



# Plan de adopción de la Historia Clínica Electrónica Nacional

## Etapa 5 – Analítica (Implementación Fases 4 y 5)

Agosto 2022

Versión: 3.10

Salud.uy

## Control de cambios

Fecha	Versión	Responsables	Cambios
02/01/2020	3.5	Salud.uy	Se incorporó el cambio publicado mediante la Ordenanza 1707/2019 del MSP, con la modificación de los plazos establecidos únicamente para la Fase 1 del grupo de Prestadores Integrales de más de 50.000 usuarios.
15/02/2020	3.6	Salud.uy	Se generalizó el ejemplo acerca de la implementación de los valores de las entradas sin codificar.
08/06/2020		Salud.uy	Se incorporó el cambio publicado mediante la Ordenanza 439/020 del MSP, con la prórroga de los plazos establecidos.
Octubre 2020		Salud.uy	Se incorporó el anexo “Buenas prácticas de uso del subconjunto Descripción del diagnóstico y Motivo de consulta, ingreso”
Julio 2022	3.8	Salud.uy	Se incorporan las Ordenanzas 620/22 y 858/22, las cuáles definen las condiciones para la implementación de las Fase 4 y 5 de la Etapa 5 del Plan de Adopción.
Agosto 2022	3.9	Salud.uy	Se incorporan fechas de medición de cumplimiento para cada fase
Agosto 2022	3.10	Salud.uy	Debido al avance de las fases, se elimina la sección “Acerca de la implementación de los valores de las entradas sin codificar”

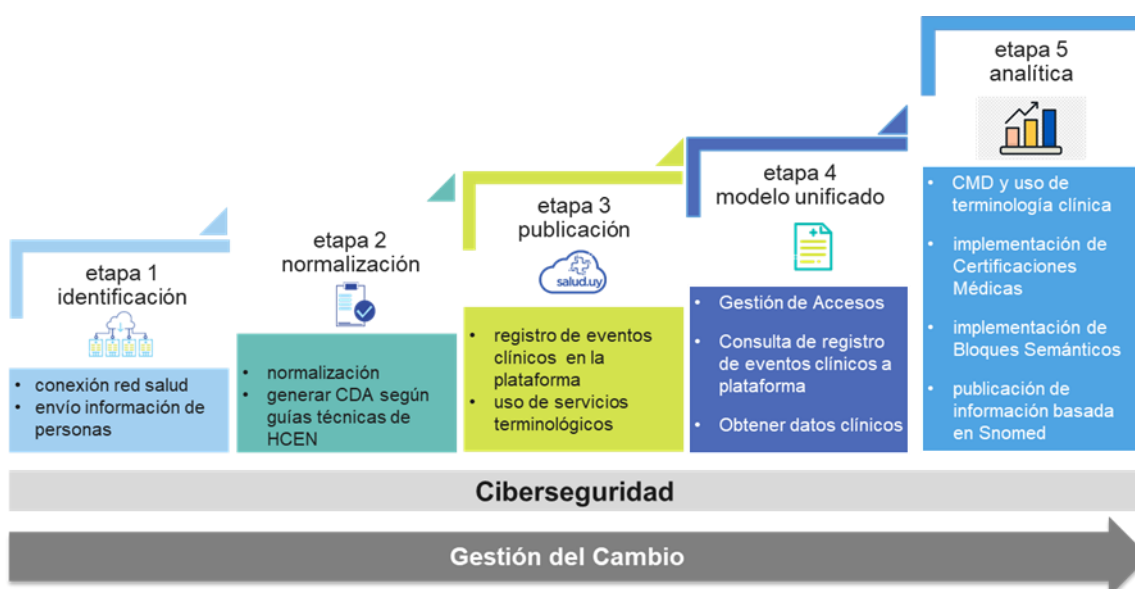
## Tabla de contenido

Control de cambios .....	2
Introducción .....	4
Etapas 5 – Analítica: Plan de adopción HCEN .....	5
Ordenanzas 620/022 y 858/022.....	5
Implementación .....	7
Fase 4 – Indicadores de cumplimiento .....	8
ANEXO I – Definiciones complementarias sobre el registro de información del evento asistencial. ....	13
Acerca del registro de campos opcionales.....	13
Registro de información adicional a los CMD.....	13
Acerca de la visualización de datos con hoja de estilo.....	13
Buenas prácticas de uso del subconjunto “Descripción del diagnóstico y Motivo de consulta, ingreso” .....	14



## Introducción

El Plan de Adopción de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) consta de 5 etapas que se definieron en los comienzos del Programa<sup>1</sup>. Las primeras 4 etapas (Identificación, Normalización, Publicación y Modelo Unificado) se reglamentaron a través del decreto 242/2017 y sus ordenanzas (1085/2017, 429/2018, 974/2018), donde se establecieron fechas para el cumplimiento de metas e hitos por parte de las instituciones de salud del país, como parte del proceso de transformación en salud digital de Uruguay. En el año 2019, a través del decreto 122/2019 y sus ordenanzas 1017/2019 y 1707/2019, se reglamentan las primeras 3 fases de la Etapa 5 Analítica (Ordenanzas complementarias: 439/2020 y 457/2021).



Con el objetivo de seguir avanzando en el plan de adopción de HCEN y en la interoperabilidad semántica del ecosistema de salud, el MSP reglamenta en el año 2022, la ordenanza 620/2022 incorporando las fases 4 y 5 definiendo nuevos CMD, implementando bloques semánticos y certificaciones médicas.

Posteriormente a través de la ordenanza 858/2022 se prorroga el vencimiento de la Etapa 3 'Publicación' y las citadas fases 4 y 5 de la Etapa 5.

<sup>1</sup> Documento Plan de Adopción HCEN

(<https://centrodeconocimiento.agesic.gub.uy/web/salud.uy/%C2%BFqu%C3%A9-es->)

## Etapa 5 – Analítica: Plan de adopción HCEN

Desde el año 2019 venimos normalizando y estructurando la información clínica mediante la generación de CMD, permitiendo la interoperabilidad semántica, mejorando la gestión, la planificación y la evaluación de los procesos de salud y de los objetivos sanitarios.

El Programa Salud.uy continua disponibilizando guías semánticas técnicas, guías de implementación de CDA, herramientas de validación y otros instrumentos para facilitar el uso de la terminología y la generación de documentos CDA nivel 3.

### Ordenanzas 620/022 y 858/022

La Ordenanza 620/022 y su modificativa 858/022, definen las condiciones y plazos para la implementación de las dos nuevas fases (4 y 5) de la etapa 5 de HCEN, incorporando la implementación de determinados Conjuntos Mínimos de Datos (CMD) definidos y la implementación de los Bloques Semánticos y Certificaciones Médicas.

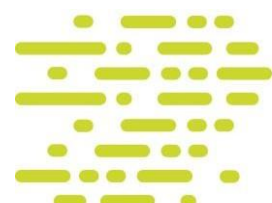
#### **Conjuntos Mínimos de datos (CMD)**

Se deben implementar nuevos documentos clínicos electrónicos estructurados (CDA), con contenido normalizado en base al Conjuntos Mínimos de Datos (CMD). Estos datos se definen de forma específica, no ambigua, y el valor que toman debe estar expresado en forma codificada, donde aplica la terminología de referencia, basada fundamentalmente en Snomed-CT.

Los nuevos Conjuntos Mínimos de Datos (CMD) definidos son:

#### **Fase 4**

- Documentos de laboratorio
- Documentos de imagenología
- Documentos de descripciones operatorias



## **Fase 5**

- Documentos de anatomía patológica
- Documentos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Con el fin de facilitar el uso de la terminología y la generación de documentos CDA nivel 3, el Programa Salud.uy pone a disposición guías semánticas técnicas, guías de implementación de CDA y ejemplos varios. [Click aquí](#)

### **Bloques Semánticos**

Un bloque semántico es una unidad con información adicional a los Conjuntos Mínimos de Datos, que se incluye en el CDA que aporta a determinado fin.

La Ordenanza 620/22, reglamenta implementar los siguientes grupos temáticos, de los cuales se definirán bloques semánticos específicos:

- Enfermedades transmisibles
- Enfermedades no transmisibles
- Salud sexual y reproductiva y salud del niño/a/adolescente
- Lesiones

### **Certificaciones Médicas**

Por lo establecido en el artículo 342 de la Rendición de cuentas correspondiente al ejercicio 2020, que establece como única fuente válida para acreditar la situación de enfermedad de todo trabajador, la generada en la HCEN, el Banco de Previsión Social incorpora en la ordenanza 620/022, la implementación de las Certificaciones Médicas.

Para cumplir con dicha implementación, se establece un cronograma de incorporación progresiva al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El BPS, publicará Guías técnicas de implementación mediante las cuales se deberán estructurar las Certificaciones Médicas.

Es importante destacar que; la implementación del cumplimiento de los conjuntos mínimos de datos, es gradual y se mantendrá el criterio del porcentaje de cumplimiento del indicador para cada fase, asociado al total de los documentos de igual tipo registrados en HCEN por parte del prestador de salud.

Como se estableció en la anterior versión 3.7, se deberá registrar un porcentaje de documentos estructurados en nivel 3, para la totalidad de los tipos de documentos clínicos electrónicos mencionados en el decreto (TDD).

Es decir:

Numerador=  $\sum (CDA(n3) \in (TDD))$

Denominador =  $\sum CDA \in (TDD)$

Numerador/Denominador  $\geq \%$

El programa Salud.uy, medirá el grado de cumplimiento del ecosistema sanitario, con un módulo validador que validará los documentos que se quieran registrar en el registro nacional, controlando los aspectos de formato y codificación que se detallan en las guías de implementación de los CMD.

Dada la vigencia del registro en las 24 hs siguientes al acontecimiento del evento de salud, la medición del cumplimiento de cada fase se realizará considerando las 24 hs siguientes del mes de vencimiento de cada fase.

Se identifican 2 escenarios posibles para cumplir con el nuevo flujo de registro definido:

### **Prestador de salud que cuenta con el XDS provisto por Salud.uy**

Salud.uy publicará una actualización del componente XDS, la cual resuelve la integración con el módulo de validación. Los prestadores que se encuentren en este escenario únicamente deberán actualizar la versión del XDS que tienen desplegado dentro de la institución.

### **Prestador de salud que no cuentan con el XDS provisto por salud.uy**

En esta situación se presentan 2 opciones de solución posible.

OPCIÓN 1 - Implica la utilización de una nueva interfaz para el registro de documentos, en la cual también se produce la validación del documento registrado. Este flujo de registro implica que el prestador de salud implemente el consumo de una nueva interfaz similar a la que se consume



en la actualidad, incluyendo el documento (CDA) con los datos patronímicos e identificatorios anonimizados.

OPCIÓN 2 - En la segunda opción, no se modifica el flujo de registro de documentos y es el módulo de validación de la plataforma de salud el encargado de recuperar y validar los documentos registrados en el Registro Nacional. Por cada registro enviado a plataforma, el componente de validación recuperará el documento del repositorio del prestador para realizar los controles necesarios. El prestador que opte por esta solución deberá hacer especial énfasis en mantener la alta disponibilidad de su repositorio de documentos y además se recomienda que se mantengan registros de auditoría separados para los documentos recuperados por dicho módulo de validación.

## Fase 4 – Indicadores de cumplimiento

La Fase 4 dará inicio el 1 de julio de 2022, siendo sus porcentajes de cumplimiento incrementados gradualmente, comenzando con un 30%, 60% y finalizando con al menos un 90%, a los 270 días de iniciada la fase.

La medición de cumplimiento correspondiente a la implementación de CMD, se realizará considerando los documentos registrados en los correspondientes períodos, de acuerdo a lo dispuesto en el capítulo Implementación del presente documento. Dichas fechas se corresponden a lo siguiente:

Cumplimiento del 30% - 1 de octubre al 31 de octubre 2022

Cumplimiento del 60% - 1 de enero al 31 de enero 2023

Cumplimiento del 90% - 1 de mayo al 31 de mayo 2023

*Tabla de cumplimiento de CMD Fase 4: Laboratorio, Imagenología y Descripciones operatorias*

<b>CATEGORÍA DE PRESTADORES</b>	<b>30% Fecha de cumplimiento</b>	<b>60% Fecha de cumplimiento</b>	<b>90% Fecha de cumplimiento</b>
Prestador Integral de más de 50.000 usuarios			
Prestador Integral de hasta 50.000 usuarios			
Seguros integrales			
Servicios Públicos de Salud otorgados por entidades			



públicas a colectivos propios y/o de terceros: Dirección Nacional de Sanidad Policial, Dirección Nacional de Sanidad las Fuerzas Armadas, Banco de Seguros del Estado, Banco de Previsión Social, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.	29 de setiembre 2022	28 de diciembre 2022	30 de abril 2023
Prestadores Privados Parciales de más de 50.000 usuarios			
Emergencia Médico Móvil de entre 15.000 y 50.000 usuarios			

*Tabla de cumplimiento de Certificaciones Médicas Fase 4*

CATEGORÍA DE PRESTADORES	Inicio	50% Fecha de cumplimiento	90% Fecha de cumplimiento
Todos	1 de agosto de 2022	31 de octubre de 2022	31 de diciembre de 2022

## Fase 5 – Indicadores de cumplimiento

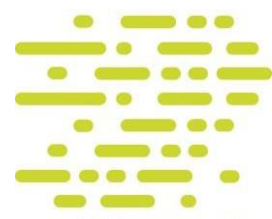
### Conjunto Mínimo de Datos

Los nuevos conjuntos mínimos de datos definidos son los siguientes tipos de documentos:

- Anatomía Patológica
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Dichos documentos clínicos, deberán estructurarse de acuerdo con las Guías de implementación técnica que publique el Programa Salud.uy.

La Fase 5 dará inicio el 1 de agosto de 2022, siendo sus porcentajes de cumplimiento incrementados gradualmente, comenzando con un 30%, 60% y finalizando con al menos un 90%, a los 270 días de iniciada la fase.



La medición de cumplimiento correspondiente a la implementación de CMD, se realizará considerando los documentos registrados en los correspondientes períodos, de acuerdo a lo dispuesto en el capítulo Implementación del presente documento. Dichas fechas se corresponden a lo siguiente:

Cumplimiento del 30% - 1 al 30 de noviembre 2022

Cumplimiento del 60% - 1 al 28 de febrero 2023

Cumplimiento del 90% - 1 al 30 de junio 2023

*Tabla de cumplimiento de CMD Fase 5: Anatomía Patológica y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos*

<b>CATEGORÍA DE PRESTADORES</b>	<b>30% Fecha de cumplimiento</b>	<b>60% Fecha de cumplimiento</b>	<b>90% Fecha de cumplimiento</b>
Prestador Integral de más de 50.000 usuarios	30 de octubre 2022	28 de enero 2023	31 de mayo 2023
Prestador Integral de hasta 50.000 usuarios			
Seguros integrales			
Servicios Públicos de Salud otorgados por entidades públicas a colectivos propios y/o de terceros: Dirección Nacional de Sanidad Policial, Dirección Nacional de Sanidad las Fuerzas Armadas, Banco de Seguros del Estado, Banco de Previsión Social, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.			
Prestadores Privados Parciales de más de 50.000 usuarios			
Emergencia Médico Móvil de entre 15.000 y 50.000 usuarios			

## Bloques Semánticos

Se deberá presentar un Plan de Implementación de dichos Bloques Semánticos a presentar antes del 1 de agosto del 2022, así como trimestralmente presentar una declaración jurada indicando los avances de la implementación.

La implementación de los bloques semánticos, se realizará de acuerdo a las Guías de implementación técnica publicadas por Salud.uy y tendrá las siguientes fechas de cumplimiento:

*Tabla de cumplimiento Fase 5 – Bloques Semánticos: Enfermedades Transmisibles, Enfermedades NO Transmisibles y Lesiones*

CATEGORÍA DE PRESTADORES	Plan de Implementación	100% Fecha de cumplimiento
Prestador Integral de más de 50.000 usuarios	31 de julio 2022	31 de mayo 2023
Prestador Integral de hasta 50.000 usuarios		
Seguros integrales		
Servicios Públicos de Salud otorgados por entidades públicas a colectivos propios y/o de terceros: Dirección Nacional de Sanidad Policial, Dirección Nacional de Sanidad las Fuerzas Armadas, Banco de Seguros del Estado, Banco de Previsión Social, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.		
Prestadores Privados Parciales de más de 50.000 usuarios		
Emergencia Médico Móvil de entre 15.000 y 50.000 usuarios		

La medición de cumplimiento de implementación del 100% de los Bloques Semánticos se realizará considerando los documentos registrados entre el 1 y el 30 de junio de 2023.



*Tabla vencimientos Plan Implementación y Declaración Jurada – Bloques Semánticos*

<b>Documento a entregar</b>		<b>Fecha aproximada de entrega</b>
Primer jurada	declaración	31 de octubre 2022
Segunda jurada	declaración	31 de enero 2023
Tercer jurada	declaración	30 de abril 2023

## ANEXO I – Definiciones complementarias sobre el registro de información del evento asistencial.

Con el objetivo de poder registrar en forma completa la información generada en el evento asistencial, además del registro de información obligatoria contenida en las guías técnicas y de implementación de los CMD, se podrá complementar la información enviada en el CDA incluyendo tanto la información opcional del CMD, así como también la información adicional que no forme parte de los mismos.

### Acerca del registro de campos opcionales

La información de campos definidos como opcionales en el CMD correspondiente, deberá ser registrada en forma estructurada en el CDA según las especificaciones de las guías de CMD.

### Registro de información adicional a los CMD

La información adicional que no es parte de los campos especificados en los CMD, se podrá registrar como texto en el CDA, utilizando para ello la sección genérica que se describe a continuación:

```
<section>

  <templateId root="2.16.858.2.10000675.72591.2.100.1"/>

  <code code="52535-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>

  <title>Otros datos clínicos relevantes de la consulta</title>

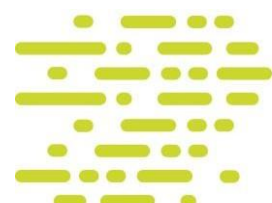
  <text>AQUI VA EL TEXTO</text>

</section>
```

### Acerca de la visualización de datos con hoja de estilo

Adicionalmente, para que el profesional de salud pueda visualizar correctamente los datos, al aplicarse la hoja de estilo actual cada entry o entryRelationship debe de ir como un item dentro de una lista (list) en la etiqueta Text.

Tomando como ejemplo la sección Diagnósticos en el archivo .xml la información quedaría de la siguiente forma:



```

text>
  <list>
    <item>CEFALEA</item>
    <item>Segundo Diagnóstico</item>
    <item>Tercer Diagnóstico</item>
  </list>
</text>

```

La siguiente imagen muestra cómo sería la visualización del ejemplo con la hoja de estilo brindada por Salud.uy:

**Consulta ambulatoria**

<b>Nombre</b>	PRIMER NOMBRE PRIMER APELLIDO
<b>Fecha de nacimiento</b>	Mayo 27, 1951
<b>Sexo</b>	Masculino

**Tabla de Contenidos**

- [Motivos de la consulta](#)
- [Diagnósticos](#)
- [Tratamiento farmacológico indicado al final de la asistencia](#)

---

**Motivos de la consulta**

Prueba para generación de CDA n3.

**Diagnósticos**

- CEFALIA
- Segundo Diagnostico
- Tercer Diagnostico

**Tratamiento farmacológico indicado al final de la asistencia**

- AMOXICILINA 750 MG COMPRIMIDO Ref.: AMOXIDAL 750 MG COMP. X 20: ORAL 1.00 COMPRIMIDO, 3 vez por día, durante 8 día/s  
Tipo de receta: Aguda - Cantidad de recetas: 2
- IBUPROFENO 400 MG CITRATO DE ORFENADRINA 35 MG COMPRIMIDO Ref.: PERIFAR FLEX COMP. X 24: ORAL 1.00 COMPRIMIDO, 6 vez por día, durante 5 día/s  
Tipo de receta: Aguda - Cantidad de recetas: 2

## Buenas prácticas de uso del subconjunto “Descripción del diagnóstico y Motivo de consulta, ingreso”

Existe un único subconjunto a ser implementado tanto en el campo Motivo de Consulta como Diagnóstico.

Es recomendable que los códigos que se mencionan a continuación se utilicen solamente en para el Motivo de consulta, ya que no constituyen problemas de salud:

- control de salud
- control de embarazo
- control del niño
- control del adolescente
- control del adulto
- control del adulto mayor
- repetición de medicación
- solicitud de carne de salud
- constatación de lesiones

- renovación de prescripción
- control de salud

Asimismo, es recomendable utilizar únicamente problemas de salud en el campo Diagnóstico. Recordamos que el subconjunto también cuenta con los siguientes conceptos que se pueden utilizar como diagnóstico:

- niño sano
- adulto sano
- embarazo normal
- adolescente sano
- no se constatan lesiones

