

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION n°. 2319

VISTO:

El expediente N° 00501-0121079-4 del S.I.E., referido a la implementación del Registro Diario de Consultas Ambulatorias en todos los efectores de atención primaria de este Ministerio; y

CONSIDERANDO:

Que para tal implementación se utilizará un Formulario, cuyo objetivo es minimizar la cantidad de registros que se completan en los efectores de salud de la Provincia de Santa Fe;

Que el Registro Diario de Consultas Ambulatorias proporcionará información a partir de la cual se podrán emitir el parte epidemiológico semanal (C2) y realizar los resúmenes diarios y/o mensuales que se remiten a las Direcciones General de Estadística y Provincial de Odontología y a la Jefatura de Enfermería; así también permitirá obtener un registro nominalizado de las personas que se atienden en el efector de salud;

Que, asimismo, se constituirá en el registro de información a proporcionar al Ministerio de Desarrollo Social respecto a los menores pertenecientes al Programa de Recuperación del Niño en Riesgo Nutricional –Nutrir Más-;

Que toda la información registrada será asentada en un sistema denominado SICAP –Sistema Integral para los Centros de Atención Primaria y Seguro de Salud-, al que los distintos efectores podrán acceder directamente desde cualquier PC conectada a Internet a través de la utilización de usuario y contraseña, que serán suministrados por la Sectorial de Informática;

Que el nuevo Registro Diario de Consultas Ambulatorias será utilizado por todos los agentes de salud que realicen prácticas ambulatorias en los efectores de atención primaria;

Que aquellos establecimientos que no estén informatizados, consignarán en forma manual los datos requeridos en las planillas preimpresas, remitiéndolas luego para su carga centralizada en el sistema informático; posteriormente, serán devueltas al centro de salud emisor;

Que este Ministerio tendrá a su cargo la distribución de los

Registros preimpresos, los instructivos de carga y circuito y la capacitación de los agentes sanitarios;

Que ha tomado intervención la Dirección General de Asuntos Jurídicos, sin formular objeciones al trámite (Dictamen N° 86.785/12, fs. 6/7);

Que es competencia de este Ministerio, como autoridad administrativa sanitaria a nivel provincial, adoptar la decisión correspondiente en la presente gestión, conforme a las facultades conferidas por los artículos 11° y 22° de la Ley N° 12.817;

POR ELLO:

EL MINISTRO DE SALUD

Resuelve:

ARTICULO 1°.- Impleméntase el Registro Diario de Consultas Ambulatorias, en todos los efectores provinciales de atención primaria del Ministerio de Salud.-

ARTICULO 2°.- Apruébanse el Formulario y el Instructivo de Carga del Registro Diario de Consultas Ambulatorias, que como Anexos I y II, respectivamente, se agregan y forman parte de la presente resolución.-

ARTICULO 3°.- El Ministerio de Salud tendrá a su cargo la distribución de los Registros preimpresos (Anexo I) e Instructivos de Carga (Anexo II), como así también la capacitación de los agentes sanitarios.-

ARTICULO 4°.- Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.-

Miguel Angel Capiello
Ministro de Salud

Nota: La presente Resolución se Publica sin los anexos I y II, Pudiéndose consultar los mismos en el Ministerio de Salud.

S/C. 9562 Dic. 5 Dic. 6

ANEXO I

REGISTRO DIARIO DE CONSULTAS AMBULATORIAS

PROVINCIA DE SANTA FE
 MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA
 LAS HERAS 3338 - 3000 - SANTA FE

(1) IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

Localidad:

(2) ESPECIALIDAD

Clasificación de atención:

(3) ESPECIALIDAD

(4) SERVICIO

(5) PROFESIONAL

(6) DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

NO/DO

DATOS FILIATORIOS DEL PACIENTE:

CONTROLES:

ATENCIÓN:

Motivo familiar (7)
 (8) PC (10)
 (11) PC (12)

Apellido (9a)

Nombre (9b)

Sexo (10)

Fecha nacimiento (11)

Número documento (12)

Domicilio (13)

Peso (kg) (14)

Talla (cm) (15)

PC (cm) (16)

TA (mm) (17)

PLM (18)

Diagnostico o motivo de consulta (19)

Caricatura (20)

Prácticidad (21)

Tratamiento (22)

Derivación (23)

Página de

ANEXO II

INSTRUCTIVO DE CARGA

REGISTRO DIARIO DE CONSULTAS AMBULATORIAS

La nueva planilla de Consultas ambulatorias será utilizada por todos los agentes de salud que realicen prácticas ambulatorias en los efectores de atención primaria.

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.
 - **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.
 - Provincial
 - Municipal
 - Mixto
 - **Localidad del Establecimiento:** consignar el nombre de la ciudad en la que se ubica geográficamente el Establecimiento.
 - **Nodo del Establecimiento:** Consignar el Nombre del Nodo al que pertenece el Establecimiento.
2. **Horas de atención:** se consignarán las horas "programadas" para ese profesional o consultorio para ese día de actividad. Ocupar cada casilla con un dígito de la siguiente manera:
Si fueran 2 horas de actividad se completa la cifra con ceros a la izquierda: 0 2 0 0
Si fueran 2 horas 30 minutos: 0 2 3 0
3. **Fecha:** anotar día, mes y año al que correspondan las consultas ambulatorias. (dd-mm-AAAA)
4. **Servicio:** Anotar el nombre del servicio o especialidad al que corresponde el consultorio. Ejemplo: Clínica Médica, Ginecología, Psiquiatría, etc. Completar los casilleros con el N° de código correspondiente. Ej.: Ginecología 155
5. **Profesional:** Consignar el nombre del profesional
6. **Matrícula N°:** anotar el número de matrícula del profesional

DATOS FILIATORIOS DEL PACIENTE

7. **Número de legajo familiar:** refiere al legajo familiar del grupo al cual pertenece el paciente. En caso de ser un paciente que no tiene asignado un grupo familiar, se deberá consignar un guión en ese lugar.
8. **Número de Historia Clínica individual:** refiere al número de historia clínica del paciente en el lugar donde se realiza la atención.
9. **Apellido y Nombre:**
 - a) **Apellido:** consignar el apellido que figura en el documento de identidad.

El Nombre registrar el nombre del paciente indicado en el documento de identidad.

III. Sexo:

- a. Varón (V): Persona que se le ha asignado el "sexo masculino" en el momento de su nacimiento y cuya identidad construida es la de varón, aunque su expresión de género puede variar entre la masculinidad y la femineidad, en la mayoría de los casos se presenta con una expresión de género masculina.
- b. Mujer (M): Persona que se le ha asignado el "sexo femenino" en el momento de su nacimiento y cuya identidad construida es la de mujer, aunque su expresión de género puede variar entre la femineidad y la masculinidad, en la mayoría de los casos se presenta con una expresión de género femenina.
- c. Varón Trans (VT): Persona que se le ha asignado el "sexo femenino" en el momento de su nacimiento y cuya identidad construida es la de varón, aunque su expresión de género puede variar entre la masculinidad y la femineidad, en la mayoría de los casos se presenta con una expresión de género masculina.
- d. Mujer Trans (MT): Persona que se le ha asignado el "sexo masculino" en el momento de su nacimiento y cuya identidad construida es la de mujer, aunque su expresión de género puede variar entre la femineidad y la masculinidad, en la mayoría de los casos se presenta con una expresión de género femenina.
- e. Intersex (I): Persona que nace con un cuerpo que no se ajusta al promedio corporal de varones o mujeres, es decir que se trata de un conjunto de variaciones a nivel de los cromosomas, las gónadas y/o los sexuada que varía respecto del promedio. Se puede identificar como varón o mujer, o como intersex como identidad específica y su expresión de género varía entre la masculinidad y la femineidad.

Observaciones:

- Al momento de registrar a la persona va el nombre identitario, es decir según al género autopercebido por la o el paciente, y entre paréntesis el nombre legal. Por ejemplo en caso de registrar una mujer trans con nombre legal de varón, Nombre de género: Romina Perez (Raul Perez).
- El o la profesional de salud debe corroborar, en el proceso de atención, si la o el paciente fue registrado correctamente por el personal administrativo. En caso de que no sea así debe corregir la categoría identitaria.

11. Fecha de nacimiento: consignar la fecha de nacimiento, en caso de ignorarse la misma consignar la edad del paciente. (dd-mm-AAAA)

12. Número de documento: colocar el número de documento del paciente. En caso de ser un menor indocumentado colocar el número de documento de la madre;

debe a tener consignado que el mismo es ajeno. En el caso de personas adultas que no posean documento de identidad, consignar indocumentado. En el caso que el tipo de documento no corresponda a DNI consignar tipo (I.C., I.E., Pas., otro).

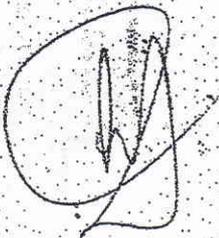
13. **Domicilio:** consignar el domicilio donde reside habitualmente el paciente. Registrar la calle y el número para los pacientes que residen en la ciudad donde se encuentra el efector o en ciudades vecinas al mismo (sean las mismas pertenecientes a la Pcia. o de Pcias limítrofes) (ej: Rosario-VGG, Santa Fe-Santo Tome). En caso de residir en otras ciudades de la provincia consignar solamente el nombre de la localidad. Para pacientes cuya residencia habitual sea una localidad de otra provincia consignar la provincia de residencia. Para pacientes extranjeros anotar el país de residencia habitual.

CONTROLES

14. **Peso:** Consignar el peso del paciente, expresado en Kg. y gramos (hasta 3 dígitos). Para las mujeres embarazadas en todos los controles deberá registrarse este dato. Para los niños y adultos se deberá consignar el peso cuando la consulta corresponda a un control de salud. En caso de consultas por patología no es necesario consignar este dato a no ser que el profesional lo considere indispensable para evaluar el estado general del paciente.
15. **Talla:** consignar la talla del paciente en cms. Para los niños consignar el dato en todas las consultas que correspondan a controles de salud. En el caso de consultas por patologías no es necesario consignar este dato, a no ser que el profesional lo considere indispensable para evaluar el estado general del menor. Para los adultos este dato se consignará en la primera consulta. En las consultas subsiguientes no hace falta registrarla ya que es una constante. En el caso que el efector esté informatizado con el SiCAP, este dato, para los adultos aparecerá impreso en la planilla en las consultas posteriores.
16. **Perímetro cefálico:** consignar el perímetro cefálico en centímetros, para los menores de 2 años, en consultas de control de salud o con criterio clínico válido de evaluación de patología.
17. **Tensión Arterial Máxima y Mínima:** colocar la tensión arterial máxima y mínima del paciente. Este dato se recabará al menos una vez al año para cada paciente. Para las mujeres embarazadas en todos los controles deberá registrarse este dato. En el caso de niños el dato se registra a partir de los 5 años.
18. **Fecha última menstruación (FUM):** Consignar la fecha de última menstruación solamente en la primera consulta de embarazo, para las consultas posteriores consignarla solamente si tiene modificación por ecografía o evaluación clínica. En los casos de efectores informatizados con SiCAP este dato aparecerá impreso en la planilla para los controles ulteriores, hasta el momento de la fecha probable de parto.

ATENCION

19. **Diagnóstico o motivo de consulta:** consignar el diagnóstico o motivo de consulta, codificado, entendiéndose por tal la afección, causa o razón por la cual la persona requiere atención ambulatoria. Se pueden consignar hasta 3 diagnósticos por paciente. El mismo se presentará con la codificación correspondiente, utilizando el CIE10. La codificación estará a cargo del profesional interviniente, quien trabajará con el listado de diagnósticos o motivos de consulta más frecuentes para cada especialidad según particularidades del efector. En caso de necesitar consignar una patología que no se encuentre en el listado de patologías frecuentes, anotarlo y la



clasificación del mismo se realizará a posteriori. Si este diagnóstico se volviese frecuente se incorporará en el listado de patologías frecuentes.

Para los profesionales médicos siempre consignar el diagnóstico secundario o el diagnóstico definitivo. Evitar informar síntomas y signos.

En el caso de consignarse más de un diagnóstico, en primer lugar se registrará el que haya ocasionado la consulta.

Siempre que aparezca en esta columna "control de niño" se deberá consignar el peso y la talla para todos los niños y para los menores de 2 años además el perímetro cefálico.

20. **Consulta Primera vez (P), ulterior (U) y Alta (A):** Consignar para el diagnóstico o consulta por la cual se realiza la atención, (P) si es la primera vez que consulta por ese motivo, (U) si es una consulta ulterior por ese diagnóstico o motivo de consulta y (A) en caso de alta del diagnóstico.

21. **Práctica:** Consignar las prácticas que se indiquen relacionadas con el diagnóstico o motivo de consulta, independientemente del lugar en que se realicen. Por ejemplo: rayos, laboratorio de rutina, ecografía, PAP, colocación de DIU, etc. Para el caso de odontología aquí se deberá registrar el código de la práctica realizada utilizando para ello el listado de códigos de prácticas odontológicas.

22. **Tratamiento:** Refiere a los tratamientos que se le indican al paciente, los mismos podrán ser tratamientos con medicación o sin medicación.

23. **Derivación:** Si el paciente requiere de una derivación consignar la especialidad a la que se lo deriva. En caso de realizar una derivación a internación, consignar la palabra internación.

Para todo menor de 14 años se deberá registrar los datos del tutor al menos una vez, de manera de poder registrar los mismos en el sistema, a fin de conformar los grupos familiares.

En el caso de los efectores que trabajan con el SICAP cuando se otorga el turno del menor, se deberá controlar que en el sistema conste el nombre del tutor. Si este dato no existiese, se deberá ingresar.

Para los efectores que trabajen con carga centralizada, esto es completando la planilla pre impresa en forma manual, se deberá registrar al menos una vez el dato del tutor, para ello en el margen izquierdo de la planilla de consultas ambulatorias. Colocar una identificación por ejemplo (1) donde aparezca el nombre del menor, y en el primer renglón en blanco, registrar todos los datos que aparecen en la planilla, correspondientes al tutor, consignando en el margen izquierdo la identificación utilizada, en este caso (1), de manera de poder establecer la relación entre ambos renglones.

Efectores informatizados con SICAP

En estos efectores los turnos se asignan por sistema. La planilla de consultas ambulatorias se imprimirá con la debida antelación de manera de garantizar que al momento de la atención el profesional pueda contar con el listado de los pacientes y las historias clínicas de los mismos. En la misma aparecerán impresos los datos del establecimiento, del

profesional, fecha y datos filiatorios de los pacientes, el resto de los datos referidos a los controles y atención deberán ser consignados por los profesionales.

Una vez finalizada la atención, los profesionales devolverán la planilla de consultas firmadas y selladas, junto con las historias clínicas.

En el caso de pacientes que se atienden y que no figuran en las planillas, el profesional deberá registrar el nro. de hc, dni y nombre y apellido si los mismos son reconocidos como pacientes. Si es la primera vez que atiende a la persona consignar el nro. de dni, nombre y apellido, fecha de nacimiento y dirección. En todos los casos con letra legible a los fines de poder realizar la posterior carga en el sistema de información.

Cada una de las personas registradas en la planilla deberá tener consignado, si fue atendido el diagnóstico o motivo de consulta, y si no fue atendido la palabra "ausente".

Desde el área administrativa se deberá volcar en el sistema los datos correspondientes a las atenciones consignadas por el profesional para cada uno de los pacientes atendidos.

Efectores No informatizados:

En estos efectores, desde el área administrativa, los turnos se consignarán a mano con letra legible, en las planillas preimpresas. Los datos a registrar son los correspondientes a los datos filiatorios del paciente. El resto de los datos referidos a los controles y atención deberán ser consignados por los profesionales.

Una vez finalizada la atención, los profesionales devolverán la planilla de consultas junto con las historias clínicas.

En el caso de pacientes que se atienden y que no figuran en las planillas, el profesional deberá registrar nro. de hc, dni y nombre y apellido, fecha de nacimiento y dirección. En todos los casos con letra legible a los fines de poder realizar la posterior carga en el sistema de información.

Cada una de las personas registradas en la planilla deberá tener consignado, si fue atendido el diagnóstico o motivo de consulta, y si no fue atendido la palabra "ausente".

