al momento del egreso. | no |
| Grado de Certeza | Codificado | * No confirmado * Confirmado | Determinación del nivel de confianza en la identificación del diagnóstico o problema de salud, al momento del egreso. | si |
| Diagnóstico de complicación(es) | | | | |
| Descripción de la complicación | Codificado | SNOMED-CT | Denominación de la complicación encontrada. | si |
| Fecha inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Especificación de la fecha de aparición de la complicación. | no |
| Estado | Codificado | * Resuelto * No Resuelto | Clasificación del problema de salud o diagnóstico, de acuerdo al estado de su resolución, al momento del egreso. | no |
| Grado de Certeza | Codificado | * No confirmado * Confirmado | Determinación del nivel de confianza en la identificación del diagnóstico o problema de salud, al momento del egreso. | si |
| Comorbilidad(es) | | | Registro de las comorbilidades del paciente (independientes de la patología de ingreso) | |
| Descripción del diagnóstico de comorbilidad | Codificado | SNOMED-CT | Denominación de la(s) patología(s) presente(s) en el paciente, independiente del diagnóstico principal. | si |
| Fecha de inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Especificación de la fecha exacta o estimada del inicio del problema de salud. | no |
| Estado | Codificado | * Resuelto * No Resuelto | Clasificación del problema de salud o diagnóstico, de acuerdo al estado de su resolución, al momento del | no |

| | | | | |
|--|------------|---|--|----|
| | | | egreso. | |
| Grado de Certeza | Codificado | * No confirmado * Confirmado | Determinación del nivel de confianza en la identificación del diagnóstico o problema de salud, al momento del egreso. | si |
| Diagnósticos de Enfermería | | | | |
| Nivel de Dependencia de Enfermería (NDE) | Codificado | * Cuidados Mínimos * Cuidados Medianos * Cuidados Frecuentes * Cuidados Totales | Clasificación del usuario por NDE basada en las necesidades de V. Henderson. Se dispone de modelos de clasificación para adultos y pediatría. | si |
| Diagnóstico de Enfermería | Texto | También se admite codificación CIPE- SNOMED CT o NANDA | El diagnóstico es el resultado del proceso de valoración integral mediante el cual se define la situación de salud del usuario desde la óptica de enfermería. Refiere a los diagnósticos o problemas presentes en el momento del egreso hospitalario. | si |
| Información sobre la evolución | | | | |
| Existencia de eventos adversos | Codificado | * Si * No | Existencia de eventos adversos durante la atención, reacciones alérgicas a medicamentos, caídas, úlceras por presión, o cualquier otra situación que quede comprendida dentro de la definición de evento adverso. | no |
| Descripción del evento adverso | Codificado | SNOMED-CT | Denominación del evento adverso. | no |
| Ingreso en área de acceso restringido | Codificado | * Si * No | Aquí se señala si durante su internación presentó ingreso en áreas de circulación restringida. Comprende el Ingreso a CTI, CI, Área de inmunodeprimidos, área de quemados, área de trasplantes, requerimiento de algún tipo de aislamiento, u otras circunstancias varias. | si |
| Tipo de área de acceso restringido | Codificado | * Unidad de medicina intensiva (CTI) * Trasplantados de órgano sólido * Trasplantados | | no |

| | | | | |
|--|------------|--|--|----|
| | | de médula ósea | | |
| | | * Unidades de Cuidados Cardiológicos | | |
| | | * Unidades de Stroke (Unidades de cuidados Neurológicos, de ACV) | | |
| | | * Unidad de quemados | | |
| Procedimientos relevantes realizados | | | | |
| Descripción del procedimiento | Codificado | SNOMED-CT | Esto incluye tanto los procedimientos diagnósticos (estudios de laboratorio, radiología) como los terapéuticos (vía venosa periférica, cateterismos, oxigenoterapia, intubación orotraqueal, procedimientos quirúrgicos, etc.) | no |
| Fecha del procedimiento | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de la realización del mismo. | no |
| Resultado | Codificado | * Normal * Alterado | | |
| Observaciones Relevantes | Texto | | Anotación de alguna observación relevante del estudio, para resaltar o especificar qué es lo que está alterado. | no |
| Información de resumen sobre pruebas complementarias relevantes | | | | |
| Laboratorio | | | | |
| Estudio | Codificado | SNOMED-CT | | si |
| Fecha del estudio | Fecha | aaaa/mm/dd | | si |
| Resultado del estudio | Codificado | * Normal * Alterado | | no |
| Observaciones Relevantes | Texto | | | no |
| Imagen | | | | |
| Estudio | Codificado | SNOMED-CT | | si |
| Fecha del estudio | Fecha | aaaa/mm/dd | | si |
| Observaciones Relevantes | Texto | | | no |
| Otros | | | | |
| Estudio | Codificado | SNOMED-CT | | si |
| Fecha del estudio | Fecha | aaaa/mm/dd | | si |
| Observaciones Relevantes | Texto | | | si |
| Información sobre tratamientos relevantes realizados | | | | |
| No farmacológicos | | | | |
| Se trata de indicaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (por ej: oxigenoterapia, indicaciones nutricionales, reposo o limitaciones del esfuerzo | | | | |

| | | | | |
|--|------------|---|--|----|
| físico, etc.) | | | | |
| Indicación | | | | |
| Descripción de la indicación | Texto | | | no |
| Farmacológicos | | | | |
| Fármaco recibido (genérico) | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | Sustancia(s) activa(s) + potencia y unidad de medida + forma farmacéutica | si |
| Vía de administración | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | Listado de vías posibles, de acuerdo a la forma de administración del fármaco. | si |
| Cantidad | Numérico | | | si |
| Frecuencia de administración | Texto | | | no |
| Fecha de inicio | fecha | aaaa/dd/mm | Fecha de inicio de la indicación del medicamento | no |
| Fecha de finalización | fecha | aaaa/dd/mm | Fecha de finalización para el caso de tratamientos agudos | no |
| Duración en días | Numérico | | | si |
| Información sobre tratamientos indicados al final de la asistencia Indicaciones médicas al final de la consulta para continuidad del tratamiento del paciente | | | | |
| No farmacológicos | | | | |
| Descripción de la indicación | Texto | | Descripción o denominación del tratamiento no farmacológico realizado al final de la asistencia del paciente. | no |
| Farmacológicos | | | | |
| Fármaco indicado (genérico) | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | Sustancia(s) activa(s) + potencia y unidad de medida + forma farmacéutica | si |
| Vía de administración | Codificado | Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines | Listado de vías posibles, de acuerdo a la forma de administración del fármaco. | si |
| Cantidad | Numérico | | | si |
| Frecuencia de administración | Texto | | | si |
| Momento de administración | Texto | | Momento de administración del medicamento de acuerdo a recomendaciones. (Ej. Ingesta alejada de las comidas, previo al almuerzo, etc.) | si |
| Fecha de inicio | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de inicio de la indicación del medicamento | no |
| Fecha de finalización | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha de finalización para el caso de tratamientos agudos | no |
| Duración en días | Numérico | | | si |
| Estado de la prescripción | Codificado | * Activa * inactiva | Esta clasificación permitirá en los sistemas de receta electrónica, poder agrupar las prescripciones activas de | no |

| | | | | |
|--|----------|------------|---|----|
| | | | los pacientes. | |
| Instrucciones de Seguimiento | | | | |
| Fecha de próxima consulta | Fecha | aaaa/mm/dd | Se refiere a la fecha de próxima consulta confirmada (si aplica). | si |
| Plazo en días para próxima consulta | Numérico | | Plazo en días para próxima consulta no confirmada (si aplica) | no |
| Referencia al alta | Texto | | Especificación del área o servicio donde el paciente es referido para su control o asistencia posterior. | no |
| Indicaciones o Instrucciones de Enfermería | Texto | | Educación o Instrucciones realizadas al momento del alta. | si |
| Cuidador principal | Texto | | Identificación del cuidador principal | si |
| Vinculación con el usuario | Texto | | Vinculación del cuidador con el usuario | si |
| Teléfono Cuidador | Numérico | | Teléfono del cuidador principal | si |
| Información complementaria / observaciones | Texto | | Valoración de factores o acontecimientos personales, familiares y/o del entorno que pueden influir negativamente en la situación de salud. Deberá incluirse toda la información relativa a la presencia de dispositivos (ej.: prótesis, drenajes, otros). | si |

ANEXO II

CONTENIDO PARA LA INCORPORACION DE DOCUMENTOS CLÍNICOS EN EL REGISTRO DE EVENTOS

El objetivo de esta norma es establecer el contenido para la incorporación de documentos clínicos en el registro de eventos de la Historia Clínica Electrónica Nacional. A continuación, se detalla cada dato con su correspondiente descripción:

| Campo | Formato | Rango | Descripción | Obligator |
|-------------|----------|----------------------|---|-----------|
| Estado | Texto | Vigente o no vigente | El estado del documento clínico registrado. Toma los valores de vigente o no vigente. | Si |
| Cantidad de | Numérico | Valores mayores o | Contiene la cantidad de | No |

| | | | | |
|--------------------------------|---------------------|---|--|----|
| estudios | | iguales a uno | estudios o procedimientos de carácter diagnóstico o terapéutico que contiene el documento clínico referenciado en el registro. | |
| Institución | OID | N/A | Institución en la cual se genera el acto asistencial | Si |
| Dependencia | Texto | N/A | Establecimiento de la institución donde se genera el acto asistencial. | No |
| Autor | Numérico | | Autor del documento. | Si |
| Rol del autor | Texto | N/A | Rol específico del autor del documento. | No |
| Especialidad del autor | Texto | N/A | Especialidad del autor del documento. | No |
| Por orden de | OID | N/A | Institución que indicó realizar el acto asistencial. | No |
| Tipo de documento genérico | Codificado | LOINC | El código que especifica el tipo de documento a alto nivel. | Si |
| Nombre del documento | Codificado | SNOMED-CT | Código que especifica el tipo preciso de documento. | Si |
| Servicio | Codificado | SNOMED-CT | Código que especifica el servicio donde se realiza el acto asistencial. | Si |
| Nivel de confidencialidad | Codificado | N (Normal), R (restringido) o V (muy restringido) | El código que especifica el nivel de confidencialidad del documento. | Si |
| Financiador | OID | N/A | Institución y/o persona que financia el acto asistencial. | No |
| Identificador del usuario | Código alfanumérico | | Identificador único del usuario/paciente relacionado al acto asistencial. Este dato es adjudicado en la plataforma HCEN | Si |
| Identificador del documento | OID | N/A | Identificador único global asignado al documento. | Si |
| Número de orden | Numérico | Valores mayores o iguales a uno | Número de orden de servicio que se generó al realizarse el acto asistencial e identifica unívocamente al mismo. | Si |
| Fecha de creación | Fecha-hora | AAAAMDDH HMMSS | Fecha de creación del documento. | Si |
| Identificador de la aplicación | OID | N/A | Identificador de la aplicación que genera el documento. | Si |
| Identificador del repositorio | OID | N/A | Identificador único global del repositorio donde se almacena el documento. | Si |
| Inicio del servicio | Fecha-hora | AAAAMDDH HMMSS | Fecha y hora de inicio del acto asistencial. | Si |
| Fin del servicio | Fecha-hora | AAAAMDDH HMMSS | Fecha y hora de fin del acto asistencial. | Si |

NOTAS:

LEY 9.202 DE 12.01.34

[ART. 168 CONSTITUCION DE LA REPUBLICA](#)

[LEY 18.331 DE 11.08.08](#)

[LEY 18.600 DE 21.09.09](#)

[ART. 466 LEY 19.355 DE 19.12.15](#)

DECRETO 242/017 DE 31.08.17

[ART. 194 LEY 19.670 DE 15.10.18](#)

INDICE: REGLAMENTACION DEL ART. 194 DE LA LEY 19.670, REFERENTE A LA INCORPORACION DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y LAS PERSONAS AL SISTEMA DE HISTORIA CLINICA ELECTRONICA NACIONAL

MATERIA: REGLAMENTACION – INCORPORACION – HISTORIA CLINICA ELECTRONICA – IMPLEMENTACION – INSTITUCIONES – HISTORIA CLINICA ELECTRONICA NACIONAL – INFORMACION – REGULACION – ACCESO A LA INFORMACION CLINICA – OBLIGACIONES – REGISTRO DE PERSONAS – DOCUMENTOS CLINICOS ELECTRONICOS – ACREDITACION – MINISTERIO DE SALUD PUBLICA – PERMISOS – GESTION ELECTRONICA