



Presidencia
Uruguay



Salud Digital

Guía para la Ontología de documentos de HCEN

Área | Autor: Salud Digital, Agesic.

Versión: 1.1

Año: Junio 2026



Contenido

Control de cambios	4
Introducción.....	5
Objetivos	7
Justificación.....	7
Destinatarios	8
Especificación de ejes de la ontología de documentos	8
Eje 1.....	8
Eje 2.....	8
Eje 3.....	9
Hojas clínicas a registrar en HCEN	9
Hoja de consulta no urgente	9
Hoja de consulta no urgente centralizada - Policlínica	9
Registros de consulta de Telemedicina	10
Hoja de consulta no urgente no centralizada	11
Hoja de urgencia - emergencia centralizada	11
Hoja de urgencia - emergencia extra hospitalaria	12
Hoja de egreso de internación	13
Hoja de informe de imagenología	14
Informe de laboratorio.....	15
Hoja de descripción operatoria	15
Informe de anatomía patológica.....	16
Informe de técnicas auxiliares de anatomía patológica.....	16
Informe de procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.....	17
Ateneo clínico	17
Hoja de traslado especializado	18
Historia clínica previa	19
Hojas clínicas a registrar a nivel institucional	19
Hoja de internación institucional	19
Hoja de evaluación de riesgo y tamizaje en salud comunitaria.....	20
Hojas de solo visualización en HCEN (registro por parte de MSP)	21
Datos del certificado de nacido vivo (para consulta en HCEN).....	21
Datos del certificado de defunción (para consulta en HCEN)	22



Historial de inmunizaciones	22
Contacto	23



Control de cambios

Fecha	Versión	Responsables	Cambios
Junio 2026	1.0	Equipo de semántica	Se corrige el código de eje 1 del certificado de nacido vivo, certificado de defunción y la hoja de internación institucional.



Introducción

La presente guía tiene el propósito de especificar el uso de la ontología de documentos para el correcto registro de los documentos clínicos digitales dentro de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) de Uruguay, facilitando la interoperabilidad semántica.

La creación de una ontología de documentos clínicos a nivel nacional surge de la necesidad de adoptar una clasificación consistente y estandarizada que permita organizar la gran variedad de documentos clínicos generados en el ámbito sanitario. Esta estandarización facilita la continuidad asistencial, permite recuperar los documentos de forma precisa durante la atención clínica y posibilita su uso con fines estadísticos y de análisis de datos.

El desarrollo de esta ontología fue coordinado entre el equipo de Semántica del área de Salud Digital de Agesic y el equipo de Sistema Nacional de Información (SINADI) Asistencial del Ministerio de Salud Pública (MSP), tomando como referencia los criterios definidos en el instructivo nacional del SINADI. Este trabajo conjunto permitió alinear las estructuras de clasificación, definir el alcance de la ontología, sus códigos, las definiciones operativas y las combinaciones posibles entre ejes¹.

Se recomienda utilizar esta guía como referencia para la clasificación de los distintos tipos de documentos que conforman la HCEN, así como también como insumo para codificar los distintos documentos clínicos a nivel institucional.

¹ No toda la información que alimenta al SINADI será extraída de HCEN, sino que además será complementada por los sistemas de información de cada institución.



Los códigos y sus combinaciones posibles se encuentran definidos en el siguiente archivo: [Ontología de documentos](#). A modo de excepción, esta guía incluye también los códigos correspondientes a aquellos documentos que no se registran en HCEN, ya que no están contemplados en el archivo mencionado.

La ontología de documentos clínicos se compone de 3 ejes obligatorios, definidos a partir de los estándares semánticos internacionales SNOMED CT² y Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC)³, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1: Ejes de la ontología de documentos

Eje	Descripción de eje	Codificación	Obligatorio
1	Tipo de documento genérico	LOINC	Si
2	Tipo de documento específico	SNOMED	Si
3	Servicio que emite el documento	SNOMED	Si

Se considera que el documento clínico está correctamente identificado cuando:

- El contenido del documento condice con la definición operativa de la ontología utilizada.

² <https://www.snomed.org/about-us>

³ <https://loinc.org/about/>



- › Los códigos utilizados pertenecen a los conjuntos de valores permitidos para cada eje.
- › La combinación de los tres ejes (concatenación) es válida según lo definido en la ontología.

Objetivos

Los objetivos de la presente guía son:

- › Facilitar la correcta aplicación de la ontología de documentos.
- › Incorporar las definiciones operativas de los documentos clínicos abordados en este documento.
- › Explicitar los documentos clínicos que deben registrarse en la HCEN y cuáles no.

Justificación

Salud Digital se basó en la ontología de documentos del estándar LOINC, recomendada por HL7, para definir una estructura basada en ejes que se adapte a los requerimientos de documentación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay ([Guía de usuarios de LOINC](#)).

La gran variabilidad de documentos clínicos y su constante evolución conllevan a una actualización y revisión periódica de la ontología, para alinearse a las realidades del sistema sanitario uruguayo y a la normativa vigente del MSP.

El propósito de esta ontología es lograr una adecuada estandarización de la nomenclatura de documentos clínicos que serán registrados en la plataforma HCEN por los diferentes sistemas de registros electrónicos de salud del ecosistema. Esta estandarización permite construir un sistema de clasificación consistente que



facilite la recuperación, organización, visualización e intercambio de estos documentos a nivel nacional.

Destinatarios

Esta guía está dirigida a los equipos de trabajo de informática en salud, tales como: perfiles clínicos, técnicos y registros médicos de instituciones que utilizan la HCEN.

Especificación de ejes de la ontología de documentos

La ontología de documentos clínicos se estructura en tres ejes obligatorios, basados en los estándares internacionales LOINC y SNOMED CT.

Eje 1

El primer eje clasifica el documento a nivel general, utilizando el estándar LOINC, conforme a la recomendación de HL7 de emplear la ontología de documentos de LOINC.

En esta guía se incluyen las definiciones operativas correspondientes a cada código del eje 1.

Eje 2

El segundo eje describe el tipo de documento con mayor nivel de detalle. Dada su especificidad y la necesidad de adaptar los conceptos al contexto nacional, se utiliza SNOMED CT como sistema de codificación.

Para ello se creó un conjunto de referencias utilizando la jerarquía “elemento de registro”.



Eje 3

El tercer eje identifica el servicio asistencial donde se genera el documento clínico, alineados con los registros del Ministerio de Salud Pública. También se codifica con SNOMED CT, a partir de la jerarquía “calificador”.

Hojas clínicas a registrar en HCEN

En esta sección se detalla la aplicación de la ontología de documentos clínicos en relación con los Conjuntos Mínimos de Datos (CMD) regulados por el Decreto N° 122/019 así como otros documentos relevantes a registrarse en la HCEN.

Hoja de consulta no urgente

Es el documento que representa una consulta ambulatoria no urgente.

Registro en HCEN: Si

Hoja de consulta no urgente centralizada - Policlínica

Documento que representa una consulta médica que se desarrolla presencialmente en policlínicas, centros de salud, policlínicas integrales y policlínicas de los sanatorios y hospitales.

Aclaración: Para su contabilización en el SINADI Asistencial solo se consideran las consultas realizadas por médicos generales o especialistas según lo establecido en el instructivo.

Tabla 2: Ejemplo en servicio de psiquiatría



Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Hoja de consulta no urgente	Hoja de consulta no urgente centralizada - policlínica	Servicio de psiquiatría

Registros de consulta de Telemedicina

Documento que representa las consultas brindadas por un profesional de la salud a través de tecnologías de la información y comunicación (teléfono, videollamada o sistemas similares), que constituyen un acto asistencial, con sus características: Acceso a la historia clínica (consulta y registro) y posibilidad de adoptar una conducta, incluyendo solicitud de estudios, realización de indicaciones preventivas y/o terapéuticas (medicamentosas o no).

Aclaración: Actualmente, para el SINADI, solo se contabilizan consultas médicas.

Registro en HCEN: Si

Tabla 3: Ejemplo en servicio de Endocrinología

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Hoja de consulta no urgente	Registro de consulta de telemedicina	Servicio de endocrinología

Aclaración: No incluye los registros de orientación telefónica, los cuales no deben registrarse en HCEN.



Hoja de consulta no urgente no centralizada

Consulta coordinada a domicilio. Incluye radio (Medicina general y pediatría) y especialidades.

Aclaración: Para la contabilización en SINADI solo se consideran las consultas médicas. No se incluyen atenciones de enfermería ni procedimientos realizados.

Registro en HCEN: Si

Tabla 4: Ejemplo en servicio de pediatría

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
hoja de consulta no urgente	hoja de consulta no urgente no centralizada - radio	servicio de pediatría

Hoja de urgencia - emergencia centralizada

Es el documento que representa las consultas realizadas en la modalidad asistencial destinada a la atención de pacientes que por su condición médico-quirúrgica requieren atención inmediata y la aplicación de medidas terapéuticas sin demora alguna (emergencia) o que requiere atención médica inmediata en la que la aplicación de medidas terapéuticas puede diferirse (urgencia).

Se entiende “centralizada” las consultas espontáneas en locales para atención centralizada y/o bases de salida con local para atención centralizada, independientemente de la gravedad del motivo de consulta o diagnóstico.

Registro en HCEN: Si



Tabla 5: Ejemplo en servicio de emergencia centralizada

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Hoja de consulta urgente	Hoja de consulta urgente centralizada	Servicio de emergencia centralizada

El **triage** puede registrarse como una sección aparte dentro del CDA, con las siguientes especificaciones:

- › code: 54094-8
- › codeSystem: 2.16.840.1.113883.6.1
- › displayName: Triage
- › codeSystemName: LOINC
- › templateId: 2.16.858.2.10000675.72591.2.101.1

Hoja de urgencia - emergencia extra hospitalaria

Es el documento que representa las asistencias realizadas en la modalidad asistencial destinada a la atención de pacientes que por su condición médico-quirúrgica requieren atención inmediata y la aplicación de medidas terapéuticas sin demora alguna (emergencia) o que requiere atención médica inmediata en la que la aplicación de medidas terapéuticas puede diferirse (urgencia).

Se entiende “extra hospitalaria” las asistencias realizadas fuera del ámbito de la definida en el punto “CMD de Urgencia - emergencia centralizada”.

Registro en HCEN: Si



Tabla 6: Ejemplo en servicio de emergencia no centralizada

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Hoja de consulta urgente	Hoja de consulta urgente no centralizada	Servicio de emergencia no centralizada

Hoja de egreso de internación

Es el documento que representa el resumen de las acciones realizadas sobre el paciente (que requirió cuidados médicos y de enfermería permanentes), al egreso de una internación.

Registro en HCEN: Si

Tabla 7: Ejemplo en dos niveles de cuidado de internación

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Resumen de egreso de paciente internado	Resumen de egreso de paciente internado	Servicio de medicina interna
Resumen de egreso de paciente internado	Resumen de egreso en internación de cuidados intensivos	Servicio de medicina intensiva

Aclaración: Para reflejar el nivel del cuidado o tipo de internación, puede utilizarse en el eje 2 una de las siguientes variables:

- › resumen de egreso de internación domiciliaria
- › resumen de egreso en internación de cuidados básicos



- › resumen de egreso en internación de cuidados moderados
- › resumen de egreso en internación de cuidados intermedios
- › resumen de egreso en internación de cuidados intensivos

Hoja de informe de imagenología

Es el documento que representa el informe de imagenología e incluye, entre otras que puedan surgir en el futuro, las siguientes modalidades que requieran de un informe: Ecografías, Tomografías, Resonancias, Densitometrías, Mamografías, Ecocardiogramas, y Radiografía.

Aclaración: La modalidad específica del estudio se codifica en el eje 2.

Los procedimientos guiados por imagen para su realización (ej. biopsias bajo guía ecográfica) se excluyen de este CMD.

Los ecocardiogramas Doppler se consideran estudios imagenológicos, ya que así los contabiliza el SINADI.

Registro en HCEN: Si

Tabla 8: Ejemplo en servicio de imagenología

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Informe de imagenología	Informe de resonancia magnética nuclear	Servicio de imagenología



Informe de laboratorio

Es el documento que representa los informes de laboratorio (tanto para analítica como microbiología).

Para el CMD de laboratorio, el **eje 2** debe codificarse según el estado de implementación del prestador.

Las opciones válidas para el eje 2 son:

- › Informe de laboratorio (para CDA nivel 1 o 2)
- › Informe de laboratorio de analítica (para CMD de laboratorio)
- › Informe de laboratorio de microbiología (para CMD de laboratorio)

Registro en HCEN: Si

Tabla 9: Ejemplo de informe de laboratorio de analítica

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Informe de laboratorio	Informe de laboratorio de analítica	Servicio de laboratorio

Hoja de descripción operatoria

Es el documento que contiene la descripción operatoria de una cirugía.

Registro en HCEN: Si

Tabla 10: Ejemplo en servicio de cirugía general

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Hoja de descripción operatoria	Hoja de descripción operatoria	Servicio de cirugía general



Informe de anatomía patológica

Es el documento que representa el informe de análisis de material cito histológico.

Aclaración: Los informes de Papanicolau se registran con su propia combinación ontológica.

Registro en HCEN: Si

Tabla 11: Ejemplos de informe de anatomía patológica y de papanicolau

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Informe de anatomía patológica	Informe de anatomía patológica	Servicio de anatomía patológica
Informe de anatomía patológica	Informe de papanicolau	Servicio de anatomía patológica

Informe de técnicas auxiliares de anatomía patológica

Definición: Documento que representa el informe de técnicas auxiliares de análisis de material cito histológico.

Registro en HCEN: Si

Tabla 12: Ejemplo de informe de técnicas auxiliares de anatomía patológica

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Informe de anatomía patológica	Informe de técnicas auxiliares de anatomía patológica	Servicio de anatomía patológica



Informe de procedimiento diagnóstico y/o terapéutico

Es el documento que representa el resultado de un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, no quirúrgico, excluyendo a laboratorio e imagenología. Incluye estudios tales como:

- › informe de electrofisiología
- › informe de endoscopia
- › informe de estudio cardiológico invasivo
- › informe de estudio cardiológico no invasivo
- › informe de fonoaudiología
- › informe de procedimiento de radioterapia

Registro en HCEN: Si

Tabla 13: Ejemplo de informe de endoscopia

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Informe de procedimiento diagnóstico y/o terapéutico	Informe de endoscopia	Servicio de endoscopia

Ateneo clínico

Es el documento que registra una reunión formal entre profesionales de la salud o integrantes de uno o varios servicios asistenciales, en la que se presenta y analiza un caso clínico particular, con el objetivo de tomar decisiones diagnósticas y/o terapéuticas de forma conjunta.

Registro en HCEN: Si



Ejemplo de combinación ontológica para el documento de ateneo clínico, en el servicio de cardiología:

Tabla 14: Ejemplo de ateneo clínico convocado por el servicio de cardiología

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Ateneo clínico	Informe de reunión interdisciplinaria del equipo asistencial	Servicio de cardiología*

Aclaración: Dado que se trata de reuniones interdisciplinarias, el servicio a registrar en el eje 3 debe corresponder al servicio que convoca el ateneo.

Hoja de traslado especializado

Se trata del traslado de un paciente que requiere de un móvil debidamente equipado y la dotación de personal correspondiente (chofer, enfermero y médico). Se distingue entre traslados pediátricos y adultos.

La hoja de traslado común no genera hoja clínica, ese dato no se extrae de HCEN, sino por de la institución.

Registro en HCEN: Si

Tabla 15: Ejemplo para la hoja de traslado especializado pediátrico

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Hoja de traslado especializado	Hoja de traslado especializado	Servicio de emergencia no centralizada pediátrica



Historia clínica previa

Es el documento que contiene al menos una hoja clínica digitalizada que se originó previo al registro electrónico de la institución.

Aclaración: En caso de poder identificar específicamente el documento clínico que se está digitalizando, se recomienda utilizar la ontología correspondiente al mismo.

Registro en HCEN: Si

Tabla 16: Ejemplo de combinación ontológica para historia clínica previa

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Historia clínica previa escaneada	Historia clínica previa escaneada	Servicio de administración sanitaria

Hojas clínicas a registrar a nivel institucional

Los siguientes documentos no están comprendidos dentro del alcance de la HCEN, pero pueden ser registrados a nivel local por las instituciones.

A continuación, se presentan los códigos ontológicos correspondientes, para quienes deseen incorporarlos en sus sistemas institucionales.

Hoja de internación institucional

Es el documento que representa las anotaciones realizadas durante la internación de un usuario (incluye la internación domiciliaria).

Registro en HCEN: No, registro a nivel institucional.



Tabla 17: Ejemplo en servicio de medicina interna

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Hoja de internación institucional 34112-3	Hoja de evolución de paciente hospitalizado 444754002	Servicio de medicina interna 792848000

Hoja de evaluación de riesgo y tamizaje en salud comunitaria

Es el documento que representa las acciones de evaluación de riesgo (incluido el riesgo ambiental), promoción y prevención realizado a nivel comunitario.

Registro en HCEN: No, registro a nivel institucional

Tabla 18: Ejemplo de casos de hojas de evaluación de riesgo y tamizaje en salud comunitaria

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Hoja de evaluación de riesgo y tamizaje en salud comunitaria 80417-9	Hoja de tamizaje oftalmológico 444754002	Servicio de oftalmología 310160007
Hoja de evaluación de riesgo y tamizaje	Informe de visita domiciliaria	Servicio de enfermería



Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
en salud comunitaria 80417-9	237251000179107	708170008
Hoja de evaluación de riesgo y tamizaje en salud comunitaria 80417-9	Registro de actividades educativas 4301000179109	Servicio de enfermería 708170008

Hojas de solo visualización en HCEN (registro por parte de MSP)

Datos del certificado de nacido vivo (para consulta en HCEN)

Es el certificado generado por el MSP para registrar los nacidos vivos en HCEN (no es un certificado oficial). El prestador puede consultar dichos documentos mediante la ontología correspondiente.

Registro en HCEN: Si, lo registra MSP.

Tabla 19: Ontología para datos del certificado de nacido vivo

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Documentación administrativa 51851-4	Datos del certificado de nacido vivo 221331000179102	Servicio de administración sanitaria 227541000179105



Datos del certificado de defunción (para consulta en HCEN)

Es el certificado generado por el Ministerio de Salud Pública para registrar los fallecidos en HCEN (no es un certificado oficial). El prestador puede consultar dichos documentos mediante la ontología correspondiente.

Registro en HCEN: Si, lo registra MSP.

Tabla 20: Ontología para datos del certificado de defunción

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Documentación administrativa 51851-4	Datos del certificado de defunción 232911000179100	Servicio de administración sanitaria 227541000179105

Aclaración: Este documento registra la fecha de defunción del paciente. No constituye el certificado de defunción propiamente dicho.

Historial de inmunizaciones

Es el documento que contiene el registro de todas las vacunas registradas en el SIV (Sistema Informático de vacunas) del MSP.

Registro en HCEN: Si, lo registra el MSP.

Tabla 21: Ejemplo de combinación ontológica para el historial de inmunizaciones

Descripción eje 1	Descripción eje 2	Descripción eje 3
Historial de inmunizaciones	Historial de inmunizaciones	Servicio de vacunaciones



Contacto

Dado el constante crecimiento y variabilidad de los documentos clínicos a nivel institucional, Salud Digital pone a disposición el correo de contacto

hcen@agesic.gub.uy en caso de requerir el registro de nuevas hojas de ontología que no figuren en la actual versión de la ontología de documentos o necesitar orientación sobre la codificación de documentos de HCEN o locales. Las solicitudes serán evaluadas por el equipo técnico.