



Resolución Ministerial

Lima, 10 de MARZO del 2025

Visto, el Expediente N° OGTI-ERDS20240000050, que contiene el Informe N° D00035-2024-OGTI-OIDT-MCA-MINSA, el Informe N° D000041-2024-OGTI-OIDT-MCA-MINSA, y el Informe N° D000046-2024-OGTI-OIDT-ERDS-MINSA, de la Oficina General de Tecnologías de la Información; el Informe N° D000007-2023-DIGTEL-DITEL-FAM-MINSA de la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias; el Informe N° D000053-2023-DGAIN-DIPOS-MINSA de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional; el Informe N° D00015-DIGEP-DIPLAN-FHJ-MINSA de la Dirección General de Personal de la Salud; el Informe N° D000022-2023-DGIESP-DPD-MINSA de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; el Informe N° D0000119-2024-OGPPM-OOM-MINSA de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización; así como, el Informe N° D000164-2025-OGAJ-MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;



CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Asimismo, dispone que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, el numeral XIV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la información en salud es de interés público y que toda persona está obligada a proporcionar a la Autoridad de Salud la información que le sea exigible de acuerdo a ley. La información que el Estado tiene en su poder es de dominio público, con las excepciones que establece la ley;



Que, asimismo, el artículo 123 de la Ley N° 26842, modificada por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, precisa que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional. Como Organismo del Poder Ejecutivo, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;



Que, el numeral 9) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala que el Ministerio de Salud tiene como ámbito de competencias a la Investigación y tecnologías en salud;

Que, el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y las personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los sub numerales 4-A1 y 4-A2 del artículo 4 del antes citado Decreto Legislativo, modificado por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, refiere que, la potestad rectora del Ministerio de Salud comprende la facultad que tiene para normar, supervisar, fiscalizar y, cuando corresponda, sancionar, en los ámbitos que comprenden la materia de salud. La rectoría en materia de salud dentro del sector la ejerce el Ministerio de Salud por cuenta propia o, por delegación expresa, a través de sus organismos públicos adscritos y, dentro del marco y los límites establecidos en la dicha Ley, la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, las normas sustantivas que regulan la actividad sectorial y, las normas que rigen el proceso de descentralización. Asimismo, el Ministerio de Salud, como ente rector del Sistema Nacional de Salud, y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: Essalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas.



Que, el literal b) del artículo 5 del precitado Decreto Legislativo, establece como una de las funciones rectoras del Ministerio de Salud, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;

Que, el artículo 1 de la Ley N° 30024, Ley que Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, señala que el objeto de dicha Ley es crear el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y establecer sus objetivos, administración, organización, implementación, confidencialidad y accesibilidad;

Que, mediante el Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que optimiza procesos vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, se modificaron diversos artículos de la Ley N° 30024, Ley que Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas;



Que, el literal d) del artículo 9 del Decreto Supremo N° 009-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, establece los Procesos del RENHICE, señalando como uno los procesos principales, la acreditación de los sistemas de información de historias clínicas electrónicas;



Que, el artículo 30, Registro y resguardo de la prestación de servicios de salud del Decreto Supremo N° 009-2017-SA, dispone que los sistemas de información de historias clínicas electrónicas deberán de registrar y resguardar la información derivada de la prestación de servicios de salud en forma de documentos electrónicos estructurados e inalterables de acuerdo a la directiva de acreditación de los sistemas de información de historias clínicas electrónicas que apruebe el Ministerio de Salud;



Resolución Ministerial

Lima, 10 de MARZO del 2025

Que, el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA y modificatorias, establece que la Oficina General de Tecnologías de la Información es el órgano de apoyo del Ministerio de Salud, responsable de implementar el gobierno electrónico; planificar, implementar y gestionar los sistemas de información del Ministerio; administrar la información estadística y científica en salud del Sector Salud; realizar la innovación y el desarrollo tecnológico, así como del soporte de los equipos informáticos del Ministerio de Salud. Asimismo, es responsable de establecer soluciones tecnológicas, sus especificaciones, estándares; diseñar, desarrollar y mejorar las plataformas informáticas de información en el Sector Salud. Asimismo, establece requerimientos técnicos para la adquisición, aplicación, mantenimiento y uso de soluciones tecnológicas, en el ámbito de competencia del Ministerio de Salud;



Que, asimismo, los literales a) y c) del artículo 53 del Decreto Supremo N° 008-2017-SA y modificatorias, establecen que son funciones de la Oficina General de Tecnologías de la información, proponer y supervisar la implementación de políticas, normas, lineamientos, planes, estrategias, programas y proyectos en materia de desarrollo de tecnologías de la información, estadística y gestión de la información; gobierno electrónico y su operatividad; así como políticas de seguridad de tecnologías de la información y comunicación del Ministerio de Salud, para asegurar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la misma en el marco de la normativa vigente. De igual forma, promover el desarrollo tecnológico de la información y comunicación, para servicios y trámites de calidad de los ciudadanos.



Que, en cumplimiento del artículo 30 del Decreto Supremo N° 009-2017-SA, el Ministerio de Salud a través de la Oficina General de Tecnologías de la Información en el marco de sus funciones y de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, ha elaborado la "Directiva Administrativa que establece el proceso de acreditación de los Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas", con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de atención del usuario de salud o paciente, así como a la sistematización de información de calidad en salud, a través del proceso de acreditación de los Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas que, se usan en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS públicas, privadas y mixtas del sector salud para la implementación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE;



Con el visado de la Oficina General de Tecnologías de la Información; de la Oficina General de Asesoría Jurídica; de la Secretaría General; del Despacho Viceministerial de Salud Pública; y, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud;

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, y por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades; y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado mediante los Decretos Supremos N° 011- 2017-SA y N° 032-2017-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 373 - MINSA/OGTI-2025, "Directiva Administrativa que establece el proceso de acreditación de los Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas" que, como anexo adjunto, forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina General de Tecnologías de la Información que efectúe la difusión, implementación, supervisión y asistencia técnica de la Directiva Administrativa que se aprueba mediante la presente Resolución Ministerial.

Artículo 3.- Disponer la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Diario Oficial El Peruano y encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la misma y su Anexo en la sede digital del Ministerio de Salud (www.gob.pe/minsa).

Regístrese, comuníquese y publíquese.

CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ
Ministro de Salud





DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS

I. FINALIDAD

Contribuir a la mejora de la calidad de atención del usuario de salud o paciente, así como la sistematización de información de calidad en salud, a través del proceso de acreditación de los Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas que se usan en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS públicas, privadas y mixtas del sector salud para la implementación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas - RENHICE.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer el proceso de acreditación de los Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas que usan en las IPRESS o conjunto de IPRESS a nivel nacional, en el marco de lo establecido en la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE y su reglamento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1. Establecer las fases del proceso de acreditación que deben cumplir las IPRESS o conjunto de IPRESS que usen Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas.
- 2.2.2. Establecer los criterios a verificar para acreditar sistemas de información de historias clínicas electrónicas.
- 2.2.3. Establecer las funciones de los responsables de la verificación o evaluación, según corresponda como parte del proceso de acreditación de Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva administrativa es de cumplimiento obligatorio para la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPRESS o conjunto de IPRESS públicas del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, de los Gobiernos Locales, Direcciones de Redes Integradas de Salud en Lima Metropolitana, del Seguro Social de Salud EsSalud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas, de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú; del Instituto Nacional Penitenciario; así como las IPRESS privadas y mixtas que utilicen un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, en el marco de lo establecido en la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas - RENHICE.

También es de cumplimiento obligatorio para las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud, Redes Integradas de Salud o quien haga sus veces en lo que le corresponda.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias
- Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales y modificatorias
- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y modificatorias.
- Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.





- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modificatorias, y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que optimiza procesos vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- Decreto Legislativo N° 1412, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gobierno Digital y modificatorias
- Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba las Identificaciones Estándar de Datos en Salud – IEDS.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 052-2008-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Firmas y Certificados Digitales.
- Decreto Supremo N° 070-2011-PCM, que modifica el Reglamento de la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales y establece normas aplicables al procedimiento registral en virtud del Decreto Legislativo N° 681 y ampliatorias.
- Decreto Supremo N° 105-2012-PCM, que establece disposiciones para facilitar la puesta en marcha de la firma digital y modifica el Decreto Supremo N° 052-2008-PCM, Reglamento de la Ley de Firmas y Certificados Digitales.
- Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N.º 026-2016-PCM, que aprueban medidas para el fortalecimiento de la infraestructura oficial de firma electrónica y la implementación progresiva de la firma digital en el Sector Público y Privado.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 009-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- Decreto Supremo N° 019- 2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud.
- Decreto Supremo N.º 029-2021-PCM, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1412, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gobierno Digital, y establece disposiciones sobre las condiciones, requisitos y uso de las tecnologías y medios electrónicos en el procedimiento administrativo.
- Resolución Ministerial N.º 553-2002-SA/DM que oficializa el uso de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE – 10 en todos los establecimientos de salud del territorio nacional.
- Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA, que aprueba la NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N° 431-2015-MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política de Seguridad de la Información del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 004-2016-PCM, que aprueba el uso obligatorio de la Norma Técnica Peruana “NTP ISO/IEC 27001:2014 Tecnología de la Información. Técnicas de Seguridad. Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información. Requisitos. 2a. Edición”, en todas las entidades integrantes del Sistema Nacional de Informática.
- Resolución Ministerial N.º 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.”



- Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 1001-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 241-MINSA/2017/DGAIN, "Proceso de Actualización de los Catálogos de las Identificaciones Estándar de Datos en Salud (IEDS) N° 001 y N° 005".
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 1104-2018/MINSA, que crea el Repositorio Nacional de Identificaciones Estándar de Datos en Salud - RNIEDS y la Plataforma de Interoperabilidad para el Sector Salud – PIDESALUD.
- Resolución Ministerial N° 464-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 266-MINSA/2019/OGTI: Directiva Administrativa que regula la Interoperabilidad en los Sistema de Información Asistenciales.
- Resolución Ministerial N° 688-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa que establece el Tratamiento de los Datos Personales relacionados con la Salud o Datos Personales en Salud.
- Resolución Ministerial N° 053-2021-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 301-MINSA/2021/DIGEMID, Directiva Administrativa que aprueba la trama estandarizada de datos para la prescripción y dispensación de medicamentos.
- Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Directoral N° 046-2018-INACAL/DN, que aprueba la Norma Técnica Peruana NTP-ISO/HL7 10781:2018 Informática en la salud. Modelo funcional HL7 de los Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas (MF SIHCE). 1ª Edición.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1.1 Acreditación de Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas:** Es la verificación positiva que el sistema de información de historias clínicas electrónicas que usa un establecimiento de salud o conjunto de establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo se sujeta a los criterios técnicos establecidos en el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (RENHICE) y en la presente directiva administrativa.
- 5.1.2 Autoridad Regional de Salud:** Son las Direcciones Regionales de Salud (DIREAS), gerencias regionales de salud (GERESAS), o las que hagan sus veces en los gobiernos regionales. En el caso de Lima Metropolitana corresponde a las direcciones de redes integradas de salud (DIRIS).
- 5.1.3 Autorización de acceso del paciente o usuario de salud o de su representante legal a RENHICE:** Es el consentimiento que brinda el paciente o usuario de salud o su representante legal al profesional de la salud para acceder a su información clínica, a través del RENHICE conforme a las condiciones y procedimientos previstos en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, su norma reglamentaria aprobada mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS y el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (RENHICE) y en la presente directiva administrativa.
- 5.1.4 Certificado digital.** - Es el documento electrónico generado y firmado digitalmente por una entidad de certificación, la cual vincula un par de claves con una persona determinada confirmando su identidad.



- 5.1.5 Confidencialidad.** - Es la cualidad que indica que la información no está disponible y no es revelada a individuos, entidades o procesos sin autorización.
- 5.1.6 Entrada de Registro.** - Es la evidencia persistente de la ocurrencia de una acción e incluye un autor o fuente identificados que son los encargados del contenido de la entrada de registro. La entrada de registro contiene metadatos sobre la acción y sus circunstancias, p. ej. quién, qué, cuándo, dónde, hechos, hallazgos, observaciones, etc.
- 5.1.7 Episodio de Atención en el sector salud.** - Es aquél que se inicia cada vez que un usuario de salud/ paciente ingresa a una UPS de atención directa de una IPRESS y finaliza cuando sale de la misma; comprende al conjunto de acciones realizadas en promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos y mantenimiento de la salud que de ella se deriven.
- 5.1.8 Equipo Responsable de la Evaluación permanente.** – Es el conjunto de profesionales de la salud, informáticos y/o afines de la OGTI del MINSA responsables de monitorear el correcto cumplimiento de las verificaciones propias de la acreditación de Sistemas de información de Historias Clínicas Electrónicas, proponer integrantes de Equipo Responsable de la Verificación a nivel nacional y regional, así como gestionar la acreditación oficial.
- 5.1.9 Equipo Responsable de la Verificación.** – Es el conjunto de profesionales de la salud, informáticos y/o afines con competencias para la acreditación designados por la OGTI MINSA en el nivel central; así como por la DIRESA/ GERESA a nivel regional como responsables de realizar la verificación, tanto documental como funcional del sistema de información de historias clínicas electrónicas a acreditar.
- 5.1.10 Firma digital.** - Es aquella firma electrónica que utilizando una técnica de criptografía asimétrica, permite la identificación del signatario y ha sido creada por medios, incluso a distancia, que garantizan que éste mantiene bajo su control con un elevado grado de confianza, de manera que está vinculada únicamente al signatario y a los datos a los que refiere, lo que permite garantizar la integridad del contenido y detectar cualquier modificación ulterior, tiene la misma validez y eficacia jurídica que el uso de una firma manuscrita, siempre y cuando haya sido generada por un Prestador de Servicios de Certificación Digital debidamente acreditado que se encuentre dentro de la Infraestructura Oficial de Firma Electrónica, y que no medie ninguno de los vicios de la voluntad previstos en el Título VIII del Libro IV del Código Civil.
- 5.1.11 Historia Clínica Electrónica.**- Es la Historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia; refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector competente.
- 5.1.12 Identificación Estándar de Datos en Salud - IEDS.**- Es la representación de cada dato clínico o administrativo del sector salud, precisando el alcance, definición, características específicas, usos, los distintos tipos de operación o transacción de intercambio de datos de salud, oficializados mediante Decreto Supremo N° 024-2005-SA, siendo ocho las Identificaciones Estándar de Datos en Salud: "IEDS N° 001 Procedimiento Médico en el Sector Salud"; "IEDS N° 002 Producto Farmacéutico en el Sector Salud"; "IEDS N° 003 Usuario de Salud en el Sector Salud"; "IEDS N° 004 Establecimiento de Salud y Servicio Médico de Apoyo en el Sector Salud"; "IEDS N° 005 Unidad Productora de Servicios en Establecimiento de Salud"; "IEDS N° 006 Episodio de Atención en el Sector Salud"; "IEDS N° 007 Personal de Salud en el Sector Salud" y "IEDS N° 008 Financiador de Salud en el Sector Salud".
- 5.1.13 Información clínica.** - Es toda información contenida en una historia clínica electrónica o física, que registra el profesional de la salud que atiende al paciente, concerniente a



la salud pasada, presente o pronosticada, física o mental, de una persona, incluida la información complementaria (resultados de exámenes auxiliares y otros). No incluye los datos de filiación contenidos en la historia clínica electrónica. De acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, la información clínica constituye datos sensibles. La información clínica a su vez contiene información clínica básica y también información clínica sensible.

- 5.1.14 Información clínica básica.-** Es la información clínica contenida en la historia clínica electrónica del paciente referida a los antecedentes generales, patológicos y familiares más importantes, como alergias, diagnósticos anteriores, medicación, cirugías previas, grupo sanguíneo, que proporcionen información básica para la atención de salud ante una situación de emergencia, la misma a la que el profesional de la salud podrá acceder a través del RENHICE, desde un terminal en el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, sin la autorización de acceso del paciente o usuario de salud, únicamente en casos de grave riesgo para la vida o la salud de una persona cuyo estado no permita la capacidad de autorizar el acceso a sus historias clínicas electrónicas.
- 5.1.15 Información clínica sensible.-** Es la información clínica contenida en la historia clínica electrónica del paciente o usuario de salud y que este haya determinado como tal, la misma que puede estar referida a su genética, sexualidad, paridad, cirugías, enfermedades infecciosas como VIH, de transmisión sexual; y otras que por su naturaleza son temas sensibles para el paciente por las características físicas, morales o emocionales que pudieran presentar, así como los hechos o circunstancias que se pudieran generar en su vida afectiva, familiar o esfera íntima; y a la que solamente se debe acceder con su autorización expresa.
- 5.1.16 Interoperabilidad.** - Es la capacidad de las organizaciones para intercambiar, transferir y utilizar, de manera uniforme y eficiente los datos, información y documentos, por medios electrónicos entre sus sistemas de información. Es la capacidad de los sistemas de diversas organizaciones para interactuar con objetivos consensuados y comunes, con la finalidad de obtener beneficios mutuos. La interacción implica que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo compartan información y conocimiento mediante el intercambio de datos entre sus respectivos sistemas de tecnología de información y comunicaciones.
- 5.1.17 Perfil Funcional Específico.** - Es el conjunto de funcionalidades referidas a componentes o módulos administrativos o asistenciales que debe cumplir un SIHCE para que permita la gestión de la información de salud. Se incluye en esta definición el Perfil funcional de Gestión Administrativa Básica, Perfil funcional de Admisión, Perfil funcional de Consulta Externa; Perfil funcional de Inmunizaciones, Perfil funcional de Emergencia, Perfil funcional de hospitalización, Perfil funcional de UCI, Perfil funcional de Centro quirúrgico, Perfil funcional de Centro obstétrico, Perfil funcional de integraciones con UPSS de apoyo a la atención, otros aprobados por el MINSA.
- 5.1.18 Perfil Funcional Global – PFG.** - Es el conjunto de funcionalidades que incluye las consideraciones generales de un sistema de información de historias clínicas electrónicas en materia de infraestructura de registros, gestión de autorizaciones, comunicaciones entre SIHCE y RENHICE, y seguridad de la información, entre otros. El cumplimiento de los criterios del perfil funcional global permite el cumplimiento de los diferentes perfiles funcionales específicos, garantizando de este modo la gestión de la información tanto al interior del SIHCE, como su correcta interacción con RENHICE.
- 5.1.19 Procedimiento de anonimización.** - Es el tratamiento de datos personales que impide la identificación o que no hace identificable al titular de estos, dicho procedimiento es irreversible.



- 5.1.20 Procedimiento de disociación.** - Es el tratamiento de los datos personales que impide la identificación o que no hace identificable al titular de estos. Este procedimiento es reversible.
- 5.1.21 Receta electrónica.** - Es la receta médica en formato digital que cumple con lo establecido en las normas legales vigentes y que resulta de la prescripción que realiza un profesional autorizado directamente en un programa informático y a través de dispositivos electrónicos de transmisión de datos (computadora personal, tablet y otros) que incluye firma digital como respaldo del acto prescriptivo.
- 5.1.22 Seguridad de la información.** - Es el conjunto de acciones para preservar la confidencialidad, intangibilidad, integridad y disponibilidad de la información, además, de otras características como la autenticación, responsabilidad, no repudio y fiabilidad.
- 5.1.23 Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas SIHCE.** - Es el conjunto de elementos humanos, organizacionales, normativos y de tecnologías de información y comunicaciones, que interactúan para el tratamiento de las historias clínicas electrónicas en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo o en un conjunto de ellos.
- 5.1.24 Tratamiento de datos personales.** - Es cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo, supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier otra forma de procedimiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales.
- 5.1.25 Usuario del RENHICE.** - Es el paciente o usuario de salud o su representante legal que autoriza que se pueda acceder a sus historias clínicas electrónicas, a través del RENHICE y de los sistemas de información de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo en los que se atendió, según lo establecido en el Reglamento RENHICE. También es el profesional de salud que es autorizado por el paciente o usuario de salud o su representante legal, salvo en los supuestos contemplados en el citado Reglamento, para que acceda a la información clínica contenida en sus historias clínicas electrónicas correspondiente desde un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

5.2 ACRÓNIMOS:

- **CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- **CPMS:** Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios
- **DIRESA:** Dirección Regional de Salud
- **DIRIS:** Direcciones de Redes Integradas de Salud
- **DNle:** Documento Nacional de Identidad electrónico
- **GERESA:** Gerencia Regional de Salud
- **HL7:** Health Level Seven (por sus siglas en inglés)
- **IEDS:** Identificaciones Estándar de Datos en Salud
- **INDECOPI:** Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual
- **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- **MINSA:** Ministerio de Salud
- **OGTI:** Oficina General de Tecnologías de la Información
- **PCM:** Presidencia de Consejo de ministros
- **PIDE:** Plataforma de Interoperabilidad del Estado
- **PIDESALUD:** Plataforma de Interoperabilidad del Sector Salud
- **RBA:** Requisitos Básicos de Acreditación



- **RENHICE:** Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas
 - **RENIEC:** Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
 - **RENIPRESS:** Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
 - **SIHCE:** Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas.
 - **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos
 - **UPS:** Unidad Productora de Servicios en Establecimiento de Salud
 - **UPSS:** Unidad Productora de Servicios de Salud
- 5.3 El MINSA, a través de la OGTI, acredita los Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SIHCE a nivel nacional, establece el proceso de acreditación de SIHCE en dos (02) fases sucesivas para el logro de Acreditación de SIHCE que son: Verificación documentaria y verificación funcional, que en caso de resultados con porcentaje de cumplimiento al 100% es sucedido de la difusión del resultado para promover la interoperabilidad entre dichos sistemas a nivel nacional y regional.
- 5.4 El MINSA, a través de la OGTI, coordina con la Autoridad Regional de Salud la ejecución de actividades conducentes a la acreditación de SIHCE.
- 5.5 La Autoridad Regional de Salud a la entrada en vigencia de la presente directiva administrativa, participa en la verificación in situ como parte de la acreditación de los sistemas de información de historias clínicas electrónicas de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos de su ámbito.
- 5.6 El MINSA, a través de la OGTI, establece que para asegurar el nivel técnico de los SIHCE debe cumplirse con un perfil global requerido para Sistemas de Información (ver anexos 09, 10, 11, 12), para luego recién proceder a la verificación de cumplimiento de criterios de los Perfiles específicos considerados, en virtud del nivel de usabilidad de cada SIHCE en el establecimiento de salud o conjunto de ellos; la caracterización de los perfiles funcionales que se pueden acreditar de manera secuencial, según su cartera de servicios vigente se observan en el anexo N° 03 de la presente directiva administrativa.
- 5.7 El MINSA, así como la Autoridad Regional de Salud cumple las funciones para la Acreditación de los SIHCE, a través de sus respectivas Oficinas de Tecnologías de la información.
- 5.8 La Autoridad Regional de Salud solo puede participar de la Acreditación del SIHCE utilizado por IPRESS o conjunto de IPRESS públicas, privadas o mixtas de su jurisdicción, lo cual incluye la conformación de un Equipo Responsable de la Verificación in situ. No se permite la acreditación del SIHCE con participación de Autoridad Regional de Salud distinta a la que corresponde a la jurisdicción.
- 5.9 El MINSA, a través de la OGTI y la Autoridad Regional de Salud son responsables de designar los Equipos Responsables de la Verificación con fines de Acreditación.
- 5.10 La IPRESS o conjunto de IPRESS, que cuentan con un sistema de información de historias clínicas electrónicas en algún nivel de desarrollo a la entrada en vigencia de la presente directiva administrativa debe iniciar su proceso de acreditación en un plazo máximo de doce (12) meses.
- 5.11 La IPRESS o conjunto de IPRESS públicas, privadas o mixtas que posterior a los doce (12) meses de aprobación de la presente directiva administrativa deseen empezar a utilizar historias clínicas electrónicas deben asegurar que el SIHCE a implementar haya aprobado el proceso de acreditación del mencionado SIHCE en otras IPRESS. Dicho proceso incluye la situación en la cual un SIHCE en mención se haya acreditado en un conjunto de IPRESS de una misma RIS.
- 5.12 La IPRESS o conjunto de IPRESS para participar del proceso de Acreditación de su SIHCE deben presentar la "Solicitud de Acreditación de SIHCE" al Ministerio de Salud para la atención de la OGTI, adjuntando la Información General del Solicitante de Acreditación de SIHCE, ver anexo 01.



- 5.13 En el caso de la IPRESS que requiere optar por un proceso de acreditación como "Conjunto de IPRESS" además de los documentos previstos para la revisión documentaria, debe incluir en su solicitud de acreditación de SIHCE un documento indicando dicha conformación, debiendo ser firmada por el representante legal de cada una de las IPRESS conformantes del conjunto, indicando además, quien de ellos hará las veces de representante del conjunto para el proceso de Acreditación de SIHCE al que se están presentando. El conjunto de IPRESS está restringido al listado considerado en la solicitud de acreditación, debiendo el conjunto de IPRESS ser integrantes de una misma RIS
- 5.14 El Ministerio de Salud pone a disposición el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas del primer, segundo y tercer nivel de atención SIHCE del MINSA, para ser utilizado por los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Ministerio de Salud, gobiernos regionales, Unidad de Gestión de IPRESS e instituciones prestadoras de servicios de salud públicas que tengan convenio con el MINSA y que cuenten con la suficiente capacidad tecnológica instalada. El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas del primer, segundo y tercer nivel de atención SIHCE del MINSA, debe completar el proceso de acreditación de SIHCE establecido en la presente directiva administrativa.
- 5.15 Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Ministerio de Salud y gobiernos regionales que utilicen o tengan proyectado implementar para su uso un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas distinto al SIHCE del MINSA pueden realizarlo, siempre que cumplan con los criterios técnicos normativos aplicables a la historia clínica electrónica definidos por el Ministerio de Salud.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. DE LOS REQUISITOS BÁSICOS PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS SIHCE – REQUISITOS BÁSICOS PARA ACREDITACIÓN

Los requisitos básicos para el proceso de acreditación establecidos en el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas o el que haga sus veces, a partir de la presente directiva administrativa son explicitados en los "Requisitos Básicos para Acreditación (RBA)", que debe cumplir toda IPRESS o conjunto de IPRESS con SIHCE a acreditar. La declaración jurada de cumplimiento de requisitos básicos de acreditación descritos, deben ser refrendados mediante documentos tipo evidencia; los mismos que se detallan en el Anexo N° 02 Formato consolidado de cumplimiento de Requisitos Básicos de Acreditación – RBA.

6.2. DEL PERFIL FUNCIONAL Y GESTIÓN DE DATOS DE LOS SIHCE

- a) La IPRESS o conjunto de IPRESS con SIHCE a acreditar debe cumplir con el conjunto de criterios de conformidad, establecidos de acuerdo a los perfiles funcionales de acreditación.
- b) La verificación consiste en revisar si el SIHCE que usa la IPRESS o conjunto de IPRESS cumple o no con los perfiles funcionales especificados en la presente directiva administrativa. En el caso de cumplimiento de los criterios se indica la verificación positiva.
- c) La IPRESS o conjunto de IPRESS con SIHCE a acreditar, son responsables de cumplir obligatoriamente con el Perfil Funcional Global, así como con cada uno de los criterios de cumplimiento de los perfiles funcionales o específicos que se pretenda acreditar.
- d) El MINSA, a través de la OGTI, es responsable de la actualización de los perfiles funcionales en coordinación con los órganos del MINSA involucrados en la gestión de la historia clínica electrónica, en respuesta a las necesidades operativas del sector y el avance tecnológico.



- e) El MINSA, a través de la OGTI, debe realizar la verificación de cumplimiento del Perfil Funcional Global que incluye funciones generales, de Infraestructura de Registros, de Autorizaciones de Envío y Acceso a Información en el RENHICE y Comunicación con el RENHICE; que incluyen las funciones, declaraciones, descripciones, criterios de conformidad y nivel de cumplimiento que se aplicarán al resto de perfiles funcionales.
 - f) La IPRESS o conjunto de IPRESS con SIHCE a acreditar es responsable de participar del proceso de verificación de los criterios de conformidad establecidos en los perfiles funcionales; pudiendo su SIHCE estar conformado por un único sistema o de una colección de sistemas, aplicaciones informáticas, módulos o componentes que se encuentren integrados, desarrollados desde diversas arquitecturas; provisto por uno o más proveedores/ vendedores.
 - g) El MINSA, a través de la OGTI y la Autoridad Regional de Salud según corresponda designa un Equipo Responsable de la Verificación y comunica a la IPRESS mediante el correo electrónico registrado en la solicitud; en un plazo máximo de cinco (05) hábiles.
 - h) El Equipo Responsable de la Verificación debe cumplir sus funciones en un plazo máximo de veinte (20) días útiles contados desde el día siguiente de la recepción de la Solicitud de Acreditación del SIHCE.
 - i) El Equipo Responsable de la Verificación debe estar conformado por:
 - Un miembro coordinador del Equipo del MINSA.
 - Dos o cuatro miembros evaluadores Minsa.
 - Dos o cuatro miembros evaluadores de la DIRIS/ DIRESA o GERESA a la que pertenece la IPRESS o conjunto de IPRESS a verificar.
- La variación entre dos o cuatro miembros se define dependiendo si se trata de una IPRESS o conjunto de IPRESS.
- j) El MINSA, a través de la OGTI, debe remitir el expediente (que contiene la solicitud de Acreditación y documentación acompañante) al coordinador/ a del Equipo Responsable de la Verificación para que en un plazo máximo de siete (07) días útiles de recibido el expediente realice la verificación documentaria y la verificación funcional remota del proceso de acreditación que los convoca, para lo cual debe cumplir con realizar las actas de las sesiones correspondientes. Ver anexo 04. Completada la verificación remota, comunica a los evaluadores de la Autoridad Regional de Salud que corresponda para que realice la verificación in situ en dos (02) días útiles luego de los cuales debe comunicar al resto de los integrantes en sesiones remotas para consolidar el resultado de la verificación.

6.3. DE LAS FASES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DEL SIHCE

El Proceso de Acreditación del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas consta de 02 fases, las cuales son la Verificación Documentaria y la Verificación funcional; que, de demostrar un cumplimiento del 100%, es conducente a la Difusión de Resultados.

6.3.1 VERIFICACIÓN DOCUMENTARIA

a. De la revisión del expediente

El Equipo Responsable de la Verificación debe realizar la revisión de la documentación que existe en el expediente de solicitud de verificación, en un plazo máximo de tres (03) días hábiles contados desde la apertura del expediente para Verificación documentaria mediante acta firmada por los equipos, tanto de verificación como por su contraparte representante de las IPRESS.

La revisión documentaria incluye eventos como la apertura del expediente, verificación, análisis y valoración de la documentación remitida; la misma que debe ser objetiva. El expediente debe contener:



- Código RENIPRESS y Denominación de las IPRESS con el SIHCE a acreditar, datos que son verificados por la OGTI en el RENIPRESS.
- Declaración jurada sobre la veracidad de la información remitida, firmada y presentada por el representante legal de la IPRESS
- Documentación en calidad de evidencia para la Acreditación de la IPRESS foliados de atrás hacia adelante en la esquina superior derecha y refrendados (en cada página foliada) por el representante legal.
- Contiene todos los formatos de Evaluación documentaria para la Acreditación con su respectiva documentación sustentatoria referida a los Requisitos Básicos de Acreditación; fichas de Verificación de perfiles funcionales desarrolladas, con informes de pruebas realizadas y si están correctamente completados, sin omisión de datos ni firmas.
- Presentación de la documentación del SIHCE referida a: Manual(es) de usuario (de los perfiles a acreditar), configuración de accesos al ambiente de pruebas del SIHCE a evaluar.

b. Del Informe de Verificación Documentaria

El Equipo Responsable de la Verificación es responsable de elaborar el informe de Verificación Documentaria, precisando la Conformidad o No conformidad de dicha fase. En dicho informe debe incluirse alguno de los siguientes resultados:

- Cumplimiento al 100%, cuando se considera que el expediente está correctamente documentado tanto en calidad como en cantidad. Este resultado es requisito obligatorio para continuar con la fase de Verificación funcional. En este caso el/la coordinador/a del Equipo Responsable de la Verificación debe comunicar al representante legal de la IPRESS el resultado positivo del mismo, así como el inicio de la Verificación funcional.
- Cumplimiento menor del 100%, cuando se considera que el expediente contiene no conformidades que deben ser subsanadas antes de la Verificación funcional. En este caso el/la coordinador/a del Equipo Responsable de la Verificación debe comunicar al representante legal de la IPRESS el resultado negativo precisando las observaciones/ No conformidades, traducidas en oportunidades de mejora encontradas. Se suspende el proceso hasta por cinco (05) días en tanto no se complete la documentación.
- Completada la documentación se procede a continuar la Revisión documentaria. Superado el plazo de cinco (05) días, el Equipo Responsable de la Verificación no recibe la documentación faltante se finaliza el proceso con Resultado Negativo, sin necesidad de realizar la Verificación funcional.

6.3.2 VERIFICACIÓN FUNCIONAL

- a) El Equipo Responsable de la Verificación debe realizar esta segunda etapa de Verificación funcional en la IPRESS que tenga un SIHCE con Informe de Verificación Documentaria de cumplimiento del 100%.
- b) La verificación funcional se aplica a los perfiles funcionales a acreditar, y consiste en verificar el cumplimiento de los criterios establecidos en cada uno de dichos perfiles, ver anexos del 10 al 24.
- c) La verificación funcional incluye las siguientes actividades:
 - Coordinación previa: El Equipo Responsable de la Verificación debe convocar a reunión presencial o virtual al representante legal de la IPRESS con el SIHCE a acreditar para definir el plan de trabajo con los nombres de los integrantes del Equipo Responsable de la Verificación, los nombres de los integrantes del Equipo Técnico contraparte de la IPRESS donde se define la(s) fecha(s) para la(s) visita(s) de verificación del Equipo Responsable de la Verificación en las IPRESS, fechas de la evaluación de los perfiles funcionales de cada uno de los componentes del SIHCE, según perfiles a acreditar. Acordado el Plan de trabajo se comunica al MINSA con atención a la OGTI y a la Autoridad Regional de Salud del ámbito de las IPRESS con el SIHCE a acreditar.



- Verificación funcional del SIHCE en ambiente/ módulo virtual de pruebas: El Equipo Responsable de la Verificación conformado por evaluadores del MINSA y de la Autoridad Regional de Salud debe realizar las pruebas de las funcionalidades en el ambiente/ módulo de pruebas del SIHCE que la IPRESS haya habilitado para dicho fin. Se realiza la verificación de conformidad o no de los criterios señalados.
- Verificación funcional del SIHCE - Verificación en la(s) IPRESS: El Equipo Responsable de la Verificación conformado por evaluadores de la Autoridad Regional de Salud realiza la verificación del cumplimiento de los Perfiles Funcionales del SIHCE en uso en la(s) IPRESS. El Equipo Responsable de la Verificación debe realizar las pruebas funcionales in situ en coordinación con el representante de la IPRESS y su equipo técnico como contraparte, pudiendo en el caso de conjunto de IPRESS optar por la selección de una muestra definida por el equipo responsable de la Verificación; es decir, debe realizar las pruebas de las funcionalidades de la IPRESS o conjunto de IPRESS con el SIHCE solicitante, ello incluye la verificación de los criterios que debe cumplir de acuerdo con los perfiles funcionales. Se brinda conformidad cuando se consigna la verificación positiva del cumplimiento de todos criterios establecidos de los respectivos perfiles.
- Verificación funcional del SIHCE interoperando con el RENHICE: Dicha evaluación se realiza en el "Ambiente de prueba controlado de la plataforma RENHICE" (Evaluación de intercambio de información).

Los Equipos Responsables de la Verificación junto con el equipo contraparte de la IPRESS, deben estar presentes durante dichas pruebas. Lo cual culmina con la lectura de los hallazgos detectados en dicho proceso.

Los Equipos Responsables de Evaluación, deben firmar el acta de inicio y cierre de la verificación funcional tanto del funcionamiento del SIHCE en la IPRESS, como de su interoperabilidad en el Ambiente de prueba del RENHICE.

6.4. DE LAS FUNCIONES DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN

Los miembros del Equipo Responsable de la Verificación deben cumplir las siguientes funciones:

- a) Revisar la documentación/ información consignada en la solicitud de Acreditación del SIHCE y hacerlo parte del expediente de la acreditación del SIHCE de la(s) IPRESS.
- b) Elaborar Actas de inicio de Verificación, Actas de reunión, Reportes de pruebas de funcionalidad y desempeño, Reportes de constatación de envío de información al ambiente de prueba del RENHICE, Acta de cierre de Verificación.
- c) Realizar las evaluaciones funcionales y cumplir con el plan de trabajo que incluye cronograma, plazos y procedimientos.
- d) Realizar el reporte de no conformidades/ inconsistencias encontradas, precisando procesos, estándares, funciones y/ o criterios no cumplidos.
- e) Elaborar el Informe de Verificación y presentarlo al MINSA, a través de la OGTI y a la Autoridad Regional de Salud en lo que corresponda en sobre cerrado en plazo máximo de cinco (05) días hábiles, posteriores a la verificación.
- f) Participar permanentemente en las reuniones de coordinación y actualización que convoque a la OGTI del MINSA o de la Autoridad Regional de Salud, según corresponda.
- g) Solucionar situaciones de conflictos de juicios, dirigida por el coordinador/ a, pudiendo informar veredictos por mayoría o unanimidad frente a situaciones donde no se tenga



claridad si la información o documentación de sustento es suficiente o requiere de ampliaciones o refrendos complementarios. Los miembros del Equipo Responsable deben tener la capacidad de reconocer las condiciones y características internas de la situación de conflicto que deben resolver, independientemente de la posición individual que pueda tomar cada uno.

- h) Constatar el cumplimiento de los procedimientos establecidos durante la Verificación Funcional.
- i) Documentar las sesiones realizadas, debiendo inclusive generar un acta de cierre de Verificación en la que deben firmar todos los participantes de la misma. Ver anexo 05
- j) Otras que considere pertinente el MINSA, a través de la OGTI o la Autoridad Regional de Salud, según corresponda en el ámbito de sus competencias.

6.5. DE LOS RESULTADOS POSIBLES DE LA VERIFICACIÓN

Completada la Verificación puede obtenerse los siguientes resultados:

- a) Informe de aprobación con resultado positivo o Resultado aprobatorio, implica el cumplimiento del 100% de los requisitos establecidos tanto en la revisión documentaria como en la Verificación funcional, lo que permite el pase a trámite de la acreditación oficial.
- b) Informe desaprobatario o con resultado negativo, que implica que durante la verificación no se demostraron los requisitos de cumplimiento obligatorio y/o se cumple menos del 100% de los criterios obligatorios de los Perfiles funcionales requeridos. Se da por finalizado el proceso, incorporando las recomendaciones de mejora, para proceder al cierre del expediente.

6.6. DE LA DIFUSIÓN DEL RESULTADOS DE ACREDITACIÓN

En el caso de contar con resultados favorables del proceso de verificación, se debe formalizar la acreditación del SIHCE, para lo cual se deben cumplir las siguientes actividades:

- El Equipo Responsable de la Verificación debe remitir el informe de Verificación de cumplimiento al 100% hacia el MINSA con atención a la OGTI y a la Autoridad Regional de Salud que corresponda, para conocimiento, y para que la OGTI del MINSA, realice las gestiones para la oficialización mediante acto resolutivo de la acreditación del SIHCE.
- El MINSA, a través de su Equipo Responsable de la Evaluación Permanente es responsable de la revisión del expediente de acreditación e Informe de Verificación. La revisión del informe de Verificación con resultado positivo consiste principalmente en valorar la concordancia de lo declarado versus la documentación de sustento.
- El MINSA, a través de su Equipo Responsable de la Evaluación Permanente de encontrar serias incongruencias en los informes de pruebas funcionales puede realizar evaluaciones funcionales específicas.
- El MINSA, a través de la OGTI es responsable de convocar al Equipo Responsable de la Verificación a fin de que bajo responsabilidad responda absuelva observaciones motivadas por inconsistencias detectadas en la fase de Verificación de la acreditación del SIHCE.
- El MINSA, a través de la OGTI es responsable de la emisión de la conformidad durante la verificación.



- El MINSA, a través de la OGTI realiza las gestiones para la emisión del Acto resolutivo de Acreditación del SIHCE.
- El MINSA emite el acto resolutivo (Resolución Ministerial) en el que se precisa que una determinada IPRESS o conjunto de IPRESS que utilizan un SIHCE ha logrado Acreditar su SIHCE listando los perfiles funcionales con verificación positiva. En el detalle del documento al referirse al SIHCE se precisará(n) el(los) sistema(s), software y/o aplicaciones, nombres comerciales, versiones, que se utilizan en cada uno de los perfiles que aprobaron el proceso de acreditación.
- El MINSA en dicho acto resolutivo establece la vigencia del periodo de “marcha blanca”, periodo entendido como el espacio de tiempo en el cual se inicia una implementación y se permiten los ajustes para su operatividad, el mismo que será de hasta sesenta (60) días calendario, luego de lo cual continua como SIHCE acreditado en el marco del RENHICE.
- La IPRESS con el SIHCE acreditado debe interoperar con el RENHICE desde los componentes en que haya logrado acreditarse.
- La IPRESS debe implementar las disposiciones señaladas en la presente directiva administrativa debiendo garantizar la remisión de datos utilizando el Modelo de datos incorporados en este documento.
- El MINSA, a través de la OGTI es responsable de realizar la actualización al modelo de datos vigente, ver anexos 25 y 26, en coordinación con los órganos de línea del Ministerio de Salud involucrados.

6.7. DE LO LOGRADO CON LA ACREDITACIÓN DEL SIHCE

El logro de acreditación se comunica considerando los perfiles funcionales que hayan obtenido verificación positiva, pudiendo ser merecedores de las menciones siguientes:

- a) Logro de acreditación en gestión administrativa básica que incluye: gestión de recursos humanos, programación de turnos/ recursos y admisión.
- b) Logro de acreditación en Consulta Externa (en esta primera versión solo será obligatorio evaluar la consulta externa médica) e Inmunizaciones (si se incluye en su Cartera de Servicio)
- c) Logro de acreditación en Emergencia (debe además cumplir la Acreditación de los perfiles descritos en los literales a) y b))
- d) Logro de acreditación en Hospitalización (debe además cumplir la Acreditación los perfiles descritos en los literales a) y b))
- e) Logro de acreditación en Centro obstétrico, (debe además cumplir la Acreditación de todos los anteriores perfiles)
- f) Logro de acreditación en Centro quirúrgico, (debe además cumplir la Acreditación de todos los anteriores perfiles)
- g) Logro de acreditación en UCI. (debe además cumplir la Acreditación de todos los anteriores perfiles)
- h) Logro de acreditación en Integración con los sistemas que gestionan las UPSS de atención de soporte, debiendo listar cada uno de las mencionadas UPSS, pudiendo ser: UPSS patología Clínica, UPSS Anatomía Patológica, UPSS Medicina de Rehabilitación, UPSS Hemodiálisis, UPSS Centro de Hemoterapia, UPSS Central de Esterilización, UPSS Diagnóstico por imágenes, UPSS Farmacia, UPSS Nutrición y Dietética, UPSS Radioterapia y UPSS Medicina Nuclear.
- i) Logro de acreditación en integración con el sistema que gestiona la actividad de vigilancia epidemiológica. Dicha integración se restringe a la emisión y recepción de órdenes e informes desde el SIHCE con cada sistema de información que gestionan las UPSS de atención de soporte en la IPRESS. Para su integración al sistema de vigilancia epidemiológica se establece la trama de datos que se remitirá para la notificación de casos. Ver anexos 20, 21, 22, 23 y 24.



6.8. DE LA COMUNICACIÓN DE NO LOGRO DE LA ACREDITACIÓN

El MINSA, a través de la OGTI o la Autoridad Regional de Salud según corresponda, en el caso de la IPRESS con SIHCE con informe de verificación con resultados de cumplimiento menor al 100% emitirán un informe final del Proceso de acreditación, en el cual se señalará que, al no cumplir con los Requisitos Básicos de Acreditación, se informa el resultado de Negación del logro de Acreditación del SIHCE.

En el informe se realizan las precisiones de los no cumplimientos, entendidos como no conformidades.

6.9. DE LA DIFUSIÓN DE LOS LOGROS DE ACREDITACIÓN DEL SIHCE

- El MINSA, a través de la OGTI es responsable de gestionar y consolidar la publicación y difusión de los logros de acreditación del SIHCE tanto del nivel nacional como el regional, a través de medios y canales oficiales, generando inclusive un listado del SIHCE acreditado incluyendo la precisión del logro de acreditación según perfil obtenido, así como de la(s) IPRESS en donde se encuentra(n) en uso.
- El MINSA, a través de la OGTI es responsable de habilitar un servicio de consulta en línea para los candidatos a acreditar desde el cual puedan realizar el seguimiento de su trámite, para lo cual se gestionan los estados "Recibido", "En Verificación", "En proceso de aplicar Plan de Adecuación Aprobado", "En trámite de oficialización", "Acreditación", "Negación de Acreditación" así como de comunicar al representante legal de la IPRESS o conjunto de IPRESS; que dichos estados podrán visualizarse desde el portal del RENHICE.
- La Autoridad Regional de Salud accede al mencionado sistema de información a fin de actualizar la información relacionada a las actividades en que participa durante la acreditación del SIHCE de las IPRESS de su jurisdicción.
- La IPRESS con SIHCE acreditado debe publicar dicho logro en un lugar visible en su institución, así como en su página web institucional (si la tuviese).
- La IPRESS con SIHCE acreditado debe comunicar en los medios oficiales de que disponga la comunicación a los usuarios del logro de acreditación de su SIHCE utilizando el modelo referencial creado para dicho fin. Ver Anexo 06.
- La IPRESS con SIHCE acreditado solo puede realizar el tratamiento de datos personales de salud de aquellos usuarios de salud o pacientes que hayan brindado previamente su autorización para el tratamiento de sus datos personales. Ver anexo 07.

6.10. ACTUALIZACIÓN DE LA ACREDITACIÓN PARA NUEVAS VERSIONES DEL SIHCE

La IPRESS o conjunto de IPRESS con SIHCE acreditado debe solicitar la actualización de la acreditación de su SIHCE ante la OGTI del MINSA cuando actualice o incorpore nuevas versiones de alguna parte o la totalidad de su SIHCE ya acreditado dentro del periodo vigente.

La IPRESS o conjunto de IPRESS, a través de su representante legal debe efectuar el proceso equivalente a la solicitud de acreditación inicial, considerando las siguientes modificaciones:





- En la referencia/ asunto de la documentación en lugar de utilizar “Solicitud de Inscripción para acreditación” debe ser sustituida por la “Solicitud de Actualización/ Extensión de acreditación de SIHCE”.
- En caso que ocurran cambios en los aplicativos que componen al SIHCE, se deben precisar los elementos que se van a cambiar, debiendo ir acompañado de la documentación incorporando en calidad de evidencia. Dicha documentación puede incluir registro de software, adquisición de licencias, adquisición de versión superior, cambio de proveedor, los contratos firmados u otra documentación que detalle las nuevas características técnicas.
- Cuando las extensiones para ajustes se restrinjan a mejoras de versiones de alguno de los elementos del sistema, que no afecten las funcionalidades requeridas al logro acreditado bastará con comunicar dicho cambio a la Autoridad Regional de Salud que corresponda, para que esta a su vez lo comunique al MINSA con atención a la OGTI, y no será requerida una nueva verificación referida a la acreditación.

6.11. DE LOS EVALUADORES:

El/la evaluador/a es el profesional de carreras informáticas o de ciencias de la salud capacitado en procesos de acreditación de SIHCE definidos por el MINSA y designado por el MINSA, a través de la OGTI o la Autoridad Regional de Salud, según corresponda para llevar a cabo la Verificación.

El/la evaluador/a debe cumplir las normas contenidas en el Código de ética de la función pública, y guardar confidencialidad respecto a la información a que tenga acceso en cada proceso de Acreditación del SIHCE al que se le convoque.

El/la evaluador/a debe tener disponibilidad para ejercer las funciones propias de la incorporación a un equipo evaluador; siendo responsable de verificar el cumplimiento de los Requisitos Básicos de Acreditación (RBA), así como de realizar las Evaluaciones de los Perfiles Funcionales (verificar cumplimiento de criterios), es decir, tiene las competencias para participar tanto en la etapa de verificación documentaria como en la verificación funcional en los criterios acordes a su formación.

6.9.1. DEL PERFIL DEL EVALUADOR

El/la evaluador/a debe estar colegiado y habilitado acorde a su formación profesional (informático o de ciencias de la salud), nacional o internacional, debiendo demostrar:

- De los Evaluadores Informáticos: Conocimiento respecto a Sistemas de Información en Salud, Gestión por procesos, Infraestructura y/ o Seguridad de la Información. Experiencia en Evaluación de la calidad de sistemas de información, conducción de procesos de desarrollo o implementación de sistemas de información de historias clínicas electrónicas o informatizadas.
- De los profesionales de ciencias de la salud: Conocimiento respecto a Sistemas de Información en Salud, Gestión por procesos, Gestión de tecnologías de la Información en Salud. Experiencia en análisis, evaluación y/ o implementación de sistemas de información de historia clínica electrónica o informatizada, o de Sistemas de información de gestión hospitalaria, o sistemas de información asistenciales en general, o auditoría de salud o experiencia en oficinas de innovación y desarrollo tecnológico o afines.
- Para ambos: haber completado el proceso de Capacitación en Acreditación del SIHCE que brinda el MINSA.



- Otros grados o títulos adicionales son valorados para efectos de la evaluación curricular en el proceso de selección de los/las evaluadores/as.

6.9.2. DE LAS COMPETENCIAS DE LOS EVALUADORES

Las competencias que deben tener los evaluadores son:

- a) Competencia en evaluación: El/la evaluador/a debe demostrar tener el conocimiento suficiente que permita examinar objetiva e integralmente los componentes o totalidad del SIHCE a evaluar.
- b) Competencia específica: El/la evaluador/a debe conocer el Modelo de la Acreditación del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas y su normatividad contenida en el presente documento. Debe además conocer las etapas del proceso de Acreditación, así como los criterios establecidos para cada una de ellas.
- c) Análisis crítico: El/la evaluador/a debe tener la capacidad de realizar el análisis crítico para la solución de equivalencias que pudieran aparecer durante el proceso de verificación de cumplimiento de criterios, además debe identificar la coherencia, y la información que recoge en la evaluación funcional durante las visitas de verificación in situ.
- d) De modo complementario, la OGTI del MINSA o la Autoridad Regional de Salud según corresponda puede adicionalmente establecer requisitos específicos que debe cumplir para ser designado/a como miembro del Equipo Responsable de la Verificación.

6.9.3. DE LAS RESPONSABILIDADES DEL EVALUADOR DURANTE LA VERIFICACIÓN

Las responsabilidades del evaluador son:

- a) Analizar y determinar el cumplimiento de los Requisitos Básicos de Acreditación - RBA.
- b) Revisar técnica y metodológicamente la documentación relacionada a la información consignada en los documentos que se adjuntan a la solicitud de la acreditación de la IPRESS que usa un SIHCE.
- c) Participar en la verificación funcional de acuerdo al perfil funcional requerido, conforme a los indicadores, las funciones y criterios contenidos en el presente documento, y sobre esa base, emite una opinión técnica sobre el cumplimiento de cada uno de los RBA.
- d) Realizar el análisis permanente del proceso de Acreditación del SIHCE y proponer mejoras en la proyección de normas y procedimientos regulatorios derivadas del ejercicio de sus funciones.
- e) Participar permanentemente en las actividades de capacitación, formación y actualización de evaluadores organizadas por la OGTI del MINSA o de la Autoridad Regional de Salud que le corresponda.
- f) Participar permanentemente en las actividades de organización previas al proceso de la acreditación.
- g) Integrar las comisiones de Verificación en las que sea designado/a, y cumplir el rol que se le asigne, sea coordinador/a, secretario o miembro.
- h) Ejecutar cabalmente las actividades y procedimientos de la Verificación funcional in situ, según el plan de trabajo y cronograma establecido por el Equipo Responsable de la Verificación.



- i) Coordinar con los demás miembros del Equipo Responsable de Verificación y el (los) representante(s) de la IPRESS con SIHCE a acreditar las actividades a realizar durante Verificación funcional in situ.
- j) Ejecutar la Verificación funcional in situ, aplicando la metodología y los criterios de verificación de las RBA y Perfiles Funcionales establecidos en la presente directiva administrativa.
- k) Reportar y sustentar las inconsistencias de información encontradas mediante los informes e instrumentos tanto de la revisión documentaria como de Verificación funcional in situ, cuando corresponda.
- l) Conocer y dar cumplimiento a los lineamientos generales sobre el contenido del Informe de Verificación, establecidos en la presente directiva administrativa.
- m) Participar activamente en la elaboración del Informe de Verificación y firmar el mismo, según corresponda.
- n) Asegurar la confidencialidad de la información compartida en cada una de las etapas de la acreditación.
- o) Otras que le asigne el MINSA, a través de la OGTI o la Autoridad Regional de Salud que corresponda para la optimización del proceso de acreditación.

6.9.4. DE LAS FUNCIONES DEL COORDINADOR/ A DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN

El evaluador que asume el rol de coordinador/ a del Equipo Responsable de la Verificación es responsable de:

- a) Colaborar en el proceso de Acreditación del SIHCE en el ámbito de sus funciones.
- b) Coordinar con los demás miembros del Equipo Responsable de la Verificación del proceso designado, el plan de trabajo, las actividades asignadas y las reuniones de trabajo.
- c) Administrar y supervisar el cumplimiento de las tareas de los miembros de Equipo Responsable de la Verificación.
- d) Velar y supervisar el cumplimiento de los objetivos del Proceso de Acreditación del SIHCE durante la Verificación.
- e) Conducir la Verificación funcional tanto la realizada en ambiente de prueba como la visita de verificación in situ.
- f) Coordinar y monitorear el trabajo de los Equipos Responsables de la Verificación y del equipo técnico de las IPRESS candidatas a acreditar en etapa preparatoria, durante y después de la evaluación funcional, incluyendo la visita, asegurándose de que el SIHCE cumpla con los estándares y criterios establecidos para la verificación de los componentes.
- g) Moderar y facilitar el debate entre los integrantes del Equipo Responsable y coordinar la elaboración del Informe de Verificación.
- h) Sistematizar y formular las conclusiones consensuadas entre los integrantes del Equipo Responsable.
- i) Redactar y firmar el Informe de Verificación junto a los demás miembros del Equipo Responsable.



- j) Enviar el Informe de Verificación conteniendo la revisión documentaria de cumplimiento de RBA, Perfiles Funcionales y el Informe de Evaluación funcional del SIHCE tanto en la IPRESS o conjunto de IPRESS como en el entorno de prueba controlado de RENHICE, adjuntando las actas de inicio, de constatación, de compromiso y de fin de visita, firmadas conjuntamente con el representante legal de la IPRESS.
- k) Verificar que todo miembro del Equipo Responsable de la Verificación conoce el módulo, componentes y estándares que les corresponda evaluar el logro de acreditación de SIHCE.
- l) Otras funciones que le asigne el MINSA, a través de la OGTI o la Autoridad Regional vinculadas a la acreditación, según corresponda en el ámbito de sus competencias.

6.9.5. DE LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL EVALUADOR

La Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA es la responsable de la capacitación y de la evaluación permanente de sus evaluadores en función de criterios cualitativos y cuantitativos, derivados de las evaluaciones funcionales en entornos de prueba, participación en visitas in situ efectuadas, evaluaciones de forma y fondo de los informes presentados por los/las evaluadores/as, el cumplimiento de los planes de trabajo y cronogramas de actividades en cada una de sus Equipos Responsables, capacitación permanente y otros que considere pertinentes.

VII. RESPONSABILIDADES

7.1. DE NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Tecnologías de la Información, es responsable de conducir, gestionar, coordinar y brindar asistencia técnica durante el proceso de acreditación de los Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas de las IPRESS o conjunto de IPRESS que hacen uso de ellos; y de supervisar el intercambio de información con el RENHICE. Es responsable además de difundir e impulsar el cumplimiento de la presente directiva administrativa a nivel nacional.

7.2. DE NIVEL REGIONAL

Las Direcciones Regionales de salud, Gerencias Regionales de salud o las que hagan sus veces en las regiones, así como las Direcciones de Redes Integradas de Salud en Lima Metropolitana, son responsables de participar del proceso de Acreditación de Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas de la IPRESS o conjunto de IPRESS públicas, privadas y mixtas de su jurisdicción.

7.3. DEL NIVEL LOCAL

La Dirección o jefatura de la IPRESS es responsable de la aplicación y cumplimiento de lo dispuesto en la presente directiva administrativa en su jurisdicción.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

- 8.1 La IPRESS o conjunto de IPRESS que cuenten con un sistema de información de historias clínicas informatizadas en algún grado de implementación, deberán realizar las adecuaciones necesarias para implementar un SIHCE y acreditarlo en el plazo máximo de doce (12) meses calendario, contado a partir de la entrada en vigencia de la presente directiva administrativa.
- 8.2 La IPRESS o conjunto de IPRESS públicas, privadas o mixtas con Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas en proceso de acreditación de SIHCE no pueden implementar procesos paralelos que contravengan a la presente norma.



- 8.3 Para el caso de la IPRESS con SIHCE ya acreditado, pero que alguna(s) de sus licencias de uso de aplicaciones estén próximas a caducar o culminar el contrato, el representante legal es responsable de comunicar a la DIRESA/ GERESA o DIRIS que corresponda hasta antes de tres (03) meses previos a la renovación de licencia a la misma versión o superior, manteniéndose las condiciones de logro de la acreditación.
- 8.4 La Oficina General de Tecnologías de la Información debe promover cursos de capacitación dirigida a personal de salud e informáticos potenciales evaluadores, a fin de agilizar el proceso de conformación de Equipos Responsables de Verificación para Acreditación de los SIHCE, así como de equipos técnicos al interior de las IPRESS con conocimientos en Acreditación del SIHCE.
- 8.5 Para el caso de ocurrencias y/ o situaciones no contempladas en la presente directiva administrativa serán coordinadas para su resolución con la Oficina General de Tecnologías de la Información y resueltas por la Autoridad Nacional de Salud de acuerdo al marco legal vigente.

IX ANEXOS

- 9.1 Anexo N° 01: Información General del Solicitante de Acreditación del SIHCE.
- 9.2 Anexo N° 02: Formato para verificación de cumplimiento documentario de Requisitos Básicos de Acreditación del SIHCE – RBA.
- 9.3 Anexo N° 03: Caracterización de los perfiles funcionales para Acreditación del SIHCE.
- 9.4 Anexo N° 04: Modelo referencial de acta de sesión del Equipo Responsable de la Verificación.
- 9.5 Anexo N° 05: Modelo referencial de acta de cierre de Verificación.
- 9.6 Anexo N° 06: Modelo de Presentación IPRESS con SIHCE acreditado ante el RENHICE para usuarios de salud/ pacientes.
- 9.7 Anexo N° 07: Cláusula de autorización de tratamiento de datos personales contenidos en la(s) historia(s) clínica(s) electrónica(s).
- 9.8 Anexo N° 08: Instrumento de recojo de información respecto a Equipamiento informático por punto de atención para ser llenado por el representante legal de cada IPRESS
- 9.9 Anexo N° 09: Perfil funcional global – Criterios generales
- 9.10 Anexo N° 10: Perfil funcional global- Formatos mínimos de la Historia clínica electrónica
- 9.11 Anexo N° 11 Perfil funcional global - Infraestructura de registros (RI)
- 9.12 Anexo N° 12 Perfil funcional global - Autorizaciones para interacción con el RENHICE
- 9.13 Anexo N° 13 Perfil funcional gestión básica Administrativa- Recursos Humanos
- 9.14 Anexo N° 14 Perfil funcional gestión básica administrativa- Programación de turnos
- 9.15 Anexo N° 15 Perfil funcional gestión administrativa- Admisión
- 9.16 Anexo N° 16 Perfil funcional- Consulta externa de médica
- 9.17 Anexo N° 17 Perfil funcional -Inmunizaciones



- 9.18 Anexo N° 18 Perfil funcional- Emergencia
- 9.19 Anexo N° 19 Perfil funcional-Hospitalización
- 9.20 Anexo N° 20 Perfil funcional Centro Obstétrico
- 9.21 Anexo N° 21 Perfil funcional Centro Quirurgico
- 9.22 Anexo N° 22 Perfil funcional-UCI
- 9.23 Anexo N° 23 Perfil funcional- Integración con la UPSS de Soporte a la atención.
- 9.24 Anexo N° 24 Información a enviar desde el SIHCE hacia el RENHICE
- 9.25 Anexo N° 25 Información Clínica Básica enviada desde el RENHICE para uso en Emergencia





ANEXO N° 01
 INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE DE ACREDITACIÓN DE SIHCE

INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE DE ACREDITACIÓN DEL SIHCE	
NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL	
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL	
NÚMERO DE CELULAR DEL REPRESENTANTE LEGAL	
CORREO ELECTRÓNICO	
CÓDIGO DE IPRESS QUE USA(N) EL SIHCE A ACREDITAR	
DENOMINACIÓN DE IPRESS QUE USA(N) EL SIHCE A ACREDITAR	

1: INFORMACIÓN BÁSICA DEL SIHCE	
Denominación del SIHCE a Acreditar	
Descripción larga del producto	
Descripción corta del producto	
URL de acceso a documentación requerida para superar verificación documentaria	
Nombre del proveedor del sistema	
Completar si corresponde: Vigencia del contrato que permite el uso del SIHCE en la(s) IPRESS.	
Completar si corresponde: Vigencia del convenio que permite el uso del SIHCE en la(s) IPRESS.	
País de la sede legal del proveedor del sistema	
URL de acceso a versión de prueba y/ o demo (que debe activar solo cuando supere la revisión documentaria)	

2: CARACTERÍSTICAS GENERALES	
¿Existe versión "mobile"?	
¿La versión web es "responsive"?	
¿Cuáles son los idiomas disponibles de la interfaz de usuario?	
¿En qué país se almacenan los datos (si aplica)?	
¿Existe redundancia geográfica de datos?	
¿El sistema cuenta con mecanismos de Alta Disponibilidad?	
La solución se entrega en modelo Cloud, SaaS, Web, especificar	
Puede ser Instalado en: Windows, Mac, Linux, otros, especificar.	
Puede ser usado en Móvil en: nativo iOS, nativo Android, otros; especificar.	
¿Dispone de un tutorial o demo?	



3. TECNOLOGÍA (componentes de la arquitectura del sistema, tecnología que lo soporta y versiones)	
Base de datos:	
Lenguaje:	
Framework:	
Servidor web:	
Front end:	
Reportes:	

4. SOPORTE	
Disponibilidad de soporte 24/7 u otras, tiempo de vigencia del servicio de soporte, especificar	
Tipo de soporte: on line, no ofrecido, por mail, por teléfono, por chat, otro, especificar	
Coste del soporte: incluido en compra o costo adicional	
¿Cuenta el cliente con un gestor dedicado?	

5. PERFILES FUNCIONALES Precisar aquellos con los que cuenta su SIHCE	
Perfil Global	
Gestión administrativa básica. Recursos humanos básicos, Programación de turnos, admisión	
Consulta externa médica/ completa	
Inmunizaciones	
Emergencia	
Hospitalización	
Centro Quirúrgico	
Centro Obstétrico	
UCI	
Atención de Soporte.... Precisar	
Componentes de integración	
Otros. - precisar	

6: FORMACIÓN Opciones de capacitación a usuarios finales	
Modalidad presencial	
Capacitación online con certificación	
Capacitación online sin certificación	
Webinars	
Manuales y documentación para capacitación	
No ofrecida	



¿Se ofrece acompañamiento sobre los usuarios para la implementación durante un periodo de tiempo? ¿Cuánto tiempo?	
Costo de la formación incluida en la adquisición o tiene un costo adicional	





ANEXO N° 02
FORMATO PARA VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DOCUMENTARIO DE REQUISITOS
BÁSICOS DE ACREDITACIÓN DE SIHCE – RBA

Información Autocompletada según datos de la Solicitud de Acreditación		
CÓDIGO Y DENOMINACIÓN DE LA (s) IPRESS		RD 01
DENOMINACIÓN/ DEL SIHCE	(Denominaciones propias incluyendo versiones del Sistema o subsistemas que conforman el SIHCE a acreditar)	
ACREDITACIÓN DE SIHCE (estado)		
REPRESENTANTE LEGAL		
CORREO ELECTRÓNICO		
Información a ser completada por Equipo de Verificación para Acreditación de SIHCE		
INTEGRANTES DEL EQUIPO DE VERIFICACIÓN		

REVISIÓN DOCUMENTARIA						
RBA ASOCIADO	CÓDIGO DEL DOC. DE VERIFICACIÓN	DENOMINACIÓN DEL DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN	FOLIO DE UBICACIÓN	CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	CUMPLE	NO CUMPLE
RBA_01	Registro de IPRESS	DV 01	- Ficha de inscripción RENIPRESS (Obtenido por OGTI según código de IPRESS.)		Documentación de verificación ...	
		DV 02	-Número de Resolución de categorización de IPRESS, A ser verificado por OGTI		Documentación de verificación ...	
RBA_02	Gestión de Historia Clínica	DV 03	-Formatos electrónicos de la Historia Clínica que tengan firmas digitales correspondientes, la dirección electrónica y código de seguridad para verificación al pie. Nota. - Los formatos a solicitar son los establecidos para cada UPSS de acuerdo al perfil de acreditación de SIHCE que usa			
RBA_03	Alineamiento IEDS 01	DV 05	-Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios - CPMS en uso en su SIHCE.			
	Alineamiento IEDS 02	DV 06	-Catálogo de Productos Farmacéuticos de uso en la IPRESS y el Catálogo Sectorial de Productos Farmacéuticos para envío a RENHICE.			
	Alineamiento IEDS 03	DV 07	- Constancia del Registro de banco de datos personales de usuarios de salud/ pacientes en MINJUS			
DV 08		- Derecho de uso/ convenio/ contrato del servicio de consulta a RENIEC para identificación de usuarios de salud, representantes, profesionales de salud y otros actores peruanos				
		DV 09	- Derecho de uso/ convenio/ contrato del servicio de consulta a			



REVISIÓN DOCUMENTARIA						
RBA ASOCIADO	CÓDIGO DEL DOC. DE VERIFICACIÓN	DENOMINACIÓN DEL DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN	FOLIO DE UBICACIÓN	CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	CUMPLE	NO CUMPLE
		Migraciones para identificación de usuarios de salud, representantes legales, actores. SOLO SI EXISTE DISPONIBILIDAD DE USO PARA TODO EL SECTOR				
	Alineamiento IEDS 05	DV 10	- Listado de UPS habilitadas en su SIHCE, OGTI verifica versus lo registrado en RENIPRESS.			
	Alineamiento IEDS 06	DV 11	- Archivo del Modelo de datos por episodio de atención de acuerdo a la especificación de Información Clínica registrada al cierre de la atención o al egreso según corresponda.			
	Alineamiento IEDS 07	DV 12	- Constancia de registro de banco de datos personales del personal de salud de la IPRESS			
		DV 13	- Derecho de uso/ convenio/ contrato del servicio de consulta a RENIEC para identificación de personal de salud.			
		DV 14	- Derecho de uso/ convenio/ contrato del servicio de consulta a Migraciones exteriores para identificación de personal de salud extranjero con permiso de trabajo en el Perú.			
		DV 16	- Catálogo usado en SIHCE de Colegios Profesionales			
	Alineamiento IEDS 08	DV18	- Catálogo de IAFAS usado en SIHCE - Documentación técnica de integración de servicio de consulta en línea al Registro de IAFAS (Por lo menos debe consultar a su principal IAFAS en tiempo real)			
RBA_04	Licencias y/ o derecho de uso	DV 20	- Documentación referida a propiedad intelectual, licencia de uso o similar, por cada sistema/ aplicación que forma parte del SIHCE, con una vigencia no menor a 08 (ocho) meses calendarios contados a partir del inicio de proceso de acreditación (solicitud de inscripción).			
		DV 21	- Documentación del sistema: Manual de usuario, Dirección electrónica del ambiente de prueba réplica del ambiente de producción.			
RBA_05	Firma digital	DV 22	- Documentación de, Licencia de uso o similar del software de firma digital que se ha integrado al SIHCE con una vigencia no menor a 08 (ocho) meses			



REVISIÓN DOCUMENTARIA						
RBA ASOCIADO	CÓDIGO DEL DOC. DE VERIFICACIÓN	DENOMINACIÓN DEL DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN	FOLIO DE UBICACIÓN	CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	CUMPLE	NO CUMPLE
		calendarios contados a partir del inicio de proceso de acreditación (solicitud de inscripción).				
	DV 23	- OGTI verifica la vigencia de la Resolución de INDECOPI de acreditación de software.				
	DV 24	- OGTI verifica la Declaración Jurada de integración de software de firma digital en todo subsistema/ aplicación o componente donde se necesite autenticación con certificado digital o firma digital del personal de salud.				
RBA_06	Equipamiento y conectividad	DV 25	- Formato de equipamiento y conectividad de los ambientes donde se utiliza el SIHCE o partes del mismo que permite el registro de información por cada personal de salud responsable de la atención. Utilizar Anexo N° 08			
RBA_07	Disociación	DV 26	- Documentación del modelo físico de la Bases de Datos correspondiente a la información de la filiación y las atenciones.			
RBA_08	Autorización de envío a RENHICE	DV 27	- Declaración Jurada de uso de formato de autorización de tratamiento/ envío de datos hacia RENHICE			
RBA_09	Autorización de acceso a RENHICE	DV 28	- Declaración Jurada de uso de formato de autorización de tratamiento/acceso de datos registrados en el RENHICE			
RBA_10	Actualización RENHICE	DV 29	- Documentación de la especificación técnica de la trama a enviarse al RENHICE.			
RBA_11	Información clínica sensible	DV 30	- Documentación y especificación técnica de los prototipos de pantallas diferenciadas para solicitud de acceso a la información clínica sensible registrada en RENHICE.			
RBA_12	Interoperabilidad	DV 31	- Declaración Jurada de implementación de interfaces de intercambio y protocolos de información, utilizando CIE 10, IEDS, tramas estandarizadas de datos para prescripción y dispensación y mensajería HL7 FHIR RECURSOS: Paciente y Observación, pudiendo considerar CDA nivel 1 del Resumen de la atención para envío al RENHICE.			
		DV 32	- Documentación de conexión con redes privadas virtuales u otros canales seguros para			



REVISIÓN DOCUMENTARIA						
RBA ASOCIADO	CÓDIGO DEL DOC. DE VERIFICACIÓN	DENOMINACIÓN DEL DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN	FOLIO DE UBICACIÓN	CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	CUMPLE	NO CUMPLE
		acceder al RENHICE y a la PIDE salud.				
RBA_13 Seguridad	DV 33	- Documentos referidos a la gestión de la seguridad de la información precisados en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales –y su Reglamento				
	DV 34	- Documentos de compromiso de alineamiento a Norma Técnica Peruana ISO/IEC 27001 o superior vigente.				
	DV 35	- Declaración Jurada de planes de autorregulación para mitigación de riesgos en materia de seguridad de la información.				
2. RESULTADO DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR POR SIHCE						
INDICADOR D01						
Para el cumplimiento del RBA_01 se debe de observar el estado "CUMPLE" en todos los conceptos de los resultados de la revisión documentaria...						
Para el cumplimiento del RBA_02 se debe de observar el estado "CUMPLE" en todos los conceptos de los resultados de la revisión documentaria...						
...						
Resultado Final – Puntaje objetivo						
3. OBSERVACIONES, COMENTARIOS Y/ O SUGERENCIAS DE LOS EVALUADORES						
3.1 Observaciones (puede agregar condiciones deseables, o en caso de incumplimiento del indicador debe listar los aspectos que debe solucionar la IPRESS respecto al SIHCE para ser considerado indicador cumplido.						
3.2 Comentarios y/o sugerencias						
En mérito a mi condición de Evaluador para Acreditación de SIHCE, declaro que la información contenida en el presente formato se ajusta a la verdad, reflejando el estado actual del SIHCE que utiliza la IPRESS, o conjunto de IPRESS, sujetándose estrictamente a lo indicado por el indicador materia de la presente evaluación.						

Explicación ampliada de los Requisitos Básicos de Acreditación en base al Reglamento de la Ley 30024 – RBA:

RBA_01 - Registro de la IPRESS. –

"El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo debe estar inscrito obligatoriamente en el Registro Nacional de IPRESS, o el que haga sus veces y deberá cumplir con lo señalado en la NTS N° 139-MINSA/ 2018/ DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (RM 14-2018/MINSA) o versión superior vigente.

La verificación consiste en corroborar que el código y denominación de la IPRESS es correcta en el Registro Nacional de IPRESS, debiendo además recabar las evidencias del registro actualizado de los datos de la IPRESS incluyendo: datos del propietario, datos del representante legal, datos adicionales, director médico y/ o responsable de la atención, además el documento donde se aprueba la categoría vigente, por ello se obtiene como documento de evidencia:

- Hoja de verificación de inscripción RENIPRESS (Con dirección electrónica del documento al pie.)
- Número de Resolución de categorización de IPRESS

RBA_02 - Gestión de la historia clínica. –





“El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo debe estar inscrito obligatoriamente en el Registro Nacional de IPRESS, o el que haga sus veces y deberá cumplir con lo señalado en la NTS N° 139-MINSA/ 2018/ DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (RM 14-2018/MINSA) o versión superior vigente”.

Se verifica que el SIHCE cumpla con lo señalado en la NTS N° 139-MINSA/ 2018/ DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, o versión actualizada vigente, así como la normativa complementaria referida a la información de los componentes que se gestionen.

Se verifica que el SIHCE gestiona la historia clínica electrónica en tres partes constitutivas claramente diferenciadas que son Identificación del paciente, registro de la atención e información complementaria, cuyos datos deben ser tratados acorde a lo regulado por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y normativa complementaria, para lo cual se verifica que se haya remitido documentación de evidencia:

- Formatos electrónicos de la Historia Clínica que tengan firmas digitales correspondientes, la dirección electrónica y código de seguridad para verificación al pie (en caso se requiera entregar una copia impresa). Ver anexo 10.
- Los formatos a solicitar son los establecidos para cada UPSS de acuerdo al Perfil funcional de acreditación de SIHCE.

La firma digital se solicita de conformidad con la Ley de firmas y certificados digitales y su aplicación en salud a través de la Directiva Administrativa N° 343-MINSA/OGTI-2023, aprobado por Resolución Ministerial N° 462-2023/MINSA

RBA_03 - Alineamiento a las Identificaciones Estándar de Datos en Salud - IEDS. –

“El sistema de información de historias clínicas electrónicas debe cumplir con las identificaciones estándar de datos de salud aprobados con el Decreto Supremo N° 024-2005-SA y demás normas complementarias que el Ministerio de Salud apruebe.”

Para lo cual se verifica que:

- a) “Identificación Estándar de Dato en Salud N° 001: Procedimiento Médico en el Sector Salud”. La IPRESS debe hacer uso del Catálogo CPMS, en caso de no usarlo debe presentar un tablero de homologación entre catálogo de uso interno y el catálogo CPMS en su versión vigente para el envío de la información clínica hacia RENHICE.
- b) Identificación Estándar de Dato en Salud N° 002: “Producto Farmacéutico en el Sector Salud”. La IPRESS deben declarar y demostrar el uso del(los) catálogo(s) definido(s) por DIGEMID debiendo partir por registrar la Clasificación Anatómico, terapéutico químico - ATC y la Denominación Común Internacional DCI para envío hacia RENHICE.
- c) Identificación Estándar de Dato en Salud N° 003: “Usuario de Salud en el Sector Salud”. Se verifica que la IPRESS según corresponda debe contar con el derecho de uso, convenio o contrato del servicio de consulta a RENIEC para identificación de usuarios de salud, representantes, profesionales de salud y otros actores peruanos
La IPRESS debería idealmente contar con el derecho de uso, convenio o contrato del servicio de consulta a Migraciones del Ministerio del Interior para la identificación de usuarios de salud, representantes legales, actores extranjeros con carné de extranjería, ello solo si dichas entidades habilitan la disponibilidad del uso del servicio de consultas a nivel sectorial. Ello a su vez permite el cumplimiento del requisito:
“El sistema de información de historias clínicas electrónicas debe contar con la capacidad tecnológica necesaria de brindar información al Sistema Nacional de Salud de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud. El sistema de información de historias clínicas electrónicas debe interoperar con los servicios de identificación de datos personales que brinda el RENIEC y el Ministerio del Interior para el Reglamento RENHICE.”
- d) Identificación Estándar de Dato en Salud N° 004: “Establecimiento de Salud y Servicio Médico de Apoyo en el Sector Salud”. Según lo descrito en RBA_01 – Se verifica que el Registro de la IPRESS se encuentre activo y actualizado según consulta a RENIPRESS usando el o los códigos de IPRESS registrados.



- e) Identificación Estándar de Dato en Salud N° 005: "Unidad Productora de Servicios en Establecimiento de Salud". Se verifica que para la gestión de la información relativa a las prestaciones se utiliza el catálogo UPS, debiendo mantener actualizado el registro de las UPS autorizadas en RENIPRESS.
- f) Identificación Estándar de Dato en Salud N° 006: "Episodio de Atención en el Sector Salud". Se verifica que el SIHCE captura el inicio y fin de episodio de atención registrando la información clínica que se genera en dicho periodo para el envío hacia RENHICE.
- g) Identificación Estándar de Dato en Salud N° 007: "Personal de Salud en el Sector Salud". Se verifica que a través del SIHCE se puede verificar la identidad del personal de salud, en principio para personal de salud con DNI peruano garantizando la identidad del personal a través de consulta a bases de datos de RENIEC. Para el caso de personal de salud que cuente con tipo de documento de identidad diferente al DNI peruano, será deseable mas no obligatorio que el SIHCE incorpore los servicios de consulta de personas de la Superintendencia Nacional de Migraciones del Ministerio del Interior.

Se verifica que el sistema debe permitir registrar la vinculación laboral con la IPRESS (asegurar que el personal de salud labora en la misma) debiendo diferenciar el colegio profesional al que está afiliado, registrar el número de registro en dicho colegio, así como la especialidad (de corresponder). Adicionalmente debe garantizar que el recurso humano está asignado o tiene programación de atención en las UPS que le corresponde brindar atención, como paso previo a la gestión de accesos al SIHCE según su rol en la IPRESS.

- h) Identificación Estándar de Dato en Salud N.º 008: "Financiador de Salud en el Sector Salud." La IPRESS con SIHCE implementados deben garantizar la consulta a bases de datos actualizadas de financiadores de salud, mínimamente con su financiador principal, permitiendo inclusive la gestión de la información relacionada al tipo de seguro, validación del estado/ actividad, cobertura y selección del financiador como mínimo.

RBA_03 – Interoperabilidad

"Los requisitos mínimos de interoperabilidad establecidos en el artículo 34 del presente Reglamento".

De la revisión del Reglamento de la Ley RENHICE, se identifica que en el artículo 36 Interoperabilidad en el RENHICE, a la letra se señala:

"El Ministerio de Salud en coordinación con la SEGDI determina los requisitos técnicos o tecnológicos que faciliten las disposiciones de intercambio de información, estándares técnicos probados, elaboración de guías, formatos que orientan a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo para lograr la interoperabilidad semántica e interoperabilidad técnica en escenarios concretos de intercambio de información entre los sistemas de información de historias clínicas electrónicas, a efectos de procurar la compatibilización entre estos con los sistemas de gestión de la seguridad de la información en el ámbito del RENHICE, los cuales serán desarrolladas en una norma complementaria que el Ministerio de Salud apruebe."

El Ministerio de Salud aprobó mediante Resolución Ministerial N° 464-2019/MINSA la Directiva Administrativa N° 266-MINSA/2019/OGTI: Directiva Administrativa que regula la Interoperabilidad en los Sistema de Información Asistenciales, alineado al Marco de Interoperabilidad del Estado Peruano, definido en el Decreto Legislativo 1412, Ley de Gobierno Digital, en atención a dicha obligación, por lo que la verificación incluye el cumplimiento de lo dispuesto en dicha directiva administrativa de alcance sectorial, por lo expuesto la verificación incluye que:

Se verifica que el SIHCE cumple con los requisitos mínimos de interoperabilidad establecidos en la Directiva Administrativa N° 266-MINSA/2019/OGTI, así como en el Marco de Interoperabilidad del Estado Peruano a nivel organizacional, semántico, técnico y legal, en escenarios de servicios de salud concretos de intercambio de información entre los subsistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas o componentes de un mismo SIHCE. Se verifica que cuenta con la



documentación técnica e interfaces de intercambio y tramas de información establecidas en la presente directiva.

RBA_04 – Seguridad Digital

“Los requisitos mínimos de la seguridad de la información referidos en el artículo 30 del presente Reglamento. Asimismo, la Base de Datos o el sistema de información de historias clínicas electrónicas de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo deberán registrarse ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales del Ministerio de Justicia conforme a lo establecido en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS y la Directiva de Seguridad de la Información aprobada por Resolución Directoral N° 019-2013-JUS-DGPDP.”

Se verifica que la IPRESS cuente con la Resolución Directoral emitida por la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales (ANPD) que demuestra el Registro de su banco de datos personales de usuarios de salud.

Respecto al artículo 30 del presente reglamento y 31 de Seguridad Digital en el RENHICE se indica:

*“Artículo 30.- Registro y resguardo de la prestación de servicios de salud
Los sistemas de información de historias clínicas electrónicas deberán de registrar y resguardar la información derivada de la prestación de servicios de salud en forma de documentos electrónicos estructurados e inalterables de acuerdo a la directiva de acreditación de los sistemas de información de historias clínicas electrónicas que apruebe el Ministerio de Salud.”*

Se verifica que la IPRESS a través del SIHCE realiza el registro y resguardo de la información derivada de las prestaciones de salud cumpliendo los criterios definidos en los perfiles específicos que han sido definidos en coordinación con los órganos de línea del MINSA.

*“Artículo 31.- De la seguridad en el RENHICE
... En relación a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se debe implementar como mínimo:*

- a) *Un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información de acuerdo a la familia ISO/IEC 27000 adoptadas como Normas Técnicas Peruanas vigentes considerando además las normas en materia de protección de datos personales conforme a lo señalado en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS y su directiva de seguridad aprobada por Resolución Directoral N° 019-2013-JUSDGPDP. Asimismo, deberán considerar los estándares en materia de seguridad de la información, que aseguren la confidencialidad, integridad, disponibilidad, trazabilidad, autenticidad y no repudio de la información clínica contenida en las historias clínicas electrónicas. Para el caso de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos, sin perjuicio de lo señalado, tienen la obligación de implementar la NTP-ISO/IEC 27001:2014, conforme a lo dispuesto mediante Resolución Ministerial N° 004-2016-PCM o en las normas que hagan sus veces.*
- b) *Los procesos del ciclo de vida de software según lo establecido en la NTP ISO/IEC 12207, y su normatividad vigente.*
- c) *Mecanismos de autenticación, de cifrado y de firma digital conforme a lo establecido en el presente Reglamento y en conformidad con la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM y sus modificatorias.*
- d) *Estrictos controles para proteger la información a la que acceden los profesionales de la salud a través de sus sistemas de información de historias clínicas electrónicas.*
- e) *El acceso exclusivo para el uso de personas explícitamente autorizadas para ello, con el soporte de firmas y certificados digitales, según lo establecido en el presente Reglamento y en conformidad con la Ley N° 27269 — Ley de Firmas y Certificados Digitales, aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM y sus modificatorias.*
- f) *Un registro histórico informático de todas las transacciones ocurridas o bloqueadas, lo que posibilitará al Ministerio de Salud tener la trazabilidad de cada registro, pudiéndose evidenciar éstas de manera detallada e indubitable, a través de auditorías a todas las*



actividades realizadas y por todas las personas intervinientes en la gestión de la información accedida a través del RENHICE.

g) *Otras señaladas en las normas complementarias que el Ministerio de Salud apruebe.*"

RBA_05 – Firma Digital

"Incorporar la firma digital en los sistemas de información de historias clínicas electrónicas del establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo, conforme a lo establecido en la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 052-2008-PCM y sus modificatorias."

Se verifica que la IPRESS con SIHCE a acreditar usa firma digital, conforme a lo establecido en la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 052-2008-PCM y sus modificatorias. Para ello se verifica que la IPRESS usa un software de firma digital acreditado integrado a su SIHCE, para que el profesional de salud en atención pueda firmar digitalmente de acuerdo a la legislación y/o normativa vigente. La acreditación del software de firma digital está dada por el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI, según el procedimiento correspondiente indicado en su TUPA (Texto Único de Procedimientos Administrativos). Los derechos de propiedad sobre dicho software o la autorización para su uso con una vigencia no menor a un (01) año posterior a la fecha de inicio de proceso de acreditación.

RBA_06 – Disociación

"Una estructura de datos que separe los datos de filiación del paciente o usuario de salud de la información clínica correspondiente a sus atenciones, pudiendo asociarse ambas únicamente en el ámbito de la prestación de una atención asistencial al titular de la historia clínica electrónica, y que permita identificar la información clínica básica y la información clínica sensible."

Se verifica que el SIHCE cuenta con una estructura de datos que separe los datos de filiación del paciente/ usuario de salud de la información clínica correspondiente a sus atenciones, pudiendo asociarse ambas únicamente en el ámbito de la prestación de una atención asistencial al titular de la historia clínica electrónica, y que permita identificar la información clínica a enviar a RENHICE, así como la información clínica básica (a usarse en emergencia) una vez que finaliza la atención ambulatoria o generada al egreso hospitalario, según corresponda.

RBA_07 – Registro solo durante la atención

El registro en la historia clínica electrónica se hará únicamente como consecuencia de la atención de salud al paciente o usuario de salud.

RBA_08 – Acceso y disponibilidad

La implementación de mecanismos que permitan el acceso y disponibilidad para asegurar la continuidad de las atenciones de salud, así como la transmisión de la actualización de información de las historias clínicas electrónicas generadas en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo y autorizadas expresamente por el paciente o usuario de salud para ser almacenadas en el RENHICE.

Para lo cual se verifica que el SIHCE permite registrar la autorización de envío de información de la historia clínica electrónica del usuario de salud al RENHICE. El personal de la IPRESS debe informar al paciente o usuario de salud o su representante legal que la IPRESS utiliza un SIHCE acreditado por la OGTI del MINSA o la DIRIS, DIRESA, GERESA o quien haga sus veces, por lo que sus datos de identificación y la información clínica registrada en su historia clínica electrónica, si es que lo autoriza expresamente (con firma electrónica tipo usuario y contraseña, mientras no se implemente la firma digital), se enviarán al RENHICE; es decir se registra la voluntad expresa del paciente de compartir o no su información en el RENHICE, a fin de poder ser consultada en situaciones de atención de salud en otras IPRESS a través de autorizaciones expresas de acceso a los profesionales de la salud en dichas atenciones.

Se verifica que la IPRESS con SIHCE a acreditar permite registrar la autorización expresa de acceso a la información clínica, y a la información clínica sensible (si tuviese) registrada en RENHICE. La



autorización es realizada por un usuario de salud/ paciente o su representante legal para que el profesional de la salud durante la atención acceda a la(s) misma(s). En ese sentido La IPRESS con SIHCE a acreditar deben incluir en su documentación de mapa de procesos oficial de la IPRESS, la explicitación de gestión de autorizaciones de acceso referente a la información clínica.

Se verifica que la IPRESS con SIHCE a acreditar tiene incorporado mecanismos para enviar al RENHICE los datos personales y la información clínica de la(s) historia(s) clínica(s) electrónica(s) que hayan sido autorizadas previamente para envío por el usuario de salud/ paciente o su representante.

- a) En el caso de atenciones ambulatorias realizadas en Consulta Externa o Emergencia o Cirugía ambulatoria, el envío de la información debe realizarse como máximo 24 horas posteriores al cierre de la atención.
 - b) En el caso de atenciones con internamiento/ hospitalización, sea que hayan iniciado en Consulta Externa, Emergencia o Cirugía ambulatoria, el envío de la información debe realizarse como máximo 24 horas posteriores al egreso.
 - c) El envío no aplica en el caso de pacientes/ usuarios de salud que no han sido identificados.
 - d) En caso de usuarios continuadores, el envío incluye la información que haya sido actualizada posteriormente como resultado de nuevas atenciones de salud en la IPRESS, generando registros históricos de dichas actualizaciones.
- La IPRESS con SIHCE a acreditar es responsable de ofrecer al personal de salud el aviso que el usuario de salud/ paciente a quien está atendiendo tiene o no información que él previamente ha determinado como Información clínica sensible en el RENHICE, incluso a solicitar autorizaciones de acceso a los mismos en respeto a su autonomía como titular de datos.
 - El uso del derecho a determinar si tiene información clínica sensible en su(s) historia(s) clínica(s) electrónica(s) se ejercerá desde la plataforma de RENHICE; dicha determinación permitirá gestionar restricciones a visualizaciones futuras a datos, o conjunto de datos constitutivos de la trama de información que se almacena en RENHICE que llegaron desde el cierre de la atención para el caso de atenciones ambulatorias, y de egreso para el caso de atenciones con internamiento/ hospitalización; es decir, dicha determinación alcanzará a todos aquellos datos que se hayan ingresado durante esos episodios de atención según lo establecido en la presente directiva administrativa.
 - La información clínica determinada como sensible en el RENHICE, será de acceso y visualización restringida por personal de salud de otras IPRESS distintas a la de la atención vigente.
 - En el caso que el usuario de salud no haya manifestado su voluntad de tratamiento de información clínica como sensible; el profesional de salud de turno de atención a dicho paciente podrá visualizar toda la información clínica existente en RENHICE en pantallas de visualización construidas a partir de todas las historias clínicas electrónicas generado en la IPRESS donde anteriormente fue atendido.
 - En situaciones de Emergencia, únicamente en casos de grave riesgo para la vida o la salud, en las cuales el paciente esté imposibilitado de manifestar su voluntad de brindar acceso a su información de salud previamente registrada en el RENHICE, el profesional de salud en atención de emergencia podrá acceder a la información clínica básica sin necesidad de autorización del usuario de salud/ paciente ni afectación por la determinación de información sensible previa.

RBA_08 – Equipamiento Informático

“Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar con equipos terminales de datos o dispositivos electrónicos para acceso, en cada consultorio de atención; en cada piso de hospitalización; en emergencia y en cada unidad productora de servicios de salud que generen información clínica del paciente.”



Se verifica que según los perfiles funcionales o específicos se cuente con la declaración que la IPRESS cuenta con la capacidad instalada en términos de equipamiento informático y conectividad requerido para el despliegue de la historia clínica electrónica.





ANEXO 03

CARACTERIZACIÓN DE LOS PERFILES FUNCIONALES PARA ACREDITACIÓN DEL SIHCE

DENOMINACIÓN PERFIL	OBJETIVO	ALCANCE	DESCRIPCIÓN
PERFIL GLOBAL	Acreditar que el sistema de Información permite garantizar el cumplimiento de funciones globales, que serán requeridas (todo o parte) en los demás perfiles específicos requeridos para lograr la acreditación del SIHCE	El Perfil global incluye las consideraciones generales de un sistema de información de historias clínicas electrónicas, infraestructura de registros, gestión de autorizaciones, comunicaciones entre SIHCE y RENHICE, y seguridad de la información.	El sistema DEBE garantizar el cumplimiento de las funciones establecidas como consideraciones generales en los diferentes perfiles funcionales específicos, garantizando de este modo la gestión de la información tanto al interior del SIHCE, como su correcta interacción con RENHICE.
GESTIÓN BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS	Acreditar que el sistema de información permite el registro estándar y la gestión de la información relativa al personal de salud que labora en la IPRESS que utiliza el SIHCE, ello implica la gestión de usuarios válidos por componentes, gestión y monitoreo de accesos y responsabilidad sobre sus registros.	El componente administrativo del sistema gestiona la información relativa al personal de salud que labora en la IPRESS que utiliza el SIHCE, ello implica la gestión de usuarios válidos por componentes, gestión y monitoreo de accesos y responsabilidad sobre sus registros.	El sistema DEBE garantizar la correcta gestión de la información generada y gestionada durante la Gestión de recursos humanos alineándose a: IEDS N° 007 personal de salud en el sector salud asignado a una IPRESS, dicho alineamiento implica la verificación de la identidad de la persona a través de la consulta a bases de datos de identificación personal sea RENIEC, Migraciones, Ministerio de Relaciones Exteriores principalmente, la precisión de la profesión del personal, señalando el número de registro profesional con que se registra en su colegio profesional; así como la especialidad y el Número de Registro Nacional de Especialista de corresponder. Además, DEBE permitir gestionar el vínculo laboral de dicho personal con el establecimiento de salud. Para la acreditación es deseable la validación del registro del personal de salud en el Registro Nacional del Personal de Salud creado en concordancia con lo establecido por la Décimo Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo 1153. Es de comprobación obligatoria la interoperabilidad SIHCE con INFORHUS (aplicativo informático del Registro Nacional del Personal de Salud) para la acreditación de SIHCE en IPRESS públicas de conformidad con el avance del proceso de Implementación del INFORHUS IEDS N° 004 Establecimiento de salud y servicio médico de apoyo en el sector salud Para el correcto manejo y sistematización de la información generada durante la misma. En resumen, el SIHCE debe garantizar la identidad del personal de la IPRESS, la verificación de la formación profesional, inclusive la especialidad de requerir el perfil del puesto, así como la correcta gestión de accesos al sistema derivada de la misma.



J. PÉREZ



DENOMINACIÓN PERFIL	OBJETIVO	ALCANCE	DESCRIPCIÓN
PROGRAMACIÓN TURNOS/ RECURSOS	<p>Acreditar que el sistema de información permite la programación de recursos, principalmente la programación de turnos de atención en la IPRESS, así como la información de soporte que facilite la atención en las IPRESS</p>	<p>El componente administrativo del sistema gestiona la programación de turnos del personal e idealmente de los demás recursos en la IPRESS que utiliza el SIHCE. Adicionalmente permite la gestión de la información de la prestación de servicios de salud.</p>	<p>El sistema DEBE garantizar la correcta programación de turnos de atención así como brinda soporte al registros de los datos de la prestación alineándose a la IEDS N° 003 Usuario de salud en el sector salud, diferenciando tipo de documento, país de emisión de documento, número de documento el cual debe autorrellenar campos de filiación con datos provenientes de registros de identificación oficiales, como mínimo debe garantizar interacción con RENIEC; progresivamente debe ir incorporándose como número de historia clínica; IEDS N° 004 Establecimiento de salud y servicio médico de apoyo en el sector salud, manteniendo inalterable denominación y/ o codificación validada en RENIPRESS para controles de trazabilidad y auditoría de registros y envíos de información. IEDS N° 005 Unidad Productora de servicios en establecimientos de salud donde le atenderá un personal de salud. IEDS N° 006 Episodio de atención en el sector salud IEDS N° 007 personal de salud en el sector salud con programación de turno activa PARA realizar el monitoreo y control de las admisiones, y tránsito en la IPRESS.</p>
ADMISIÓN	<p>Acreditar que el sistema de información permite la admisión y gestión de citas en IPRESS, permitiendo el ingreso formal de datos de identificación válidos, acreditación a alguna IAFA y filiación del paciente para luego gestionarle una cita para la atención en consulta externa, a emergencia, o inclusive registrar las transferencias al interior de la misma IPRESS. Pudiendo registrar egresos y su caracterización.</p>	<p>El Componente administrativo del sistema de información de historia clínica electrónica registra la admisión del usuario de salud/ paciente a la consulta externa, emergencia, y controla el tránsito del usuario a través de las UPSS de atención directa de la misma IPRESS.</p>	<p>El sistema DEBE permitir la correcta identificación al ingreso, tránsito formal del usuario de salud/ paciente según: IEDS N° 003 Usuario de salud en el sector salud, diferenciando tipo de documento, país de emisión de documento, número de documento el cual debe autorrellenar campos de filiación con datos provenientes de registros de identificación oficiales, como mínimo debe garantizar interacción con RENIEC; progresivamente debe ir incorporándose como número de historia clínica; IEDS N° 004 Establecimiento de salud y servicio médico de apoyo en el sector salud, manteniendo inalterable denominación y/ o codificación validada en RENIPRESS para controles de trazabilidad y auditoría de registros y envíos de información. IEDS N° 006 Episodio de atención en el sector salud IEDS 008 Financiado de salud en el sector salud debería además interoperar con servicios de consulta de las IAFAS cuyos beneficiarios atiende de manera regular. IEDS N° 005 Unidad Productora de servicios en establecimientos de salud donde le atenderá un personal de salud. Esta variable es fundamental para la medición de episodios de atención IEDS N° 007 personal de salud en el sector salud con programación de</p>

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



DENOMINACIÓN PERFIL	OBJETIVO	ALCANCE	DESCRIPCIÓN
			turnos activa PARA realizar el monitoreo y control de las admisiones, y tránsito en la IPRESS. Adicionalmente el sistema debe permitir el registro de Consentimiento/ Autorizaciones para tratamiento de información tipo envío hacia RENHICE.
CONSULTA EXTERNA MÉDICA	Acreditar que el sistema de información permite la gestión de la información que se genera y gestiona durante una consulta externa, manteniendo y asociando datos de filiación durante la atención, cuidando la seguridad y confidencialidad de los datos generados por los prestadores, reconociendo los actores involucrados.	Si el componente asistencial del sistema de información de historias clínicas electrónicas realiza el registro de la información generada y gestionada en consulta externa solo médica se realiza la precisión en la descripción del Informe de acreditación de SIHCE. Si el componente de consulta externa, incluye desarrollos destinados a la gestión de la información de las atenciones de las demás profesiones de la salud como odontología, psicología, nutrición, obstetricia, enfermería, profesionales capacitados para atenciones de salud mental y consulta externa para procedimientos ambulatorios se realiza la precisión en la descripción del Informe de Acreditación de SIHCE.	Para acreditar el sistema de información de historia clínica electrónica DEBE presentar en la sección de filiación los datos descritos como datos de identificación del paciente en la NTS N° 139-MINSA/ 2018/ DGAIN los mismos que están alineados a los datos personales regulados por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. La visualización de datos captados desde admisión alineados a las IEDS N° 003, 004, 006, 005, 007 y 008 es obligatorio para luego permitir realizar el registro de toda información clínica (de la atención y complementaria) alineándose para ello a: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión - CIE 10; utilizado para registros de diagnósticos y problemas relacionados con la salud, según Resolución Ministerial N° 553-2002-SA/DM .para todo registro donde se requiera precisar diagnóstico, por ejemplo órdenes de procedimientos a enviarse a UPSS de apoyo a la atención se utilizará: IEDS N° 001 Procedimiento médico en el sector salud del catálogo del CPMS (oficializado con RM N° 902-2017/MINSA). IEDS N° 005 Identificación Estándar de Dato en Salud: "Unidad Productora de Servicios en Establecimiento de Salud". IEDS N° 002 Producto Farmacéutico en el sector salud en una IPRESS con UPSS consulta externa referido a prescripciones de productos farmacéuticos y generación de receta electrónica (Receta única estandarizada) durante las atenciones de consulta externa ambulatoria en un inicio solo a atenciones de medicina PARA realizar la gestión de la información generada según NTS N° 139-MINSA/ 2018/ DGAIN y normativa sanitaria complementaria vigente. Adicionalmente el sistema debe permitir el registro de la autorización tipo Consentimiento/ autorización de acceso que brinda el paciente o usuario de salud o su representante legal al profesional de la salud para acceder a su información clínica, registrada en RENHICE conforme a las condiciones y procedimientos previstos en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, su norma reglamentaria aprobada



DENOMINACIÓN PERFIL	OBJETIVO	ALCANCE	DESCRIPCIÓN
			<p>mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS y la presente directiva administrativa. Al final de la atención en la IPRESS el paciente o usuario de salud podrá indicar qué información considera Información clínica sensible, para lo cual deberá indicarlo a través del sistema de información de las historias clínicas electrónicas del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo donde recibió la atención. Los SIHCE además deben tener la capacidad de avisar en futuras atenciones en otras IPRESS acreditadas ante RENHICE que el usuario de salud ya tiene información clínica registrada en el RENHICE, que tiene información sensible, no mostrando el detalle de la misma. Si el paciente o representante legal manifiestan y firman de forma voluntaria, expresa y anticipada la autorización de acceso a la misma, todo SIHCE debe estar en lo posibilidad de gestionar y permitir el acceso a dicha información sensible.</p>
EMERGENCIAS	<p>Evaluar si el sistema de información permite la gestión de la información que se genera durante la atención en los servicios de emergencia en términos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e inclusive continuidad de la atención hacia las otras UPSS u otras IPRESS de ser el caso con información completa.</p>	<p>El componente asistencial del sistema de información de historias clínicas electrónicas realiza el registro de la información generada y utilizada en Atenciones de Urgencias y emergencias y en la UPSS Emergencia.</p>	<p>Para acreditar el sistema de información de historia clínica electrónica DEBE presentar en la sección de filiación los datos descritos como datos de identificación del paciente en la NTS N° 139-MINS/2018/ DGAIN los mismos que están alineados a los datos personales regulados por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. La visualización de datos según las IEDS N° 003, 004, 006, 005, 007 y 008 es obligatorio, así como la información referida a triaje de emergencia y destinos en emergencia precisada en Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia RM N° 386-2006/ MINS/ para luego permitir realizar el registro de toda información clínica de la atención y complementaria utilizando para registros de diagnósticos y problemas relacionados con la salud el CIE 10, para indicaciones de información referida a órdenes de procedimientos a enviarse a UPSS de apoyo a la atención se utilizará IEDS N° 005 Identificación Estándar de Dato en Salud: "Unidad Productora de Servicios en Establecimiento de Salud". IEDS N° 001 Procedimiento médico en el sector salud; para la prescripción de productos farmacéuticos, generación de la receta electrónica para su posterior dispensación. IEDS N° 002 Producto Farmacéutico en el sector salud en una IPRESS con UPSS Emergencia PARA realizar la gestión de la información generada y replicada en los formatos definidos NTS N° 139-MINS/ 2018/ DGAIN, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia RM N° 386-</p>



DENOMINACIÓN PERFIL	OBJETIVO	ALCANCE	DESCRIPCIÓN
			<p>2006/ MINSA y normativa sanitaria complementaria vigente. Durante las integraciones con UPSS de apoyo a la atención, así como para interoperar con otras UPSS de atención directa al interior de la misma IPRESS el sistema debe alertar a los destinos solicitados la procedencia y nivel de urgencia de la orden, a fin de darle la prioridad respectiva a su resolución. Adicionalmente el sistema debe permitir el acceso a información clínica de paciente si existiese registrada en RENHICE solicitando autorización de paciente o familiar responsable; salvo en situación de grave riesgo para la vida o la salud de un paciente o usuario de salud, cuyo estado no permita la capacidad de autorizar el acceso a sus historias clínicas electrónicas almacenadas en el RENHICE, y no estuviera su representante legal, el profesional de la salud podrá acceder, a través del sistema de información de las historias clínicas electrónicas del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo al RENHICE, a la información clínica básica contenida en las historias clínicas electrónicas del paciente, con fines de diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico. Lo propio aplica para los menores de edad en similares situaciones según los artículos N° 64 y 65 del Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas Decreto Supremo N° 009-2017-SA.</p>
HOSPITALIZACIÓN	<p>Acreditar que el sistema de información permite la gestión de la información que se genera durante la atención en los servicios de internamiento y hospitalización en términos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información veraz y completa.</p>	<p>El componente asistencial del sistema de información de historias clínicas electrónicas realiza el registro de la información generada y utilizada en atenciones de internamiento y de la UPSS Hospitalización.</p>	<p>Para acreditar el sistema de información de historia clínica electrónica DEBE capturar y presentar en la sección de filiación los datos descritos como datos de identificación del paciente en la NTS N° 139-MINSA/2018/ DGAIN los mismos que están alineados a los datos personales regulados por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. La visualización de datos según las IEDS N° 003, 004, 006, 005, 007 y 008 es obligatorio, así como registrar la procedencia de los mismos, sea Emergencia, Consulta externa, Centro quirúrgico, Centro Obstétrico o UCI, para luego permitir realizar el registro de toda información clínica y complementaria utilizando para registros de diagnósticos y problemas relacionados con la salud el CIE 10, para indicaciones de información referida a órdenes de procedimientos a enviarse a UPSS de apoyo a la atención se utilizará: IEDS N° 001 Procedimiento médico en el sector salud, para la prescripción de productos farmacéuticos, generación de la receta electrónica para su posterior dispensación. IEDS N° 002</p>



DENOMINACIÓN PERFIL	OBJETIVO	ALCANCE	DESCRIPCIÓN
			<p>Producto Farmacéutico en el sector salud en una IPRESS con UPSS Hospitalización PARA realizar la gestión de la información generada y replicada en los formatos definidos según NTS N° 139-MINSA/ 2018/ DGAIN, y normativa sanitaria complementaria vigente. Adicionalmente el sistema debe permitir el acceso a información clínica del paciente si tuviese registrada en RENHICE solicitando autorización de paciente o familiar responsable, salvo en situación de grave riesgo para la vida o la salud de un paciente o usuario de salud, cuyo estado no permita la capacidad de autorizar el acceso a sus historias clínicas electrónicas, y no estuviera su representante legal, el profesional de la salud podrá acceder, a través del sistema de información de las historias clínicas electrónicas del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo al RENHICE, a la información clínica básica contenida en las historias clínicas electrónicas del paciente, con fines de diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico. Lo propio aplica para los menores de edad en similares situaciones según los artículos N° 64 y 65 del Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (DECRETO SUPREMO N° 009-2017-SA). Al alta del servicio el sistema debe estar en la capacidad de permitir al usuario de salud determinar si parte o la totalidad de la información generada en este episodio de atención debe ser tratada como sensible.</p>
<p>ATENCIÓN EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS</p>	<p>Acreditar que el sistema de información permite la gestión de la información que se genera durante la atención en UCI, si en efecto está organizado para la prestación segura y eficaz de la Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios pacientes, permitiendo el traslado de información de ingreso y salida, permitiendo la interoperabilidad con los componentes/ sistemas que gestionan la información en las otras UPSS.</p>	<p>Componente del sistema de mucha importancia pues permite el registro de toda información generada y utilizada en Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios</p>	<p>Para acreditar el sistema de información de historia clínica electrónica DEBE capturar y presentar en la sección de filiación los datos descritos como datos de identificación del paciente en la NTS N° 139-MINSA/ 2018/ DGAIN los mismos que están alineados a los datos personales regulados por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. La visualización de datos según las IEDS N° 003, 004, 006, 005, 007 & 008 es obligatorio, así como registrar la procedencia de los mismos, sea Emergencia, Consulta externa, Centro quirúrgico, Centro Obstétrico, Hospitalización u otra UCI, para luego permitir realizar el registro de toda información clínica y complementaria utilizando para registros de diagnósticos y problemas relacionados con la salud el CIE 10, para indicaciones de información referida a órdenes de procedimientos a enviarse a UPSS de apoyo a la atención se utilizará IEDS N° 001</p>



DENOMINACIÓN PERFIL	OBJETIVO	ALCANCE	DESCRIPCIÓN
			<p>Procedimiento médico en el sector salud; para la prescripción de productos farmacéuticos, generación de la receta electrónica para su posterior dispensación. IEDS N° 002 Producto Farmacéutico en el sector salud en una IPRESS con UPSS UCI PARA realizar la gestión de la información generada y replicada en los formatos definidos según NTS N° 139-MINSA/ 2018/ DGAIN, Norma técnica para los servicios de Cuidados Intensivos e intermedios y normativa sanitaria complementaria vigente. Adicionalmente el sistema debe permitir el acceso a información clínica del paciente si tuviese registrada en RENHICE solicitando autorización de paciente o familiar responsable, salvo en situación de grave riesgo para la vida o la salud de un paciente o usuario de salud, cuyo estado no permita la capacidad de autorizar el acceso a sus historias clínicas electrónicas, y no estuviera su representante legal, el profesional de la salud podrá acceder, a través del sistema de información de las historias clínicas electrónicas del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo al RENHICE, a la información clínica básica contenida en las historias clínicas electrónicas del paciente, con fines de diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico. Lo propio aplica para los menores de edad en similares situaciones según los artículos N° 64 y 65 del Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas Decreto Supremo N° 009-2017-SA. Al alta del servicio el sistema debe estar en la capacidad de permitir al usuario de salud o representante legal determinar si parte o la totalidad de la información generada en este episodio de atención debe ser tratada como sensible.</p>
<p>ATENCIÓN EN CENTRO QUIRÚRGICO</p>	<p>Acreditar que el sistema de información permite la gestión de la información que se genera durante la atención en centro quirúrgico, si en efecto está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes, permitiendo el traslado de información de ingreso y salida, permitiendo la interoperabilidad con los componentes/ sistemas que gestionan la</p>	<p>Componente del sistema de mucha importancia pues permite el registro de toda información generada y utilizada en centro quirúrgico</p>	<p>Para acreditar el sistema de información de historia clínica electrónica DEBE capturar y presentar en la sección de filiación los datos descritos como datos de identificación del paciente en la NTS N° 139-MINSA/ 2018/ DGAIN los mismos que están alineados a los datos personales regulados por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. La visualización de datos según las IEDS N° 003, 004, 006, 005, 007 y 008 es obligatorio, así como registrar la procedencia de los mismos, sea Emergencia, Consulta externa, Centro Obstétrico, Hospitalización o UCI, para luego permitir la visualización del registro de toda información clínica de la atención y complementaria utilizando para registros de</p>



DENOMINACIÓN PERFIL	OBJETIVO	ALCANCE	DESCRIPCIÓN
	información en las otras UPSS.		diagnósticos y problemas relacionados con la salud el CIE 10, para indicaciones de información referida a órdenes de procedimientos a enviarse a UPSS de apoyo a la atención se utilizará IEDS N° 001 Procedimiento médico en el sector salud, para la prescripción de productos farmacéuticos, generación de la receta electrónica para su posterior dispensación. IEDS N° 002 Producto Farmacéutico en el sector salud en una IPRESS con UPSS Centro quirúrgico PARA realizar la gestión de la información generada y replicada en los formatos definidos según NTS N° 139-MINSA/ 2018/ DGAIN, y normativa sanitaria complementaria vigente. El sistema debe permitir la gestión global de sala de operaciones, así como la generación información y su registro en los formatos de Evaluación preanestésica, Hoja de anestesia, Hoja postanestésica, Orden de intervención quirúrgica y Reporte operatorio.
ATENCIÓN EN CENTRO OBSTÉTRICO	Acreditar que el sistema de información permite la gestión de la información que se genera durante la atención en centro obstétrico, si en efecto está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados obstétricos de las pacientes, permitiendo el traslado de información de ingreso y salida, permitiendo la interoperabilidad con los componentes/ sistemas que gestionan la información en las otras UPSS.	Componente del sistema de mucha importancia pues permite el registro de toda información generada y utilizada en centro obstétrico	Para acreditar el sistema de información de historia clínica electrónica DEBE capturar y presentar en la sección de filiación los datos descritos como datos de identificación del paciente en la NTS N° 139-MINSA/ 2018/ DGAIN los mismos que están alineados a los datos personales regulados por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. La visualización de datos según las IEDS N° 003, 004, 006, 005, 007 y 008 es obligatorio, así como registrar la procedencia de los mismos, sea Emergencia, Consulta externa, u Hospitalización, para luego permitir la visualización del registro de toda información clínica y complementaria utilizando registros de diagnósticos y problemas relacionados con la salud el CIE 10, para indicaciones de información referida a órdenes de procedimientos a enviarse a UPSS de apoyo a la atención se utilizará IEDS N° 001 Procedimiento médico en el sector salud, para la prescripción de productos farmacéuticos, generación de la receta electrónica para su posterior dispensación. IEDS N° 002 Producto Farmacéutico en el sector salud en una IPRESS con UPSS Centro obstétrico PARA realizar la gestión de la información generada y replicada en los definidos según NTS N° 139-MINSA/ 2018/ DGAIN, y normativa sanitaria complementaria vigente. El sistema debe permitir la gestión global de Centro obstétrico incluida la información referida a la Atención de parto vaginal por médico especialista en ginecología y obstetricia, Atención inmediata del

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



DENOMINACIÓN PERFIL	OBJETIVO	ALCANCE	DESCRIPCIÓN
			recién nacido por médico especialista en pediatría y la Atención inmediata del recién nacido por médico subespecialista en neonatología. En donde se brinden debe considerar además el registro de la Atención de parto vaginal por médico general y obstetra
INTEGRACIÓN CON UPSS DE SOPORTE AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	<p>Acreditar que el sistema de información de historias clínicas electrónicas permite la interoperabilidad con los sistemas de información que gestionan las UPSS de soporte que son UPSS patología Clínica, UPSS Anatomía Patológica, UPSS Medicina de Rehabilitación, UPSS Hemodiálisis, UPSS Centro de Hemoterapia, UPSS Central de Esterilización, UPSS Diagnóstico por imágenes, UPSS Farmacia, UPSS Nutrición y Dietética, UPSS Radioterapia y UPSS Medicina Nuclear.</p>	<p>El componente asistencial de soporte al diagnóstico y tratamiento del sistema de información de historia clínica electrónica registra información que se comparte con las UPSS de Soporte al Diagnóstico y tratamiento.</p>	<p>El sistema DEBE ofrecer la capacidad de interoperar con los Sistemas de información que gestionan las UPSS de soporte al Diagnóstico y Tratamiento que son UPSS patología Clínica, UPSS Anatomía Patológica, UPSS Medicina de Rehabilitación, UPSS Hemodiálisis, UPSS Centro de Hemoterapia, UPSS Central de Esterilización, UPSS Diagnóstico por imágenes, UPSS Farmacia, UPSS Nutrición y Dietética, UPSS Radioterapia y UPSS Medicina Nuclear, utilizando las IEDS pertinentes y el CIE 10 PARA el envío y recepción de órdenes y respuestas a las mismas que gestionan como parte del llenado de la historia clínica.</p> <p>Adicionalmente a nivel de integraciones se requiere que: el sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la notificación de enfermedades y/o eventos sujetos a vigilancia epidemiológica según normatividad vigente, PARA permitir gestión de las oficinas de Epidemiología.</p>





ANEXO N° 04
MODELO REFERENCIAL DE ACTA DE SESIÓN DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN

En la ciudad de, siendo las..... horas del día.... del mes de de dos mil, en la Sala de Reuniones de la, ubicada en del distrito de, se dio inicio a la Sesión del Equipo Responsable de la Verificación designado por (NOMBRE DE LA DIRIS/ DIRESA/ GERESA/ MINSA) mediante documento N° de fecha de de 20..., para la fase de (Revisión documental, Verificación funcional) con la asistencia de los siguientes miembros del Equipo Responsable:

- Sr (a)....., quien actúa como Coordinador/a
- Sr (a)....., quien actúa como secretario/a
- Sr (a)....., quien actúa como miembro

Agenda:

.....

Acuerdos:

.....

No habiendo más asuntos que tratar y siendo las horas, se da por concluida la sesión del Equipo Responsable.

En señal de conformidad suscriben la presente acta en original y copia, las siguientes personas.

.....
Coordinador/a
Equipo Responsable de la Verificación

.....
Secretario/a
Equipo Responsable de la Verificación

.....
Miembro
Equipo Responsable de la Verificación

.....
Representante legal
De IPRESS evaluada
(de corresponder)





ANEXO N° 05
MODELO REFERENCIAL DE ACTA DE CIERRE DE VERIFICACIÓN

En la ciudad de, siendo las..... horas del día.... del mes de de dos mil, en la Sala de Reuniones de la, ubicada en del distrito de, se deja constancia del cierre de Verificación habiéndose culminado tanto la revisión documental como las evaluaciones funcionales y verificación in situ, incluyendo las pruebas en entornos controlados del RENHICE, con la asistencia de los siguientes miembros del Equipo Responsable Designado mediante Resolución de DIRIS/ DIRESA/ GERESA N° de fecha de de 20....,

- Sr (a)....., quien actúa como Coordinador /a
- Sr (a)....., quien actúa como secretario /a
- Sr (a)....., quien actúa como miembro /a

Observaciones:

.....
.....

Acuerdos:

.....
.....

No habiendo más asuntos que tratar y siendo las horas, se da por concluida la sesión del Equipo Responsable.

En señal de conformidad suscriben la presente acta en original y copia, las siguientes personas.

.....
Coordinador/a
Equipo Responsable de la Verificación

.....
Secretario/a
Equipo Responsable de la
Verificación

.....
Miembro
Equipo Responsable de la Verificación

.....
Representante legal
De IPRESS evaluada





ANEXO N° 06
**MODELO DE PRESENTACIÓN IPRESS CON SIHCE ACREDITADO ANTE EL RENHICE
PARA USUARIOS DE SALUD/ PACIENTES**

Estimado usuario(a), mediante la presente le damos la bienvenida a la Institución Prestadora de Servicios de Salud....., institución a donde usted acudió para recibir atenciones de salud.

Mediante la presente le informamos que estamos utilizando un Sistema de Información Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) acreditado por el Ministerio de Salud. La información que se genere producto de la atención de salud que recibirá en esta institución se almacenará en los archivos de esta institución, pero además si lo autoriza se tendrá copias en calidad de respaldo de la misma en el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE, ello con el fin de facilitar su atención en otros establecimientos de salud públicos o privados, con los más altos estándares de seguridad para su información relacionada a su salud.

Conociendo que usted puede atenderse en diferentes establecimientos de salud, donde le generan diferentes historias clínicas, el Ministerio de Salud ha creado la infraestructura tecnológica denominada Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas - RENHICE, en el cual, si usted lo autoriza, se almacenará información de sus historias clínicas electrónicas a fin de usted pueda compartirla con los profesionales de salud de otros establecimientos de salud acreditados para poder continuar con su atención, procurando optimizar el tiempo al eliminar duplicidad de registros y disminución de repetición de procedimientos o preguntas que ya le hicieron anteriormente y se mantienen vigentes respecto a sus condiciones de salud pasadas y presentes.

Tenga la plena seguridad que al amparo de la ley N° 29733, Ley de protección de datos personales y su reglamento aprobado mediante Decreto supremo N° 003-2013-JUS; se protegerá en todo momento la privacidad, seguridad y confidencialidad de sus datos personales, así como la integridad de su historia clínica.

Es importante que usted sepa que como paciente/ usuario de salud o como representante legal de un paciente, tiene acceso irrestricto a la información registrada en el RENHICE, y que en caso detectase un registro distinto al que usted considere correcto puede solicitar la corrección ante la IPRESS donde se realizó la atención.

Debe saber además que una vez que usted tenga información de sus historias clínicas electrónicas registradas en el RENHICE, el profesional de salud en el momento en que le preste atención en otros establecimientos de salud o servicio médico de apoyo distinto a éste, solo podrá acceder a la información si usted lo autoriza, con los alcances y excepciones que establece el reglamento de la Ley 30024, salvo en caso de emergencia.





ANEXO N° 07

**CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
CONTENIDOS EN LA(S) HISTORIA(S) CLÍNICA(S) ELECTRÓNICA(S)**

(Aplicación de la Ley General de Salud N° 26842, Ley de Protección de Datos Personales N° 29733, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas N° 30024 y demás normas complementarias)

Para ser llenado y firmado por el titular de los datos personales de las historias clínicas electrónicas.

Yo, (DATOS DEL USUARIO DE SALUD/ PACIENTE)

Nombres y Apellidos:	
Identificado con DNI, CE, CI, Pasaporte, otros N°:	Fecha:
Celular/ teléfono de contacto:	Correo electrónico:

Representante Legal o apoderado (de corresponder):

Nombres y Apellidos:	
Identificado con DNI, CE, CI, Pasaporte, otros N°:	Fecha:
Celular/ teléfono de contacto:	Correo electrónico:

Habiendo sido informado de la importancia del tratamiento de los datos contenidos en mi historia clínica electrónica, habiendo sido absueltas todas mis dudas y con la seguridad que la respuesta positiva o negativa al consentimiento no afecta ni condiciona de ninguna manera mi futura atención de salud en este Establecimiento de Salud.

SÍ () NO () Autorizo de manera libre, previa, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, que mis datos personales en especial los referidos a mis datos sensibles (datos personales en salud, registro de la atención e información complementaria) que se encuentren en el RENHICE, sean accedidos por los profesionales de la salud de la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPRESS denominada

En caso de que la respuesta sea afirmativa, se autoriza acceso:

- El profesional de la salud de quien recibo una atención de salud.....y profesionales y técnicos a su cargo.
- Por el (los) profesional (es) de la salud identificado con el siguiente código de usuario:

DEL ENVÍO DE MI HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA- HCE AL RENHICE:

- Autorizo que mi historia clínica electrónica sea enviada al RENHICE para que pueda ser accedida por profesionales de la salud que yo autorice expresamente cuando me atiendan en alguna IPRESS. Asimismo, tomo conocimiento y autorizo a que mis datos personales sean transferidos al servidor del RENHICE, a cargo del Ministerio de Salud, en su calidad de Autoridad Nacional de Salud, domiciliada en Av. Salaverry N° 801, Jesús María, entidad que es titular del banco de datos denominado "Banco de datos de salud RENHICE", inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales

- No autorizo que mi historia clínica electrónica sea enviada al RENHICE, situación que ocasiona que no tenga dichos registros de atenciones con historia clínica electrónica en el banco de datos de RENHICE para ser compartida con el profesional de Salud tratante.

DEL ACCESO A MI INFORMACIÓN CLÍNICA REGISTRADA EN EL RENHICE:

- Autorizo el acceso a la INFORMACIÓN CLÍNICA registrada en el RENHICE; excepto a la información que previamente señalé como INFORMACIÓN CLÍNICA SENSIBLE, de existir.
- No autorizo el acceso a mi INFORMACIÓN CLÍNICA registrada en el RENHICE,

DEL ACCESO A MI INFORMACIÓN CLÍNICA SENSIBLE CONTENIDA EN LA HCE:

- Autorizo el acceso a mi información clínica sensible contenida en la Historia Clínica Electrónica desde el RENHICE a:





DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS

- El profesional de la salud: con el siguiente código de usuario: de la especialidad de....., para la cual solicito la atención médica.
- Todos los profesionales de la salud que me atienden en la IPRESS denominada, de la especialidad de....., para la cual solicito la atención médica

No autorizo el acceso a mi información clínica sensible contenida en la Historia Clínica Electrónica desde el RENHICE, en ejercicio de mi derecho a la privacidad.

Los fines de uso de mis datos personales y sensibles son para las atenciones de las prestaciones de servicios de salud que me brinde la IPRESS, para la realización de actos médicos y administrativos que sean necesarios para la continuidad de la atención del servicio de salud. Adicionalmente he sido informado y conozco que la Autoridad Nacional de Salud, a través de los procedimientos de anonimización respectivos, utiliza la información para el diseño y formulación de las políticas públicas, con la finalidad de que se concurra al conocimiento de los problemas de salud o de las medidas para enfrentarlos. El acceso a los datos personales y sensibles son los estrictamente pertinentes y necesarios para el cumplimiento de los fines expuestos. En caso de querer ejercer algún derecho de protección de datos personales (derecho de acceso, derecho de información, derecho de rectificación, derecho de cancelación y derecho de oposición), serán dirigidas a la siguiente dirección:

IPRESS	Domicilio	Correo Electrónico





ANEXO N° 08
INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN RESPECTO AL EQUIPAMIENTO
INFORMÁTICO POR PUNTO DE ATENCIÓN (PARA SER LLENADO POR EL
REPRESENTANTE LEGAL DE CADA IPRESS)

DIRIS/DIRESA/GERESA _____ IPRESS _____ FECHA Y HORA _____

Análisis de conectividad

Internet (tipo y vigencia del contrato) _____

No. de routers:	<input type="text"/>	Wifi	SI/NO	en caso ser afirmativa indicar físico y/o virtual, cuántos	Switch	SI/NO	en caso ser afirmativa cuántos
-----------------	----------------------	------	-------	--	--------	-------	--------------------------------

Router 1 Fibra óptica/ Coaxial _____ Ubicación _____ Ancho de banda _____

Router 2 Fibra óptica/ Coaxial _____ Ubicación _____ Ancho de banda _____

Router 3 Fibra óptica/ Coaxial _____ Ubicación _____ Ancho de banda _____

Sistemas Informáticos que se usan en el Establecimiento:

Perfil específico a acreditar: _____

Análisis de equipamiento por ambientes:

Ejemplo: Emergencia

Emergencia: _____ N° de puntos de atención: _____ (precisar por ambiente)

PCs	#	Procesador	RAM	Disco Duro	Comentarios (Ubicación/monitor/mouse/teclado)	Punto de red	Proxy	Chrome
EMG. 1	<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____	SI/NO	<input type="text"/>	SI/NO
EMG. 2	<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____	SI/NO	<input type="text"/>	SI/NO
EMG. 3	<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____	SI/NO	<input type="text"/>	SI/NO

Comentarios adicionales:

Otros

Impresora Láser/ matricial	Tablets de uso exclusivo	Dispositivo móvil de uso exclusivo	Lector de tarjetas inteligentes	Lector biométrico de huellas digitales	Ticketera
----------------------------	--------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--	-----------

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____





ANEXO N° 09
PERFIL FUNCIONAL GLOBAL - CRITERIOS GENERALES

El Perfil Funcional Global, que incluye funciones generales, de Infraestructura de Registros, de Autorizaciones de Envío y Acceso a Información en el RENHICE y Comunicación con el RENHICE, contiene las funciones y criterios de conformidad básicos que se aplicarán al resto de perfiles funcionales específicos, según corresponda.

N°	COD	Estándar/Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado	Observaciones
1	N0.GBL.001	El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar un resumen de la HCE del usuario de salud/ paciente que incluya: datos personales, datos del episodio clínico, Información Clínica de la atención PARA generar las tramas de Información Clínica a enviarse al RENHICE.	El sistema DEBE cumplir con la función Producir un registro resumido de servicios de salud, incluyendo datos mínimos y estandarizados (matriz de datos) que constan de todo y parte de un registro individual de atención al paciente PARA cumplir con el requisito de proporcionar información clínica a ser enviada a RENHICE. Se debe de validar que el sistema permite generar un resumen de la información clínica acorde a la estructura de datos de Información Clínica a enviar a RENHICE.	2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento		
2	N0.GBL.002	Los prestadores y administradores necesitan acceder a los datos en el SIHCE para la toma de decisiones clínicas, administrativas, financieras, informes de pistas de auditoría y metadatos, y para la creación de informes para los pacientes. Varios sistemas pueden usar herramientas de generación de informes internas para cumplir con esta función. Los informes se pueden basar en datos estructurados y/o texto no estructurado de la historia clínica del paciente. Los usuarios deben tener la capacidad de clasificar y/o filtrar informes.	El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar informes de datos clínicos y administrativos estructurados usando herramientas de generación de informes. Se debe de validar que el sistema genera las tramas de datos clínico/administrativos "SETI-IPRESS", a enviar a SUSALUD, especificadas en los perfiles funcionales de acuerdo al nivel de acreditación correspondiente.	2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento		
3	N0.GBL.003	Un SIHCE puede estar conformado por un conjunto de componentes o aplicaciones; cada aplicación gestiona un subconjunto de la información de salud. Por lo tanto, es importante que, a través de varios mecanismos de interoperabilidad, un SIHCE mantenga actualizada toda la información relevante sobre la historia clínica en sincronía. Por ejemplo, si un médico ordena una RM, se creará un conjunto de imágenes de diagnóstico y un informe de radiología. Como resultado, la información demográfica del paciente, la orden de Resonancia Magnética, las imágenes de diagnóstico asociadas con la orden y el informe relacionado con el estudio se deben sincronizar para que los profesionales clínicos reciban una vista sincronizada del registro completo (con relación a la hora y ubicación geográfica). La fecha y la hora deben ser consistentes en todas las aplicaciones que forman parte del SIHCE. La sincronización demuestra una secuencia y cadena de eventos de reconstrucción y es relevante durante un procedimiento legal. Mantener actividades de sincronización podría ser relevante durante un procedimiento legal. Nota: Existen estándares para fecha y hora consistentes.	El sistema que esté formado por conjunto de componentes, aplicaciones o sistemas DEBE ofrecer la capacidad de recibir y transmitir información usando estándares de intercambio entre sus subsistemas. Usando estándares de codificación, estándares de mensajería y canales de comunicación de acuerdo a la Directiva Administrativa N° 266 -MINS/2019/OGTI: Directiva Administrativa que regula la Interoperabilidad en los Sistemas de Información Asistenciales, o superior vigente.	2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento		
4	N0.GBL.004	Todas las entidades que tienen acceso al SIHCE están sujetas a la autenticación. Algunos ejemplos de autenticación de entidades, con diversos niveles de rigor en	El sistema DEBE autenticar a las entidades (p. ej. usuarios, organizaciones, aplicaciones, componentes,	2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento		

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 - MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	COD	Estándar/Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado	Observaciones
		<p>la autenticación, incluyen los siguientes: - nombre de usuario/contraseña; - certificado digital; - token seguro; - biometría.</p>	<p>objetos y/o dispositivos) que tienen acceso a recursos protegidos por los SIHCE (p. ej. funciones y datos), usando un mecanismo de autenticación como un estándar de autenticación aprobado; Se debe de validar que el sistema permite la autenticación, como mínimo, mediante los siguientes mecanismos para:</p> <p>1) Profesionales de salud:</p> <p>a) Cuenta de usuario/contraseña, y</p> <p>b) Certificado digital</p> <p>2) Personal de salud no profesional, aplicaciones, organizaciones:</p> <p>a) Cuenta de usuario/contraseña</p> <p>3) Usuario de salud:</p> <p>a) Cuenta de usuario/contraseña.</p> <p>Validando o rechazando los intentos de autenticación con certificado digital de un usuario distinto al usuario autorizado.</p> <p>El sistema DEBE gestionar los datos/la información de autenticación de manera segura (p. ej. contraseñas o datos biométricos).</p> <p>El sistema DEBE mantener actualizadas las condiciones configurables y reglas que protejan contra intentos de autenticación inválidos, posiblemente maliciosos de acuerdo con la política organizacional y/o la ley jurisdiccional (p. ej. intentos de inicio de sesión inválidos consecutivos).</p> <p>El sistema DEBE capturar la contraseña usando técnicas de ofuscación (p. ej. durante el ingreso de la contraseña del usuario).</p> <p>El sistema DEBE permitir el restablecimiento de contraseñas.</p> <p>El sistema DEBE ofrecer la capacidad de actualizar la contraseña de acuerdo con la política organizacional y/o la ley jurisdiccional</p> <p>El sistema DEBE presentar retroalimentación limitada al usuario durante la autenticación.</p> <p>El sistema DEBE ofrecer la capacidad de ingresar "nombres de usuario" sin distinción entre mayúsculas y minúsculas que contienen caracteres alfanuméricos tipeables.</p> <p>El sistema DEBE ofrecer la capacidad de ingresar contraseñas con distinción entre mayúsculas y minúsculas que contienen caracteres alfanuméricos tipeables.</p>			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	COD	Estándar/Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado	Observaciones
5	NO.GBL.005	<p>Las entidades están autorizadas para componentes de un SIHCE de acuerdo con el alcance de práctica dentro de políticas legales de jurisdicción legal. Las reglas de autorización proporcionan un marco apropiado para establecer permisos de acceso y privilegios para el uso del Sistema de Información de HCE, según el usuario o contexto.</p> <p>Se pueden aplicar una combinación de estas categorías de autorización para controlar el acceso a los recursos del SIHCE (es decir, funciones o datos), incluso a nivel de sistema operativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La autorización basada en el usuario se refiere a los permisos otorgados para tener acceso a los recursos del SIHCE basados en la identidad de una entidad (p. ej. usuario o componente de software). - La autorización basada en un rol se refiere a los permisos otorgados para tener acceso a los recursos del SIHCE basados en el rol de una entidad. Algunos ejemplos de roles incluyen: una aplicación o dispositivo (televigilancia o robótico); o una enfermera, nutricionista, administrador, tutor legal y auditor. - La autorización basada en el contexto se refiere a los permisos otorgados para tener acceso a los recursos del SIHCE dentro de un contexto, como cuando se realiza una solicitud, tiempo explícito, ubicación, vía de acceso, calidad de autenticación, asignación de trabajo, consentimientos y autorización del paciente. 	<p>El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar conjuntos de permisos de control de acceso otorgados a una entidad (p. ej. usuario, aplicación, dispositivo) con base en la identidad, rol y/o contexto, de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional.</p> <p>El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar roles (p. ej. profesional clínico frente a administrador) para la autorización de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional.</p>	<p>2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento</p>		
6	NO.GBL.006	<p>Para garantizar el control del acceso, un SIHCE debe autenticar y verificar la autorización de las entidades para las operaciones correspondientes.</p>	<p>El sistema DEBE cumplir con la función Control de acceso de entidades, autenticación y autorización, así como gestionar las reglas de acceso al sistema y a los datos PARA permitir brindar seguridad a los registros y permitir el cumplimiento de la normativa vigente.</p>	<p>2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento</p>		
7	NO.GBL.007	<p>Una IPRESS podrá gestionar la capacidad del paciente de visualizar el contenido de su HCE de acuerdo con la política organizacional o la ley jurisdiccional. Generalmente, un paciente o su representante legal (p. ej. el tutor, sustituto) tiene el derecho de visualizar su HCE.</p>	<p>El sistema DEBE cumplir con la función Gestión de acceso del paciente PARA permitir al Usuario de Salud o su Representante Legal visualizar su HCE.</p>	<p>2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento</p>		
8	NO.GBL.008	<p>Un SIHCE permite el ingreso de datos a la historia clínica electrónica de un paciente y puede ser un emisor o receptor de la información de la atención de salud. El no repudio es una forma de garantizar que la fuente de los datos/del registro no puede negar después ese hecho, y que el emisor de un mensaje no puede negar después haber enviado el mensaje, y que el receptor no puede negar haberlo recibido.</p> <p>Los componentes del no repudio pueden incluir: - firma digital, que sirve como identificador único de una persona (igual que una firma manuscrita); - servicio de confirmación, que utiliza un agente de transferencia de mensajes para crear un recibo digital (confirmando que se envió y/o recibió un mensaje); - marca de tiempo, que demuestra que existió un documento en una determinada fecha y hora.</p>	<p>El sistema DEBE cumplir con la función aplicación de firma digital PARA garantizar el no repudio y contar con documentos electrónicos con firma digital o electrónica según la normativa vigente. Ver anexo 10</p>	<p>2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento</p>		

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	COD	Estándar/Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado	Observaciones
9	NO.GBL.009	<p>Cuando se realice el intercambio de información de la HCE, se quiere aplicar consideraciones apropiadas de seguridad y privacidad, incluyendo la ofuscación de datos, así como la autenticación del origen y del destino, cuando sea necesario. Por ejemplo, puede ser necesario encriptar los datos que se envían a destinos remotos o externos.</p>	<p>El sistema DEBE cumplir con la función Intercambio seguro de datos, que incluye la función de enrutamiento seguro de datos, así como encriptar y desencriptar los datos, con el fin de proteger los datos PARA permitir brindar seguridad a los registros y permitir el cumplimiento de la normativa vigente.</p>	<p>2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento</p>		
10	NO.GBL.010	<p>Se infringe la privacidad y confidencialidad de la HCE de los pacientes si se accede a las mismas sin autorización. Las infracciones o posibles infracciones pueden imponer pérdidas económicas o sociales tangibles en los pacientes afectados, así como sensaciones menos tangibles de vulnerabilidad y dolor. El temor de posibles infracciones desalienta a los pacientes para revelar información personal sensible que puede ser relevante para los servicios de diagnóstico y tratamiento. Las reglas de protección de privacidad y confidencialidad pueden variar dependiendo de la vulnerabilidad de los pacientes y de la sensibilidad de los registros. Las protecciones más fuertes se deberían aplicar a los registros de menores de edad y a los registros de pacientes con condiciones estigmatizadas. La autorización para acceder a las partes más sensibles de una HCE es más definitiva si se realiza con el consentimiento explícito y específico del paciente. Véase la definición de "enmascaramiento" en el glosario. Las prácticas organizacionales relacionadas con leyes jurisdiccionales de privacidad y seguridad se podrían poner en duda durante un procedimiento legal. El Cumplimiento de las normas pertinentes respalda la credibilidad e integridad de la organización.</p>	<p>El sistema DEBE cumplir con la función privacidad y confidencialidad del paciente PARA permitir brindar seguridad a los registros y permitir el cumplimiento de la normativa vigente. Se cumple el criterio cuando el sistema permite controlar que solo los profesionales de salud programados y autorizados tengan acceso a las historias clínicas electrónicas, así mismo todos los usuarios del sistema hayan firmado su compromiso de confidencialidad</p>	<p>2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento</p>		
11	NO.GBL.011	<p>Los Sistemas de Información de HCE han incorporado Disparadores (Triggers) de Auditoría para capturar eventos claves en tiempo real, incluyendo eventos relacionados con la gestión de registros, seguridad, operaciones o rendimiento del sistema, o situaciones clínicas. Los detalles del evento, incluyendo metadatos claves (quién, qué, cuándo, dónde), se capturan en un Registro de Auditoría. Las funciones de Revisión de Auditoría permiten diversos métodos de notificación de eventos críticos, así como la revisión de registros de rutina. Las funciones de auditoría implementan requerimientos de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional.</p>	<p>El sistema DEBE cumplir con la función Auditoría, así como limitar el acceso o la modificación de información de registros de auditoría a las entidades correspondientes de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional PARA permitir la trazabilidad de los registros y el cumplimiento de la normativa vigente.</p>	<p>2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento</p>		
12	NO.GBL.012	<p>La interoperabilidad semántica requiere terminologías estándares combinadas con un modelo de información estándar formal. Un ejemplo de modelo de información es el Modelo de Información de Referencia de HL7. Otro ejemplo es la Norma ISO/EN 13606, Comunicación de la historia clínica electrónica. La terminología ofrece una identidad semántica y computable a sus conceptos. Otros ejemplos de terminología que un SIHCE puede soportar incluyen: LOINC, SNOMED, CIE-9 (ICD-9), CIE-10 (ICD-10) y CPT-4. Las terminologías dependen del caso de uso y pueden o no depender del ámbito. La clave está en que el estándar sea aprobado por todas las partes interesadas.</p>	<p>El sistema DEBE cumplir con la función Terminología estándar y modelos de terminología estándar aprobada (IEDS, incorporando CIE-X u otro estándar aprobado por el MINSA. PARA permitir la interoperabilidad semántica.</p>	<p>2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento</p>		

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS

N°	COD:	Estándar/Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado	Observaciones
13	NO.GBL.013	<p>El control de versiones permite que existan varios conjuntos o versiones de la misma terminología y se reconozcan claramente a través del tiempo. Las terminologías estándares por lo general se actualizan periódicamente, y se puede requerir el uso concurrente de versiones diferentes. Idealmente, el significado de un concepto nunca cambia a través del tiempo, pero un concepto puede dejarse fuera de uso y reemplazarse por un nuevo concepto en una nueva versión.</p> <p>Sin embargo, en algunas terminologías, el significado de un concepto puede cambiar con el tiempo. En cualquiera de los casos, es importante que el análisis y la investigación retrospectivos mantengan su capacidad de relacionarse con el significado conceptual apropiado. Si la codificación de terminología para un concepto cambia a través del tiempo, también es importante que para las historias clínicas legales y para el análisis y la investigación retrospectivos, las diversas codificaciones se puedan correlacionar para asegurar la permanencia del concepto como fue capturado originalmente. Esto no necesariamente implica que las versiones anteriores completas de la terminología se conserven en el SIHCE, ya que solo se debe mantener el acceso a los cambios. Estándares: CIE-X, CPMS, UPS.</p>	El sistema DEBE cumplir con la función Mantenimiento y control de versiones de terminología estándar PARA conservar la semántica de datos codificados a través del tiempo.	2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento		
14	NO.GBL.014	<p>Generalmente, un SIHCE está conformado por varias aplicaciones. Algunas de estas aplicaciones pueden estar dentro de un SIHCE; otras pueden ser externas al mismo. El usuario del SIHCE a menudo se beneficia cuando dichas aplicaciones están integradas. Las aplicaciones se pueden integrar ad hoc o con base en estándares. El (los) método(s) con el (los) que se pueden integrar las aplicaciones dentro de una organización depende(n) del enfoque de la organización para la integración de aplicaciones. Una determinada organización posiblemente podría usar varios enfoques de integración de aplicaciones para cumplir los diversos requerimientos de dicha integración.</p>	El sistema DEBE cumplir con la función Integración de aplicaciones basada en estándares PARA permitir la interoperabilidad entre subsistemas y aplicaciones del mismo SIHCE.	2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento		
15	NO.GBL.015	<p>Las funciones de implementación de reglas del negocio del SIHCE incluyen el soporte para la toma de decisiones, soporte para el diagnóstico, control del flujo de trabajo y privilegios de acceso, así como los valores predeterminados y preferencias del usuario y del sistema.</p> <p>Un SIHCE da soporte a la capacidad de los prestadores e instituciones para personalizar los componentes del soporte para la toma de decisiones como disparadores (triggers), reglas o algoritmos, además de la redacción de alertas y recomendaciones para cumplir los requerimientos y preferencias específicos de un ámbito.</p>	El sistema DEBE cumplir con la función Gestión de reglas del negocio PARA el soporte de los procesos de la IPRESS.	2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento		
16	NO.GBL.016	<p>Para permitir la conservación de la base de datos de la HCE y sus datos, debe estar presente la funcionalidad para registrar una copia de la misma y su contenido en medios fuera de línea, así como la recuperación del sistema desde una copia de respaldo y reanudación de la operación normal del sistema. La copia respaldo debe preservar tanto los datos como la estructura e información de la definición suficiente de la base de datos, para recuperar un Sistema de Información de HCE funcional completo. Los componentes</p>	El sistema DEBE cumplir con la función Respaldo y recuperación de base datos de todo el contenido de las bases de datos, incluyendo programas y todos los componentes de software necesarios para permitir la recuperación completa de la HCE (es decir, respaldo y recuperación "totales"). PARA permitir brindar seguridad a los registros y	2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento		

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	COD	Estándar/Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento.	Resultado	Observaciones
		de la base de datos pueden incluir, entre otros, datos de aplicación, credenciales de seguridad, archivos de registro/auditoría y programas, finalmente todos los componentes de la HCE necesarios para proporcionar un entorno operativo total e íntegro. Por último, el respaldo debe tener la capacidad de ser utilizado durante el proceso de recuperación para restaurar una copia exacta del Sistema de Información de HCE a partir de un momento en particular. Este es un requerimiento para poder preservar la consistencia lógica de información dentro del Sistema de Información de HCE recuperado. Al proporcionar esta capacidad, el sistema puede incluir múltiples soluciones de respaldo y/o redundancia como la arquitectura contra fallos, planificación y ejecución diaria de tareas de base de datos, procesamiento de transacciones, etc. La función de respaldo y recuperación debe abordar las fallas del sistema a nivel físico (es decir, falla del hardware del sistema de HCE) y fallas del sistema a nivel lógico (por ejemplo, corrupción de la base de datos). Para dar soporte al requerimiento de que el Sistema de Información de HCE debe estar disponible siempre que sea necesario dentro de los parámetros de diseño del sistema y brindar fiabilidad y redundancia de la base de datos de la HCE y sus datos, la función de respaldo no debe tener un impacto en la funcionalidad del usuario o impactar considerablemente el desempeño del usuario. La función de respaldo puede incluir características que permitan que múltiples procesos y tecnologías realicen su tarea. Esto puede incluir múltiples tecnologías de respaldo como cinta, disco, nube, etc., además de múltiples arquitecturas tales como redundancia, medios en línea, casi en línea y fuera de línea.	permitir el cumplimiento de la normativa vigente.			
17	NO.GBL.017	En todo el sistema es necesario proporcionar una ayuda al usuario que sea configurable, que dependa del contexto y/o con opción de búsqueda con el fin de facilitar el uso del sistema. Los niveles de ayuda al usuario deberían ser configurables en función de los requerimientos del usuario, alcance de la práctica, política organizacional y/o ley jurisdiccional. La ayuda al usuario puede incluir soporte por chat en línea en vivo.	El sistema DEBE cumplir con la función Gestionar la ayuda al usuario (acompañamiento a la navegación del menú, seguimiento de pasos, etc.) PARA asegurar la integridad de la información y permitir el cumplimiento de la normativa vigente.	2: Cumplimiento Total 0: No Cumplimiento		





DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 333-MINSA/OGTI-2025
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS
ANEXO N° 10
 PERFIL FUNCIONAL GLOBAL - FORMATOS MÍNIMOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

FORMATOS	PROFESIONALES DE LA SALUD / USUARIO DE SALUD-REPRESENTANTE LEGAL											GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ATENCIÓN DIRECTA						ATENCIÓN DE SOPORTE AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO										CUMPLIMIENTO SI/ NO			
	MC	OBS	CD	ENF	TM	NU	PS	BL	QF	TS	US/RL	Admisión	Inmunizaciones	Consulta Externa Medicina	Emergencia	Hospitalización	UCI	Centro Quirúrgico	Centro Obstétrico	Patología Clínica	Anatomía Patológica	Diagnóstico por Imágenes	Farmacia	Hemodiálisis	Radioterapia	Farmacia	Medicina Nuclear	Hemoterapia y Banco de Sangre		Nutrición y Dietética	Rehabilitación	
Atención en Consulta Externa														X																		
Atención de Inmunización / Carné de Vacunación de Acuerdo al Esquema Nacional de Vacunación																																
Atención en Emergencia															X																	
Hoja de autorización de ingreso a hospitalización Nota: Opcional; no tiene un formato estandarizado																	X															
Atención en Hospitalización (Anamnesis, Examen clínico, Diagnóstico, Tratamiento, Plan de trabajo)																		X	X													
Evolución																	X	X														
Epicrisis																	X															
Ficha Familiar														X																		
Filiación												X																				





DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS

FORMATOS	PROFESIONALES DE LA SALUD / USUARIO DE SALUD-REPRESENTANTE LEGAL										GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ATENCIÓN DIRECTA					ATENCIÓN DE SOPORTE AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO										CUMPLIMIENTO SÍ/NO									
	MC	OBS	CD	ENF	TM	NU	PS	BL	QF	TS	US/RL	Admisión	Inmunizaciones	Consulta Externa Medicina	Emergencia	Hospitalización	UCI	Centro Quirúrgico	Centro Obstétrico	Patología Clínica	Anatomía Patológica	Diagnóstico por Imágenes	Farmacia	Hemodiálisis	Radioterapia	Farmacia		Medicina Nuclear	Hemoterapia y Banco de Sangre	Nutrición y Dietética	Rehabilitación					
Registros propios de obstetricia		X																	X																	
Kardex de Obstetricia		X																	X																	
Partograma	X	X																	X																	
Ficha Odontológica																																				
Ficha Odontológica del Niño			X																																	
Ficha Odontológica del Adolescente, Joven, Adulto y Adulto Mayor											X																									
Ficha Odontológica Estomatológica de la Gestante											X																									
Solicitud del Examen de Patología Clínica	X		X																																	
Informe del Examen de Patología Clínica	X																																			
Solicitud del Examen de Diagnóstico por Imágenes	X																																			
Informe del Examen de Diagnóstico por Imágenes	X		X																																	
Solicitud del Examen de Anatomía Patológica	X																																			
Informe del Examen de Anatomía Patológica	X		X																																	



J. PÉREZ



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 393 -Minsa/OGTI-2025

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS

FORMATOS	PROFESIONALES DE LA SALUD / USUARIO DE SALUD-REPRESENTANTE LEGAL								GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ATENCIÓN DIRECTA					ATENCIÓN DE SOPORTE AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO								CUMPLIMIENTO SÍ/ NO											
	MC	OBS	CD	ENF	TM	NU	PS	BL	QF	TS	US/RL	Admisión	Inmunizaciones	Consulta Externa Medicina	Emergencia	Hospitalización	UCI	Centro Quirúrgico	Centro Obstétrico	Patología Clínica	Anatomía Patológica	Diagnóstico por Imágenes		Farmacología	Hemodiálisis	Radioterapia	Farmacología	Medicina Nuclear	Hemoterapia y Banco de Sangre	Nutrición y Dietética	Rehabilitación			
Consentimiento Informado	X	X	X								X		X	X	X	X	X	X	X															
Retiro Voluntario	X	X	X								X			X	X			X																
Referencia y Contrarreferencia	X	X	X			X	X						X	X	X	X	X	X	X															
Informe de Alta	X	X	X													X																		
Certificado de Discapacidad	X												X																					
Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos u otros Productos Farmacéuticos	X	X	X										X	X	X																			
Autorización de Envío de Información Clínica al RENHICE										X	X																							
Autorización de Acceso a Información Clínica en el RENHICE										X		X	X		X																			

Nota. - desde el sistema se debe garantizar los formatos indicados según logro de perfil específico a acreditar. El sistema debe ofrecer la funcionalidad de firma digital para el refrendo legal de los mismos.
 C: Médico Cirujano; OBS: Obstetra; CD: Cirujano dentista; ENF: Enfermero(a); TM: Tecnólogo Médico; NU: Nutricionista; PS: Psicólogo; BL: Biólogo; QF: Químico farmacéutico; TS: Trabajador social; US/RL: Usuario de salud / representante legal.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



ANEXO N° 11
PERFIL FUNCIONAL GLOBAL - INFRAESTRUCTURA DE REGISTROS

N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
1	NOINFREG01	Originar y conservar una Entrada de Registro. - ocurre cuando generalmente se origina una Entrada de Registro durante el transcurso de una Acción, con el fin de documentar la Acción y el contexto. La Entrada de Registro es una evidencia persistente de la ocurrencia de una Acción e incluye un autor o fuente identificados que son los encargados del contenido de la Entrada de Registro. La Entrada de Registro contiene metadatos sobre la Acción y sus circunstancias, p. ej. quién, qué, cuándo, dónde, hechos, hallazgos, observaciones, etc. Se activa un Disparador (Trigger) de Auditoría para hacer seguimiento al origen y retención de la Entrada de Registro. Referencia: ISO 21089, Sección 12.2.2.			
2	NOINFREG01.1		El sistema DEBE capturar el evento de firma del autor de la entrada de origen, y vincular la firma con el contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
3	NOINFREG01.2		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar el contenido estructurado y/o no estructurado en las Entradas de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
4	NOINFREG01.3		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar la fecha/hora en la que se tomó una Acción o que se recopilaron datos si varían de la fecha/hora de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
5	NOINFREG02	Mantener actualizada la evidencia de un evento de origen/conservación de una Entrada de Registro. - La evidencia de un evento de origen/conservación de una Entrada de Registro incluye metadatos claves, asegura la integridad (y fiabilidad) de las historias clínicas y permite auditar los registros.			
6	NOINFREG02.1		El sistema DEBE auditar cada ocurrencia cuando se origina y conserva una Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
7	NOINFREG02.2		El sistema DEBE capturar la identidad del paciente que es sujeto del contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
8	NOINFREG02.3		El sistema DEBE capturar la identidad del usuario que ingresó/autor del contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373-MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
9	NOINFREG02.4		El sistema DEBE capturar la identidad de la aplicación/ módulo del sistema que originó el contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
10	NOINFREG02.5		El sistema DEBE capturar la fecha y la hora en que se origina el contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
11	NOINFREG03	Enmendar el contenido de una Entrada de Registro. - Ocurre cuando se modifica el contenido de una Entrada de Registro (de su estado original o anteriormente conservado), generalmente tras la conclusión de una Acción, para corregir, actualizar o completar el contenido. - El contenido enmendado de una Entrada de Registro es la responsabilidad del (de los) Autor(es) autorizado(s) para hacer la enmienda. - La enmienda se convierte en parte del historial de revisiones del Registro del Acta, donde el contenido original y cualquier enmienda anterior se conservan sin ninguna modificación. - Después de la enmienda, el Sistema es el responsable de conservar la Entrada de Registro y su historial de revisiones. - Se activa un Disparador (Trigger) de Auditoría para hacer seguimiento a la enmienda de la Entrada de Registro. Referencia: ISO 21089, Sección 12.3.2.			
12	NOINFREG03.1		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de actualizar (enmendar) el contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
13	NOINFREG03		El sistema DEBE capturar el evento de firma del Autor de la enmienda, y vincular la firma con el contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
14	NOINFREG04	Mantener actualizada la evidencia de un evento de enmienda de una Entrada de Registro. - La evidencia de un evento de enmienda de una Entrada de Registro incluye metadatos claves, asegura la integridad (y fiabilidad) de las historias clínicas y permite auditar los registros			
15	NOINFREG04.1		El sistema DEBE auditar cada ocurrencia cuando se enmienda una Entrada de Registro, capturando el valor original y el valor enmendado.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
16	NOINFREG04.2		El sistema DEBE capturar la identidad del paciente que es sujeto del contenido enmendado de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
17	NOINFREG04.3		El sistema DEBE capturar la identidad del usuario que ingresó/autor del contenido enmendado de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
18	NOINFREG04.4		El sistema DEBE capturar la identidad de la aplicación/ módulo del sistema que enmendó el contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
19	NOINFREG04.5		El sistema DEBE capturar la fecha y la hora en que se enmienda el contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
20	NOINFREG05	Traducir el contenido de una Entrada. - ocurre cuando se enmiendan las Entradas de Registro para incluir la traducción del contenido, generalmente para transformar datos codificados de un esquema de codificación/clasificación a otro, y también de un lenguaje humano a otro. - El contenido traducido (enmendado) de la Entrada de Registro es responsabilidad del Sistema de traducción, que apela a las reglas de mapeo/traducción para cada atributo del registro relevante. - La enmienda por traducción se convierte en parte del historial de revisiones de la Entrada de Registro, donde el contenido original y cualquier enmienda anterior se conservan sin ninguna modificación. - Después de la enmienda por traducción, el Sistema es el responsable de conservar la Entrada de Registro y su historial de revisiones (incluyendo el evento de traducción). - Se activa un Disparador (Trigger) de Auditoría para hacer seguimiento a la traducción de la Entrada de Registro.			
21	NOINFREG05.1		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar contenido codificado de la Entrada de Registro de un sistema de codificación/clasificación a otro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
22	NOINFREG05.2		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar contenido codificado de la Entrada de Registro de un conjunto de valores a otro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
23	NOINFREG06	Mantener actualizada la evidencia de un evento de traducción de una Entrada de Registro. - la evidencia de un evento de traducción de una Entrada de Registro incluye metadatos claves, asegura la integridad (y fiabilidad) de las historias clínicas y permite auditar los registros			
24	NOINFREG06.1		El sistema DEBE auditar cada ocurrencia cuando se traduce el contenido de una Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
25	NOINFREG06.2		El sistema DEBE capturar la identidad del paciente que es sujeto del contenido traducido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 333-MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
26	NOINFREG06.3		El sistema DEBE capturar la identidad de la aplicación/ módulo del sistema que tradujo el contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
27	NOINFREG06.4		El sistema DEBE capturar la fecha y la hora en que se traduce el contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
28	NOINFREG07	Ver/acceder al contenido de Entradas de Registro. - ocurre cuando se visualiza o se accede al contenido de la Entrada de Registro. - El contenido visualizado de la Entrada de Registro es responsabilidad del (de los) Usuario(s) autorizado(s). - Se activa un Disparador (Trigger) de Auditoría para hacer seguimiento a la visualización y acceso a la Entrada de Registro. Referencia: ISO 21089, Sección 12.5.			
29	NOINFREG07.1		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar el contenido de la Entrada de Registro hasta el elemento o ítem discreto, incluyendo los campos codificados.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
30	NOINFREG08	Mantener actualizada la evidencia de un evento de visualización/acceso a una Entrada de Registro. - La evidencia de un evento de visualización/acceso a una Entrada de Registro incluye metadatos claves, asegura la integridad (y fiabilidad) de las historias clínicas y permite auditar los registros.			
31	NOINFREG08.1		El sistema DEBE auditar cada ocurrencia cuando se visualiza/accede al contenido de una Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
32	NOINFREG08.2		El sistema DEBE capturar la identidad del paciente que es sujeto del contenido de la Entrada de Registro que se visualizó/al que se accedió.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
33	NOINFREG08.3		El sistema DEBE capturar la identidad del usuario que visualizó/accedió al contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
34	NOINFREG08.4		El sistema DEBE capturar la identidad de la aplicación/ módulo del sistema donde se visualizó/accedió al contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
35	NOINFREG08.5		El sistema DEBE capturar la fecha y la hora en que se visualiza/accede al contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
36	NOINFREG09	Mantener actualizada la evidencia de un evento de visualización/acceso a una Entrada de Registro. - La evidencia de un evento de generar salida/informar sobre una Entrada de Registro que			

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
		incluye metadatos claves, asegura la integridad (y fiabilidad) de las historias clínicas y permite auditar los registros			
37	N0INFREG09.1		El sistema DEBE auditar cada ocurrencia cuando se genera salida (p. ej. un informe, captura de pantalla) del contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
38	N0INFREG09.2		El sistema DEBE capturar la identidad del paciente que es sujeto de la(s) Entrada(s) de Registro que llena(n) la salida/informes generados.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
39	N0INFREG09.3		El sistema DEBE capturar la identidad del usuario que generó la salida/informó del contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
40	N0INFREG09.4		El sistema DEBE capturar la identidad de la aplicación/ módulo del sistema desde donde se genera salida/informa.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
41	N0INFREG09.5		El sistema DEBE capturar la fecha y la hora en que se genera la salida/informa.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
42	N0INFREG10	Extraer el contenido de una Entrada de Registro para producir subconjuntos, derivaciones, resúmenes o agrupaciones (varias instancias). - ocurre cuando se extrae el contenido de una Entrada de Registro para generar subconjuntos, derivaciones, resúmenes o agrupaciones. - La extracción del contenido de una Entrada de Registro puede ser iniciada por un comando de Usuario y/o un algoritmo basado en reglas. - La extracción del contenido de una Entrada de Registro es responsabilidad del Sistema, que apela a las reglas pertinentes. - Se activa un Disparador (Trigger) de Auditoría para hacer seguimiento a la extracción de contenido de la Entrada de Registro. Referencia: ISO 21089, Sección 12.7. Un SIHCE permite a un usuario autorizado, como un profesional clínico, acceder y agrupar la información distribuida, que corresponde a la historia clínica o registros que se requieren para visualizar, informar, divulgar, entre otros. Un SIHCE debe dar soporte a las operaciones de extracción de datos en todos los conjuntos de datos que constituyen la historia clínica de una persona, y proporcionar una salida que relata por completo el proceso de atención de salud. Las extracciones de datos se usan como entradas para la coordinación de la atención de pacientes entre establecimientos, organizaciones y entornos.			
43	N0INFREG10.1		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de extraer el contenido de la Entrada de Registro para producir subconjuntos, derivaciones,	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373-MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
			resúmenes o agrupaciones, de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional.		
44	NOINFREG11	Destruir o identificar las Entradas de Registro como omitidas (1 o más instancias). - ocurre cuando las Entradas de Registro se destruyen o identifican como omitidas. La destrucción generalmente ocurre después de concluir el periodo de conservación legal. - La destrucción de Entradas de Registro puede ser iniciada por un comando de Usuario. La destrucción de Entradas de Registro es responsabilidad del Sistema, que apela a las reglas pertinentes. - Se activa un Disparador (Trigger) de Auditoría para hacer seguimiento a la destrucción o anotación de la Entrada de Registro como omitida. Referencia: ISO 21089, Sección 12.11.			
45	NOINFREG11.1		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de eliminar las Entradas de Registro (p. ej. aquellas que han excedido su periodo de conservación legal), de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
46	NOINFREG11.2		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de marcar las Entradas de Registro como "eliminadas".	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
47	NOINFREG12	Mantener actualizada la evidencia de un evento de eliminación de una Entrada de Registro. - la evidencia de un evento de eliminación de una Entrada de Registro incluye metadatos claves, asegura la integridad (y fiabilidad) de las historias clínicas y permite auditar los registros			
48	NOINFREG12.1		El sistema DEBE auditar cada ocurrencia cuando se elimine el contenido de una Entrada de Registro, de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
49	NOINFREG12.2		El sistema DEBE capturar la identidad del paciente que es sujeto del contenido eliminado de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
50	NOINFREG12.3		El sistema DEBE capturar la identidad del usuario que elimina el contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
51	NOINFREG12.4		El sistema DEBE capturar la identidad de la aplicación/ módulo del sistema que eliminó el contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
52	NOINFREG12.5		El sistema DEBE capturar la fecha y la hora en que se destruye el contenido de la Entrada de Registro.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
53	N0INFREG13	Fusionar las Entradas de Registro (2 o más instancias). - ocurre cuando las Entradas de Registro se fusionan. - Las entradas se pueden fusionar si se detectan los registros de atención de pacientes duplicados.			
54	N0INFREG13.1		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de fusionar lógicamente las Entradas de Registro del paciente, de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
55	N0INFREG14	Gestionar/conservar las Entradas de Registro para conservación legal (varias instancias). - ocurre cuando un conjunto de Entradas de Registro está diseñado para mantenerse con fines legales o para procedimientos legales. - Asegura la conservación de un conjunto de Entradas de Registro por un periodo designado, sin alteraciones.			
56	N0INFREG14.1		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de controlar el acceso a datos/registros durante la conservación legal, evitando cualquier alteración no auditable o el uso no autorizado con fines de conservación.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
57	N0INFREG14.2		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de mantener actualizados los registros más allá del periodo de retención normal, de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
58	N0INFREG15	Gestionar Entradas de Registro durante los diversos estados de elaboración. - las Entradas de Registro pueden encontrarse en varios estados que deben ser gestionados. Un principio base que es importante para gestionar los estados de registros es la necesidad de conservar las Entradas de Registro que han sido visualizadas con fines de atención para el paciente, incluso si esta no se ha completado o atestiguado. Este principio tiene un impacto legal relevante porque proporciona un registro respecto a en qué se basó el prestador para tomar decisiones clínicas. Por ejemplo, si una Entrada de Registro estaba disponible en un estado pendiente y un profesional clínico accedió a la información para tomar decisiones, es importante conservar la versión pendiente incluso después que la versión final esté disponible. Puede ser difícil determinar si se accedió a la Entrada de Registro para la atención del paciente. Tener acceso a los registros de auditoría debería demostrar si se accedió/visualizó la información.			
59	N0INFREG15.1		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de avisar que una Entrada de Registro está pendiente o incompleta.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
60	N0INFREG15.2		El sistema DEBE capturar una marca de fecha/hora e identificar al autor cada vez que se actualiza una Entrada de Registro, incluyendo la fecha de apertura, actualización, evento de firma y cierre oficial.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	
61	N0INFREG16	Gestionar la integridad del registro. - los SIHCE deben ofrecer a una organización la capacidad de definir elementos y periodos mínimos para completar informes y registros. Se debe proporcionar un informe que identifique el estado de culminación y puntualidad por paciente/número de historia clínica u otros parámetros especificados. Antes de su divulgación para procedimientos legales u otros fines oficiales, una organización analiza si la historia clínica está completa. Los Sistemas de Información de HCE deben ofrecer la capacidad de definir un conjunto mínimo de contenido que será analizado en cuanto a puntualidad e integridad, y deben proporcionar un informe del estado.			
62	N0INFREG16.1		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar los periodos para completar contenido específico de la Entrada de Registro de acuerdo con las reglas de negocio de la organización.	2: Cumplimiento total 1: Cumplimiento parcial 0: No cumplimiento	

P. GLOBAL – INFRAESTRUCTURA DE REGISTROS.		PUNTAJE POR CRITERIOS
DEBE	CANTIDAD DE CRITERIOS	92
PUNTAJE APROBATORIO	46	92





ANEXO N° 12
PERFIL FUNCIONAL GLOBAL - AUTORIZACIONES PARA INTERACCIÓN CON EL RENCHICE

N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
1	NOAUTE01	Del conjunto de gestión de autorizaciones a que se refiere se restringe a autorizaciones de tratamiento de datos personales PARA compartir información desde el SICHE hacia el RENCHICE	Las decisiones se documentan e incluyen el alcance de la información, los niveles de verificación y la exposición de opciones de tratamiento. Esta documentación ayuda a asegurar que las decisiones tomadas a discreción del paciente, su familia u otra parte responsable, sean las que rigen la prestación o retención de servicios de salud reales. Puede haber varios documentos activos en un momento dado que pueden regir los servicios de salud de un paciente. Los consentimientos y las autorizaciones clínicas y administrativas se consideran parte de esta función. Un consentimiento o autorización incluye el permiso del paciente para volver a divulgar información confidencial a terceros. Los consentimientos/autorizaciones de impresión deberían incluir formatos estandarizados apropiados para pacientes, tutores o padres adoptivos. El sistema debe presentar formatos apropiados a los adolescentes de acuerdo con las reglas de privacidad. Algunas jurisdicciones pueden exigir un asentimiento. El asentimiento es la aceptación del paciente para participar en un servicio cuando no pueden dar su consentimiento desde el punto de vista legal (p. ej. un adolescente, un adulto con demencia precoz).		
2	NOAUTE01.01		El sistema DEBE permitir gestionar el documento de autorización del usuario de salud/ paciente o de su representante legal para compartir información clínica en el RENCHICE.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar el documento de autorización de envío de información clínica a RENCHICE, acorde a las reglas de Autorización de Tratamiento de Datos Personales relacionados con la salud - Envío al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas - RENCHICE. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
3	NOAUTE01.02		El sistema DEBE permitir gestionar el documento de autorización del acceso a un profesional de salud a su información clínica registrada en RENCHICE por parte del usuario de salud/ paciente o de su representante legal.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar el documento de autorización de acceso a información clínica en RENCHICE, documento de Autorización de Acceso a Información Clínica registrada en el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas - RENCHICE. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
4	NOAUTE01.03		El sistema DEBE permitir la firma digital del usuario de salud/ paciente o su representante legal de la autorización.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite firmar digitalmente la autorización. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
5	NOAUTE01.04		El sistema DEBE permitir la firma electrónica del usuario de salud/ paciente o su representante legal de la autorización a través de contraseña RENHICE.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite firmar la autorización a través de contraseña RENHICE. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
6	NOAUTE01.05		El sistema DEBE permitir la firma electrónica del usuario de salud/ paciente o su representante legal de la autorización a través de contraseña SIHCE.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite firmar la autorización a través de contraseña SIHCE. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
7	NOAUTE01.06		El sistema DEBE permitir gestionar el envío de la autorización al RENHICE.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite enviar la autorización y gestionar la respuesta del RENHICE. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
8	NOAUTE02	Ofrecer la capacidad de registrar y gestionar la directiva de consentimiento sobre la privacidad específica de un paciente de conformidad con las políticas de privacidad.	El sistema permite gestionar el acceso a información para dar soporte a las políticas de privacidad. Estas políticas permiten a los pacientes estipular sus preferencias específicas en cuanto a la privacidad como una directiva de consentimiento sobre privacidad. Se puede otorgar el consentimiento para una divulgación específica, por un periodo, o hasta que se revoque de manera explícita. Esta función depende de la infraestructura para reforzar el consentimiento sobre la privacidad y cualquier política de privacidad asociada, usando una combinación de control de acceso, mensajes seguros, enrutamiento seguro de datos y segmentación de datos.		
9	NOAUTE02.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar eventos de divulgación PARA evidenciar el acceso previa autorización a información clínica en RENHICE.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera un evento de divulgación de información clínica sensible. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
10	NOAUTE02.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de ingresar, importar o recibir información que documente la selección expresada del paciente sobre sus preferencias de privacidad relacionadas con la divulgación de información identificada por su tipo de contenido (p. ej. diagnóstico relacionado o método de pago), y un fin específico PARA determinación de información clínica sensible y actualización de información clínica sensible determinada a través del RENHICE.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar la determinación de información clínica sensible a nivel de episodio clínico intra IPRESS, incluyendo los datos de identificación de la persona que determina, y asimismo, cuando se consulte la información clínica al RENHICE, permite visualizar la información clínica sensible que generó sin autorización, y permite visualizar toda información clínica sensible generada por otras IPRESS con autorización previa expresa.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
				No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
11	N0AUTE02.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de vincularse con sistemas de gestión de consentimientos sobre privacidad PARA tener acceso a las directivas de consentimiento sobre la privacidad del paciente y certificados digitales.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite sincronizar el estado y la fecha de determinación de información clínica sensible a nivel de episodio clínico intra IPRESS de acuerdo a la última fecha en la que se determinó. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
12	N0COM01	Enunciado: Permitir y gestionar la comunicación entre Sistemas de Información de HCE y RENHICE	El SIHCE debe comunicarse apropiadamente con el RENHICE para acceder tanto a la información del paciente y transmitir partes relevantes de la HCE del paciente al RENHICE como soporte a sus cuidados personales.		
13	N0COM01.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de intercambiar información con el RENHICE a través de una conexión de internet segura.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema tiene una conexión al RENHICE a través de una red privada virtual u otro canal seguro establecido por el Ministerio de Salud. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
14	N0COM01.02		El sistema DEBE tener la capacidad de transmitir datos clínicos y administrativos, resultados de pruebas y procedimientos al RENHICE con base en la documentación de autorización.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema cumple con transmitir los datos clínicos y administrativos y la evidencia de un evento de transmisión de una Entrada de Registro. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
15	N0COM01.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de recibir datos clínicos y administrativos del RENHICE.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema cumple los criterios de recibir y conservar Entradas de Registro y la evidencia de un evento de recepción/conservación de una Entrada de Registro. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	

P. FUNCIONAL AUTORIZACIONES RENHICE	CANTIDAD DE CRITERIOS	PUNTAJE POR CRITERIOS.
DEBE	12	24
PUNTAJE APROBATORIO		24



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 - MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



ANEXO N° 13
PERFIL FUNCIONAL GESTIÓN BÁSICA ADMINISTRATIVA - RECURSOS HUMANOS

N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
1	N1.RHS.01	Gestión básica de recursos humanos. información administrativa. básica de la gestión de recursos humanos como punto de partida para una correcta gestión de usuarios por roles.			
2	N1.RHS.01.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y mantener actualizados los datos de identificación del personal a través de los servicios de consulta a RENIEC (solo nacionales) PARA autenticar su identidad oficial.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite, mediante el número de DNI, obtener y mantener actualizados los datos de identificación del personal de forma específica en datos discretos; sin poder ser modificables por el usuario: 1) Nombres 2) Apellido Paterno 3) Apellido Materno 4) Fecha de Nacimiento 5) País de Nacimiento 6) Sexo No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
3	N1.RHS.01.2		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y mantener actualizados los datos de identificación del personal de forma manual PARA permitir la continuidad de las operaciones ante una eventual no disponibilidad de los servicios de consulta a RENIEC	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar los datos de identificación del personal de forma específica en datos discretos: 1) Número de DNI 2) Nombres 3) Apellido Paterno 4) Apellido Materno 5) Fecha de Nacimiento 6) País de Nacimiento 7) Sexo No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
4	N1.RHS.01.3		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y mantener actualizados los datos de identificación del personal de salud extranjero con Carné de Extranjería de forma manual.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar y mantener actualizados los datos de identificación del personal de forma específica en datos discretos: 1) Número de Carne de Extranjería 2) Nombres 3) Apellido Paterno 4) Apellido Materno 5) Fecha de Nacimiento 6) País de Nacimiento 7) Sexo No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
5	N1.RHS.01.4		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y mantener actualizados los datos específicos del profesional de salud.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar de forma específica en datos discretos: 1) Profesión reconocida en el país 2) Número de registro de su colegio profesional 3) Denominación de especialidad 4) Número de Registro Nacional de Especialidad 5) Estado de habilitación o no habilitación No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
6	N1.RHS.01.5		El sistema DEBE registrar la información referida a la relación contractual del personal PARA coadyuvar en los aspectos de seguridad de la información.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar y mantener actualizados de forma específica datos discretos de la relación contractual del personal en la IPRESS, o denominación equivalente, conteniendo al menos: 1) Condición laboral 2) Fecha de inicio 3) Fecha de finalización 4) Estado de la condición laboral (activo/inactivo) No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
7	N1.RHS.01.6		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y mantener actualizada la asignación/ vinculación del personal de salud con una Unidad, Departamento o estructura organizacional equivalente que haga sus veces en la IPRESS.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar de forma específica mediante datos discretos, y mantener actualizada, la asignación/vinculación del personal de salud No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
8	N1.RHS.01.7		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar las cuentas de usuarios y la asignación de roles	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite crear y mantener actualizados de forma específica mediante datos discretos considerando como mínimo: 1) Cuenta de usuario 2) Contraseña 3) Roles asignados 4) Estado (activo/inactivo) No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
9	N1.RHS.01.8		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar la fecha de caducidad del(los) certificado(s) digital(es) de los usuarios PARA asegurar la continuidad de acceso al sistema.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite obtener y registrar la fecha de caducidad del(los) certificado(s) digital(es). No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
10	N1.RHS.01.9		El sistema DEBE ofrecer la capacidad distinguir y rechazar intentos de firmas digitales de un usuario distinto al autorizado a realizarlo, autenticado durante su acceso vía usuario y contraseña / certificado de autenticación a cada módulo específico PARA cumplir con el control de accesos y responsables de registros.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema al intentarse colocar una firma digital distinta al usuario que tiene la sesión activa en el sistema, éste la rechaza y emite una alerta que advierta que no es la firma correspondiente a dicho usuario. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

P. FUNCIONAL GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD DE CRITERIOS	PUNTAJE POR CRITERIOS
DEBE	9	18
PUNTAJE APROBATORIO		18

* Obligatoriamente debe cumplir los criterios expresados con DEBE





ANEXO N° 14
PERFIL FUNCIONAL GESTIÓN BÁSICA ADMINISTRATIVA - PROGRAMACIÓN DE TURNOS

N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
1	N1.PRG.01	Gestionar información sobre la(s) ubicación(es) o el (los) consultorio(s) o ambientes del prestador. - Los prestadores pueden tener varias ubicaciones o consultorios donde ejercen. El sistema debería mantener actualizada la información sobre la ubicación primaria y las ubicaciones secundarias, así como las horas programadas en cada ubicación. La información que se mantiene actualizada puede incluir sitios web, mapas, ubicaciones de consultorios, etc.			
2	N1.PRG.01.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar información necesaria para identificar los ambientes donde se realizan las atenciones de salud (consultorios, tópicos, salas de dilatación, partos, puerperio inmediato, de operaciones, etc.) PARA gestionar su asignación.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar y mantener actualizados de forma específica mediante datos abiertos y/o discretos los ambientes donde se realiza la atención. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
3	N1.PRG.01.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar información sobre los días y las horas de disponibilidad de los ambientes (consultorios, tópicos, salas de dilatación, partos, puerperio inmediato, de operaciones, etc.) PARA gestionar su uso.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando en el sistema permite capturar y mantener actualizados de forma específica mediante datos abiertos y/o discretos la información referente a los días y horarios de disponibilidad de los ambientes para atención en salud, como mínimo: 1) Fecha(s) de disponibilidad 2) Horas de disponibilidad No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
4	N1.PRG.02	Gestionar la programación de recursos de los servicios de salud. - Dar soporte a las interacciones con otros sistemas, aplicaciones y módulos para proporcionar los datos necesarios a un sistema de programación para una óptima eficiencia en la programación de la atención del paciente, ya sea para el paciente en sí o para un recurso/dispositivo.	El sistema brinda soporte para el acceso del usuario a sistemas de programación, según sea necesario. La información clínica o demográfica relevante que se requiere en el proceso de programación podría vincularse con la tarea.		
5	N1.PRG.02.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la programación de personal de salud y ambientes PARA la prestación de los servicios de salud.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar y mantener actualizados de forma específica mediante datos discretos la programación de personal de salud y ambientes. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
6	N1.PRG.02.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la programación de turnos de atención del personal de salud PARA cumplir con la normativa de programación de turnos vigente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar de forma específica los turnos de atención. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 - MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
7	N1.PRG.02.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de mostrar la programación de turnos resultante PARA ofertarlo como cupos para atención de los pacientes por parte de un prestador.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite visualizar la programación de turnos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
8	N1.PRG.02.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de habilitar la utilización de la programación de turnos resultante PARA ofertarlo como cupos para atención de los pacientes por parte de un prestador.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite habilitar la utilización de la programación de turnos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

P: FUNCIONAL PROGRAMACIÓN	CANTIDAD DE CRITERIOS	PUNTAJE POR CRITERIOS
DEBE	6	12
PUNTAJE APROBATORIO		12



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



ANEXO N° 15
PERFIL FUNCIONAL GESTIÓN BÁSICA ADMINISTRATIVA – ADMISIÓN

N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
1	N1.ADM.01	Gestión del Historial Clínico. - Las listas del historial clínico del paciente se utilizan para presentar "vistas" de información de salud esencial resumida incluyendo el historial del paciente, alergias, intolerancias y reacciones adversas, medicamentos, problemas, concentraciones, inmunizaciones, uso de equipos/dispositivos médicos, y preferencias del paciente y su familia.	Las listas del historial clínico del paciente se utilizan para presentar "vistas" de información de salud esencial resumida incluyendo el historial del paciente, alergias, intolerancias y reacciones adversas, medicamentos, problemas, concentraciones, inmunizaciones, uso de equipos/dispositivos médicos, y preferencias del paciente y su familia.		
2	N1.ADM.01.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y mantener actualizados datos estructurados en el historial del paciente (p. ej. ingreso por referencia/contrareferencia, datos administrativos, sociales, ubicación geográfica y/o condiciones financieras, pobreza, orfandad, discapacidad, encarcelamiento, incompetencia o ubicación geográfica remota) PARA complementar los datos de la admisión.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar de forma específica, en campos abiertos y discretos. Cumplimiento parcial 1 punto: cuando el sistema permite capturar de forma específica, en campos abiertos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
3	N1.ADM.01.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar información sobre financiamiento o acreditación ante una o más IAFAS PARA asegurar el financiamiento de la atención del usuario de salud/ paciente en la IPRESS.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar de forma específica, en campos abiertos y/o discretos, información sobre financiamiento o acreditación ante una o más IAFAS conteniendo como mínimo: 1) Cobertura 2) Fecha de inicio 3) Beneficios 4) Estado No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
4	N1.ADM.01.03		El sistema DEBE consultar los servicios de por lo menos una IAFAS respecto a financiamiento por usuario/paciente PARA asegurar la vigencia del financiamiento y tipo de cobertura para la atención del usuario de salud/ paciente en la IPRESS.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite consultar los servicios de las IAFAS, mediante interconexión directa o indirecta, respecto al financiamiento, vigencia, cobertura y restricciones que presente cada una de las IAFAS. Cumplimiento parcial 1 punto: No aplica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
5	N1.ADM.02	Gestionar un registro de la atención del paciente. - Gestionar un registro lógico único para cada paciente.	Se necesita un registro único para fines legales y para organizarlo sin ambigüedades para el prestador. La información de salud se captura y se vincula con el registro de la atención del paciente. Se mantienen los elementos de datos estáticos y los elementos de datos que cambiarán a través del tiempo. El paciente se identifica de manera única, después de lo cual se vincula el registro con dicho paciente. Combinar la información		

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
6			sobre el mismo paciente, o separarla donde se capturó inadvertidamente para el paciente incorrecto, ayuda a mantener la información de salud de un solo paciente. En el proceso de crear un registro de la atención del paciente, a veces resulta ventajoso replicar información idéntica en múltiples registros, de modo que no sea necesario reingresar esos datos. Por ejemplo, cuando un padre registra a sus hijos como nuevos pacientes, se pueden propagar los datos de la dirección y el seguro de salud en los registros de sus hijos sin tener que reingresarlos.		
7	N1.ADM.02.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la información de origen y destino del paciente en la IPRESS PARA permitir un control de las admisiones dentro la IPRESS.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar de forma específica, en campos abiertos y discretos, información del origen y de destino del paciente en la IPRESS, conteniendo como mínimo: 1) Servicio 2) UPS 3) Profesional de la salud tratante 4) Ambiente Cumplimiento parcial 1 punto: cuando el sistema solo permite registrar información de origen o destino. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
8					
9	N1.ADM.02.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar un registro de un paciente cuando se desconoce su identidad PARA generarle una identidad provisional, mantenerla y reflejarla en los campos de diversos formularios específicos especialmente en casos de recién nacidos, emergencia, etc.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera un código de identificación provisional al paciente cuando se desconoce su identidad manteniéndola en los campos de todos los formularios. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
10	N1.ADM.02.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar más de un dato como identificador de pacientes (número de documento provisional mientras es desconocido, número de documento de identidad, historia clínica, número de afiliado, número de cuenta) PARA validar la identidad y permitir la búsqueda de pacientes.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite realizar la búsqueda de un paciente con el número de documento de identidad, número de HC y otro(s) identificador(es) más. Cumplimiento parcial 1 punto: cuando el sistema permite realizar la búsqueda de un paciente con el número de documento de identidad y número de HC. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
11	N1.ADM.02.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar el código estándar de usuario de salud como identificador PARA el envío de información al RENHICE.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera el código estándar de usuario de salud como identificador del paciente de acuerdo a la especificación de las tramas de envío de información al RENHICE. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
12	N1.ADM.02.05		El sistema DEBE vincular información clave del identificador del paciente (p. ej. ID del sistema, número de historia clínica, código de usuario de salud) con cada registro de atención del paciente PARA asegurar registros atribuidos a cada paciente y facilitar la búsqueda de pacientes y todos sus registros.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema registra todos los datos de la historia clínica vinculados con los datos de identificación del paciente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
13	N1.ADM.02.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad, a través de un método controlado, de integrar o vincular información de un solo paciente tras reconocer su identidad (p. ej. partes de un registro que aún no han sido integradas o vinculadas debido a que aún se desconoce la identidad de un paciente, o se estuvo usando una identidad temporal (un alias), o había registros duplicados) PARA unificar toda la información de un mismo paciente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite integrar las HC de un solo paciente a partir del número de HC, registrando en un campo abierto los números de las HC fusionadas. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
14	N1.ADM.02.07		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar partes del registro de un paciente usando un identificador primario (p. ej. número de historia, código de usuario de salud, número identificador único del paciente en el sistema), identificadores secundarios (p. ej. número de seguro social), u otra información, o la combinación de información, que no sean identificadores, pero que se podrían usar para ayudar a identificar al paciente (p. ej. nombre o fecha de nacimiento) PARA facilitar la búsqueda de información.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar partes del registro de un paciente a partir de número de HC, número de documento de identidad) u otros datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
15	N1.ADM.02.08		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de marcar la Historia Clínica como activa, pasiva, eliminada PARA controlar los estados de la misma.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite marcar los estados de la HC. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
16	N1.ADM.03	Gestionar los datos demográficos del paciente. - se gestiona la información demográfica del paciente.	La información demográfica (incluyendo nombres, direcciones, números de teléfono, correos electrónicos, fecha de nacimiento, género, raza y etnicidad) se debe gestionar para dar soporte a los requerimientos de identificación, informes y prestación de servicios de salud de un único paciente. La información demográfica del paciente también puede incluir datos sobre los contactos del mismo, métodos de contacto (p. ej. correo electrónico o teléfono) y modos de contacto (p. ej. llamar a la secretaria durante el día, enviar mensajes de texto durante el fin de semana). Los datos demográficos del paciente se capturan y mantienen actualizados como campos discretos, y se pueden		

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
			enumerar o codificar de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional. Los identificadores claves del paciente (es decir, nombre e identificador primario del registro de la atención del paciente) generalmente aparecen en la salida sobre su información (p. ej. al generar un registro de la atención del mismo). Los pacientes pueden tener varios nombres y/o nombres compuestos, y a veces emplean tildes o caracteres especiales. Para ayudar a analizar los nombres del paciente, generalmente se usan campos específicos.		
17	N1.ADM.03.01		El sistema DEBE almacenar información demográfica y otros identificadores individuales significativos por separado de los datos clínicos PARA proteger la identidad del paciente y cumplir con directivas de protección de datos personales y derecho a la privacidad del paciente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema almacena información demográfica y otros identificadores individuales significativos por separado de los datos clínicos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
18	N1.ADM.03.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y mantener actualizados los datos de identificación del paciente o usuario de salud a través de los servicios de consulta a RENIEC (solo nacionales) PARA autenticar su identidad oficial.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite, mediante el número de DNI, obtener y mantener actualizados los datos de identificación del paciente o usuario de salud de forma específica en datos discretos; sin poder ser modificables por el usuario: 1) Nombres 2) Apellido Paterno 3) Apellido Materno 4) Tercer apellido 5) Fecha de Nacimiento 6) Ubigeo de Nacimiento 7) Sexo 8) Estado Civil 9) Grado de instrucción (modificable) 10) Domicilio RENIEC No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
19	N1.ADM.03.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y mantener actualizados los datos de identificación del paciente o usuario de salud de forma manual PARA permitir la continuidad de las operaciones ante una eventual no disponibilidad de los servicios de consulta a RENIEC.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar los datos de identificación del personal de forma específica en datos discretos: 1) Número de DNI 2) Nombres 3) Apellido Paterno 4) Apellido Materno 5) Tercer apellido 6) Fecha de Nacimiento 7) Ubigeo de Nacimiento 8) Sexo 9) Estado Civil 10) Domicilio RENIEC No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373-MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
20	N1.ADM.03.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y mantener actualizados los datos de identificación del paciente o usuario de salud de forma manual PARA permitir la continuidad de las operaciones ante una eventual no disponibilidad de los servicios de consulta a la Superintendencia Nacional de Migraciones.	<p>Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar los datos de identificación del personal de forma específica en datos discretos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Número de Carné de Extranjería 2) Nombres 3) Apellido Paterno 4) Apellido Materno 5) Tercer apellido 6) Fecha de Nacimiento 7) Ubigeo de Nacimiento 8) Sexo 9) Estado Civil 10) Domicilio actual <p>No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.</p>	
21	N1.ADM.03.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y mantener actualizados los datos demográficos y complementarios PARA completar los datos de filiación.	<p>Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar y mantener actualizados de forma específica como datos discretos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Número de Historia Clínica 2) Grado de instrucción 3) Etnia 4) Ocupación 5) Religión 6) Domicilio de procedencia 7) Teléfono 8) Correo electrónico 9) Datos del padre: Nombres, apellidos, tipo y número de documento de identidad (para menores), y/o 10) Datos de la madre: Nombres, apellidos, tipo y número de documento de identidad (para menores), y/o 11) Datos del responsable legal: Nombres, apellidos, tipo y número de documento de identidad (de corresponder) <p>No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.</p>	
22	N1.ADM.03.06		El sistema DEBE generar un conjunto de información respecto a la identificación del paciente en cada interacción con el registro de la atención del mismo, de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional PARA mantener los datos de filiación y permitir registros con información validada.	<p>Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema muestra el número de HC, nombres y apellidos completos del paciente en cada interacción con el registro de atención.</p> <p>No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.</p>	
23	N1.ADM.03.07		El sistema DEBE determinar y capturar la edad del paciente, a partir de la fecha de nacimiento PARA completar los datos de filiación y permitir construcción de información poblacional.	<p>Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema calcula de manera automática la edad del paciente (años, meses y días) en base a la fecha de nacimiento ingresada y la registra.</p> <p>No cumple 0 puntos:</p>	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
				cuando el sistema no cumple el criterio.	
24	N1.ADM.03.08		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y mantener actualizados los datos relacionados a la salud PARA completar los datos de filiación.	1) Grupo Sanguíneo 2) Factor Rh	
25	N1.ADM.04	Dar soporte a la documentación sobre prestaciones y episodios de atención de salud. - En los casos que no estén cubiertos líneas arriba, proporcionar los medios para gestionar y organizar la documentación de los servicios de salud que se necesitaron y brindaron durante un encuentro prestador- paciente/episodio de atención de salud.	El uso de estándares de datos y tecnologías que den soporte a la interoperabilidad y la documentación efectiva de una prestación puede promover una atención centrada/orientada en el paciente y permite la prestación de servicios de salud inmediata y en tiempo real en el punto de servicio. La documentación efectiva de una prestación y de un episodio de atención de salud puede facilitar que el flujo de trabajo sea eficiente y mejorar el desempeño de las operaciones. Esto puede ayudar a garantizar la integridad de (1) la historia clínica, (2) los informes de salud pública, financieros y administrativos, y (3) el proceso de prestación de servicios de salud.		
26	N1.ADM.04.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar datos del paciente por atención, incluyendo las admisiones diferenciadas por UPS anteriores PARA permitir el monitoreo y control de las mismas.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera un reporte de todas las atenciones anteriores del paciente, diferenciándolas por UPS. Cumplimiento parcial 1 punto: cuando el sistema genera un reporte de todas las atenciones anteriores del paciente, no diferenciándolas por UPS. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
27	N1.ADM.04.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de marcar la Historia Clínica si corresponde al archivo común o al archivo especial PARA cumplir con la normativa vigente y facilitar el tratamiento de la HC.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite marcar la HC según si corresponde al archivo común o al archivo especial. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
28	N1.ADM.05	Dar soporte a la gestión de la atención de salud. - Gestionar y documentar los servicios de salud que se requieren y se brindan durante una atención de salud.	Al usar estándares de datos y tecnologías que dan soporte a la interoperabilidad, la gestión del encuentro prestador-paciente promueve una atención centrada en/orientada al paciente, y habilita el punto de servicio/punto de atención inmediato en tiempo real, facilitando el flujo de trabajo y la ejecución de operaciones eficientes para asegurar la integridad de (1) la historia clínica, (2) los informes de salud pública, financieros y administrativos, y (3) el proceso de prestación de servicios de salud. Este soporte es necesario para la funcionalidad de prestación de servicios de salud que depende de proporcionar la interacción con el usuario y los flujos de trabajo. Estas interacciones y flujos de trabajo se configuran de acuerdo con protocolos clínicos y reglas del negocio. Estos protocolos y reglas		

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373-MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
			se basan en valores específicos de la atención hospitalaria, ambulatoria, domiciliaria, etc., tipo de IPRESS, HCE del paciente, estado de salud, información demográfica y el propósito inicial de la atención.		
29	N1.ADM.05.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar el dato de UPSS donde se realizará la atención PARA gestionar información de las atenciones que recibe el usuario/paciente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema registra el dato de la Unidad Productora de Servicios de Salud. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
30	N1.ADM.05.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar fechas y horas válidas en campos discretos PARA el monitoreo, control y auditoría de casos.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar fechas y horas válidas de manera individual en campos discretos, como mínimo el agendamiento de citas solo se realiza en fecha y hora posterior a las de la solicitud. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
31	N1.ADM.05.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar las solicitudes de atención del paciente y la programación de turnos con los prestadores de servicios de salud PARA completar la admisión.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite consultar la disponibilidad, presentar opciones, seleccionar el cupo y registrar de forma específica mediante datos abiertos y/o discretos las solicitudes de citas del paciente con los prestadores de servicios de salud. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

P. FUNCIONAL ADMISION	CANTIDAD DE CRITERIOS	PUNTAJE POR CRITERIOS
DEBE	24	48
PUNTAJE APROBATORIO		48
* Obligatoriamente debe cumplir los criterios expresados con DEBE		



J. PÉREZ



ANEXO N° 16
PERFIL FUNCIONAL - CONSULTA EXTERNA MÉDICA

N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de cumplimiento	Resultado
1	N1.CEX.01.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar los antecedentes personales PARA completar la información clínica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar de forma específica datos abiertos y/o discretos de los antecedentes personales o denominación equivalente, que contenga: patológicos de diagnósticos definitivos, quirúrgicos, de hospitalizaciones previas. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
2	N1.CEX.01.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de extraer y visualizar los antecedentes tipo diagnósticos definitivos determinados en atenciones anteriores PARA complementar la información clínica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite visualizar los diagnósticos definitivos que fueron registrados en datos anteriores: código, denominación, fecha de determinación, origen, observaciones. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
3	N1.CEX.01.03		El sistema DEBE permitir la captura y/o registro de los antecedentes familiares PARA completar sección de antecedentes familiares de ascendencia directa.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar de forma específica datos abiertos y/o discretos de los antecedentes familiares precisando el parentesco. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
4	N1.CEX.01.04		El sistema DEBE permitir la captura y/o registro de los antecedentes sociales (nivel educativo, religión, vivienda, programas sociales) PARA completar la información clínica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar de forma específica datos abiertos y/o discretos de los antecedentes sociales. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
5	N1.CEX.01.05		El sistema DEBE permitir la captura y/o registro de las alergias, intolerancias y reacciones adversas a medicamentos, alimentos, productos médicos (p. ej. vacunas, productos biológicos, dispositivos, sustancias químicas) o factores ambientales desencadenantes PARA completar la información clínica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar de forma específica datos abiertos y/o discretos de alergias, intolerancia y reacciones adversas, incluyendo los valores "desconoce" y "niega" o equivalentes. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
6	N1.CEX.01.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar como datos discretos los detalles de la información sobre medicamentos, incluyendo el nombre del medicamento prescrito, el identificador del medicamento (p. ej.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar todos los datos de la receta única estandarizada y/ o receta especial.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373-MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de cumplimiento	Resultado
			catálogo DIGEMID), el médico prescriptor, la fecha de prescripción, SIG (p. ej. número y cantidad de dosis, hora, duración y vía, y/o el lugar de administración), cantidad, formulación e instrucciones complementarias de acuerdo con requerimientos de tratamiento farmacológico, y la receta única estandarizada y/ o receta especial PARA mantener actualizada la sección tratamiento subsección medicamentos en todos los componentes asistenciales.	No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
7	N1.CEX.01.07		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar la medicación actual y/o habitual PARA completar la información clínica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar la medicación habitual como datos abiertos o discretos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cuenta con el criterio.	
8	N1.CEX.01.08		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de extraer y visualizar la medicación actual y/o habitual determinada en atenciones anteriores PARA complementar la información clínica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite visualizar la medicación actual y/o habitual. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
9	N1.CEX.02.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar los diagnósticos usando el CIE 10 o versión superior vigente (codificación y denominación) PARA completar la información clínica	Cumplimiento total 2 puntos: cuando permite registrar el código y denominación de los diagnósticos de acuerdo al CIE-10 o versión superior vigente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cuenta con el criterio.	
10	N1.CEX.02.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar el tipo de diagnóstico PARA completar la información clínica	Cumplimiento total 2 puntos: cuando permite registrar el tipo de diagnóstico: - Presuntivo - Definitivo - Repetitivo No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cuenta con el criterio.	
11	N1.CEX.02.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar el estado de cada diagnóstico (p. ej. activo, inactivo, resuelto, descartado) PARA llevar control de evaluaciones y evoluciones médicas.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar de forma específica el estado de cada diagnóstico como un dato discreto. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
12	N1.CEX.02.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar la fecha de cambio en el estado del diagnóstico PARA llevar control de evaluaciones y evoluciones médicas.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar y mostrar de forma específica la fecha de cambio en el estado del diagnóstico. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de cumplimiento	Resultado
13	N1.CEX.02.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar únicamente diagnósticos activos PARA orientar precisión sobre la enfermedad actual.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema muestra todos los diagnósticos activos de manera automática durante la atención clínica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
14	N1.CEX.02.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de agregar comentarios y/o observaciones del diagnóstico PARA precisar la información que el médico considere pertinente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar de forma específica comentarios y/o observaciones del diagnóstico como dato abierto. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
15	N1.CEX.02.07		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de buscar y seleccionar un diagnóstico de la lista de diagnósticos activos del paciente PARA completar una orden del plan de trabajo.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite seleccionar uno o varios diagnósticos de la lista de diagnósticos activos y asociarlos a una orden del plan de trabajo. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cuenta con el criterio.	
16	N1.CEX.02.08		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar fecha y hora distinta a la fecha y hora que se obtiene automáticamente del sistema PARA permitir el registro del tiempo cierto en que se realizó la atención.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema ofrece la capacidad de cambiar el valor de fecha y hora predeterminada por el sistema. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
17	N1.CEX.02.09		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar el motivo de consulta/ relato cronológico, tiempo de enfermedad, signos y síntomas, funciones biológicas PARA completar la información clínica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar de forma específica como datos discretos o abiertos todos los datos. No Cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
18	N1.CEX.03.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar los signos vitales y mediciones antropométricas PARA completar la información clínica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar en forma específica como datos discretos, como mínimo: Signos vitales: 1) Temperatura, 2) Presión arterial, 3) Frecuencia cardíaca, 4) Frecuencia respiratoria Mediciones antropométricas: 1) peso, 2) talla No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cuenta con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 393-MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de cumplimiento	Resultado
19	N1.CEX.03.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de calcular valores adicionales dentro de una evaluación con base en los elementos discretos o atómicos (p. ej. índice de masa corporal se determinará basado en la estatura y el peso) PARA completar la información clínica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema calcula 2 a más valores adicionales. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cuenta con el criterio.	
20	N1.CEX.03.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de determinar, con base en la información proporcionada, los rangos normales para valores numéricos y normales para datos no numéricos (p. ej. presencia o ausencia de hallazgos físicos durante el control de crecimiento y desarrollo del paciente en etapas tempranas de vida), en función de la edad y otros parámetros como la estatura, el peso, la etnicidad o la edad gestacional PARA facilitar el examen físico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema muestra rangos normales en base a los valores del paciente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cuenta con el criterio.	
21	N1.CEX.03.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar el estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos PARA completar los registros propios del examen clínico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar el examen clínico general como datos abiertos o discretos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
22	N1.CEX.03.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar el examen clínico regional PARA completar los registros propios del examen clínico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar el examen clínico regional como datos abiertos o discretos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
23	N1.CEX.03.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de extraer los registros de las acciones realizadas por otro usuario en momento diferente al de la atención (p. ej. Los datos registrados en tópicos que el médico debe visualizarlos en la atención) PARA completar la información clínica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema extrae registros de las acciones realizadas por otro usuario. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cuenta con el criterio.	
24	N1.CEX.03.07		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar, almacenar y generar datos usando unidades de medición diferentes (p. ej. gramos y kilogramos, centímetros y metros) PARA representar mejor las mediciones de acuerdo a normas preestablecidas.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite de forma automática el registro y visualización en unidades de medición de acuerdo al tipo de paciente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cuenta con el criterio.	
25	N1.CEX.04.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar órdenes basadas en el rol, el contexto y/o el usuario PARA monitorear, controlar y/o permitir la trazabilidad y auditoría permanente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema solo permite registrar órdenes de acuerdo al rol del profesional de salud en la UPS. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
26	N1.CEX.04.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la creación, renovación, modificación y discontinuación de órdenes según	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite crear, renovar, modificar y	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de cumplimiento	Resultado
			reglas PARA permitir la ejecución del plan de trabajo.	discontinuar una orden sólo el día de la atención; o según intervalo de tiempo definido expresamente para dicho registro. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
27	N1.CEX.04.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar resultados relevantes y específicos de exámenes auxiliares del paciente vinculado o no a una orden PARA permitir la reevaluación y la toma de decisiones terapéuticas.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar resultados vinculados o no una orden médica en forma específica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
28	N1.CEX.04.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar el estado de una orden (p. ej. abierta/ borrador, completada, firmada, en proceso) PARA mantener información actualizada respecto a actuare médicos.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar estados de una orden. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
29	N1.CEX.04.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar comentarios e instrucciones con una orden PARA completar indicaciones de su competencia como parte del plan de trabajo y tratamiento.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar comentarios e instrucciones en los exámenes auxiliares. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cuenta con el criterio.	
30	N1.CEX.04.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar el régimen higiénico-dietético y las medidas generales PARA gestionar el tratamiento.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite el registro del régimen higiénico-dietético y las medidas generales. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
31	N1.CEX.04.07		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de visualizar el peso del paciente incluyendo términos como "se desconoce" al momento de generar la orden de medicamentos PARA permitir la correcta indicación asociada como mínimo al peso del paciente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema visualiza el peso del paciente, incluyendo el término "se desconoce". No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
32	N1.CEX.04.08		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar indicaciones/ observaciones como parte de receta médica (p. ej. "este paciente no puede pasar pastillas grandes") PARA completar la sección de indicaciones.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar observaciones. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
33	N1.CEX.04.09		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar la información de la medicación administrada al paciente PARA permitir un mejor control farmacológico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar la administración de la medicación. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 313 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de cumplimiento	Resultado
34	N1.CEX.04.10		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar la vía explícita para la administración de medicamentos específicos durante el proceso de pedido PARA disminuir posibles reacciones adversas asociados a vías de administración inadecuadas.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar el dato específico de la vía de administración como dato discreto. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
35	N1.CEX.04.11		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y generar los detalles de la orden PARA completar el plan de trabajo y ejecución del tratamiento.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar las órdenes con los datos mínimos señalados en la Norma Técnica de Gestión de Historia Clínica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
36	N1.CEX.04.12		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar las órdenes de pruebas de diagnóstico PARA permitir la ejecución del plan de trabajo	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar pruebas de diagnóstico o denominación equivalente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
37	N1.CEX.04.13		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de imprimir las órdenes de exámenes auxiliares PARA su ejecución.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite imprimir las órdenes de exámenes auxiliares. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
38	N1.CEX.05.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar información sobre una prestación, incluyendo como mínimo los siguientes datos: la fecha/hora, IPRESS, la UPSS de atención directa, identificación del usuario de salud/ paciente o representante legal, domicilio, médico tratante, diagnóstico, tratamiento propuesto, principal consecuencia PARA generar el consentimiento informado.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema gestiona los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
39	N1.CEX.05.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar y firmar digitalmente el consentimiento informado PARA cumplir con normativa de gestión de historia clínica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera el consentimiento informado con las firmas digitales en formato PDF y lo vincula a la atención. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
40	N1.CEX.05.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar una indicación cuando un paciente ha completado un consentimiento informado (p. ej. antes de someterse a una cirugía de ojos, el paciente completa un consentimiento relacionado con esta, participar de un estudio experimental, con fines docentes) PARA cumplir con normativa de gestión de historia clínica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar y visualizar una indicación cuando un paciente ha completado un consentimiento informado. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de cumplimiento	Resultado
41	N1.CEX.05.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar datos computables (p. ej. resultados de laboratorio, telemetría o detalles de medicamentos) PARA permitir registro de información complementaria como ejecuciones de plan de trabajo y dar continuidad a la atención.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar datos discretos de resultados de laboratorio y consumo de medicamentos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
42	N1.CEX.05.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de mantener actualizada una lista discreta de medicamentos que pueden ordenarse (es decir, usar el catálogo de productos farmacéuticos) PARA favorecer el plan de trabajo farmacológico y la comunicación e integración con farmacia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite mostrar la lista actualizada de medicamentos a partir del catálogo de productos farmacéuticos aprobados institucionalmente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
43	N1.CEX.05.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de imprimir las recetas de medicamentos PARA el despacho y dispensación en farmacia o ejecución según corresponda.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite imprimir la receta de medicamentos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
44	N1.CEX.05.07		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de mantener actualizada, directa o indirectamente, una lista (es decir, catálogo de productos farmacéuticos) de medicamentos que incluye un identificador único de cada medicamento PARA cumplir normativa vigente, y optimizar los tiempos de gestión y ejecución del plan de trabajo.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite mantener actualizado el catálogo de productos farmacéuticos aprobados institucionalmente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cuenta con todos los detalles antes mencionados.	
45	N1.CEX.05.08		El sistema DEBE generar una alerta al momento de ingresar una orden en caso que en una orden no farmacológica falte la información requerida PARA cumplir con el registro de datos obligatorios según normativa vigente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema muestra alertas de los datos obligatorios a ser registrados en las órdenes No Cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
46	N1.CEX.06.01		El sistema DEBE ofrecer al prescriptor/prestador la capacidad de transmitir, por medios electrónicos, órdenes, recetas médicas, consultas de elegibilidad, avisos y respuestas de renovación a la farmacia, según sea necesario, PARA iniciar, modificar o prescribir y/o renovar una orden de medicamento.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite visualizar la orden de medicamentos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
47	N1.CEX.06.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de intercambiar información clínica con farmacias usando las tramas estandarizadas para prescripción y dispensación vigentes PARA llevar un mejor control del plan de trabajo.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite intercambio de información con el software de farmacia de manera bidireccional. Cumplimiento parcial 1 punto: No aplica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cuenta con el criterio	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de cumplimiento	Resultado
48	N1.CEX.07.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar informes que constan de todo y parte de un registro individual de atención al paciente PARA cumplir con formatos de egresos.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera informes totales y parciales de la atención. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
49	N1.CEX.07.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad al profesional de salud de firmar digitalmente todos los documentos generados al cierre de la atención utilizando el certificado con función de firma del titular PARA cumplir con la obligación de tener formatos firmados.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite firmar digitalmente todos los documentos generados al cierre de la atención y vincularlos al registro de la misma, verificando que los datos de identificación registrados en el sistema correspondan a los datos de identificación almacenados en el certificado digital. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
50	N1.CEX.07.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar, almacenar y generar la identidad de todos los prestadores que firmaron digitalmente una orden incluyendo su nombre e identificador de su credencial PARA establecer niveles de responsabilidad y permitir auditorías cuando sea necesario.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite firmar digitalmente documento(s) de la atención a todos los profesionales de salud que participan de la misma y corresponda que realicen su firma. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
51	N1.CEX.07.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de determinar y capturar cofirmas para órdenes basadas en los roles (p. ej. el médico de consulta), de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional PARA control y monitoreo adecuado.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite realizar dos o más firmas digitales basado en el rol. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
52	N1.CEX.07.05		El sistema DEBE permitir la autenticación del profesional de la salud a través de su usuario y contraseña y realizar la firma digital con el Certificado Digital de Agente Automatizado PARA superar la contingencia de pérdida de dispositivo criptográfico del personal de salud.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite autenticar al profesional de salud con su contraseña y realizar firma digital con el Certificado Digital de Agente Automatizado. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
53	N1.CEX.07.06		El sistema DEBE permitir la habilitación y generación de firma digital con el Certificado Digital de Agente Automatizado PARA superar la contingencia de pérdida de dispositivo criptográfico del personal de salud.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite a un usuario autorizado la habilitación temporal específica de generación de firma digital con el Certificado Digital de Agente Automatizado, para un usuario o grupo de usuarios. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
54	N1.CEX.07.07		El sistema DEBE permitir guardar documentos electrónicos generados	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de cumplimiento	Resultado
			con estado pendiente de firma digital PARA superar la contingencia de caída del componente de firma digital, mientras los demás componentes están operativos.	sistema permite guardar documentos que están pendientes de firma digital. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
55	N1.CEX.07.08		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de notificar los documentos electrónicos que están pendientes de firma digital.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite notificar y visualizar que existen documentos que están pendientes de firma digital. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
56	N1.CEX.07.09		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de corregir algún(os) registro(s) de un paciente durante el turno de atención del profesional en el que se atiende el mismo paciente PARA poder realizar los cambios que considere pertinentes a juicio médico y mostrando el FE de ERRATAS.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite corregir un registro errado mostrando el FE de ERRATAS. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
57	N1.CEX.07.10		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar información de identificación del paciente en cada página de los informes (es decir, en formato impreso y electrónico), PARA cumplir con la política organizacional y/o la ley jurisdiccional.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite visualizar los datos de identificación del paciente en cada página de los informes. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cuenta con todos los detalles antes mencionados.	
58	N1.CEX.07.11		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de seleccionar y anular documento(s) electrónico(s) firmado(s) con certificado de firma digital al titular del certificado PARA completar la corrección de un registro del mismo autor.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite anular los documentos electrónicos firmados de manera digital al titular. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
59	N1.CEX.08.01		El sistema DEBE generar la trama de información clínica a la salida de la IPRESS, que coincide con el final de episodio clínico intra-IPRESS, PARA enviar al RENHICE.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar la trama de información clínica a la salida de la IPRESS. No Cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
60	N1.CEX.08.02		El sistema DEBE extraer y generar la trama de datos del Reporte Consolidado de Producción Asistencial en Consulta Ambulatoria (Periodo de Reporte, Código de la IPRESS, Código de la UGIPRESS, Sexo del Paciente, Grupo de Edad en años, Atenciones Médicas, Atenciones No Médicas, Atendidos/Mes) PARA enviar a SUSALUD.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar la trama con todos los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
61	N1.CEX.08.03		El sistema DEBE extraer y generar la trama de datos del Reporte Consolidado de Morbilidad en Consulta Ambulatoria (Periodo de Reporte, Código de la IPRESS, Código de la UGIPRESS, Sexo del Paciente, Grupo de Edad en años, Diagnóstico definitivo, Total de Atendidos) PARA enviar a SUSALUD.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar la trama con todos los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de cumplimiento	Resultado
62	N1.CEX.08.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar o interoperar con sistema de información asistencial de telemedicina para los servicios de telemedicina según los documentos normativos de telesalud vigente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando se observa en el sistema los datos clínicos de telemedicina según los documentos normativos de telesalud vigente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
63	N1.CEX.09.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar información del paciente que se requiere para dar soporte a la codificación de diagnósticos, medicamentos, procedimientos y resultados PARA cumplir con alineamiento a las IEDS durante el envío de información clínica a RENHICE.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando se observa en el sistema los datos del paciente en los formatos utilizando el CIE 10 (o versión superior vigente), medicamento (IEDS: "Productos farmacéuticos"), procedimiento (IEDS: "Procedimientos médicos y estomatológicos"). No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

P: FUNCIONAL GESTIÓN DE CONSULTORIO EXTERNO	CANTIDAD DE CRITERIOS,	PUNTAJE POR CRITERIOS
DEBE	63	126
PUNTAJE APROBATORIO		126



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°373 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



ANEXO N° 17
PERFIL FUNCIONAL – INMUNIZACIONES

N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
1	N1.INM.01.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar todas las inmunizaciones, según esquema nacional de vacunación vigente, asociadas con un paciente PARA completar historial de inmunizaciones.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite visualizar todas las inmunizaciones con sus denominaciones asociadas a un mismo paciente como mínimo con regla de edad del usuario de salud. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
2	N1.INM.01.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar los antecedentes relacionados a la inmunización, teniendo como mínimo los datos requeridos por la NTS Esquema Nacional de Vacunación PARA llevar a cabo una correcta gestión de inmunizaciones.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar y actualizar todos los datos en campos discretos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
3	N1.INM.01.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar, como elementos discretos, los datos asociados con una inmunización que no se administró a un paciente (p. ej. debido a una contraindicación o negativa del paciente). Los datos asociados con una inmunización que no se administró a un paciente incluyen la fecha y la hora, el tipo de inmunización, la serie, el motivo de la excepción y el prestador que retuvo la inmunización PARA llevar a cabo una correcta gestión de inmunizaciones.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar y actualizar todos los datos en campos discretos y diferenciados. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
4	N1.INM.01.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar un informe del historial de inmunizaciones de un paciente (p. ej. para las autoridades pertinentes como colegios, guarderías infantiles o registros oficiales de salud pública de inmunizaciones), de acuerdo con NTS Esquema Nacional de Vacunación PARA monitorear y controlar cumplimiento de esquemas de vacunación.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar el informe del historial de inmunizaciones de un paciente con los datos especificados y permite imprimirlo. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
5	N1.INM.01.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar la fecha actualmente recomendada para una inmunización complementaria (p. ej. una dosis posterior o de refuerzo) con cada inmunización (si se necesita una inmunización complementaria) PARA programar futuras fechas de cita probable y asegurar uso-efectividad.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema sugiere y permite capturar la(s) fecha(s) posterior(es) de la(s) dosis o refuerzo(s) según corresponda. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
6	N1.INM.02.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar los detalles de la administración de inmunizaciones como datos discretos, incluyendo: (1) el nombre/tipo, serie, concentración y dosis de la inmunización; (2) fecha y hora de administración; (3) fabricante, número de lote, fecha de vencimiento; (4) vía y lugar de administración; (5) IPRESS que administra; (6) observaciones, reacciones y complicaciones; (7) motivo por el cual no se administró la inmunización, y/o actividad relacionada con la inmunización no realizada, (8) personal y (9) lugar de aplicación de acuerdo NTS esquema nacional de vacunación PARA cumplir con la normativa vigente en el Perú.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar y actualizar todos los datos en campos discretos y diferenciados. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
7	N1.INM.02.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de determinar y generar información sobre las inmunizaciones requeridas, y cuándo se deben administrar, según los cronogramas de inmunización comúnmente aceptados, en el momento que se genere información sobre el encuentro prestador-paciente PARA optimizar el cumplimiento del esquema nacional de inmunizaciones.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema muestra información sobre inmunizaciones requeridas por cada paciente y cuando se deben administrar No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
8	N1.INM.02.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de mantener actualizado el cronograma de inmunización específico de un paciente PARA permitir el control y monitoreo del cumplimiento del esquema de vacunación.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite mantener actualizado el cronograma de todas las inmunizaciones del paciente reprogramando subsiguientes fechas. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
9	N1.INM.03.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar los detalles de la administración de inmunizaciones como datos discretos, incluyendo: (1) el nombre/tipo, serie, concentración y dosis de la inmunización; (2) fecha y hora de administración; (3) fabricante, número de lote, fecha de vencimiento; (4) vía y lugar de administración; (5) IPRESS que administra; (6) observaciones, reacciones y complicaciones; (7) motivo por el cual no se administró la inmunización, y/o actividad relacionada con la inmunización no realizada, (8) personal y (9) lugar de aplicación de acuerdo NTS esquema nacional de vacunación PARA cumplir con la normativa vigente en el Perú.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar y actualizar todos los datos en campos discretos y diferenciados. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
10	N1.INM.03.02		El sistema DEBE generar registros diarios de vacunación PARA facilitar el monitoreo de la unidad de inmunizaciones.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar registros diarios de vacunación. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
11	N1.INM.03.03		El sistema DEBE permitir generar el Informe analítico mensual PARA optimizar labor de personal de inmunizaciones.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando sistema genera el informe analítico mensual según grupo de edad. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

P. FUNCIONAL GESTIÓN DE INMUNIZACIONES	CANTIDAD DE CRITERIOS	PUNTAJE POR CRITERIOS
DEBE	11	22
PUNTAJE APROBATORIO		22
* Obligatoriamente debe cumplir los criterios expresados con DEBE		



J. PÉREZ



ANEXO N° 18
PERFIL FUNCIONAL – EMERGENCIA

N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
1	N2.EMG.01.01		El sistema DEBE señalar a todos los registros y documentación generada tipo solicitudes u órdenes con la indicación EMERGENCIA PARA permitir su fácil identificación y priorización frente a requerimientos procedentes de otras UPSS que pudieran esperar por su condición de programada.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando se visualiza en el sistema la indicación de EMERGENCIA en los registros y documentaciones. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
2	N2.EMG.01.02		El sistema DEBE permitir a los profesionales que complementan la realización del acto médico como enfermeras, obstétricas u otros, registrar información de su competencia en formatos específicos PARA completar los registros de atención de emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar las entradas de registros generadas por profesionales de enfermería, obstetricia u otros según competencia en formatos específicos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
3	N2.EMG.02.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar el triaje de emergencia incluyendo prioridad y destino de emergencia durante un proceso de registro urgente con la HCE PARA iniciar la atención de emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar el triaje en campos estructurados y diferenciados las funciones vitales, mediciones antropométricas, prioridad y destino. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
4	N2.EMG.02.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar el ingreso de un paciente de prioridad I sin haber completado la admisión PARA iniciar la atención de emergencias graves.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar el ingreso a un paciente de prioridad I, con información básica para identificar al paciente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
5	N2.EMG.005		El sistema PUEDE permitir realizar registros para atención ambulatoria de urgencias en una versión corta de la HCE PARA registrar la atención de urgencias de manera más ágil y optimizar tiempos.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar la atención ambulatoria de urgencia en versión corta integrada a la HCE y permite su desarrollo natural posterior. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
6	N2.EMG.006		El sistema PUEDE ofrecer información guía respecto a las patologías más frecuentes relacionadas con cada una de las prioridades establecidas en el triaje PARA facilitar la determinación del triaje de emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema muestra guías de las patologías más frecuentes por cada prioridad. Cumplimiento parcial 1 punto: cuando el sistema muestra guías de las patologías más frecuentes. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
7	N2.EMG.02.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de armonizar información generada durante un proceso de registro urgente con la HCE PARA permitir la integración de la información en un documento único.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite integrar la información con la HCE. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
8	N2.EMG.008		El sistema DEBERÍA ofrecer la capacidad de generar reportes de indicadores de proceso, eficiencia y calidad PARA favorecer el control de Emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar los 3 tipos de reportes de indicadores. Cumplimiento parcial 1 punto:	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
				cuando el sistema genera como mínimo dos reportes de indicadores No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
9	N2.EMG.009		El sistema PUEDE ofrecer información guía respecto a documentos de gestión de emergencia determinados por su Noma Técnica de Salud PARA orientar la gestión de la UPSS emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema muestra información guía de documentos de gestión de emergencia. Cumplimiento parcial 1 punto: no aplica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
10	N2.EMG.02.04		El sistema DEBE extraer y generar la trama de datos del Reporte Consolidado de Producción Asistencial en Emergencia (Periodo de Reporte, Código de la IPRESS, Código de la UGIPRESS, Sexo del Paciente, Grupo de Edad en años, Número Total de Atenciones (Médicas y no médicas), Número Total de Atendidos) PARA enviar a SUSALUD.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar la trama con todos los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
11	N2.EMG.02.05		El sistema DEBE extraer y generar la trama de datos del Reporte Consolidado de Morbilidad en Emergencia (Periodo de Reporte, Código de la IPRESS, Código de la UGIPRESS, Sexo del Paciente, Grupo de Edad en años, Diagnóstico de Emergencia, Número Total de Atendidos) PARA enviar a SUSALUD.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar la trama con todos los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
12	N2.EMG.02.06		El sistema DEBE generar la trama de información clínica a la salida de la IPRESS, que coincide con el final de episodio clínico intra-IPRESS, PARA enviar al RENHICE.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar la trama de información clínica a la salida de la IPRESS. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
13	N2.EMG.013		El sistema DEBERÍA permitir capturar y almacenar información transmitida de los Servicios Médicos de Emergencia (EMS) (p. ej. lugar y tipo de lesión, signos vitales), teleemergencia PARA agilizar admisión y triaje de emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar información transmitida por los Servicios Médicos de Emergencia y teleemergencia. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
14	N2.EMG.014		El sistema PUEDE ofrecer la capacidad de capturar y almacenar un archivo de audio de un Servicio Médico de Emergencia PARA agilizar admisión y triaje de emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar un archivo de audio transmitida por un servicio médico de emergencia. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
15	N2.EMG.02.07		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar las transferencias del paciente al interior de los tópicos de atención de la UPSS Emergencia PARA permitir el(los) registro(s) de las atenciones del personal de salud de guardia en emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar las transferencias del paciente entre los tópicos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
16	N2.EMG.02.08		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar las atenciones especializadas realizadas en shock trauma de Emergencia PARA gestionar la información de acuerdo a dicha prioridad.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar las atenciones especializadas realizadas en shock trauma. No cumple 0 puntos: cuando	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373-MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
				el sistema no cumple con el criterio.	
17	N2.EMG.02.09		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de habilitar accesos a usuarios de turno en tópicos de emergencia, sala de observación, y shock trauma que requiere la situación clínica PARA permitir el(los) registro(s) de las atenciones del personal de salud de guardia según rol en emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite habilitar el acceso a los usuarios de turno por ambiente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
18	N2.EMG.02.10		El sistema DEBE permitir capturar la fecha y hora de atención, tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales, desarrollo cronológico de la enfermedad (relato), y antecedentes PARA completar datos de anamnesis obligatorios.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar en campos discretos de manera específica todos los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
19	N2.EMG.02.11		El sistema DEBE permitir capturar las funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite, puntaje de Escala de Glasgow, peso, estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos, examen clínico regional PARA permitir el registro de campos del examen clínico obligatorio en emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar en campos discretos de manera específica todos los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
20	N2.EMG.02.12		El sistema DEBE permitir capturar fecha y hora de evolución, nota de Ingreso, apreciación subjetiva, apreciación objetiva, verificación del tratamiento y dieta, interpretación de exámenes y comentario, plan de trabajo, funciones vitales y procedimientos realizados PARA cumplir con registro de la evolución durante la estancia en emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar en campos discretos de manera específica todos los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
21	N2.EMG.021		El sistema DEBERÍA permitir a profesionales de atención complementaria al acto médico la visualización de órdenes y el registro de la ejecución de las mismas en el marco de sus competencias PARA completar registros como notas de ingreso, control de funciones vitales, control de funciones biológicas, registros/ anotaciones de enfermería, registros de obstetricia, balance hídrico por 24 horas.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite visualizar las órdenes y registrar la ejecución de estas a los profesionales de atención complementaria. Cumplimiento parcial 1 punto: cuando el sistema permite visualizar las órdenes a los profesionales de atención complementaria. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
22	N2.EMG.022		El sistema DEBERÍA ofrecer la capacidad de transmitir (p. ej. por correo electrónico) datos específicos de un paciente (p. ej. informes, resultados, documentos) a prestadores/ establecimientos alternativos en un contexto de atención de emergencia PARA compartir información entre prestadores que atendieron a un mismo paciente en situación de emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite transmitir documentos electrónicos referidos a datos del paciente entre prestadores/establecimientos. Cumplimiento parcial 1 punto: no aplica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 323 - MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
23	N2.EMG.023		El sistema DEBERIA ofrecer la capacidad de transmitir imágenes de calidad de diagnóstico del paciente específicas (p. ej. sonidos, formas de onda de ECG, gráfico de ECG, video, imágenes de diagnóstico) a prestadores/ establecimientos alternativos en un contexto de atención de emergencia PARA compartir información pertinente entre prestadores que atendieron a un mismo paciente en situación de emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite transmitir imágenes de diagnóstico del paciente entre prestadores/establecimientos. Cumplimiento parcial 1 punto: no aplica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
24	N2.EMG.024		El sistema DEBERIA ofrecer al usuario la capacidad de generar una notificación del estado del paciente (p. ej. llegada, admisión, alta hospitalaria, deceso) a los prestadores y coordinadores de servicios de salud (p. ej. el médico del servicio de emergencias envía una notificación a los miembros del equipo de salud que el paciente ha sido admitido) PARA compartir información pertinente entre prestadores que atendieron a un mismo paciente en situación de emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar notificaciones del estado del paciente a los profesionales de la salud y jefes/coordinadores de turno. Cumplimiento parcial 1 punto: no aplica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
25	N2.EMG.025		El sistema DEBERIA ofrecer la capacidad de integrarse con otras UPSS de atención directa al interior de la IPRESS PARA continuar con la atención con vías a ser resuelto al interior de la IPRESS.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema integra la atención realizada en emergencia con otro servicio (hospitalización, UCI, centro quirúrgico, centro obstétrico) No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
26	N2.EMG.02.13		El sistema DEBE permitir gestionar órdenes de transferencia del paciente hacia otras UPSS al interior de la IPRESS PARA continuar con la atención con vías a ser resuelto al interior de la misma IPRESS.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar las ordenes de transferencia hacia otros servicios. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
27	N2.EMG.027		El sistema DEBERIA ofrecer la capacidad de integrarse con sistemas externos (fuera del ámbito del SIHCE de la IPRESS) PARA finalizar la atención en la UPSS emergencia de la IPRESS.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite integrarse con sistemas externos Cumplimiento parcial 1 punto: no aplica No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
28	N2.EMG.02.14		El sistema DEBE generar órdenes con documentación de egreso del paciente de la IPRESS PARA registrar condiciones y destino al egreso de la IPRESS cuando se ha cerrado la atención en la misma.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar documentos según condición y destino. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
29	N2.EMG.029		El sistema PUEDE gestionar la disponibilidad de recursos de servicios de salud a través de interacciones con otros sistemas, aplicaciones y módulos (p. ej. disponibilidad de camas, prestadores, personal de soporte, áreas de atención y dispositivos complementarios, quirófanos, suministros médicos, vacunas y productos farmacéuticos), de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar la disponibilidad de recursos de servicios de salud de la IPRESS. Cumplimiento parcial 1 punto: no aplica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373-MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
30	N2.EMG.02.15		El sistema DEBE ofrecer un medio para gestionar la clasificación de agudeza del cuadro clínico de un paciente en el triaje PARA facilitar gestión de tiempos de espera y de respuesta por lo menos en Emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema cuenta con un módulo específico que permite realizar la clasificación de agudeza del cuadro clínico/ prioridad de los pacientes No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
31	N2.EMG.031		El sistema DEBERIA capturar, mantener actualizadas y generar clasificaciones de agudeza del cuadro clínico de un paciente en el triaje a partir de escalas de agudeza estandarizadas PARA orientar la respuesta de la atención por lo menos en emergencia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar, actualizar y generar diversas clasificaciones de agudeza del cuadro clínico/ prioridad al paciente. Cumplimiento parcial 1 punto: no aplica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
32	N2.EMG.032		El sistema DEBERIA presentar una lista de pacientes que han pasado por triaje PARA facilitar la atención de los pacientes citados/ programados/ en espera de atención.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema muestra la lista de pacientes que han pasado por triaje. Cumplimiento parcial 1 punto: no aplica No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
33	N2.EMG.033		El sistema DEBERIA ofrecer la capacidad de presentar los pacientes que han pasado por triaje y que han sido filtrados y clasificados simultáneamente con base en múltiples criterios, tales como el prestador, la sala, la clasificación de agudeza del cuadro clínico en el triaje y el tiempo de espera PARA optimizar tiempos de espera en emergencia	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema muestra la lista de pacientes que han pasado por triaje, han sido clasificados por prioridad y tiempo de espera (paciente "A", edad, prioridad III, tópico de traumatología, tiempo de espera 30 minutos, están clasificados por colores). Cumplimiento parcial 1 punto: no aplica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

P. FUNCIONAL DE EMERGENCIA	CANTIDAD DE CRITERIOS	PUNTAJE OBTENIDO
DEBE	33	66
PUNTAJE APROBATORIO		66

* Además de los criterios expresados con DEBE de Consulta Externa, obligatoriamente debe cumplir los criterios expresados con DEBE propios de Emergencia



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 323-MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



ANEXO N° 19
PERFIL FUNCIONAL – HOSPITALIZACIÓN

N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento.	Resultado
1	N2.HOS.01.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de habilitar la opción de registros solo en las historias de los pacientes que están hospitalizados en el servicio de la IPRESS PARA garantizar que dichos registros se realizarán durante la atención del paciente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema solo permite registrar datos en las historias de los pacientes que están hospitalizados en el servicio. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple el criterio.	
2	N2.HOS.01.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de visualizar los registros de las atenciones realizadas en la UPSS de procedencia sea consulta externa, emergencia, centro quirúrgico, centro obstétrico, u otro al interior de la IPRESS PARA no repetir registros y completar sección de antecedentes patológicos de la información clínica y completar la atención.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite visualizar las atenciones realizadas en el servicio de procedencia. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
3	N2.HOS.01.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar los signos y síntomas principales, tiempo de enfermedad, forma de inicio y curso de la enfermedad, relato cronológico de la enfermedad, funciones biológicas, así como antecedentes PARA completar la información respecto a enfermedad actual y antecedentes en hospitalización.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar en campos separados todos los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
4	N2.HOS.01.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar las funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA); datos antropométricos: peso, talla, IMC (calculado); estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos PARA completar la información de examen clínico obligatoria en hospitalización.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar en campos separados todos los datos con sus unidades de medición. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
5	N2.HOS.01.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar el examen clínico regional PARA completar la información de examen clínico obligatoria en hospitalización.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar el examen clínico regional como datos abiertos y/o discretos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
6	N2.HOS.01.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar los diagnósticos usando el CIE 10 o versión superior vigente (codificación y denominación), precisando el tipo de diagnóstico (presuntivo, definitivo, repetitivo) PARA cumplir con el registro obligatorio de diagnóstico en hospitalización.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar los diagnósticos acordes al criterio. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
7	N2.HOS.01.07		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar el régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes; nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI), presentación, dosis, frecuencia, vía de administración, cuidados de Enfermería y por otros profesionales PARA realizar la gestión del tratamiento en hospitalización.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar en campos separados y/o secciones todos los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 33 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
8	N2.HOS.01.08		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar y gestionar formatos especiales tales como formato de interconsulta, formato de orden de intervención quirúrgica, reporte operatorio, Hoja de evolución pre anestésica, lista de verificación de seguridad de la cirugía, hoja de anestesia, hoja post anestésica, formatos de patología clínica, formato de diagnóstico por imágenes, formato de anatomía patológica, formato de consentimiento informado, formato de retiro voluntario, epicrisis PARA realizar la gestión del plan de trabajo en hospitalización.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar y gestionar todos los formatos especiales. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
9	N2.HOS.01.09		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de realizar los registros de evolución propios de la visita médica en hospitalización PARA continuar el registro de atención.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar la evolución propia de la visita médica precisando fecha y hora. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
10	N2.HOS.01.10		El sistema DEBE organizar los registros de la evolución médica siguiendo el modelo SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan) PARA completar el registro de la atención.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema organiza y permite capturar la evolución médica en 4 secciones siguiendo el modelo SOAP precisando fecha y hora. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
11	N2.HOS.01.11		El sistema DEBE mostrar las órdenes médicas en el módulo de los profesionales de la salud de atención complementaria (enfermería, obstetricia y nutrición) PARA completar los formatos de su competencia tipo Notas de ingreso de enfermería/obstetricia, notas de Evolución de enfermería/obstetricia, hoja de Gráfica de Signos vitales, hoja de balance hídrico, Kardex, Indicación de dieta.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema muestra las órdenes médicas en el módulo de cada profesional. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
12	N2.HOS.01.12		El sistema DEBE permitir capturar y gestionar los registros de ingresos por vía oral/ enteral, vía parenteral, agua de oxidación, transfusiones, total de ingresos; registro de los egresos, diuresis, deposición, vómitos, pérdida insensible, otros egresos y total de egresos para la determinación del balance total PARA cumplir con la obligatoriedad de registrar el balance hídrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar los ingresos y egresos de líquidos del paciente para determinar y generar el balance hídrico. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
13	N2.HOS.01.13		El sistema DEBE permitir capturar y gestionar el registro de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, registro basal de la temperatura en 36 °C, registro basal de frecuencia cardiaca en 60/ min, registro basal de frecuencia respiratoria 20/min, registra trazado lineal (color rojo en 37°C) PARA cumplir con la obligatoriedad de realizar el registro de la hoja gráfica de signos vitales en enfermería de hospitalización.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar todos los datos y generar la hoja gráfica acorde al criterio. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
14	N2.HOS.01.14		El sistema DEBE permitir capturar y gestionar el registro de la intervención quirúrgica y días post operatorios si el caso requiere, registro total de egresos en 24 horas (orina, vómito, heces, drenajes, etc.), registro de días de menstruación (ginecología), peso, talla, registro de alergias medicamentosas, registro de componentes sanguíneos PARA completar el registro de la hoja	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar todos los datos y completar la hoja gráfica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
			gráfica de signos vitales en enfermería de hospitalización.		
15	N2.HOS.01.15		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar información producto de la atención de enfermería incluyendo fecha y hora de atención, datos subjetivos, datos objetivos, dx. de enfermería, plan de cuidados, intervenciones de enfermería, medicación administrada, existencia de eventos adversos, evaluación de las intervenciones ejecutadas PARA realizar la gestión de los registros de enfermería y de la jefa de enfermería por servicio, departamento, guardia u organización funcional equivalente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar en campos o secciones separadas los datos del registro de enfermería. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
16	N2.HOS.01.16		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar información producto de la atención de otros profesionales de la salud que realicen atenciones en hospitalización PARA registrar información complementaria por servicio, departamento, guardia u organización funcional equivalente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar la atención de otros profesionales de la salud (obstetra, nutricionista, psicólogo). No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
17	N2.HOS.02.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar entradas de órdenes basadas en el rol, el contexto y/o el usuario PARA monitorear, controlar y/o permitir la trazabilidad y auditoría permanente en Hospitalización.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar las órdenes. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
18	N2.HOS.02.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la creación, renovación, modificación y discontinuación de órdenes PARA permitir la ejecución completa del plan de trabajo según el orden de los formatos de hospitalización establecidos en la NTS de Gestión de Historia Clínica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite visualizar el estado de las órdenes. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
19	N2.HOS.02.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar las órdenes derivadas de la visita médica de hospitalización PARA mantener información actualizada respecto al acto médico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar las órdenes derivadas de la visita médica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
20	N2.HOS.02.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de habilitar el registro en la historia clínica a usuarios que no pertenecen al departamento o servicio donde se está atendiendo en situaciones tipo interconsulta, ejecución de procedimientos previamente indicados durante la visita médica de hospitalización PARA mantener información actualizada respecto a actuaciones médicas.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema habilitó a otros profesionales para realizar el registro en la historia clínica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
21	N2.HOS.02.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar una junta médica en casos específicos determinados por el médico responsable de la hospitalización PARA permitir el manejo multi y transdisciplinario en los casos que lo ameriten.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar una junta médica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
22	N2.HOS.03.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar la lista de tratamientos que serán administrados dentro de un período especificado, e incluyendo todas las indicaciones/instrucciones de administración PARA cumplir con la ejecución de tratamientos.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite visualizar la lista de tratamientos a administrar. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 313 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
23	N2.HOS.03.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar la información necesaria para administrar el tratamiento (p. ej. lugar del cuerpo, hora y frecuencia) PARA cumplir con la ejecución de tratamientos.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera y muestra la información necesaria para administrar el tratamiento. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
24	N2.HOS.03.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar, mantener actualizados y generar los detalles asociados con el tratamiento como datos discretos, incluyendo: tratamiento, fecha y hora del tratamiento, lugar (p.ej.: cama, sala, tópico, etc.), prestador que administra, observaciones, reacciones y complicaciones, motivo por el cual no se administró el tratamiento, y/o actividad relacionada no realizada, de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional PARA cumplir con la ejecución de tratamientos.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite el registro de los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
25	N2.HOS.03.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar, mantener actualizados y generar detalles asociados con tratamientos (incluyendo los tratamientos programados de rutina, de una sola dosis, a pedido y "PRN") de tal manera que los distinga de otros tipos de tratamientos, de acuerdo con el alcance de la práctica PARA cumplir con la ejecución de tratamientos.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite el registro de los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
26	N2.HOS.04.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar recomendaciones para futuros servicios de salud como elementos de datos discretos, incluyendo el prestador que hace la recomendación y una fecha de alerta para que la recomendación entre en efecto PARA permitir la continuidad de la atención y continuar según el flujo de atención al interior o fuera de la misma IPRESS.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar en forma específica una sección de recomendaciones para futuros servicios incluyendo fecha de aplicación. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
27	N2.HOS.04.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de mantener actualizadas las recomendaciones y los metadatos de la recomendación asociados (p. ej. fecha de alerta) PARA orientar la continuidad según flujo de atención.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite actualizar las recomendaciones para futuros servicios. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
28	N2.HOS.05.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de determinar y generar conjuntos de instrucciones estandarizadas pertinentes a la condición de hospitalización del paciente, para procedimientos o eventos programados por ejemplo Tipo de higiene, tipo de dieta, tipo de cama, terapias complementarias, etc. PARA completar información al egreso de la atención.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar instrucciones estandarizadas de acuerdo a la condición del paciente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
29	N2.HOS.05.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar instrucciones pertinentes al paciente que hayan sido seleccionadas por el prestador PARA completar información al egreso de la atención.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar instrucciones para el paciente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
30	N2.HOS.06.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar informes de servicios al culminar un episodio clínico Intra-IPRESS usando datos recopilados durante la atención PARA optimizar tiempos y disminuir registros innecesarios.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar la epicrisis y el informe de alta. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
31	N2.HOS.06.02		El sistema DEBE extraer y generar la trama de datos del Reporte Consolidado de Producción Asistencial en Hospitalización (Periodo de Reporte, Código de la IPRESS, Código de la UGIPRESS, Servicio /Especialidad, Ingresos, Egresos, Estancias, Pacientes Días, Camas, Días Cama Disponible, Fallecidos) PARA enviar a SUSALUD.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar la trama con todos los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
32	N2.HOS.06.03		El sistema DEBE extraer y generar la trama de datos del Reporte Consolidado de Morbilidad en Hospitalización (Periodo de Reporte, Código de la IPRESS, Código de la UGIPRESS, Sexo del Paciente, Grupo de Edad en años, Diagnóstico de Egreso, Egresos) PARA enviar a SUSALUD.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar la trama con todos los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
33	N2.HOS.06.04		El sistema DEBE generar la trama de información clínica al egreso de la IPRESS, que coincide con el final de episodio clínico intra-IPRESS, PARA enviar al RENHICE.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar la trama de información clínica al egreso de la IPRESS. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
34	N2.HOS.07.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar órdenes de la misma manera, independientemente de cómo se hayan ordenado (individualmente o a partir de un conjunto de órdenes) PARA optimizar tiempos de atención.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar órdenes individualmente o en conjunto para un mismo paciente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
35	N2.HOS.07.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar, mantener actualizados y generar conjuntos de órdenes que permitan o no que el usuario seleccione o deseleccione órdenes individuales (p. ej. órdenes pendientes que no se pueden modificar durante la prestación de servicios de salud) PARA optimizar tiempos de ejecución del plan de trabajo.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite seleccionar o deseleccionar órdenes individuales de un conjunto de órdenes. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
36	N2.HOS.08.01		El sistema DEBE determinar y generar notificaciones sobre posibles errores en la administración, tales como paciente incorrecto, medicamento incorrecto, dosis incorrecta, vía incorrecta y hora incorrecta, a medida que se relacionen con la administración del medicamento en el centro donde esta se lleve a cabo PARA garantizar la correcta administración del medicamento.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera notificaciones sobre todos los posibles errores en la administración. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
37	N2.HOS.09.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar las interacciones de las asignaciones de camas a pacientes, incluyendo las asignaciones de camas temporales, PARA permitir gestión y censo de camas por salas diferenciadas.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar, asignar, liberar las camas en la IPRESS. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 - Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
38	N2.HOS.09.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar listas de información para facilitar la asignación efectiva de camas incluyendo, como mínimo, una lista de pacientes que actualmente se encuentran en el establecimiento, una lista de habitaciones vacías y una lista de espacios disponibles para la atención de pacientes PARA permitir gestión y censo de camas.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera lista de camas disponibles por UPSS, espacios u habitaciones. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
39	N2.HOS.09.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la reubicación de pacientes PARA permitir gestión y censo de camas.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite reubicar pacientes, precisando cambio de ambiente y cama. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
40	N2.HOS.09.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de manejar por separado a múltiples pacientes que están siendo atendidos simultáneamente en una sola habitación o en un espacio identificado, de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional PARA permitir gestión y censo de camas.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar información de múltiples pacientes ubicados en un mismo ambiente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
41	N2.HOS.09.05		El sistema DEBE mantener actualizada la información de asignación de cama a cada paciente generando rótulo de ubicación y condiciones de hospitalización PARA permitir el monitoreo y control de la estancia física del usuario de salud/ paciente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema mantiene actualizada la información de asignación de cama y genera rótulo de ubicación y condiciones de hospitalización. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
42	N2.HOS.09.06		El sistema DEBE mantener actualizada la información respecto a movilizaciones transitorias o definitivas de cada paciente al interior de la UPSS Hospitalización manteniendo o liberando la cama PARA permitir el monitoreo y control de la estancia física del usuario de salud/ paciente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar movilizaciones del paciente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
43	N2.HOS.09.07		El sistema DEBE permitir la gestión de ingreso y egreso de pacientes a cada UPS de hospitalización PARA mantener actualizado el censo de los usuarios de salud/ paciente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite el ingreso y egreso de pacientes a las UPS de hospitalización. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

P. FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN	CANTIDAD DE CRITERIOS	PUNTAJE POR CRITERIOS
DEBE	43	86
PUNTAJE APROBATORIO		86

* Además de los criterios expresados con DEBE de Consulta Externa y Emergencia, obligatoriamente debe cumplir los criterios expresados con DEBE propios de Hospitalización





ANEXO N° 20
PERFIL FUNCIONAL - CENTRO OBSTÉTRICO

N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
1	N3.COB.01.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la atención de la gestante sin complicaciones en el período de parto PARA gestionar las atenciones de centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionarla la Atención de la gestante sin complicaciones en el período de parto. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
2	N3.COB.01.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la atención del parto de la gestante con complicaciones PARA gestionar las atenciones de centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar la Atención del parto de la gestante con complicaciones. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
3	N3.COB.01.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la atención de puerperio inmediato PARA gestionar las atenciones de centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar la Atención de puerperio inmediato. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
4	N3.COB.01.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la atención inmediata del recién nacido PARA gestionar las atenciones de centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar la Atención inmediata del recién nacido. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
5	N3.COB.01.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la información propia del ingreso al centro obstétrico PARA permitir el registro óptimo de la información de las pacientes de centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar en forma específica los datos del ingreso al Centro Obstétrico como campos discretos, incluyendo como mínimo: UPSS de origen, Área, N° HC, fecha y hora de ingreso, piso, unidad, número de cama, médico tratante o profesional de turno que recibe a la paciente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
6	N3.COB.01.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de mantener visibles datos de filiación necesarios PARA realizar los registros de las atenciones diferenciadas según ambientes como salas de dilatación, expulsivo y salas de parto de acuerdo con el alcance de la normatividad de centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema mantiene visibles los datos de filiación en cada ambiente. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
7	N3.COB.01.07		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar los detalles clínicos necesarios diferenciando la ubicación física del paciente (ambientes tipo salas multifuncionales, salas de dilatación, expulsivo, salas de parto, sala de recuperación, sala de puerperio), salas TPR, salas TPR para pacientes de aislamiento de acuerdo con el alcance del marco normativo PARA optimizar el registro de información de centro obstétrico ubicando a la paciente gestante.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar los detalles clínicos de la atención de manera diferenciada según el área en que se encuentra la gestante. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
8	N3.COB.01.08		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar los detalles clínicos necesarios diferenciando la ubicación física del recién nacido sea en área de atención al recién nacido, ambiente de atención del recién nacido PARA optimizar el registro de información de centro obstétrico ubicando al recién nacido.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar todos los detalles clínicos de cada recién nacido en forma específica: Peso, Talla, Sexo, Perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal, temperatura, Apgar al 1 minuto, a los 5 minutos y a	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 - MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
				los 10 minutos, Edad por ex. Físico (Capurro), Peso por edad gestacional (Adecuado, Pequeño, Grande), Examen VIH (positivo, negativo, no se hizo), Reanimación respiratoria (Si/No, oxígeno, bolsa y máscara, intubación endotraqueal), VDRL/ RPR (positivo, negativo, no se hizo), Examen físico, Contacto piel a piel (Si/No), Grupo (A, B, AB y O) factor Rh ("+" o "-"), Profilaxis de recién nacido (Vitamina K Si/No), Profilaxis ocular Si/No); Vacunas RN: BCG (Si/No), Hepatitis B (Si/No). No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
9	N3.COB.01.09		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar el partograma conteniendo filiación de la paciente, fecha y hora de ingreso, membranas rotas, frecuencia cardíaca fetal, características del líquido amniótico, presentación/situación, dilatación cervical, descenso cefálico, frecuencia y duración de contracciones uterinas, uso de oxitocina, medicamentos administrados, presión arterial, pulso, temperatura, proteínas, cetonas y volumen de orina, fecha y hora del parto, peso, talla y apgar del recién nacido, tiempo de duración del parto PARA optimizar el registro de información de centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema gestiona todos los detalles clínicos como campos discretos y gráficas correspondientes. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
10	N3.COB.01.10		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar los diagnósticos usando el CIE 10 o versión superior vigente (codificación y denominación), precisando el tipo de diagnóstico (presuntivo, definitivo, repetitivo) PARA cumplir con el registro obligatorio de diagnóstico en centro obstétrico.	Cumplimiento total - 2 puntos: cuando el sistema permite registrar los diagnósticos acordes al criterio. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
11	N3.COB.01.11		El sistema DEBE garantizar la generación de datos de filiación conteniendo fecha de ingreso, nombres y apellidos, tipo y N° seguro, N° historia; además datos relacionados al servicio/piso/unidad, N° de cama, edad, así como diagnósticos y alergia a medicamentos PARA completar datos del Kardex de obstetricia en centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera todos los datos de filiación del Kardex de obstetricia. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
12	N3.COB.01.12		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar las indicaciones terapéuticas, debiendo contener fecha y hora, registro de dieta indicada; registra medicación con cinco correctos: nombre paciente, dosis, vía, medicamento, hora; registro de exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento, registro de interconsultas, registro de monitoreo fetal, registro de programación de sala, registro de pruebas especiales PARA completar datos del Kardex de obstetricia en centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema registra todas las indicaciones terapéuticas en campos discretos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
13	N3.COB.01.13		El sistema DEBE garantizar la generación de datos de filiación conteniendo nombres y apellidos, tipo y N° seguro, N° historia, servicio/ piso/ unidad, N° de cama, fecha de ingreso del paciente, sexo, edad PARA completar datos de la hoja gráfica de signos vitales de obstetricia en centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera todos los datos de filiación de la hoja gráfica de signos vitales de obstetricia. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
14	N3.COB.01.14		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, registro basal de la temperatura, registro basal de	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar todos los datos en campos discretos.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 333 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
			frecuencia cardíaca, registro basal de frecuencia respiratoria, registra trazado lineal PARA completar la hoja gráfica de signos vitales de obstetricia en centro obstétrico.	No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
15	N3.COB.01.15		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar la evolución obstétrica conteniendo la medición de altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, sangrado /loquios, liquido amniótico, dinámica uterina, secreciones cervicovaginales PARA completar la hoja gráfica de signos vitales de obstetricia en centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar todos los datos en campos discretos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
16	N3.COB.01.16		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar las notas de obstetricia de acuerdo con el alcance de la práctica en centro obstétrico PARA la gestión óptima de la información de centro obstétrico	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema captura las notas de obstetricia. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
17	N3.COB.01.17		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar una o varias evaluaciones PARA optimizar la atención en Centro obstétrico	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar una o varias evaluaciones. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
18	N3.COB.01.18		El sistema DEBE capturar y generar la fuente y el motivo de solicitudes de procedimientos de centro obstétrico PARA cumplir con la normativa referida a Centro obstétrico	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema captura y genera la fuente y el motivo de solicitudes de procedimientos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
19	N3.COB.01.19		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de aceptar o rechazar una solicitud de ingreso a centro obstétrico PARA la correcta gestión de vacantes en centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite aceptar o rechazar una solicitud de ingreso a centro obstétrico. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
20	N3.COB.01.20		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar el motivo de rechazo de la misma PARA cumplir con la normativa referida a centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar el motivo de rechazo. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
21	N3.COB.01.21		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de transmitir al prestador remitente la aceptación o el rechazo de la solicitud de ingreso a centro obstétrico, incluyendo el motivo PARA cumplir la correcta gestión de centro obstétrico y demás UPSS remitentes.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema transmite la respuesta incluyendo los motivos de la decisión. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
22	N3.COB.01.22		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de crear un registro de la atención de la paciente a partir de la información recibida PARA cumplir con la optimización del registro de las respuestas y registros derivados.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite crear un registro de la atención de un paciente a partir de la información recibida. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
23	N3.COB.01.23		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar las vacantes en salas y camas de centro obstétrico permitiendo optimizar gestiones de ingreso PARA optimizar la atención de centro obstétrico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema gestiona y permite la visualización de la disponibilidad de vacantes en sala o camas en centro obstétrico. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
24	N3.COB.01.24		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar los cupos disponibles del Centro obstétrico según sus horarios al momento de ingresar la orden PARA la correcta gestión.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema gestiona y permite los cupos disponibles de centro obstétrico.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 323 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
				No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
25	N3.COB.01.25		El sistema DEBE extraer y generar la trama de datos del Reporte Consolidado de Partos (Periodo de Reporte, Código de la IPRESS, Código de la UGIPRESS, Tipo de Parto, Complicación del Parto, Partos, Total de Nacimientos, Nacimientos Vivos, Nacimientos Muertos) PARA enviar a SUSALUD.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar la trama con todos los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

P: FUNCIONAL DE CENTRO OBSTETRICO	CANTIDAD DE CRITERIOS	PUNTAJE POR CRITERIOS
DEBE	25	50
PUNTAJE ADICIONAL APROBATORIO		50
* Además de los criterios expresados con DEBE de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización, obligatoriamente debe cumplir los criterios expresados con DEBE propios de Centro Obstétrico.		



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 323 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



ANEXO N° 21
PERFIL FUNCIONAL - CENTRO QUIRÚRGICO

N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
1	N3.CQX.01.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar los datos de la Evaluación preanestésica en la IPRESS conteniendo datos clínicos de peso, Antecedentes para la anestesia, enfermedad actual, procedimiento terapéutico programado, datos relevantes de examen físico, tipo de anestesia prevista/ sugerida, riesgo ASA, conclusiones de la evaluación, fecha probable de cirugía, hora probable de cirugía en formato 24 horas h/m/s, personal de salud, médico anestesiólogo programado, sala de operaciones, voluntad de donación de órganos Si en caso afirmativo, No en caso negativo, grupo sanguíneo, factor Rh PARA completar los datos de la Evaluación preanestésica centro quirúrgico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema ofrece la capacidad de gestionar los datos de la Evaluación preanestésica en campos discretos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
2	N3.CQX.01.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y autorrellenar los datos de filiación necesarios para los formatos de evaluación preanestésica, hoja de anestesia, hoja posanestésica, orden de intervención quirúrgica y reporte operatorio de acuerdo con el alcance de la práctica PARA optimizar el registro de información de centro quirúrgico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite obtener y autorrellenar los datos de filiación necesarios para todos los formatos indicados. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
3	N3.CQX.01.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y gestionar el peso, Diagnóstico preoperatorio, Diagnóstico postoperatorio, medicación preanestésica, resumen de valoración preoperatoria, hora de inicio de anestesia, hora de fin de anestesia, descripción de la técnica anestésica, medicación administrada (presentación, dosis, frecuencia, vía y momento), ventilación mecánica, gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención, incidencias de interés en relación con el estado vital del paciente, balance hídrico, descripción del estado clínico del paciente durante la intervención, estado clínico del paciente después de la intervención, fecha de cirugía, hora de cirugía, médico anestesiólogo PARA completar el registro de la hoja de anestesia en centro quirúrgico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar en forma específica todos los datos de la Hoja de Anestesia. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
4	N3.CQX.01.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y gestionar información del área de recuperación posanestésica incluyendo los datos de peso, diagnóstico postoperatorio, fecha de cirugía, hora de ingreso, hora de egreso, registro de monitoreo de funciones vitales, condición de ingreso a recuperación, anotaciones de la evolución: estado de conciencia, motilidad, evolución respiración, dolor, pérdidas, balance hídrico, procedimiento realizado, medicamento administrado, condición de egreso, Médico anestesiólogo y Enfermera de unidad de recuperación PARA completar el registro posanestésico de profesional médico, de enfermería u otro profesional de la salud asignado a sala de recuperación de centro quirúrgico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar en forma específica todos los datos de la Hoja Postanestesia. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
5	N3.CQX.01.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar detalles administrativos (p. ej. información del seguro médico y consentimientos informados), según sea necesario para la Evaluación preanestésica, hoja de anestesia, hoja posanestésica, orden de intervención quirúrgica y reporte operatorio PARA la gestión óptima de la información de centro quirúrgico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar datos administrativos, según sea necesario para los formatos indicados. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 333 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
6	N3.CQX.01.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar, almacenar y generar la respuesta a una orden de intervención quirúrgica (p. ej. "orden aceptada", "orden rechazada" o "se requiere más información") PARA permitir la gestión óptima del Centro quirúrgico y permitir a los solicitantes conocer el estado de lo solicitado.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar una respuesta. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
7	N3.CQX.01.07		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de determinar y generar acciones recomendadas con base en la respuesta a una orden de intervención quirúrgica entrante (p. ej. "orden aceptada", "orden rechazada" o "se requiere más información") PARA permitir al servicio solicitante la toma de decisiones que completen el proceso.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite determinar y generar acciones recomendadas. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
8	N3.CQX.01.08		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la lista de verificación de seguridad de la cirugía durante la Entrada (antes de la administración de la anestesia); durante la Pausa (antes de la incisión cutánea); a la salida (antes que el paciente salga del quirófano) según la exigencia precisada en la R.M. N° 1021-2010/MINSA, Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía PARA optimizar la atención en Centro quirúrgico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar la lista de verificación de seguridad de la cirugía en los 3 momentos normados. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
9	N3.CQX.01.09		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar los datos de Fecha y hora de solicitud, Identificación del paciente: nombres y apellidos, N° de HC, edad, sexo; servicio, N° cama, diagnóstico según código CIE 10, procedimiento quirúrgico, fecha de cirugía, Médico cirujano o especialista responsable, profesional primer ayudante, profesional segundo ayudante (opcional), grupo sanguíneo, hemoglobina, tipo de anestesia prevista, firma del médico solicitante, firma del jefe de servicio o departamento PARA completar los datos de la orden de intervención quirúrgica para ingreso a Centro quirúrgico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar de forma específica todos los datos de la orden de intervención quirúrgica como campos discretos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
10	N3.CQX.01.10		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar los datos del reporte operatorio: nombres y apellidos del paciente, N° de HC, edad, sexo; Servicio, N° de sala, fecha, hora de inicio y término de la intervención, hora de inicio y término de la anestesia, tiempo operatorio, Médico cirujano o especialista responsable, primer ayudante, segundo ayudante, tipo de anestesia utilizada, denominación Intervención quirúrgica programada y ejecutada, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico postoperatorio, descripción de la técnica, descripción del procedimiento realizado, hallazgos operatorios, complicaciones durante la intervención quirúrgica, nombres y apellidos de médico(s) anestesiólogo(s), nombres y apellidos de enfermero(a) instrumentista, nombres y apellidos de enfermero(a) de enfermera circulante, Descripción de estado y destino del usuario de salud - paciente al salir del quirófano, precisión de realización o no de examen anatómico-patológico y/ o bacteriológico, firma del Médico cirujano o especialista responsable PARA completar los datos del reporte operatorio en Centro quirúrgico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar de forma específica todos los datos del reporte operatorio como campos discretos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
11	N3.CQX.01.11		El sistema DEBE permitir capturar y gestionar los datos de las atenciones realizadas en Sala de Recuperación Post-Anestésica PARA cumplir con la normativa referida a Centro quirúrgico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar atenciones médicas, de enfermería, obstetricia u otros en sala de recuperación posanestésica No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
12	N3.CQX.01.12		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar el motivo de aceptación, observación o rechazo de la misma PARA completar la gestión de Centro Quirúrgico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar el motivo de aceptación, observación o rechazo de la orden de intervención quirúrgica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
13	N3.CQX.01.13		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de transmitir al prestador remitente la aceptación, observación o el rechazo de dicha solicitud electrónica, incluyendo los motivos de la decisión PARA cumplir la correcta gestión de centro quirúrgico y demás UPSS remitentes.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema transmite la respuesta incluyendo los motivos de la decisión. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
14	N3.CQX.01.14		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar el horario del Centro quirúrgico PARA optimizar la atención de centro quirúrgico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar el horario de atención del centro quirúrgico. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
15	N3.CQX.01.15		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de consultar los cupos disponibles del Centro quirúrgico según sus horarios PARA facilitar la asignación de las salas.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite consultar los cupos disponibles del centro quirúrgico. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
16	N3.CQX.01.16		El sistema DEBE extraer y generar la trama de datos del Reporte Consolidado de Producción Asistencial de Intervenciones Quirúrgicas (Periodo de Reporte, Código de la IPRESS, Código de la UGIPRESS, Programación, Cirugías Mayores, Cirugías Menores, Horas Programadas, Horas Efectivas, Horas Acto Quirúrgico, Cirugías Suspendidas) PARA enviar a SUSALUD.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar la trama con todos los datos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

P. FUNCIONAL: DE CENTRO QUIRÚRGICO	CANTIDAD DE CRITERIOS	PUNTAJE POR CRITERIOS
DEBE	16	32
PUNTAJE ADICIONAL APROBATORIO		32
* Además de los criterios expresados con DEBE de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización, obligatoriamente debe cumplir los criterios expresados con DEBE propios de Centro Quirúrgico.		



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 313 -Minsa/OGTI-2025
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
 INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



ANEXO N° 22
PERFIL FUNCIONAL – UCI

N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
1	N3.UCI.01.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar información de los profesionales durante la conducción de la red de procesos críticos que comprende reanimación cardiopulmonar cerebral avanzada y prolongada, soporte ventilatorio agudo y crónico o prolongado, trauma y neurointensivismo, soporte hemodinámico y cateterismo vascular PARA permitir con funcionamiento propio de UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar a los profesionales de UCI información referente al manejo de los procesos críticos de esta UPSS en secciones independientes. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
2	N3.UCI.01.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar entradas de órdenes basadas en el rol, el contexto y/o el usuario PARA monitorear, controlar y/o permitir la trazabilidad y auditoría permanente en UCI	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite la gestión de órdenes en UCI. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
3	N3.UCI.01.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y generar un problema/diagnóstico como elemento de una orden PARA facilitar la ejecución del plan de trabajo y disminuir repetición de registros en UCI	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite vincular como parte de un elemento de la orden un diagnóstico/problema. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
4	N3.UCI.01.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y generar registros de los daños más frecuentes PARA completar la gestión de registros de UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite el registro de los daños más frecuentes en UCI. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
5	N3.UCI.01.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y generar registros respecto a autoextubación PARA completar la gestión de registros de UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema en la sección del plan de trabajo permite el registro de eventos respecto a la autoextubación. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
6	N3.UCI.01.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y generar registros respecto a infecciones intrahospitalarias PARA completar la gestión de registros de UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite de capturar registros respecto a infecciones intrahospitalarias. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
7	N3.UCI.01.07		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y generar registros respecto a Puntuación de intervenciones terapéuticas (TISS-76) PARA completar la gestión de registros de UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar y registrar datos respecto a Puntuación de intervenciones terapéuticas (TISS-76). No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
8	N3.UCI.01.08		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y generar registros respecto a Reingresos en los primeros 04 días a UCI PARA completar la gestión de registros de ingresos/egresos de UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite controlar el reingreso de un paciente a UCI. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
9	N3.UCI.01.09		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de anotar y generar comentarios e instrucciones con una orden PARA completar indicaciones específicas de UCI	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar comentarios en una orden. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
10	N3.UCI.01.10		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de ingresar y mantener actualizada la información del medicamento suministrado al paciente PARA permitir el monitoreo y registros de enfermería de UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite ingresar y actualizar la información del medicamento suministrado. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
11	N3.UCI.02.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de importar y recibir resultados preliminares y finales de sistemas auxiliares, de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional PARA mantener actualizada información de apoyo al diagnóstico en UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite recibir resultados preliminares y finales de sistemas externos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
12	N3.UCI.02.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de marcar y generar una notificación al (a los) miembro(s) del equipo de atención de salud correspondiente(s) (usando alertas basadas en roles o reglas) de resultados clínicamente significativos o cambios de resultados PARA mantener actualizada información de apoyo al diagnóstico como parte del plan de trabajo en UCI	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar notificaciones respecto a resultados relevantes al (a los) miembro (s) del equipo de UCI. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
13	N3.UCI.02.03		El sistema DEBE determinar que se recibieron resultados de un paciente que ya no está bajo el cuidado del prestador prescriptor, y marcar y generar una notificación de acuerdo con el alcance de la práctica, la política organizacional y/o la ley jurisdiccional PARA mantener actualizada información de apoyo al diagnóstico como parte del plan de trabajo en UCI indicado previamente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite notificar los resultados al médico de UCI que solicitó la orden. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
14	N3.UCI.03.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de presentar lineamientos y protocolos actuales de manejo en UCI a los prestadores que crean planes de tratamiento y servicios de salud PARA facilitar la ejecución del tratamiento.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema muestra lineamientos y protocolos propios de UCI. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
15	N3.UCI.04.01		El sistema DEBE cumplir con dar soporte a evaluaciones estándares como la Puntuación de intervenciones terapéuticas (TISS-76) PARA optimizar registros de UCI según documentación vigente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar los datos para Puntuación de intervenciones terapéuticas (TISS-76). No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
16	N3.UCI.04.02		El sistema DEBE realizar al cálculo y clasificación de la Puntuación de intervenciones terapéuticas (TISS-76) PARA optimizar registros de UCI según documentación vigente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema realiza el cálculo y clasificación de la Puntuación de intervenciones terapéuticas (TISS-76) así como la interpretación respectiva de acuerdo al resultado. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
17	N3.UCI.05.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de determinar, marcar y presentar registros en casos de defunción incluyendo si el deceso ocurrió antes o pasadas las 48 horas PARA cumplir con normativa vigente referente a UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite generar información del deceso incluyendo si ocurrió antes o pasadas las 48 horas. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 - MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
18	N3.UCI.05.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la estancia en ambientes de UCI incluyendo datos como días de permanencia, destinos PARA facilitar la gestión administrativa de UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar la estancia en ambientes de UCI incluyendo datos como días de permanencia, destinos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
19	N3.UCI.06.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar las atenciones realizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos General, Unidad de Cuidados Intermedios General, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Unidad de Cuidados Intermedios Pediátrico, Unidad de Cuidados Intermedios de otras especialidades médicas y/ o Unidad de Cuidados Intensivos de otras especialidades médicas (especificar) PARA optimizar las atenciones en UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema ofrece la capacidad de registrar, obtener información y generar un reporte de las atenciones realizadas en la(s) Unidad de Cuidados Intensivos y/ o intermedios que tenga habilitado según cartera de servicio. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
20	N3.UCI.06.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar las áreas, salas, servicios y camas pertenecientes a las UPSS UCI PARA cumplir con la obligatoriedad de organización y funcionamiento establecida en la NTS UCI	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar ambientes y camas de UCI. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
21	N3.UCI.06.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar la información y documentación derivada tipo órdenes de laboratorio o imágenes las 24 horas del día PARA garantizar el funcionamiento permanente de UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema posee mecanismos de contingencia que aseguran la disponibilidad de la información y documentación señalada las 24 horas del día. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
22	N3.UCI.06.04		El sistema DEBE permitir atender la solicitud de interconsultas de procedimientos como cateterismo venoso central, intubación endotraqueal, manejo de vía aérea, etc., PARA que el personal pueda cumplir con exigencias propias de trabajo en UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite la atención de la solicitud de interconsultas específicas para procedimientos de UCI. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
23	N3.UCI.06.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar información de las atenciones de los profesionales asignados a UCI PARA permitir el funcionamiento propio de UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite anotar la información de las atenciones de los profesionales asignados a UCI. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
24	N3.UCI.06.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar información de las juntas médicas realizadas en UCI PARA permitir el funcionamiento propio de UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite anotar la información, en un formato donde debe incluir ciertos puntos como: fecha (AAAA/MM/DD) y nombre del paciente, signos y síntomas de la enfermedad, antecedentes,	
25	N3.UCI.06.06			examen clínico, diagnóstico definitivo, tratamiento, consecuencias en caso de no seguir tratamiento, recomendaciones, pronóstico, especialistas participantes, etc., de las juntas médicas realizadas en UCI. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
26	N3.UCI.07.01		El sistema DEBE permitir gestionar los criterios de admisión/ parámetros clínicos asociados a la gravedad del paciente PARA cumplir con la atención según tipo de UCI:	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema ofrece la gestión de todos los criterios de admisión/parámetros clínicos asociados a la gravedad del paciente en la atención de la UCI Pediátrica. Cumplimiento parcial 1 punto: no aplica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
27	N3.UCI.07.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar pO2 / FIO2; Creatinina (mg/dL); Diuresis (L/d); Bilirrubina (mg/dL); Presión arterial media (mm Hg); Plaquetas (miles/mm3); y la escala de Glasgow Coma PARA gestionar el "Sequential Organ Failure Assessment Score SOFA en UCI	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar todos los datos en campos discretos y diferenciados. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
28	N3.UCI.07.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar el "Sequential Organ Failure Assessment Score SOFA" (puntaje e interpretación) PARA permitir la evaluación y la toma de decisiones terapéuticas en UCI	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema calcula el puntaje y muestra la interpretación del mismo. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
29	N3.UCI.07.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar Puntos por parámetros Agudos PARA gestionar el Score APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) en UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar los puntajes por parámetros agudos. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
30	N3.UCI.07.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar, registrar uno por uno los parámetros Agudos tipo Temperatura rectal (grados C); Presión Arterial Media (mm Hg); Frecuencia Cardiaca; Frecuencia Respiratoria; Gradiente A-a de O2 (Utilizar solo si la FIO2 es mayor de 0.5); paO2 (Utilizar solo si la FIO2 es menor de 0.5); Bicarbonato en mmol/L ((Utilizar sólo si el pH no está disponible); pH arterial; Sodio sérico (mmol/L); Potasio Sérico (mmol/L); Creatinina sanguínea (Si el enfermo tiene además Insuficiencia Renal Aguda); Creatinina sanguínea (Si el enfermo no tiene Insuficiencia Renal Aguda); Hematocrito (%); Leucocitos / mm3; Puntuación en la Escala de Coma de Glasgow; PARA gestionar el Score APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) en UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar todos los datos en campos discretos y diferenciados. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
31	N3.UCI.07.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar puntos por Enfermedad crónica PARA gestionar el Score APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) en UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar los puntajes por enfermedad crónica. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
32	N3.UCI.07.07		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de registrar puntos por edad PARA gestionar el Score APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) en UCI.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite capturar los puntajes por edad. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
33	N3.UCI.07.08		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar el Score APACHE II puntaje total PARA permitir la evaluación y la toma de decisiones terapéuticas en UCI	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema calcula el puntaje total. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°393 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	Código	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
34	N3.UCI.07.09		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar el Score APACHE II (puntaje e interpretación/ probabilidad de éxito) PARA permitir la evaluación y la toma de decisiones terapéuticas en UCI	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema calcula el puntaje y muestra la interpretación/ probabilidad de éxito del mismo. No cumple 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

P. FUNCIONAL DE UCI	CANTIDAD DE CRITERIOS	PUNTAJE POR CRITERIOS
DEBE	33	66

* Además de los criterios expresados con DEBE de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización, obligatoriamente debe cumplir los criterios expresados con DEBE propios de UCI.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 - MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



ANEXO N° 23
PERFIL FUNCIONAL- INTEGRACIÓN CON UPSS DE SOPORTE A LA ATENCIÓN

N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
1	N3.SOP.01.01		El Sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar y generar información acerca del expendio/dispensación de la receta generada en el sistema, PARA verificar la atención efectiva de la prescripción médica.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema captura y genera información necesaria del despacho en campos discretos. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
2	N3.SOP.012		El Sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar información respecto al stock de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de la UPSS farmacia para la generación de la receta médica y optimizar su gestión.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema muestra información respecto a inventarios propios de la UPSS farmacia. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
3	N3.SOP.02.01		El Sistema DEBE generar una notificación al prescriptor indicando que se requiere información para computar una dosis como faltante o inválida PARA facilitar la gestión de farmacia.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema determina y genera una notificación al prestador indicando que se requiere información para computar una dosis como faltante o inválida. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
4	N3.SOP.02.02		El sistema DEBE hacer seguimiento al número de veces que se envía una receta médica (para mantener un límite en el número de veces que se permite enviar una receta médica a impresión/reimpresión y fax/reenvío por fax) PARA monitoreo y control de salida de dicha orden.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite establecer y controlar el número máximo de veces que se imprime una receta médica. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
5	N3.SOP.02.03		El Sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar y marcar como inactivos, medicamentos recientemente inactivados PARA orientar el plan de trabajo y tratamiento farmacológico.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema en la selección de medicamentos actuales muestra los medicamentos recientemente inactivados. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
6	N3.SOP.02.04		El Sistema DEBE ofrecer la capacidad de almacenar y generar información sobre órdenes de medicamentos. Incluyendo cualquier alerta posterior a la selección de órdenes de medicamentos y respuesta del prescriptor (realizar, modificar o cancelar la orden PARA apoyar en el trabajo asistencial directo.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar información sobre las órdenes de medicamentos. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
7	N3.SOP.03.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de integrar el Sistema de Información de HCE con otros sistemas (p. ej. un Sistema de Información de Laboratorio, Sistema de Radiología, Sistema de Farmacia o Sistema de Información de Hospitales, etc.), en general todos los sistemas de las UPS Soporte a la atención PARA mejorar la gestión de la información.	Cumplimiento total 2 puntos: Cuando las aplicaciones del sistema están integrados a través de estándares de codificación, estándares de mensajería y canales de comunicación seguros. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
8	N3.SOP.03.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de transmitir órdenes a la(s) UPSS de atención de soporte PARA ejecutar la orden y optimizar la ejecución del plan de trabajo por la integración de diferentes unidades productoras de servicios.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema transmite las órdenes. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
9	N3.SOP.03.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar las órdenes de hemoderivados y hemocomponentes y productos biológicos PARA completar el plan de trabajo y ejecución de tratamiento cuando se interactúe con banco de sangre.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema gestiona las órdenes de hemoderivados y hemocomponentes y productos biológicos en campos discretos. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
10	N3.SOP.03.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar el estado (p. ej. solicitado, completado, en proceso) de las órdenes de servicios de las UPSS de atención de soporte PARA lograr integración de sistemas asistenciales.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema gestiona el estado de las órdenes de servicios de las UPSS de atención de soporte. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
11	N3.SOP.03.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar las órdenes de solicitud de almacenamiento de hemoderivados y hemocomponentes y/o productos biológicos PARA permitir correcta gestión de banco de sangre e interacción con servicios de atención directa.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema gestiona las órdenes de solicitud de almacenamiento de hemoderivados y hemocomponentes y/o productos biológicos. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
12	N3.SOP.03.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar el uso de hemoderivados, hemocomponentes y otros productos biológicos en la prestación de servicios de salud PARA permitir correcta gestión de banco de sangre e interacción con servicios de atención directa.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite gestionar el uso de hemoderivados, hemocomponentes y otros productos biológicos en la prestación de servicios de salud. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
13	N3.SOP.04.01		El sistema DEBE presentar, al momento de la administración, la información necesaria para identificar correctamente al paciente y administrar con precisión los hemoderivados y hemocomponentes, incluyendo datos como el nombre del paciente, el número, cantidad, vía, fecha de vencimiento y hora de administración del hemoderivado y hemocomponente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite visualizar la información del paciente antes de la administración. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
14	N3.SOP.04.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar la validación de la correspondencia correcta del paciente con el hemoderivado y hemocomponente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar la validación de la correspondencia del paciente con el hemoderivado y hemocomponente. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
15	N3.SOP.04.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de capturar el número, la cantidad, la vía y la hora de administración del hemoderivado y hemocomponente.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite registrar los datos como campos discretos. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
16	N3.SOP.04.04		El sistema DEBE cumplir con gestionar las mediciones clínicas del paciente y capturar la presión arterial, temperatura, pulso y frecuencia respiratoria del paciente que recibe el producto.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema gestiona las mediciones clínicas del paciente y permite registrar la presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria del paciente. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
17	N3.SOP.05.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de gestionar resultados de pruebas y procedimientos solicitados a UPSS de atención de soporte PARA permitir el monitoreo y control de ejecución del plan de trabajo y permitir la continuidad de la atención.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema gestiona los resultados de pruebas y procedimientos solicitados a UPSS de atención de soporte. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 - MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



N°	ID	Estándar/ Descripción	Criterios	Gradación de Cumplimiento	Resultado
18	N3.SOP.05.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar resultados de pruebas actuales e históricas numéricas y no numéricas PARA permitir el monitoreo y control de ejecución del plan de trabajo y permitir la continuidad de la atención.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera resultados de pruebas actuales e históricas. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
19	N3.SOP.05.03		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar y transmitir resultados de un paciente o grupo de pacientes identificados desde sistemas de UPSS de atención de soporte PARA permitir el monitoreo y control de ejecución del plan de trabajo y permitir la continuidad de la atención.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera y transmite resultados de un paciente o grupo de pacientes identificados desde sistemas de UPSS de atención de soporte. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
20	N3.SOP.05.04		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar resultados por factores que den soporte a la gestión de resultados, incluyendo el tipo de prueba, el indicador crítico y el indicador anormal PARA permitir el monitoreo y control de ejecución del plan de trabajo y permitir definición de diagnóstico definitivo y/ o permitir la continuidad de la atención	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera resultados por factores que den soporte a la gestión de resultados. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
21	N3.SOP.05.05		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de marcar y generar indicadores normales y anormales de resultados con base en datos proporcionados de la fuente de datos original PARA facilitar lectura a usuarios de laboratorio y médicos de consulta externa, para ayuda en el diagnóstico y continuidad y/o actualización de tratamiento.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema marca y genera indicadores normales y anormales de resultados. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
22	N3.SOP.05.06		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar resultados por rango de fecha/hora, incluyendo la fecha/hora de orden, fecha/hora de recolección de muestras y fecha/hora de recepción de resultados.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema genera resultados por rangos de fechas y horas. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
23	N3.SOP.06.01		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de generar la información necesaria para identificar correctamente al paciente e identificar con exactitud la muestra que será obtenida, incluyendo, entre otros, el nombre del paciente, tipo de muestra, fuente de muestra, medio de obtención, fecha y hora.	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema permite visualizar la información del paciente para la obtención de la muestra. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	
24	N3.SOP.06.02		El sistema DEBE ofrecer la capacidad de determinar y generar variaciones entre el tipo de orden de muestra realizada y la muestra real obtenida PARA permitir gestión de UPSS de atención de soporte	Cumplimiento total 2 puntos: cuando el sistema determina y genera variaciones entre el tipo de orden de muestra realizada y la muestra real obtenida. No Cumplimiento 0 puntos: cuando el sistema no cumple con el criterio.	

P. FUNCIONAL SOPORTE A ATENCIÓN	CANTIDAD DE CRITERIOS	PUNTAJE POR CRITERIOS
DEBE	24	48
PUNTAJE APROBATORIO		48

* Obligatoriamente debe cumplir con los criterios expresados con DEBE



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLAS COMPLEMENTARIAS	EJEMPLO
		Aviación Civil Internacional (ICAO por sus siglas en inglés, OACI por sus siglas en castellano). - Sufijo número de hijo de nacimiento o adopción para menores de edad sin documento de identidad propio (02 caracteres); para el caso de titulares será 00				
Datos de la atención de salud	Código IPRESS	Código correlativo de extensión de 08 dígitos registrado en RENIPRESS	Cadena	8		1001
Datos de la atención de salud	Denominación IPRESS	Denominación oficial vinculada a código de base de datos RENIPRESS	Cadena	250		HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO LUIS DONIEL CARRION DE S.
Datos de la atención de salud	Código de episodio clínico Intra-IPRESS.	Número total de caracteres 22 dígitos que se conforman a partir de: IPRESS 08 dígitos, Año, mes aaaa/mm, 06 caracteres, Correlativo 08 dígitos El episodio clínico Intra-IPRESS: Identifica cada proceso de daño o enfermedad del usuario de salud, el mismo que puede involucrar más de un episodio de atención, y por ende, uno o más registros de procedimientos médicos, diagnósticos, prescripciones, entre otros. Inicia a la llegada del usuario de salud a la IPRESS en una UPSS de atención directa y cierra cuando el profesional de salud tratante determina el egreso del paciente de la IPRESS.	Cadena	22		1001200020190300000001
Datos de la atención de salud	Fecha de inicio de episodio clínico Intra-IPRESS	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) AAAAMMDD (ISO 8601)	Cadena	8		20190308
Datos de la atención de salud	Hora de inicio de episodio clínico Intra-IPRESS	HH: Hora (00-23); MM: Minutos (00-59); SS: Segundos (00-59) HHMMSS (ISO 8601)	Cadena	6		102815
Datos de la atención de salud	Fecha de cierre de episodio clínico Intra-IPRESS	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) AAAAMMDD (ISO 8601)	Cadena	8		20190308
Datos de la atención de salud	Hora de cierre de episodio clínico Intra-IPRESS	HH: Hora (00-23); MM: Minutos (00-59); SS: Segundos (00-59) HHMMSS (ISO 8601)	Cadena	6		102815
Datos de la atención de salud	Fecha de envío a RENHICE	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) AAAAMMDD (ISO 8601)	Cadena	8		20190308
Datos de la atención de salud	Hora de envío a RENHICE	HH: Hora (00-23); MM: Minutos (00-59); SS: Segundos (00-59) HHMMSS (ISO 8601)	Cadena	6		102815
Datos de la atención de salud	Código de episodio de atención	Número total de caracteres 32 dígitos que se conforman con los 22 dígitos del episodio clínico Intra-IPRESS que lo genera al que se adiciona a la derecha UPS 06 dígitos, Correlativo 04 dígitos que indica el orden en el que se consumen las UPS durante el mismo episodio clínico Intra-IPRESS EPISODIO DE ATENCIÓN 1.- Descripción de episodio de atención es aquel que se origina cada vez que un paciente recibe una prestación en un servicio final de una IPRESS y comprende al conjunto de acciones realizadas en promoción, prevención, recuperación o rehabilitación en salud.		32		10012000201903000000013500140001

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLAS COMPLEMENTARIAS	EJEMPLO
Antecedentes patológicos de diagnósticos definitivos	Codificación CIE 10 de diagnóstico definitivo como Antecedentes patológicos	Código de enfermedades y problemas relacionados con la salud según catálogo CIE 10 de 04 caracteres, con posibilidad de incrementar un carácter terminal especial como *, + con diagnóstico definitivo como Antecedentes patológicos	Cadena	6		N08.3*
	Denominación de enfermedades y problemas relacionados con la salud según catálogo CIE 10	Denominación de enfermedades y problemas relacionados con la salud que corresponde al código según catálogo CIE 10 de 04 caracteres	Cadena	250		Nefropatía diabética
	Observaciones del diagnóstico definitivo	Observaciones complementarias del diagnóstico definitivo	Cadena	500		Ubicado ...
	Origen del dato de diagnóstico definitivo (fuente de información)	Origen de antecedente patológico: 1 - generado por proceso informatizado 2 - sustentado en documento en papel o historia clínica con firma manuscrita 3 - reportado	Cadena	1		1
	Periodo de determinación de antecedente patológico reportado por el paciente	Espacio temporal de determinación pudiendo precisar mes y el año para los reportados por el paciente sin documento de verificación. Los generados por procesos informatizados y los sustentados por documentos deben tener la precisión de año, mes y día. Mínimo 8 dígitos AAAAMDD si es generado o sustentando Mínimo 6 (AAAAMM) si es reportado por el paciente.	Cadena	8		200211
Antecedentes de Reacciones Adversas a Medicamentos	Codificación de registro de Reacciones adversas a medicamentos (RAM) como Antecedentes patológicos	Codificación para indicar si tuvo o no alguna Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) como Antecedentes patológicos. Para respuestas positivas completar siguientes campos. 1: SI 0: No 9: No sabe	Cadena	1		1
	Descripción de reacción adversa	Descripción de la reacción adversa	Cadena	250		Urticaria generalizada...
	Tipo de RAM	Tipo de reacción adversa medicamentosa. Valores según formulario DIGEMID: 1 = Reacción adversa 2 = Error de medicación 3 = Problemas de calidad 4 = Otros	Cadena	1		2
	Codificación de Gravedad de Reacciones adversas a medicamentos (RAM) como Antecedentes patológicos	Denominación de Gravedad de Reacciones adversas a medicamentos (RAM) como Antecedentes patológicos 1: leve 2: moderado 3: grave	Cadena	1		2

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLAS COMPLEMENTARIAS	EJEMPLO
	Denominación de medicamento DCI al que hizo reacción adversa	DCI del producto farmacéutico al que hizo reacción adversa	Cadena	250		Amoxicilina
	Origen del dato de reacción adversa a medicamentos reportado (fuente de información)	Origen de antecedente de RAM 1 - generado por proceso informatizado 2 - sustentado en documento en papel o historia clínica con firma manuscrita 3 - reportado	Cadena	1		3
	Periodo de determinación de antecedente	Espacio temporal de determinación pudiendo precisar mes y el año para los reportados por el paciente sin documento de verificación. Los generados por procesos informatizados y los sustentados por documentos deben tener la precisión de año, mes y día. Mínimo 8 dígitos AAAAMDD si es generado o sustentado Mínimo 6 (AAAAMM) si es reportado por el paciente.	Cadena	8		201903
DIAGNÓSTICOS						
Diagnósticos	Código de CIE 10 para Diagnóstico de ingreso	Uso del código de CIE 10 para Diagnóstico de ingreso; según Resolución Ministerial N° 553-2002-SA/DM que oficializa el uso de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud CIE – 10 en todos los establecimientos de salud del territorio nacional (código de catálogo CIE 10 de 04 caracteres).	Cadena	6		Q01.0
	Denominación de CIE 10 para diagnóstico de ingreso	Denominación de CIE 10 de 04 caracteres para Diagnóstico de ingreso.	Cadena	250		Encefalocele frontal
	Tipo de diagnóstico	Tipo de diagnóstico: P: Presuntivo D: Definitivo R: Repetido	Cadena	1		D
	Fecha de diagnóstico	Fecha de diagnóstico AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de registro del diagnóstico de ingreso	Cadena	8		20181226
	Observaciones/ anotaciones complementarias del diagnóstico de ingreso	Observaciones/ anotaciones complementarias del diagnóstico de ingreso	Cadena	500		Lado derecho...
TRATAMIENTO						
Principios activos de productos farmacéuticos	Denominación común de productos farmacéuticos (Nombre de medicamentos coherentes y concordante)	Denominación de productos farmacéuticos (Nombre de medicamentos coherentes y concordante) según IEDS N° 002 incluyendo Denominación Común Internacional (DCI)	Cadena	100		Paracetamol
	Denominación según catálogo de formas de presentación farmacéutica	Consigna denominación de presentación farmacéutica	Cadena	250		Cápsula gastro resistente - 013
	Dosis del medicamento	Descripción de Dosis del medicamento combinando número y unidad de medida.	Cadena	250		1 tableta de 500mg cada 8 horas

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLAS COMPLEMENTARIAS	EJEMPLO
	Codificación de vías de administración	Código de Vía de administración según Catálogo Estándar de Productos Farmacéuticos http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Catalogacion/Catalogos/C_VIA_ADMINISTRACION.pdf	Cadena	5		54
	Denominación según catálogo de Vía de administración	Denominación de Vía de administración según Catálogo Estándar de Productos Farmacéuticos http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Catalogacion/Catalogos/C_VIA_ADMINISTRACION.pdf	Cadena	100		Oral
	Duración del tratamiento	Duración del tratamiento expresado en cantidad de unidad de tiempo (horas, días, semanas, meses) que alcance la prescripción	Cadena	100		5 días
	Fecha de prescripción	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de prescripción.	Cadena	8		20181226
Principios activos de productos farmacéuticos de uso controlado	Denominación de la forma farmacéutica de medicamentos de uso controlado	Descripción de la denominación y forma farmacéutica de medicamentos de uso controlado según Anexo N° 2 del Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos sujetos a Fiscalización Sanitaria Decreto Supremo N° 023-2001-SA del 21 de Julio del 2001 indicados. Ver http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Catalogacion/Catalogos/C_SUSTANCIAS_CONTROLADAS.pdf	Cadena	250		Heroína - estupefaciente.
	Cantidad de unidades	Unidades enteras de los productos farmacéuticos indicados más presentación	Cadena	250		4 ampollas de 2ml
	Fecha de prescripción	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de prescripción	Cadena	8		20171224
Procedimientos realizados	Codificación de Procedimientos realizados según CPMS	Código de Procedimientos realizados según CPMS	Cadena	8		11042.01
	Denominación de Procedimientos recuperativos según CPMS	Denominación de Procedimientos recuperativos según CPMS	Cadena	500		Limpieza quirúrgica o escarectomía menor a 10%
	Cantidad de sesiones	Cantidad de sesiones que se indican en una misma orden como números enteros	Cadena	6		4
	Fecha de indicación	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de ejecución de la indicación	Cadena	8		20181226
INDICACIONES DE ALTA						
Diagnósticos definitivos de enfermedades activas y curadas al alta	Codificación de CIE 10 para diagnóstico de egreso	Código de CIE 10 para diagnóstico de egreso	Cadena	6		C00.3
	Denominación de CIE 10 para diagnóstico de egreso	Denominación de CIE 10 para diagnóstico de egreso	Cadena	250		Tumor maligno del labio superior, cara interna
	Tipo de diagnóstico	Tipo de diagnóstico: P: Presuntivo D: Definitivo R: Repetido	Cadena	1		D
	Observaciones del diagnóstico definitivo	Texto complementario libre de formato	Cadena	500		Extendido por hemicara derecha...

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLAS COMPLEMENTARIAS	EJEMPLO
Condición de salud del paciente	Codificación de estado de salud del paciente respecto al episodio clínico Intra-IPRESS al egreso	Código de condición de egreso del paciente. 1= curado, 2= mejorado, 3= controlado 4= empeorado, 5= fallecido, 6= deserción/ fuga.	Cadena	1		2
Medicamentos prescritos al alta	Denominación de medicamentos prescritos al alta	Denominación de medicamentos prescritos al alta	Cadena	250		Amoxicilina
	Dosis del medicamento	Descripción de la Dosis del medicamento combinando número y unidad de medida.	Cadena	250		1 tableta de 500mg
Seguimiento	Fecha de próxima cita	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de próxima cita	Cadena	8		20171224
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA						
Resultado de exámenes de laboratorio	Grupo sanguíneo	Denominación de Grupo sanguíneo A, B, O, AB	Cadena	2		AB
Resultado de exámenes de laboratorio	Factor Rh +, -	Denominación de factor Rh Positivo + o Negativo -	Cadena	1		+
Resultados de exámenes auxiliares, que pueden ser digitados por profesional de salud tratante según criterio profesional	Códigos de exámenes de laboratorio auxiliares usando sección de catálogo CPMS pertinentes	Codificación de Exámenes de laboratorio auxiliares usando sección de catálogo CPMS pertinentes	Cadena	8		80063
	Denominación de exámenes auxiliares	Denominación de Exámenes de laboratorio auxiliares usando sección de catálogo CPMS pertinentes	Cadena	500		Perfil de coagulación básico (denominación adaptada, sin CPT estándar de referencia)
	Descripción a partir del Informe del examen	Descripción priorizada de los resultados		5000		Hemoglobina 12, Hematocrito...
	Fecha de solicitud de análisis auxiliar	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de solicitud de análisis auxiliar	Cadena	8		20181206
	Fecha del informe de resultados	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha del informe de resultados	Cadena	8		20181226
Resultados de exámenes auxiliares, que pueden ser digitados por profesional de salud tratante según criterio profesional (imágenes)	Códigos de exámenes por imágenes usando sección de catálogo CPMS pertinentes	Código de exámenes por imágenes usando la denominación de la sección de catálogo CPMS pertinentes	Cadena	8		70160

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLAS COMPLEMENTARIAS	EJEMPLO
	Denominación de exámenes por imágenes usando sección de catálogo CPMS pertinentes	Denominación de Resultados de Exámenes por imágenes usando la denominación de la sección de catálogo CPMS pertinentes	Cadena	500		Examen radiológico, huesos nasales; completo, mínimo de 3 incidencias
	Descripción a partir del Informe del examen	Descripción priorizada de los resultados	Cadena			Imagen radiológica compatible con...
	Fecha de solicitud de análisis auxiliar	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de solicitud de análisis auxiliar	Cadena	8		20181206
	Fecha de informe de resultados	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de informe de resultados	Cadena	8		20181226
Respuestas de interconsultas	Codificación de UPS solicitante	Codificación de UPS solicitante	Cadena	6		220100
	Descripción de servicio que solicita interconsulta	Descripción de servicio solicitante	Cadena	250		CONSULTA EXTERNA-CIRUGÍ A GENERAL-
	Codificación de UPS interconsultado	Codificación de UPS interconsultado	Cadena	6		220302
	Descripción de servicio interconsultada	Descripción de servicio interconsultado	Cadena	250		CONSULTA EXTERNA-CIRUGÍ A DIGESTIVA-CIRUGÍA GASTROINTESTINAL GENERAL
	Descripción de respuesta a interconsulta	Respuesta libre de formato	Cadena	500		Respuesta: Paciente será atendido por la especialidad...
	Fecha de solicitud de interconsulta	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de solicitud de interconsulta	Cadena	8		20181206
	Fecha de ejecución o respuesta de interconsultas	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de registro de respuesta a interconsulta.	Cadena	8		20181226
Respuestas de telemedicina	Codificación de IPRESS consultante	Codificación de IPRESS consultante	Cadena	8		12345678
	Denominación de IPRESS consultante	Denominación de IPRESS consultante	Cadena	250		HOSPITAL REGIONAL ...
	Codificación de UPS que solicita la teleconsulta	Codificación de UPS que solicita la teleconsulta	Cadena	6		220001
	Servicio consultante	Denominación del servicio que solicita la teleconsulta	Cadena	250		Consulta externa/ medicina general
	Codificación de IPRESS consultor	Codificación de IPRESS consultor	Cadena	8		220058
	Denominación de IPRESS consultor	Denominación de IPRESS consultor	Cadena	250		HOSPITAL NACIONAL ...
	Codificación de UPS que responde la teleconsulta	Codificación de UPS que responde la teleconsulta	Cadena	6		220058
	Servicio en el consultor	Denominación del servicio que responde la teleconsulta	Cadena	250		Consulta externa (ginecología...)
	Descripción de respuesta de teleconsulta	Descripción de respuesta de teleconsulta en texto libre de formato	Cadena	500		Se recomienda...
	Fecha de solicitud de servicio de telemedicina	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de solicitud de servicio de telemedicina	Cadena	8		20181206

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLAS COMPLEMENTARIAS	EJEMPLO
	Fecha de registro de respuesta de telemedicina	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de registro de respuesta de telemedicina	Cadena	8		20181226
Solicitud de referencia	Codificación de IPRESS origen	Codificación de IPRESS origen	Cadena	8		12345678
	Denominación de IPRESS origen	Denominación de IPRESS origen	Cadena	250		HOSPITAL REGIONAL ...
	Codificación de UPS origen	Codificación de UPS origen	Cadena	6		220001
	Descripción de Servicio origen	Denominación del servicio origen	Cadena	250		Consulta externa/ medicina general
	Codificación de IPRESS destino	Codificación de IPRESS destino	Cadena	8		220058
	Denominación de IPRESS destino	Denominación de IPRESS destino	Cadena	250		HOSPITAL NACIONAL ...
	Codificación de UPS destino	Codificación de UPS destino	Cadena	6		220058
	Servicio destino	Denominación del servicio destino	Cadena	250		Consulta externa (ginecología...)
	Descripción de motivo de referencia	Descripción motivo de referencia en texto libre de formato	Cadena	500		Se solicita...
	Fecha de solicitud de referencias	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de registro de respuesta de teleconsulta.	Cadena	8		20181226
Resultado de contrarreferencia	Codificación de IPRESS origen de contrarreferencia	Codificación de IPRESS origen de contrarreferencia	Cadena	8		12345678
	Denominación de IPRESS origen de contrarreferencia	Denominación de IPRESS origen de contrarreferencia	Cadena	250		HOSPITAL REGIONAL ...
	Codificación de UPS origen de contrarreferencia	Codificación de UPS origen de contrarreferencia	Cadena	6		220001
	Descripción de Servicio origen de contrarreferencia	Denominación del servicio origen de contrarreferencia	Cadena	250		Consulta externa/ medicina general
	Codificación de IPRESS destino de contrarreferencia	Codificación de IPRESS destino de contrarreferencia	Cadena	8		220058
	Denominación de IPRESS destino de contrarreferencia	Denominación de IPRESS destino de contrarreferencia	Cadena	250		HOSPITAL NACIONAL ...
	Codificación de UPS destino de contrarreferencia	Codificación de UPS destino de contrarreferencia	Cadena	6		220058
	Servicio destino de contrarreferencia	Denominación del servicio destino de contrarreferencia	Cadena	250		Consulta externa (ginecología...)
	Descripción de informe de contrarreferencia	Descripción resumen de contrarreferencia en texto libre de formato	Cadena	500		Se solicita...
	Fecha de registro de contrarreferencias	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de registro de resumen de contrarreferencia.	Cadena	8		20181226



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLA COMPLEMENTARIA	EJEMPLO
Datos de la atención de salud	Fecha de inicio de episodio clínico Intra-IPRESS	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) AAAAMMDD (ISO 8601)	Cadena	8		20190308
ANTECEDENTES						
Antecedentes patológicos de diagnósticos definitivos	Codificación CIE 10 de diagnóstico definitivo como Antecedentes patológicos	Código de enfermedades y problemas relacionados con la salud según catálogo CIE 10 de 04 caracteres, con posibilidad de incrementar un caracter terminal especial como *, + con diagnóstico definitivo como Antecedentes patológicos	Cadena	6		N08.3*
	Denominación de enfermedades y problemas relacionados con la salud según catálogo CIE 10	Denominación de enfermedades y problemas relacionados con la salud que corresponde al código según catálogo CIE 10 de 04 caracteres	Cadena	250		Nefropatía diabética
	Observaciones del diagnóstico definitivo	Observaciones complementarias del diagnóstico definitivo	Cadena	500		Ubicado ...
	Origen del dato antecedentes de diagnóstico definitivo (fuente de información)	Origen de antecedente patológico 1 - generado por proceso informatizado 2 - sustentado en documento en papel o historia clínica con firma manuscrita 3 - reportado	Cadena	1		1
	Periodo de determinación de antecedente patológico reportado por el paciente	Espacio temporal de determinación pudiendo precisar mes y el año para los reportados por el paciente sin documento de verificación. Los generados por procesos informatizados y los sustentados por documentos deben tener la precisión de año, mes y día. Mínimo 8 dígitos AAAAMMDD si es generado o sustentando Mínimo 6 (AAAAMM) si es reportado por el paciente	Cadena	8		200211
Antecedentes de Reacciones Adversas a Medicamentos	Codificación de registro de Reacciones adversas a medicamentos (RAM) como Antecedentes patológicos	Codificación para indicar si tuvo o no alguna Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) como Antecedentes patológicos. Para respuestas positivas completar siguientes campos. 1: Sí 0: No 9: No sabe	Cadena	1		1
	Descripción de reacción adversa	Descripción de la reacción adversa	Cadena	250		Urticaria generalizada...
	Tipo de RAM	Tipo de reacción adversa medicamentosa. Valores según formulario DIGEMID: 1 = Reacción adversa 2 = Error de medicación 3 = Problemas de calidad 4 = Otros	Cadena	1		2



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLA COMPLEMENTARIA	EJEMPLO
	Codificación de Gravedad de Reacciones adversas a medicamentos (RAM) como Antecedentes patológicos	Denominación de Gravedad de Reacciones adversas a medicamentos (RAM) como Antecedentes patológicos 1: leve 2: moderado 3: grave	Cadena	1		2
	Denominación de medicamento DCI al que hizo reacción adversa	DCI del producto farmacéutico al que hizo reacción adversa	Cadena	250		Amoxicilina
	Origen del dato de reacción adversa a medicamentos reportado (fuente de información)	Origen de antecedente de RAM 1 - generado por proceso informatizado 2 - sustentado en documento en papel o historia clínica con firma manuscrita 3 - reportado	Cadena	1		3
	Periodo de determinación de antecedente	Espacio temporal de determinación pudiendo precisar mes y el año para los reportados por el paciente sin documento de verificación. Los generados por procesos informatizados y los sustentados por documentos deben tener la precisión de año, mes y día. Mínimo 8 dígitos AAAAMDD si es generado o sustentando Mínimo 6 (AAAAMM) si es reportado por el paciente	Cadena	8		201903
Antecedentes de alergias	Codificación alergias como Antecedentes patológicos	Codificación para indicar si tiene alergias como Antecedentes patológicos. Para respuestas positivas completar siguientes campos. 1: Si 0: No 9: no sabe	Cadena	1		1
	Agente causal de alergias (alergeno)	Denominación agente causal, texto libre de formato	Cadena	250		A los mariscos
	Origen del dato de alergias (fuente de información)	Origen de antecedentes de alergias 1 - generado por proceso informatizado 2 - sustentado en documento en papel o historia clínica con firma manuscrita 3 - reportado	Cadena	1		3
	Periodo de determinación de antecedente	Espacio temporal de determinación pudiendo precisar mes y el año para los reportados por el paciente sin documento de verificación. Los generados por procesos informatizados y los sustentados por documentos deben tener la precisión de año, mes y día. Mínimo 8 dígitos AAAAMDD si es generado o sustentando Mínimo 6 (AAAAMM) si es reportado por el paciente	Cadena	8		20050316

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 393-MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLA COMPLEMENTARIA	EJEMPLO
Antecedentes de intervenciones quirúrgicas/ operaciones previas	Codificación de Tratamientos quirúrgicos previos	Código de Intervenciones quirúrgicas previas según el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios CPMS	Cadena	8		50060
	Denominación de Tratamientos quirúrgicos previos	Denominación correspondiente a cada código de Intervenciones quirúrgicas previas según Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios CPMS	Cadena	250		Nefrolitotomía; extirpación de cálculo
	Origen del dato antecedentes de intervenciones quirúrgicas previas/ operaciones (fuente de información)	Origen de antecedentes de intervenciones quirúrgicas previas 1 - generado por proceso informatizado 2 - sustentado en documento en papel o historia clínica con firma manuscrita 3 - reportado	Cadena	1		3
	Periodo de determinación de antecedente	Espacio temporal de determinación pudiendo precisar mes y el año para los reportados por el paciente sin documento de verificación. Los generados por procesos informatizados y los sustentados por documentos deben tener la precisión de año, mes y día. Mínimo 8 dígitos AAAAMDD si es generado o sustentando Mínimo 6 (AAAAMM) si es reportado por el paciente	Cadena	8		20050316
Antecedentes de hospitalizaciones previas	Codificación de hospitalizaciones previas como Antecedentes patológicos	Codificación de hospitalizaciones previas como Antecedentes patológicos, usando código de catálogo UPS	Cadena	6		241500
	Denominación de UPS de Hospitalizaciones previas como Antecedentes patológicos	Denominación de hospitalizaciones previas como Antecedentes patológicos, usando denominación de catálogo UPS	Cadena	250		HOSPITALIZACIÓN-GINECOLOGIA
	Codificación diagnóstico principal que motivó las hospitalizaciones previas	Codificación de Diagnóstico principal que motivó la hospitalización previamente, usando el código de catálogo CIE 10 de 04 caracteres.	Cadena	6		O69.1
	Denominación diagnóstico principal que motivó las Hospitalizaciones previas	Diagnóstico principal que motivó la hospitalización previamente, usando denominación de catálogo CIE 10 de 04 caracteres.	Cadena	250		Trabajo de parto y parto complicados por circular pericervical del cordón, con compresión
	Origen del dato antecedentes de hospitalizaciones previas (fuente de información)	Origen de antecedentes de hospitalizaciones previas 1 - generado por proceso informatizado 2 - sustentado en documento en papel o historia clínica con firma manuscrita 3 - reportado	Cadena	1		3

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLA COMPLEMENTARIA	EJEMPLO
	Periodo de determinación de antecedente	Espacio temporal de determinación pudiendo precisar mes y el año para los reportados por el paciente sin documento de verificación. Los generados por procesos informatizados y los sustentados por documentos deben tener la precisión de año, mes y día. Mínimo 8 dígitos AAAAMMDD si es generado o sustentando Mínimo 6 (AAAAMM) si es reportado por el paciente	Cadena	8		20050316
Antecedentes de uso de medicación habitual	Denominación de productos farmacéuticos de uso habitual, dosis y vías de administración como Antecedentes patológicos	Denominación de medicación de uso habitual usando DCI y denominaciones del catálogo de productos farmacéuticos (IEDS 002), dosis y vías de administración	Cadena	100		Ácido acetilsalicílico
	Origen del dato antecedentes de uso de medicación habitual (fuente de información)	Origen de antecedentes de uso de medicación habitual 1 - generado por proceso informatizado 2 - sustentado en documento en papel o historia clínica con firma manuscrita 3 - reportado	Cadena	1		3
	Periodo de determinación de antecedente	Espacio temporal de determinación pudiendo precisar mes y el año para los reportados por el paciente sin documento de verificación. Los generados por procesos informatizados y los sustentados por documentos deben tener la precisión de año, mes y día. Mínimo 8 dígitos AAAAMMDD si es generado o sustentando Mínimo 6 (AAAAMM) si es reportado por el paciente	Cadena	8		20050316
Antecedentes de diagnósticos definitivos en familiares hasta 2do grado de consanguineidad	Codificación tipo de parentesco usado para precisar grado de parentesco con el usuario de salud para Antecedentes familiares	Código de parentesco de la nueva persona con el usuario de salud para Antecedentes familiares 1: Madre 2: Padre 3: Hermano(a) 4: Abuelo(a) maternos 5: Abuelo(a) paternos 6: tío(a) materno 7: tío(a) paterno	Cadena	1		4
	Codificación CIE 10 de diagnósticos atribuidos a parientes como Antecedentes familiares	Codificación de enfermedades con diagnóstico definitivo como Antecedentes familiares usando el código de catálogo CIE 10 de 04 caracteres.	Cadena	6		A97.2
	Denominación CIE 10 de diagnósticos atribuidos a parientes como Antecedentes familiares	Denominación de enfermedades con diagnóstico definitivo como Antecedentes familiares usando el código de catálogo CIE 10 de 04 caracteres.	Cadena	250		Dengue severo

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLA COMPLEMENTARIA	EJEMPLO
	Origen del dato antecedentes de familiares (fuente de información)	Origen de antecedentes familiares 1 - generado por proceso informatizado 2 - sustentado en documento en papel o historia clínica con firma manuscrita 3 - reportado	Cadena	1		3
	Periodo de determinación de antecedente	Espacio temporal de determinación pudiendo precisar mes y el año para los reportados por el paciente sin documento de verificación. Los generados por procesos informatizados y los sustentados por documentos deben tener la precisión de año, mes y día. Mínimo 8 dígitos AAAAMDD si es generado o sustentando Mínimo 6 (AAAAMM) si es reportado por el paciente	Cadena	8		20050316
DIAGNÓSTICOS						
Diagnósticos	Código de CIE 10 para Diagnóstico de ingreso	Uso del código de CIE 10 para Diagnóstico de ingreso; según Resolución Ministerial N° 553-2002-SA/DM que oficializa el uso de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud CIE – 10 en todos los establecimientos de salud del territorio nacional (código de catálogo CIE 10 de 04 caracteres).	Cadena	6		Q01.0
	Denominación de CIE 10 para diagnóstico de ingreso	Denominación de CIE 10 de 04 caracteres para Diagnóstico de ingreso	Cadena	250		Encefalocele frontal
	Tipo de diagnóstico	Tipo de diagnóstico: P: Presuntivo D: Definitivo R: Repetido	Cadena	1		D
	Fecha de diagnóstico	Fecha de diagnóstico AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de registro del diagnóstico de ingreso	Cadena	8		20181226
	Observaciones/ anotaciones complementarias del diagnóstico de ingreso	Observaciones/ anotaciones complementarias del diagnóstico de ingreso	Cadena	500		Lado derecho...
TRATAMIENTO						
Principios activos de productos farmacéuticos	Denominación común de productos farmacéuticos (Nombre de medicamentos coherentes y concordante)	Denominación de productos farmacéuticos (Nombre de medicamentos coherentes y concordante) según IEDS N° 002 incluyendo Denominación Común Internacional (DCI)	Cadena	100		Paracetamol
	Denominación según catálogo de formas de presentación farmacéutica	Consigna denominación de presentación farmacéutica	Cadena	250		Cápsula gastroresistente - 013
	Dosis del medicamento	Descripción de Dosis del medicamento combinando número y unidad de medida.	Cadena	250		1 tableta de 500mg cada 8 horas

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373-MINSA/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLA COMPLEMENTARIA	EJEMPLO
	Codificación de vías de administración	Código de Vía de administración según Catálogo Estándar de Productos Farmacéuticos http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Catalogacion/Catalogos/C_VIA_ADMINISTRACION.pdf	Cadena	5		54
	Denominación según catálogo de Vía de administración	Denominación de Vía de administración según Catálogo Estándar de Productos Farmacéuticos http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Catalogacion/Catalogos/C_VIA_ADMINISTRACION.pdf	Cadena	100		Oral
	Duración del tratamiento	Duración del tratamiento expresado en cantidad de unidad de tiempo (horas, días, semanas, meses) que alcance la prescripción	Cadena	100		5 días
	Fecha de prescripción	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de prescripción	Cadena	8		20181226
Principios activos de productos farmacéuticos de uso controlado	Denominación de la forma farmacéutica de medicamentos de uso controlado	Descripción de la denominación y forma farmacéutica de medicamentos de uso controlado según Anexo N° 2 del Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos sujetos a Fiscalización Sanitaria Decreto Supremo N° 023-2001-SA del 21 de Julio del 2001 indicados. Ver http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Catalogacion/Catalogos/C_SUSTANCIAS_CONTROLADAS.pdf	Cadena	250		Heroína - estupefaciente.
	Cantidad de unidades	Unidades enteras de los productos farmacéuticos indicados más presentación	Cadena	250		4 ampollas de 2ml
	Fecha de prescripción	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de prescripción	Cadena	8		20171224
Procedimientos realizados	Codificación de Procedimientos realizados según CPMS	Código de Procedimientos realizados según CPMS	Cadena	8		11042.01
	Denominación de Procedimientos recuperativos según CPMS	Denominación de Procedimientos recuperativos según CPMS	Cadena	500		Limpieza quirúrgica o escarectomía menor a 10%
	Cantidad de sesiones	Cantidad de sesiones que se indican en una misma orden como números enteros	Cadena	6		4
	Fecha de indicación	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de ejecución de la indicación	Cadena	8		20181226
INDICACIONES DE ALTA						
Diagnósticos definitivos de enfermedades activas y curadas al alta	Codificación de CIE 10 para diagnóstico de egreso	Código de CIE 10 para diagnóstico de egreso	Cadena	6		C00.3

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 373 -Minsa/OGTI-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS



CATEGORIA	DATO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LONGITUD	TABLA COMPLEMENTARIA	EJEMPLO
	Denominación de CIE 10 para diagnóstico de egreso	Denominación de CIE 10 para diagnóstico de egreso	Cadena	250		Tumor maligno del labio superior, cara interna
	Tipo de diagnóstico	Tipo de diagnóstico: P: Presuntivo D: Definitivo R: Repetido	Cadena	1		D
	Observaciones del diagnóstico definitivo	Texto complementario libre de formato	Cadena	500		Extendido por hemicara derecha...
Condición de salud del paciente	Codificación de estado de salud del paciente respecto al episodio clínico Intra-IPRESS al egreso	Código de condición de egreso del paciente. 1= curado, 2= mejorado, 3= controlado 4= empeorado, 5= fallecido, 6= deserción/ fuga.	Cadena	1		2
Medicamentos prescritos al alta	Denominación de medicamentos prescritos al alta	Denominación de medicamentos prescritos al alta	Cadena	250		Amoxicilina
	Dosis del medicamento	Descripción de la Dosis del medicamento combinando número y unidad de medida.	Cadena	250		1 tableta de 500mg
Seguimiento	Fecha de próxima cita	AAAA: Año (4 dígitos); MM: Mes (01-12); DD: Día (01-31) Fecha de próxima cita	Cadena	8		20171224
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA						
Resultado de exámenes de laboratorio	Grupo sanguíneo	Denominación de Grupo sanguíneo A, B, O, AB	Cadena	2		AB
Resultado de exámenes de laboratorio	Factor Rh +, -	Denominación de factor Rh Positivo + o Negativo -	Cadena	1		+

