

MÓDULO

3 | LA HISTORIA DE SALUD INTEGRADA COMO HERRAMIENTA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD



INTRODUCCIÓN

Asistimos a un momento histórico en el que la digitalización y el uso de aplicativos avanza firmemente en distintos ámbitos (educación, trabajo, comunicación etc), y la salud no es una excepción. Encaramos el desafío de pasar de los registros en soporte papel a los registros digitales que otorgan muchos beneficios tanto para el cotidiano del efector como para el sistema de salud en general.

Decimos en este sentido que la aplicación de la Historia de Salud Integrada, es una **tecnología de información** en salud porque permite sistematizar el registro de datos referentes a los servicios de asistencia y a las historias clínicas de las personas en sistemas interoperables de bases de datos. Esto significa que el conjunto de los establecimientos podrán producir datos sobre la base de una matriz y terminología en común, que posibilita un análisis de la performance micro y macro del sistema de salud.

Por otra parte, supone una **herramienta de comunicación** en la medida en que cuenta con funcionalidades que permite la coordinación intra e interinstitucional, en lo que hace a la referencia y contrareferencia, a la organización de los servicios sanitarios a partir de la creación de agendas y asignación de turnos, etc.

En esta sección se describen las principales herramientas que contiene la aplicación de Historia de Salud Integrada en tanto tecnología de comunicación e información en salud.

Se han agrupado dichas funciones a distintas funcionalidades en torno a tres grandes dimensiones:



1. PACIENTES:

- Empadronamiento.
- Historia Clínica Ambulatoria.
- Historia Clínica de Internación.



2. HERRAMIENTAS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS:

- Backoffice (administración del sistema).
- Gestión de turnos.
- Referencia y Contrareferencia.



3. INFORMACIÓN EN SALUD:

- Informes.
- Reportes estadísticos.



4. PERMISOS Y USOS

Por último, se especifican los distintos perfiles y permisos habilitantes para operar cada una de dichas herramientas, de acuerdo a las tareas y roles que desempeñan los/as trabajadores en los equipos de salud.

- Creación de usuarios
- Perfiles y roles
- Permisos de uso



Estas funciones se encuentran organizadas en el sistema en forma de **módulos**. Los módulos que podrán ser visualizados una vez se haya ingresado en la aplicación son:

 Pacientes	<ul style="list-style-type: none">› Identificación unívoca de pacientes› Integración con RENAPER y Coberturas
 Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none">› Permite consultar y registrar la historia integral de salud de una persona
 Internación	<ul style="list-style-type: none">› Permite consultar y registrar la información clínica de una persona durante su estadía en un establecimiento de salud
 Gestión de turnos	<ul style="list-style-type: none">› Permite agendar encuentros asistenciales espontáneos y programados
 Gestión de camas	<ul style="list-style-type: none">› Permite organizar y conocer la disponibilidad de camas› Visualización de camas entre instituciones
 Guardia	<ul style="list-style-type: none">› Registro de eventos de guardia› Organización del triage
 Reportes	<ul style="list-style-type: none">› Reportes y estadística de población, asistencias y datos epidemiológicos
 Referencias	<ul style="list-style-type: none">› Organización de circuitos de referencia y contrareferencia al interior de la institución y con otros establecimientos

1. PACIENTES

Agrupamos en la referencia de Pacientes todas aquellas funciones que hacen al registro de información de las personas que se atienden en el sistema de salud. Contiene los siguientes módulos y funciones:

- 1.1 Empadronamiento (función dentro del módulo Pacientes).
- 1.2 Historia Clínica Ambulatoria (Módulo).
- 1.3 Historia Clínica de Internación (Módulo).

1.1 Empadronamiento

El empadronamiento consiste en la carga inicial de los datos personales e información filiatoria de los pacientes para su reconocimiento en el sistema de la Historia de Salud Integrada.

Se realiza desde el **Módulo Pacientes**, donde podremos realizar la búsqueda de personas empadronadas en la plataforma cada vez que accedan a un establecimiento de salud, editar los datos de su padrón o realizar la carga por primera vez.

El empadronamiento se realiza en el primer contacto de la persona con la institución de salud, evitando de esta manera reducir el riesgo de errores, validar la información con RENAPER, garantizar la privacidad de los datos y mejorar la atención de salud permitiendo la identificación unívoca de las personas.

El sistema le asignará inmediatamente un número único de Identificación (ID) de manera tal que cada profesional de la salud acceda a la información del paciente en forma segura y confiable al momento de la atención (las búsquedas se podrán hacer por DNI, nombre y apellido o ID).

El empadronamiento o registro de las personas es vital para el funcionamiento total de la plataforma, siendo el paso fundamental para el inicio de la atención del paciente en los efectores de salud. A partir de este paso, los/as profesionales de la salud podrán realizar evoluciones y carga de información referida a su historia clínica.

Empadronamiento en estado permanente y provisorio

De acuerdo a si la persona en cuestión cuenta o no con DNI validado por RENAPER, el empadronamiento se realiza en estado **permanente** o **temporario**:

✓ **Empadronamiento permanente**

Si la persona tiene DNI físico validado por RENAPER (el último vigente), se hace la carga de su información filiatoria bajo el estado de "empadronamiento permanente".

Esta opción permite el recupero de información de la persona a partir del cruce de datos con RENAPER, vinculada a posesión o no de cobertura médica, y datos personales básicos que serán inmediatamente completados en los campos. El empadronamiento va a figurar de color azul.

✓ **Empadronamiento temporal.**

Si la persona no tiene documentación que acredite su identidad (no posee o no recuerda su número de DNI), podrá ser empadronada de manera temporal. Se deberán completar la totalidad de los campos obligatorios de manera manual sin poder hacer la vinculación con RENAPER. El empadronamiento va a figurar en color rojo.

El empadronamiento temporal permite que a la persona se le asigne un número de ID y que quede registrada en la HSI. Cuando la persona tenga su número de DNI o Cédula, se podrán editar los datos y pasar a estado permanente.

Buenas prácticas de empadronamiento

Al ingresar al paciente al sistema HSI se requerirá de más información, que comprende:

- IDENTIDAD DE LA PERSONA: identidad de género, religión, etnia, etc.
- DATOS FILIATORIOS: nombre completo, nombre auto-percibido, apellido materno, teléfono, mail, domicilio.
- COBERTURA MÉDICA: si cuenta o no con cobertura o prestación, de qué tipo.
- DATOS SOCIO-ECONÓMICOS: ocupación y nivel educativo.

Es importante dar cuenta de que el empadronamiento es un **proceso dinámico**, en la medida en que puede ser editado en tanto se actualiza información filiatoria, de identidad de género u etnia, o se regulariza la información vinculada a su documentación.

Resulta de suma importancia hacer un registro lo más completo y exhaustivo posible de la información de la persona, reconociendo la necesidad de la **identificación segura y unívoca**, y que facilite el **recupero de costos** de los establecimientos públicos vinculados a las prestaciones de obras sociales.

A su vez, esto se basa en la importancia de reconocer información vinculada a la historia social de la persona.

El empadronamiento pone a prueba una práctica de atención a la salud y modelo de atención, y es responsabilidad del personal de salud en la garantía del derecho a la salud de los/as ciudadanos/as.

1.2 Historia Clínica Electrónica

La historia clínica refiere a toda la información vinculada a eventos de salud de la persona. Reúne una serie de documentos que surgen del proceso de atención-salud-enfermedad a partir de la relación entre los usuarios y los servicios de salud.



- Es **única** para cada paciente:

La historia clínica digital centraliza documentación e información vinculada a atenciones y problemas de las personas que se realizan en los distintos establecimientos de salud por los que transita la misma, vinculada a los datos unívocos y personales que se cargan al momento del empadronamiento.

- Tiene una **estructura modular**:

El registro de la información y la organización de los procedimientos vinculados a las atenciones (asignación de turnos, internación, guardia) se organizan en distintas secciones de la aplicación (**Módulos**).

El registro de los eventos de co-morbilidad de la persona pueden registrarse a partir de las atenciones del ámbito ambulatorio en el Módulo de **Historia Clínica Ambulatoria**, o de los eventos de guardia e internación en los Módulos de **Guardia** e **Historia Clínica de Internación**.

- Está orientada a **problemas**

Los procesos de salud-enfermedad-atención-rehabilitación de la persona se abordan a partir de una lista de problemas de salud a resolver (tanto específicos como inespecíficos).

Un problema es todo aquello que requiere o puede requerir una acción por parte del equipo de salud. No siempre se llega a contar con un diagnóstico ni se trata exclusivamente de un problema de tipo médico por lo que es más correcto hablar de problema refiriéndonos con este término a cualquier situación no deseada que debamos resolver y cuya definición se extiende al campo de la salud mental y al social.

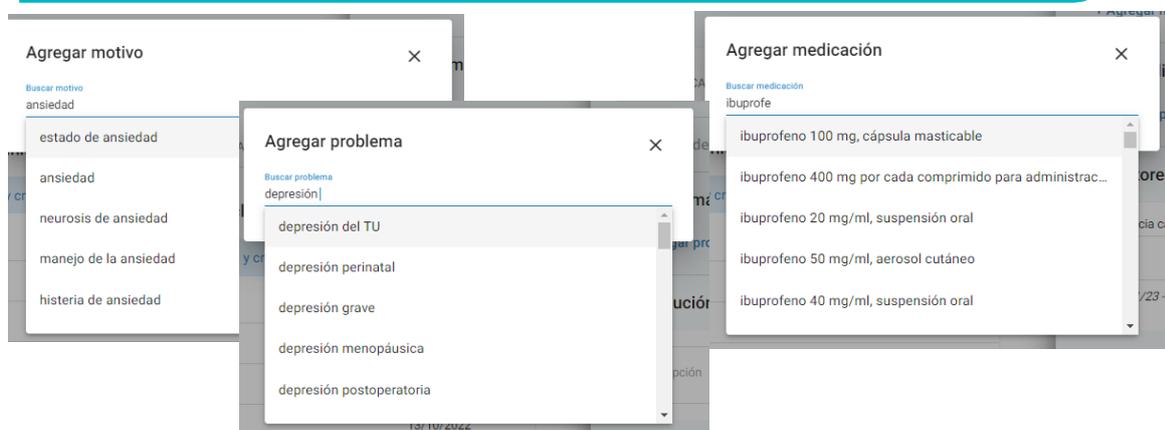
Los problemas se registran en el momento en que el personal de salud realiza una **Nueva Consulta** en el **Módulo de Historia Clínica Ambulatoria**.

- Terminología **SNOMED-CT**

El lenguaje a partir del cual se opera en la Historia de Salud Integrada para cargar información sobre las atenciones de los pacientes (Problemas, Motivos de Consulta, Procedimientos, Medicación recetada, etc) está categorizados a partir de un sistema de nomenclatura internacional denominado **Snomed-CT**.

El mismo contiene terminología propia por cada especialidad y función asistencial, así como de los procedimientos, estudios y fármacos vinculados a las prácticas de salud.

A su vez, el registro a partir de esta categoría permite la **interoperabilidad** a lo largo de todo el sistema de salud, esto es: la posibilidad de sistematizar información clínica y de atenciones sobre la base de un mismo lenguaje.



Historia Clínica Ambulatoria

La Historia Clínica Ambulatoria consiste en el registro **longitudinal** de los procesos de salud-enfermedad-atención de la persona que abarca de manera continua toda la vida de la persona, desde su nacimiento hasta su muerte. Acompaña de esta forma el recorrido cronológico de los **Problemas** que registran, evolucionan y resuelven los distintos profesionales de salud.

Posibilita dar acceso de inmediato a la información de salud sobre pacientes o poblaciones individuales sólo para usuarios validados y autorizados desde cualquier institución de salud, respetando la confidencialidad y resguardando la seguridad de dicha información.

Los perfiles de médicos/as, enfermeros/as y personal de salud podrán acceder a los datos de la historia clínica de el/la paciente.

Este módulo cuenta con los apartados de:

- ✓ **ODONTOLOGÍA:**
Se visualizan los odontogramas y procedimientos realizados en relación a la salud bucodental.
- ✓ **RESUMEN:**
Se pueden ver todo los datos que se le han cargado a le paciente (problemas, antecedentes, medicación, alergias, información antropométrica, signos vitales).

- ✓ Historial de VACUNACIÓN:
Registro de todas las vacunas recibidas, con información de fecha, lote, institución, etc.
- ✓ Histórico de PROBLEMAS y EVOLUCIONES
Recorrido a lo largo de los problemas cargados por los distintos profesionales, (activos, crónicos, resueltos y de internación).
- ✓ ÓRDENES Y PRESCRIPCIONES
Se visualiza si existe medicación registrada y estudios.

The screenshot displays the 'Historia Clínica' interface for a patient named 'Prueba Prueba' (ID 6266, LC: 11111, Male, 23 years old). The interface includes a sidebar with navigation options like 'Historia Clínica', 'Internación', 'Gestión de turnos', and 'Guardia'. The main content area shows a 'Resumen de historia clínica' with several sections:

- Problemas activos y crónicos:** A table listing 'Angina típica' (01/06/2022) and 'Sospecha de autismo' (03/05/2022).
- Antecedentes familiares:** Lists 'Antecedente de cáncer'.
- Medicación habitual:** Lists 'Levotiroxina sódica anhidra 50 microgramos por cada comprimido para administración oral' (Active).
- Alergias:** Lists 'Alergia a tomate' (Alimentaria, Incapaz de evaluar).
- Información antropométrica:** Shows current values for Height (180 cm), Weight (70 kg), and BMI (21.6), along with 'Anterior' values.
- Factores de riesgo:** Shows current values for Systolic BP (99), Diastolic BP (12), Heart Rate (60), Respiratory Rate (65), Temperature (37), and Oxygen Saturation (99), along with 'Anterior' values.

A su vez, cada nueva atención se registra a partir de la Opción **"Nueva Consulta"**.

Allí se despliega una lista de distintos campos, dependiendo del perfil profesional, para ser completados en la evolución del paciente:

- ✓ ESPECIALIDAD
- ✓ MOTIVO DE CONSULTA
- ✓ PROBLEMA
- ✓ DATOS ANTROPOMÉTRICOS
- ✓ ANTECEDENTES FAMILIARES
- ✓ MEDICACIÓN HABITUAL
- ✓ PROCEDIMIENTO
- ✓ SIGNOS VITALES
- ✓ ALERGIAS
- ✓ EVOLUCIÓN

La lista de **Problemas** es la columna vertebral para el registro de las atenciones de la dimensión ambulatoria, en la medida en que todas las restantes prácticas (prescripción de medicamentos, solicitud de estudios, consulta de enfermería, etc) deberán estar asociadas a un problema previamente cargado.

 Video optativo: [Historia Clínica Ambulatoria](#)

• Historia clínica de internación

La Historia Clínica de Internación corresponde al Módulo donde se registran la información del paciente relacionada a los episodios, entendidos como eventos fijos de salud. Se caracterizan por tener una fecha de comienzo y final.

Pueden finalizar con un resumen de los cuidados realizados que sirve como medio de comunicación entre los/as profesionales (**epicrisis**).

Ejemplo de este tipo de registros son las internaciones o consultas a la guardia. En esta oportunidad es posible registrar el ingreso y egreso de un paciente en su internación. Se permiten una serie de acciones que serán habilitadas según el perfil institucional.

- ✓ INGRESO, ASIGNACIÓN Y PASE DE CAMA: perfil de administración.
- ✓ EVALUACIÓN DE INGRESO: realizada por el/la especialista médica/o registra el diagnóstico principal y otros diagnósticos en el caso de que existan; es decir, los aspectos más relevantes para el seguimiento del proceso de internación de la persona.
- ✓ NOTAS DE EVOLUCIÓN: son informes periódicos que dan cuenta de la evolución de le paciente. Realizados por el especialista médico y/o profesionales de la salud no médicos.
- ✓ ALTA MÉDICA: realizada por el especialista médico luego de haber efectuado la Epicrisis.
- ✓ ALTA ADMINISTRATIVA: llevada a cabo por el perfil de administración una vez obtenida el alta médica.

 Video optativo: [Historia Clínica de Internación](#)

2. HERRAMIENTAS PARA LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Opciones centradas en la organización del trabajo al interior de la institución de salud, la organización de los servicios sanitarios y la coordinación con otros establecimientos:

- 2.1 Backoffice (Módulo)
- 2.2 Creación de Agenda (Módulo)
- 2.3 Asignación de turnos (Función)
- 2.4 Referencia y Contrareferencia (Módulo)

2.1 Backoffice

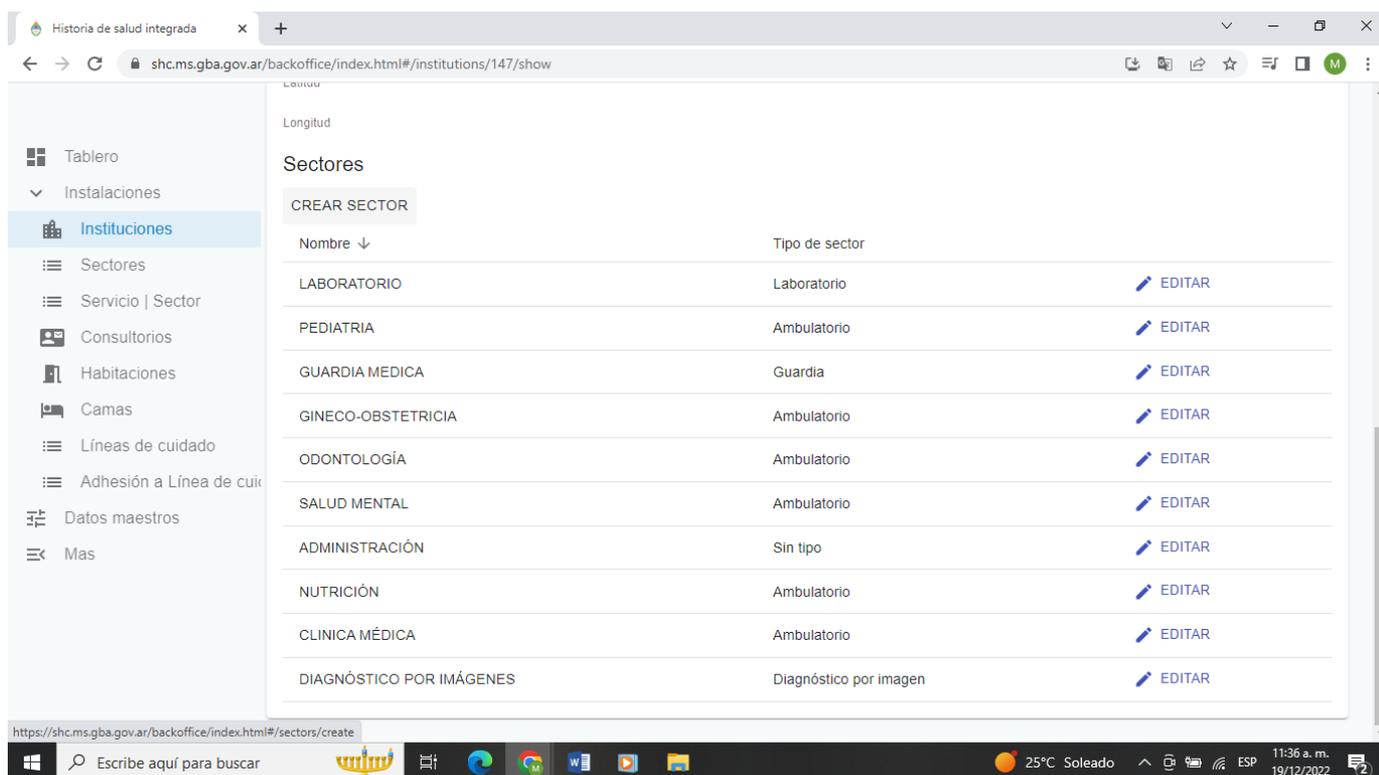
El BackOffice o Administración del Sistema posibilita gestionar el sistema para aproximarlos a la realidad concreta de la institución, de modo que sea significativo para quienes lo utilizan.

Consiste en la clasificación inicial del establecimiento según servicios, áreas y sectores, de acuerdo a la organización física de sus consultorios.

Asimismo, desde este módulo se podrán administrar los perfiles de los usuarios, asignar roles y permisos y crear nuevas cuentas.

Es una condición previa para empezar a trabajar sobre la creación de agendas de los profesionales y la asignación de turnos en función de las áreas, sectores y servicios que se hayan cargado en el sistema.

Puede ser modificado de acuerdo a los cambios en la organización del establecimiento, en caso de que cuente con nuevas especialidades o que sus servicios, consultorios o sectores sean reorganizados.



The screenshot displays a web browser window with the URL `shc.ms.gba.gov.ar/backoffice/index.html#/institutions/147/show`. The interface features a sidebar menu on the left with options like 'Tablero', 'Instalaciones', 'Instituciones', 'Sectores', 'Servicio | Sector', 'Consultorios', 'Habitaciones', 'Camas', 'Líneas de cuidado', 'Adhesión a Línea de cui', 'Datos maestros', and 'Mas'. The main content area is titled 'Sectores' and includes a 'CREAR SECTOR' button. Below this is a table listing various sectors with their types and edit options.

Nombre ↓	Tipo de sector	
LABORATORIO	Laboratorio	EDITAR
PEDIATRIA	Ambulatorio	EDITAR
GUARDIA MEDICA	Guardia	EDITAR
GINECO-OBSTETRICIA	Ambulatorio	EDITAR
ODONTOLOGÍA	Ambulatorio	EDITAR
SALUD MENTAL	Ambulatorio	EDITAR
ADMINISTRACIÓN	Sin tipo	EDITAR
NUTRICIÓN	Ambulatorio	EDITAR
CLINICA MÉDICA	Ambulatorio	EDITAR
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Diagnóstico por imagen	EDITAR

Video optativo: [Backoffice](#)

2.2 Creación de agendas

Permite crear las agendas de los/as profesionales según los consultorios que tienen y diseñar tanto los días y horarios de atención, como así también el tipo (programada o espontánea) y la duración de los turnos. Es el equivalente a una turnera de los servicios de la institución.

Se habilita asimismo eliminar o cambiar la agenda en la medida que el profesional lo disponga. Cuenta con la opción de descarga para visualizar la agenda diaria, semanal o mensual de los servicios.

 Video optativo: [Gestión de Turnos](#)

2.3 Gestión de turnos

Para poder asignar turnos es necesario que previamente hayan sido creadas las agendas de los/as profesionales con los días y horarios de disponibilidad de turnos, tanto programados como espontáneos.

Es una herramienta que permite facilitar la visualización y el registro de los turnos al contar con la digitalización de las agendas de acuerdo a las especialidades y a los profesionales. Cabe destacar que es posible también la descarga de dichas agendas de turnos, aportando un reporte de información si se desea.

2.4 Referencia y contrareferencia

Dentro del módulo de Historia Clínica Ambulatoria, encontrarán la función de **Solicitud de referencia**, la cual tiene como objetivo agilizar el circuito de comunicación-atención al interior de un efector, notificando a otras especialidades, y entre efectores de diferente nivel de complejidad.

Este módulo es de vital importancia ya que facilita la construcción de redes entre efectores de salud de distintos niveles de atención y fortalece el vínculo con los/as pacientes.

Los/as profesionales/especialistas pueden solicitar la referencia en base a un problema que estén cargando en la consulta o un problema ya ingresado anteriormente. Esta solicitud llegará a la institución seleccionada (que utilice la HSI) para que cualquier profesional de la especialidad requerida pueda dar su observación.

A su vez, las solicitudes de referencia y su contrarreferencia se configuran en función de **líneas de cuidado**. La incorporación de este concepto permite abordar uno de los principales problemas en el acceso a la salud que es la fragmentación de los cuidados.

La implementación de líneas de cuidado se centran en una condición de salud o enfermedad determinada y se propone englobar cuidados continuos e integrales de las personas, priorizados y desagregados por nivel de atención (desde la promoción de la salud, la prevención de riesgos específicos hasta la asistencia en los niveles de mayor complejidad).

Esta función también está pensada para, en el mediano plazo, contar con un **sistema de turnos protegidos entre efectores**.

 Video optativo: [Referencia y Contrarreferencia](#)

3. INFORMACIÓN EN SALUD

La aplicación HSI permite sistematizar y construir informes y reportes estadísticos vinculados a los individuos, las poblaciones y las atenciones realizadas por los establecimientos. Podemos diferenciar dos funcionalidades:

3.1 Informes sobre pacientes

3.2 Reportes estadísticos

3.1 Informes sobre pacientes

- **Histórico de Evoluciones**

Se pueden descargar informes relacionados a las evoluciones de los pacientes por Problema, Especialidad, Profesional, Fechas de Consulta.

Esta opción se gestiona desde el Módulo de **Historia Clínica Ambulatoria**, en la sección de Histórico de Evoluciones. Puede ser realizado por todo profesional matriculado que cuente con permiso de especialista médico/a, personal de salud, enfermeros/as.

Histórico de evoluciones

The screenshot shows the 'Histórico HSI' interface. On the left, there are search filters: 'Especialidad' (Adolescencia), 'Profesional' (Javier SIROCHI), 'Problema' (diabetes mellitus), 'Fecha de consulta', and 'Estado de referencia'. On the right, there are two entries for 'Diabetes mellitus' with details like 'Especialidad Adolescencia', 'Fecha de consulta' (11/10/2022 and 27/09/2022), and 'Profesional Javier SIROCHI'. Each entry has a download icon.

- **Anexo II y Formulario V**

Los usuarios de administración podrán generar reportes **Anexo II** y **Formulario V** para el recupero de costos desde el botón Informes que se encuentra en la historia clínica de cada paciente, dirigiéndose al módulo Pacientes.

Se deducen de las consultas ambulatorias que realizó una persona. Estos documentos pueden generarse previo a la consulta, o luego de la misma.

Se pueden seleccionar más de una consulta para detallar en el informe como así también dos reportes a generar por consulta.

3.2 Reportes estadísticos

Nos permiten acceder a las estadísticas de atención del centro de salud o del hospital en el que prestamos servicio en distintos cortes temporales. Los datos que figuran en estos registros son de todas aquellas personas que tengan una evolución generada en la Historia Clínica para el periodo de tiempo seleccionado.

Los reportes **Hoja 2** y **Hoja 2.1** son listados de prestaciones por consultorios, especialidad, y/o profesionales.

Pueden ser administrados solo por quienes cuenten con el permiso de Administración Institucional, desde el módulo **Reportes**.

El registro que realizan los profesionales en las consultas es suficiente para poder realizar estas descargas, simplificando la tarea de generar estos informes y evitar la duplicidad en esta tarea.

Se descargan en formato de Planilla de cálculo- Excel.

Actualmente se encuentra en desarrollo un nuevo módulo denominado Reportes estadísticos, que perfeccionará la sistematización de información y herramientas para realizar análisis estadístico.

- **Detalle nominal de Consultorios Externos - Hoja 2**

La Hoja 2 es el reporte que contiene listadas las personas atendidas para un/a profesional en un rango de fechas determinado.

Contiene datos básicos de las personas atendidas, junto con la información surgida de la consulta (diagnóstico, peso, talla, tensión sistólica y diastólica, hemoglobina glicosilada, perímetro cefálico,

El reporte puede generarse para un/a profesional en particular, o todas las atenciones del efector, a la vez que puede comprender rangos de fechas personalizables al momento de la consulta.

- **Detalle mensual de Consultorios Externos - Hoja 2.1**

Este reporte consiste en el resumen mensual de consultorios externos, que también puede ser filtrado por especialidad o profesional.

 Ver video optativo [Reportes](#)

4. PERMISOS Y USOS

ROLES Y PERMISOS

	ADMINISTRATIVO/A	MÉDICO/A	ENFERMERO/A	ADMINISTRADOR/A DE AGENDA	ADMINSTRADOR/A INSTITUCIONAL	PERSONAL DE SALUD
INSTITUCIONES					✓	
LISTA DE PACIENTES	✓	✓	✓			✓
HISTORIA CLÍNICA		✓	✓			✓
GESTIÓN DE TURNOS	✓	✓		✓		✓
GESTIÓN DE CAMAS	✓					
INTERNACIÓN	✓	✓	✓			✓
GUARDIA	✓	✓	✓		✓	✓
MI CUENTA	✓	✓	✓	✓	✓	✓

4.1 Creación de usuarios

Para poder hacer uso del sistema de la Historia de Salud Integrada, es necesario contar con un **usuario**, que estará asociado a la información personal de cada persona que opere el sistema desde una institución de salud.

Se solicita para la creación de los mismos información personal referente al número de DNI, datos de contacto, nombre completo, y **matrícula profesional** en el caso de corresponder.

El usuario es de carácter personal e intransferible. El acceso a las distintas funciones y módulos del sistema dependerá de los roles que tenga cada usuario así como de las tareas que desempeñe en la institución.

Los usuarios serán habilitados por el referente de la institución a través de un permiso especial del sistema que se denomina "Administrador institucional".

Es necesario diferenciar en primer término los perfiles, de los usos y permisos del sistema.

4.2 Perfiles y roles

En la solicitud de los usuarios, se asignan perfiles (de acuerdo a roles del personal, en tanto si es profesional de salud y puede realizar algún tipo de evolución, auxiliar o personal administrativo):

- ✓ ESPECIALISTA MÉDICO:
- ✓ ENFERMERÍA
- ✓ ESPECIALISTA EN ODONTOLOGÍA
- ✓ ADMINISTRATIVO
- ✓ PERSONAL DE SALUD:
- ✓ PERSONAL DE LABORATORIO
- ✓ PERSONAL DE FARMACIA
- ✓ PERSONAL DE ESTADÍSTICA
- ✓ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Es de suma relevancia diferenciar las **tareas profesionales** que sean matriculadas correspondientes a la asistencia en salud, respecto de las **funciones de técnicos/as o auxiliares**.

Los usuarios que realicen prácticas asistenciales, tanto médicas como de otras disciplinas de la salud, tendrán el usuario asociado a su **matrícula habilitante** a partir de la cual podrán subir la información de las evoluciones y consultas al perfil de los pacientes.

Asimismo, serán los únicos que podrán visualizar la Historia Clínica Ambulatoria de los pacientes, y de acuerdo a las competencias de su desarrollo profesional.

El perfil de Personal de salud corresponde a todo profesional de la salud matriculado que desempeñe tareas de asistencia en algún servicio, sector u área de actividad del establecimiento, como psicólogo/a, trabajador/a social, lic. en nutrición, etc.

Los perfiles que correspondan a técnicos auxiliares en salud, como personal de laboratorio y de diagnóstico por imágenes, podrán operar sobre la información referida a su función específica (como visualizar los estudios solicitados por profesionales de la salud, adjuntar y observar los estudios realizados).

4.3 Permisos

Los **permisos** están asociados a tipos de uso del sistema, funciones y módulos que determinados usuarios pueden tener habilitados para usar la aplicación.

Esto depende de la organización del trabajo en la institución, así como de los roles y funciones profesionales.

Con excepción del permiso para la visualización de la información de las Historias Clínicas Ambulatorias, que es exclusivo a toda aquella persona que se desempeña como personal de salud matriculado, las restantes funciones podrán ser habilitadas según la organización de los equipos de salud.

✓ ADMINISTRADOR INSTITUCIONAL

El usuario administrador del sistema tendrá acceso a diferentes funcionalidades para gestionar el sistema.

Habilita funciones como el Backoffice, la descarga de Reportes Estadísticos, la Creación de Agendas de todos los profesionales.

También posibilita la gestión de los perfiles de usuario que cada establecimiento requiera, asignando roles y permisos según corresponda en cada caso, permitiendo así el acceso seguro y ágil a la información almacenada.

Se otorgará este permiso a los referentes institucionales de los establecimientos, así como a actores claves consignados por los responsables de la institución.

✓ PERMISO ADMINISTRATIVO

Permite realizar el empadronamiento de los pacientes

✓ ADMINISTRADOR DE AGENDAS

Permiso de administrador de agendas: permite organizar turnero y agenda del conjunto de profesionales que atienden en el establecimiento

✓ PERSONAL DE SALUD

✓ MÉDICO/A

✓ ENFERMERO/A

