

REPORTE TÉCNICO

Resumen Clínico Interoperable de la Persona: Lineamientos Técnicos y Conjunto de Datos para los Municipios de la Provincia de Córdoba

Reporte Técnico

Noviembre, 2025

Autores: Diego Alonso¹, Daniel Roberto Otzoy García², Laura Mariani, Valentina Carranza Weihmuller³

Diseño: RECAINSA

**Los autores participan a nivel profesional y organizacional con distintas organizaciones asesoras y académicas en temas de salud, salud pública y salud digital, pero declaran no tener conflicto de interés en la producción de este documento.*

Copyright © 2025 FIGSA & RECAINSA NGO. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 4.0 Reconocimiento No Comercial Sin Obras Derivadas (CC BY-NC-ND 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses-es/by-nc-nd/4.0/legalcode.en> y puede ser reproducida para cualquier uso no comercial otorgando el reconocimiento respectivo a FIGSA & RECAINSA NGO. No se permiten obras derivadas. Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras de FIGSA & RECAINSA que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre de FIGSA y RECAINSA para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo de FIGSA & RECAINSA, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista de FIGSA, RECAINSA NGO, RECAINSA Inc., RECAINSA AC Argentina, su consejo directivo u otra entidad vinculada de forma legal a la misma.



¹ <https://orcid.org/0009-0004-6107-4043>

² <https://orcid.org/0009-0006-1678-2432>

³ <https://orcid.org/0000-0002-1559-8354>

Agradecimientos.....	1
Resumen Ejecutivo.....	2
1. Introducción.....	4
1.1 Propósito del documento.....	4
1.2 Problema y justificación.....	4
1.3 Alcance del lineamiento.....	5
1.4 Actores involucrados.....	5
1.5 Público objetivo.....	6
2. Contexto Global, Regional y Federal.....	6
2.1. Contexto Global en Salud Digital.....	6
2.1.1. Evolución del marco global de salud digital.....	6
2.1.2. Directrices y estrategias internacionales.....	7
2.1.3. Marcos de gobernanza y herramientas globales.....	7
2.1.4. Rol de organismos multilaterales.....	8
2.1.5. Estándares internacionales clave.....	8
2.2. Contexto Regional: América Latina y el Caribe.....	8
2.2.1. Marcos regionales de transformación digital.....	8
2.2.2. Principios rectores regionales.....	8
2.2.3. Brechas regionales y desafíos estructurales.....	9
2.2.4. Evidencia sobre impacto y casos emblemáticos.....	9
2.2.5. Redes de colaboración.....	9
2.3. Contexto Federal de Argentina.....	10
2.3.1. Estrategia Nacional de Salud Digital.....	10
2.3.2. Marco legal habilitante.....	10
2.3.3. Iniciativas nacionales estratégicas.....	10
2.3.4. Estándares y lineamientos técnicos.....	10
2.4. Contexto Provincial de Córdoba.....	11
2.4.1. Marco legal provincial.....	11
2.4.2. Configuración del sistema sanitario provincial.....	11
2.4.3. Desafíos principales.....	11
2.4.4. Rol del Resumen Clínico Interoperable.....	11
3. Objetivo del Lineamiento.....	12
3.1. Objetivo general.....	12
3.2. Objetivos específicos.....	12
3.3. Resultados esperados.....	12
3.4. Alineación estratégica.....	13
4. Marco Conceptual del Resumen Clínico Interoperable.....	13
4.1. Definición del Resumen Clínico Interoperable.....	14
4.2. Propósito clínico y asistencial del RCIP.....	14

4.2.1. Continuidad asistencial.....	14
4.2.2. Seguridad del paciente.....	14
4.2.3. Eficiencia operativa.....	15
4.3. Diferencia entre HCE, RCIP y extractos clínicos.....	15
4.3.1. Historia Clínica Electrónica (HCE).....	15
4.3.2. Resumen Clínico Interoperable (RCIP).....	15
4.3.3. Extractos clínicos o resúmenes locales.....	15
4.4. Componentes fundamentales de un RCIP.....	15
4.4.1. Información de identificación confiable.....	16
4.4.2. Información clínica esencial.....	16
4.4.3. Estructura estandarizada.....	16
4.4.4. Interoperabilidad semántica y técnica.....	16
4.5. Interoperabilidad: dimensiones conceptuales.....	16
4.5.1. Interoperabilidad semántica.....	16
4.5.2. Interoperabilidad técnica.....	17
4.5.3. Interoperabilidad organizacional.....	17
4.6. Riesgos clínicos derivados de la ausencia de información esencial.....	17
4.7. Beneficios del RCIP para los sistemas municipales.....	17
4.8. Relación del RCIP con estándares internacionales.....	18
4.9. Enfoque centrado en la persona.....	18
5. Conjunto de Datos Esenciales del Resumen Clínico Interoperable (RCIP).....	18
5.1. Estructura General del CDE.....	19
5.2. Encabezado.....	20
5.2.1. Identificación de la persona.....	20
5.2.2. Contacto de emergencia / representante legal.....	21
5.2.3. Cobertura de salud.....	22
5.2.4. Centro de salud habitual / preferente.....	22
5.2.5. Datos propios del documento.....	23
5.3. Cuerpo Clínico Esencial.....	24
5.3.1. Alertas y alergias.....	24
5.3.2. Vacunas.....	25
5.3.3. Problemas crónicos de salud.....	25
5.3.4. Dispositivos médicos e implantes.....	26
5.3.5. Procedimientos quirúrgicos relevantes.....	27
5.3.6. Medicación vigente.....	27
5.3.7. Factores de riesgo y determinantes sociales.....	28
5.3.8. Información obstétrica actual (si corresponde).....	29
5.4. Estándares de Codificación.....	30
5.5. Reglas de calidad y consistencia.....	30

5.6. Consideraciones para sistemas municipales.....	30
6. Lineamientos de Interoperabilidad.....	30
6.1. Interoperabilidad semántica.....	31
6.1.1. Terminologías estandarizadas.....	31
6.1.2. Reglas semánticas.....	31
6.2. Interoperabilidad técnica.....	31
6.2.1. Estándar de intercambio: HL7 FHIR.....	31
6.2.2. Perfil de resumen clínico: International Patient Summary (IPS).....	32
6.2.3. Transporte seguro.....	32
6.2.4. Identificación unívoca de la persona.....	32
6.2.5. Versionado y estructura.....	33
6.2.6. Reglas de consistencia técnica.....	33
6.3. Interoperabilidad organizacional.....	33
6.3.1. Gobernanza municipal—provincial.....	33
6.3.2. Políticas de acceso y uso.....	34
6.3.3. Trazabilidad.....	34
6.3.4. Flujos de información sugeridos.....	34
6.4. Reglas de completitud y validación.....	34
6.5. Seguridad, privacidad y ética del dato.....	35
6.6. Integración futura y escalabilidad.....	35
7. Metodología del Proceso de Consenso Municipal.....	35
7.1. Enfoque metodológico.....	36
7.2. Participantes.....	36
7.3. Instrumentos y técnicas utilizados.....	36
7.3.1. Formulario estructurado de consulta.....	36
7.3.2. Webinarios de consenso.....	37
7.4. Fases del proceso.....	37
Fase 1. Diseño y planificación.....	37
Fase 2. Recolección de información.....	37
Fase 3. Construcción y validación del consenso.....	37
Fase 4. Consolidación técnica.....	38
7.5. Consideraciones éticas y de calidad.....	38
8. Recomendaciones para la Implementación.....	38
8.1. Requerimientos para los sistemas de información municipales.....	38
8.1.1. Registro estructurado de datos.....	38
8.1.2. Generación automática del RCIP.....	39
8.1.3. Mecanismos de actualización.....	39
8.1.4. Funcionalidades mínimas del HIS.....	39
8.2. Recomendaciones para proveedores de sistemas HIS.....	39

8.2.1. Adopten estándares internacionales.....	39
8.2.2. Desarrollen conectores FHIR.....	39
8.2.3. Aseguren modularidad y escalabilidad.....	40
8.2.4. Realicen pruebas de interoperabilidad.....	40
8.3. Requerimientos institucionales para municipios.....	40
8.3.1. Responsables institucionales.....	40
8.3.2. Procedimientos internos.....	40
8.3.3. Capacitación del personal.....	40
8.4. Modelo de implementación por fases.....	41
Fase 1: Preparación (0–3 meses).....	41
Fase 2: Implementación inicial (3–9 meses).....	41
Fase 3: Integración provincial (9–15 meses).....	41
Fase 4: Consolidación y escalamiento (15–24 meses).....	41
8.5. Recomendaciones para integración con la arquitectura provincial.....	41
8.5.1. Integración con CIDI.....	41
8.5.2. Arquitectura de datos provincial.....	42
8.6. Indicadores sugeridos para monitoreo.....	42
8.6.1. Indicadores de adopción.....	42
8.6.2. Indicadores de calidad del dato.....	42
8.6.3. Indicadores de uso asistencial.....	42
8.7. Sostenibilidad operativa.....	42
8.8. Riesgos y mitigaciones.....	43
9. Consideraciones Legales y Éticas.....	43
9.1. Marco normativo nacional aplicable.....	44
9.1.1. Ley 25.326 – Protección de Datos Personales.....	44
9.1.2. Ley 26.529 – Derechos del Paciente.....	44
9.1.3. Ley 27.706 – Programa Federal Único de Informatización y Digitalización de Historias Clínicas.....	44
9.2. Marco normativo provincial.....	45
9.2.1. Ley 10.590 – Historia Clínica Electrónica Única de Córdoba.....	45
9.3. Consentimiento informado y bases legales para el uso de datos.....	45
9.3.1. Consentimiento para el uso del RCIP.....	45
9.3.2. Consentimiento para la interoperabilidad.....	45
9.4. Seguridad de la información y medidas de protección.....	46
9.5. Acceso, delegación y derechos de la persona.....	46
9.5.1. Acceso de la persona a su RCIP.....	46
9.5.2. Acceso delegado.....	46
9.5.3. Acceso en emergencias.....	46
9.6. Ética del dato en salud pública.....	47

9.7. Responsabilidades institucionales.....	47
10. Conclusiones.....	49
REFERENCIAS.....	51
GLOSARIO.....	53

Agradecimientos

Queremos agradecer a todas las personas que participaron voluntariamente de este proyecto de trabajo, sea a través de los Webinars y/o a través de la metodología de consenso como medio para la selección del conjunto de datos de salud más relevantes del Resumen Clínico Interoperable de la Persona (RCIP) para los Municipios y Comunas de la Provincia de Córdoba.

Listamos solo a aquellas personas que aceptaron su mención y representación:

Ana Alejandra Espinosa; Gladys isabel Banega; González Battaglia Lucio Damián; Jimena Rivero Urdinez; Mercedes Elena Cosimi; Roxana Mabel Pesa; Sara Maria de las Mercedes Montiel; Valeria Martinez; Alba Cristina Rivata, Secretaría de Capital Humano y Salud de la Municipalidad de Villa del Rosario; Antonio German Esteban De Bonis Medina, Sistemas de Salud Digital del Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco; Brenda Cohort, responsable del Área de Estadística de la Municipalidad de Villa General Belgrano; Gerardo Galimbertti, Director Médico de la Municipalidad de Balnearia; Jorgelina El Hay, Farmacéutica del Hospital Misericordia; Jose Alberto Linares, Director del Hospital Municipal de la Municipalidad de Despeñaderos; María del Carmen Balduzzi, Directora de Salud de la Municipalidad de Huinca Renancó; María José Conti, Secretaria de Desarrollo Social de la Municipalidad de La Carlota; Patricia Rosa Valiente, Referente Provincial de Telesalud del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba; Raquel Botta, Directora de Salud de la Municipalidad de Río Segundo; Silvina Analía Santiso, Directora de Salud de la Municipalidad de Alvear en Provincia de Santa Fe; Silvina Eliana Martín, Directora de Salud de la Municipalidad de San Francisco.

Resumen Ejecutivo

El presente lineamiento técnico establece el Resumen Clínico Interoperable de la Persona (RCIP) para los municipios de la Provincia de Córdoba, un instrumento estratégico destinado a mejorar la continuidad asistencial, fortalecer la seguridad del paciente y habilitar la interoperabilidad clínica entre establecimientos municipales, provinciales y privados. El RCIP define un conjunto mínimo de datos esenciales, homogéneo y estandarizado, basado en estándares globales como HL7 FHIR, IPS, SNOMED CT, CIE-10/11, ATC e ICHI, garantizando la portabilidad, comparabilidad y reutilización de la información de salud en cualquier punto de atención.

La necesidad de este lineamiento surge de la alta fragmentación del sistema sanitario cordobés —con más de 427 municipios y alrededor de 700 centros de salud locales— que genera disparidad en registros clínicos, ausencia de información crítica en momentos clave, duplicación de estudios, errores clínicos y dificultades en las derivaciones. En este contexto, el RCIP se convierte en una herramienta clave para avanzar hacia un ecosistema integrado, equitativo y centrado en las personas.

El documento se fundamenta en marcos internacionales (OMS, OPS, BID, Banco Mundial), regionales (Hoja de Ruta de la OPS, principios de transformación digital) y normativos nacionales (Leyes 25.326, 26.529 y 27.706) y provinciales (Ley 10.590). Alinea al sistema municipal con las mejores prácticas globales de salud digital y con el modelo de Historia Clínica Electrónica Única tanto provincial como federal. Su diseño fue construido mediante un proceso participativo y multisectorial, que involucró a más de 90 actores municipales, provinciales y técnicos, garantizando que el conjunto de datos resultante sea clínicamente pertinente, técnicamente viable y operativamente realista.

El RCIP se estructura en dos componentes principales:

- **Encabezado administrativo:** datos de identificación, contacto, cobertura, metadatos del documento.
- **Cuerpo clínico esencial:** alergias, medicación vigente, condiciones crónicas, vacunas, dispositivos, antecedentes quirúrgicos, factores de riesgo y determinantes sociales.

Su implementación permitirá:

- Mejorar la seguridad clínica, asegurando disponibilidad de información crítica (alergias, medicación, condiciones crónicas) en toda la red.
- Fortalecer la toma de decisiones en urgencias, derivaciones e interconsultas.
- Reducir tiempos, duplicación de estudios y costos operativos.
- Ordenar la información sanitaria municipal y habilitar su integración con la arquitectura provincial (CIDI) y federal.

- Impulsar una cultura de calidad de datos, gobernanza y estándares en los municipios.

Para facilitar su adopción, el lineamiento incorpora recomendaciones específicas para municipios, proveedores de sistemas HIS y equipos clínicos, junto con un modelo de implementación por fases (preparación, adopción inicial, integración provincial y escalamiento). Asimismo, establece criterios claros de interoperabilidad técnica, semántica y organizacional, así como consideraciones legales y éticas para garantizar privacidad, seguridad y uso legítimo de los datos sanitarios.

La construcción del RCIP marca un punto de inflexión en la transformación digital del sistema sanitario cordobés. Representa una herramienta concreta para avanzar hacia un modelo de atención más seguro, integrado y centrado en las personas, y posiciona a la Provincia de Córdoba en línea con las mejores prácticas regionales e internacionales. Es, además, el primero de una serie de componentes que permitirán consolidar una arquitectura digital moderna, interoperable y sostenible en todo el territorio.

Más que un lineamiento técnico, el RCIP es una inversión estratégica en la calidad del cuidado, la equidad sanitaria y el futuro digital de la provincia.

1. Introducción

1.1 Propósito del documento

El presente lineamiento técnico establece la estructura, contenido y requisitos del Resumen Clínico Interoperable de la Persona, un conjunto de datos esenciales diseñados para facilitar el acceso seguro, oportuno y estandarizado a la información mínima necesaria para apoyar la continuidad asistencial en los servicios de salud municipales, provinciales y privados de la Provincia de Córdoba.

El documento tiene como propósito:

- Definir un conjunto de datos clínicos esenciales y homogéneos.
- Establecer criterios de interoperabilidad semántica, técnica y organizacional.
- Guiar a los municipios en la adopción e integración del resumen clínico en sus sistemas de información en salud.
- Contribuir a la articulación de datos entre niveles de atención, promoviendo un ecosistema interoperable provincial.

Este lineamiento es una referencia técnica para autoridades sanitarias, proveedores de sistemas de información, equipos clínicos, áreas de tecnología y organizaciones involucradas en la transformación digital del sector salud.

1.2 Problema y justificación

La atención sanitaria en la Provincia de Córdoba se desarrolla en un sistema mixto, con más de **427 municipios y comunas** que gestionan aproximadamente **700 centros de salud locales**, complementados por una red provincial de establecimientos de mayor complejidad (). Esta configuración genera una alta fragmentación en la disponibilidad y calidad de los datos clínicos, lo que limita la continuidad asistencial y aumenta los riesgos para la seguridad del paciente.

La falta de información clínica esencial —alergias, medicación vigente, condiciones crónicas, dispositivos implantados y antecedentes— ha sido identificada como un factor crítico que compromete la toma de decisiones, especialmente en contextos de urgencia, atención no programada o derivaciones entre establecimientos.

Durante la pandemia de COVID-19, la necesidad de contar con información oportuna y estandarizada se hizo evidente a nivel nacional y provincial, demostrando que la disponibilidad inmediata de datos clínicos puede impactar directamente la capacidad de respuesta del sistema de salud ().

Por ello, resulta imprescindible avanzar hacia un **Resumen Clínico Interoperable**, adoptado de manera homogénea por los municipios, como herramienta clave para:

- Mejorar la continuidad y coordinación de cuidados.
- Elevar la calidad y seguridad de las decisiones clínicas.
- Reducir duplicidad de estudios, tiempos de atención y costos operativos.
- Facilitar la integración con plataformas provinciales como CIDI.

1.3 Alcance del lineamiento

Este documento define:

- La estructura (encabezado + cuerpo clínico) del Resumen Clínico Interoperable.
- El conjunto mínimo de datos esenciales para su implementación.
- Los estándares de codificación recomendados (CIE-10/11, SNOMED CT, ATC, ICHI, ISO 8601).
- Las reglas de interoperabilidad para asegurar la transferencia segura de información entre sistemas.
- Recomendaciones para su implementación progresiva en establecimientos de salud municipales.

El lineamiento **no sustituye** la Historia Clínica Electrónica (HCE) completa ni las regulaciones nacionales o provinciales vigentes.

Es un instrumento técnico complementario destinado a garantizar datos esenciales y uniformes para la atención segura entre jurisdicciones.

1.4 Actores involucrados

La definición del conjunto de datos del Resumen Clínico Interoperable es resultado de un proceso participativo liderado por la **Fundación para la Investigación y Gestión en Salud (FIGSA)**, en colaboración con **RECAINSA**, e involucró a:

- Municipios y comunas de la Provincia de Córdoba.
- Hospitales provinciales de mediana y alta complejidad.
- Establecimientos privados de salud.
- Profesionales clínicos y equipos de salud.
- Áreas de sistemas, informática en salud y gobernanza digital.
- Proveedores de software y sistemas HIS.

Más de **90 participantes** contribuyeron mediante instancias de consulta web, sesiones de diálogo estructurado y validación de información.

1.5 Público objetivo

El documento está dirigido a:

- Municipios y comunas, responsables de gestionar centros de salud de primer nivel.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, como ente rector.
- Proveedores de sistemas de información en salud y desarrolladores de software.
- Profesionales clínicos y equipos multidisciplinarios que intervienen en la atención directa.
- Organizaciones de salud privadas que interactúan con la red municipal y provincial.
- Áreas técnicas responsables de interoperabilidad, arquitectura de datos y estándares.
- Investigadores y organismos de cooperación involucrados en la transformación digital en salud.

2. Contexto Global, Regional y Federal

La transformación digital del sector salud no ocurre en el vacío: responde a tendencias globales, marcos regionales de armonización y lineamientos normativos nacionales que orientan las decisiones de política pública, inversión y gobernanza. Para comprender la pertinencia y el alcance del Resumen Clínico Interoperable de la Persona en Córdoba, es esencial contextualizarlo dentro de estos tres niveles estratégicos.

2.1. Contexto Global en Salud Digital

2.1.1. Evolución del marco global de salud digital

En la última década, la salud digital pasó de ser una innovación tecnológica periférica a consolidarse como un pilar estructural de los sistemas sanitarios modernos. La 71ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció explícitamente que las tecnologías digitales tienen el potencial de fortalecer la prestación de servicios, mejorar la eficiencia y acelerar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OMS, 2018).

Este reconocimiento abrió paso a la construcción de un ecosistema global de políticas, estándares e instrumentos orientados a garantizar que la digitalización beneficie a todas las personas, bajo principios de accesibilidad, equidad y seguridad.

2.1.2. Directrices y estrategias internacionales

En 2019, la OMS publicó sus Directrices sobre intervenciones digitales basadas en evidencia, que contienen diez recomendaciones para fortalecer los sistemas de salud a través de soluciones digitales (OMS, 2019) . Estas directrices destacan la necesidad de implementar intervenciones que sean éticos, seguras, confiables, escalables, interoperables y coherentes con marcos de privacidad y protección de datos.

El hito más significativo a nivel global es la Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020–2025 de la OMS, aprobada en 2021. Su visión es cristalina: “mejorar la salud de todas las personas acelerando la adopción de soluciones de salud digital centradas en las personas” (OMS, 2021) . Esta estrategia articula cuatro ejes:

1. gobernanza de la salud digital,
2. infraestructura,
3. competencias y capital humano, y
4. interoperabilidad y estándares abiertos.

El lineamiento propuesto para Córdoba se inscribe directamente en este cuarto eje.

2.1.3. Marcos de gobernanza y herramientas globales

La OMS y la ITU publicaron en 2012 el National eHealth Strategy Toolkit, una referencia aún vigente para el diseño de políticas nacionales. Este instrumento propone una hoja de ruta para que los países definan su visión de salud digital, establezcan modelos de gobernanza y planifiquen la implementación de soluciones interoperables (OMS-ITU, 2012) .

El toolkit establece principios fundamentales que resuenan directamente con el contexto cordobés:

- articulación entre niveles de gobierno,
- desarrollo de arquitecturas de datos,
- estándares técnicos comunes,
- mecanismos de financiamiento y sostenibilidad.

2.1.4. Rol de organismos multilaterales

El ecosistema de salud digital global se ve reforzado por entidades como:

- **Banco Mundial**, que impulsa proyectos de salud conectada para mejorar resiliencia y cobertura universal;
- **UNICEF**, que orienta el uso de tecnologías digitales para proteger la salud materno-infantil y reducir inequidades, particularmente en contextos vulnerables (UNICEF, 2018).

Estas organizaciones aportan financiamiento, modelos probados, herramientas de gobernanza y soporte técnico para avanzar políticas públicas digitales.

2.1.5. Estándares internacionales clave

La consolidación de un **lenguaje común** es esencial para lograr interoperabilidad en salud. A nivel global, se destacan:

- HL7 FHIR y el International Patient Summary (IPS) para el intercambio estructurado;
- SNOMED CT como terminología clínica de referencia;
- CIE-11, ATC, ICHI como clasificaciones internacionales;
- ISO 8601 para fecha y tiempo.

La OPS y organismos multilaterales coinciden en el uso de estándares abiertos y bienes públicos digitales para garantizar escalabilidad y sostenibilidad (OPS, 2021) .

2.2. Contexto Regional: América Latina y el Caribe

2.2.1. Marcos regionales de transformación digital

En la región, la OPS ha liderado la configuración de un marco común a través de dos instrumentos clave:

- Hoja de Ruta para la Transformación Digital del Sector Sanitario,
- Plan de Acción para los Sistemas de Información para la Salud 2019–2023.

Ambos documentos guían a los países en el fortalecimiento de sus infraestructuras de datos, gobernanza y alineación con los ODS (OPS, 2021) .

2.2.2. Principios rectores regionales

La OPS formuló **ocho principios rectores** para la transformación digital del sector salud:

- conectividad universal,
- bienes digitales,
- salud digital inclusiva,
- interoperabilidad,
- derechos humanos,
- inteligencia artificial,
- seguridad de la información,
- arquitectura de la salud pública

Estos principios son esenciales para interpretar la pertinencia del Resumen Clínico Interoperable en una provincia marcada por heterogeneidad territorial y desigualdades municipales.

2.2.3. Brechas regionales y desafíos estructurales

El BID identificó que sólo 11 países cuentan con legislación específica de historia clínica electrónica y 14 de 26 tienen estrategias nacionales de salud digital vigentes (Bagolle et al., 2022) . Esto posiciona a la región en un estado de rezago estructural, caracterizado por:

- baja estandarización,
- limitada interoperabilidad,
- ausencia de eMPI nacionales robustos,
- brechas de capital humano digital.

2.2.4. Evidencia sobre impacto y casos emblemáticos

El BID concluye que la digitalización puede salvar vidas, reducir costos y mejorar calidad y eficiencia en los sistemas públicos de ALC (BID, 2023) .

Casos destacados:

- **Costa Rica:** EDUS, interoperabilidad nacional.
- **Uruguay:** Historia Clínica Electrónica Nacional.
- **Brasil:** arquitectura de datos integrada.

2.2.5. Redes de colaboración

En la región operan redes técnicas como **RECAINSA**, que facilita el intercambio de buenas prácticas, estándares, gobernanza, interoperabilidad y capital humano en más de 16 países (RECAINSA, 2023).

Estas plataformas fortalecen el alineamiento regional y promueven soluciones escalables.

2.3. Contexto Federal de Argentina

2.3.1. Estrategia Nacional de Salud Digital

Argentina cuenta con la Estrategia Nacional de Salud Digital 2018–2024, cuyo objetivo es reducir brechas de calidad mediante sistemas que permitan seguimiento longitudinal del paciente y atención centrada en la persona (Ministerio de Salud, 2018) .

2.3.2. Marco legal habilitante

El marco argentino se apoya en un conjunto robusto de normas:

- **Ley 27.706** (2023): Programa Federal Único de HCE, busca un sistema federado para todo el país .
- **Ley 27.553** (2020): receta electrónica y plataformas de teleasistencia.
- **Ley 26.529**: Derechos del Paciente.
- **Ley 25.326**: Protección de Datos Personales.

Este ecosistema normativo exige que la digitalización preserve confidencialidad, consentimiento informado y seguridad.

2.3.3. Iniciativas nacionales estratégicas

Entre las plataformas clave se encuentran:

- Historia Clínica Digital Compartida,
- Plataforma Nacional de Telesalud,
- Registro Federal de Profesionales,
- Federalización del Índice Maestro de Pacientes.

Estas iniciativas avanzan hacia un ecosistema interoperable, federado y centrado en la persona.

2.3.4. Estándares y lineamientos técnicos

Argentina es país miembro de SNOMED CT, avanza hacia CIE-11 y desarrolla pilotos basados en HL7 FHIR siguiendo el estándar IPS para Resumen de Paciente .

2.4. Contexto Provincial de Córdoba

2.4.1. Marco legal provincial

La Ley 10.590 crea el Sistema Provincial de Historia Clínica Electrónica Única, promoviendo integración entre niveles municipal, provincial y privado (Legislatura de Córdoba, 2018) .

2.4.2. Configuración del sistema sanitario provincial

El sistema de Córdoba se caracteriza por:

- 427 municipios y comunas,
- aproximadamente 700 centros de salud locales,
- alrededor de 40 establecimientos provinciales de mayor complejidad.

Esta estructura distribuye la responsabilidad sanitaria y refuerza la necesidad de mecanismos de integración y estandarización.

2.4.3. Desafíos principales

La diversidad de sistemas municipales genera:

- fragmentación de información,
- inconsistencias en historia clínica,
- ausencia de un conjunto mínimo de datos homogéneos,
- barreras para la continuidad del cuidado.

2.4.4. Rol del Resumen Clínico Interoperable

El Resumen Clínico Interoperable propuesto:

- responde al mandato provincial y federal,
- permite integración futura con CIDI,
- reduce riesgos clínicos,
- habilita continuidad asistencial,
- facilita la gobernanza interjurisdiccional de datos.

3. Objetivo del Lineamiento

3.1. Objetivo general

El presente lineamiento tiene como objetivo establecer un conjunto mínimo, homogéneo y estandarizado de datos clínicos y administrativos que conformen el Resumen Clínico Interoperable de la Persona en los servicios de salud municipales de la Provincia de Córdoba. Su finalidad es fortalecer la continuidad asistencial, mejorar la seguridad del paciente, y habilitar el intercambio confiable y oportuno de información entre establecimientos municipales, provinciales y privados, en consonancia con los marcos nacionales, regionales y globales de salud digital.

3.2. Objetivos específicos

1. **Definir la estructura y los elementos del Resumen Clínico Interoperable**, incluyendo datos de identificación, antecedentes relevantes, condiciones crónicas, medicación vigente, inmunizaciones, procedimientos, alertas clínicas y otros elementos esenciales para la atención.
2. **Alinear el conjunto de datos municipal con los estándares internacionales** de interoperabilidad (HL7 FHIR, IPS), terminologías clínicas (SNOMED CT) y clasificaciones diagnósticas (CIE-10/CIE-11), promoviendo un lenguaje común entre niveles de atención.
3. **Establecer criterios técnicos y funcionales** que permitan la integración de la información municipal con plataformas provinciales (como CIDI) y con iniciativas federales (como la Historia Clínica Electrónica Única).
4. **Reducir la fragmentación de la información clínica** mediante la adopción de una estructura mínima replicable que facilite el intercambio electrónico de datos, independientemente del software o proveedor utilizado por cada municipio.
5. **Promover la mejora en la calidad de datos**, fortaleciendo la captura, actualización y consistencia del registro clínico, especialmente en el primer nivel de atención.
6. **Consolidar una base técnica para el diseño de sistemas de información municipales**, favoreciendo la progresiva digitalización de los servicios de salud y su alineamiento con la gobernanza digital provincial.

3.3. Resultados esperados

La implementación del Resumen Clínico Interoperable permitirá:

- **Contar con un conjunto de datos uniforme y consensuado** entre municipios, con aplicabilidad provincial y compatibilidad nacional.

- **Facilitar la continuidad asistencial**, asegurando que información crítica acompaña a la persona en cualquier punto de contacto con el sistema de salud.
- **Mejorar la seguridad clínica** mediante el acceso inmediato a alergias, medicación relevante, condiciones crónicas y alertas.
- **Optimizar los flujos de derivación y referencia**, reduciendo tiempos, duplicación de pruebas y errores por ausencia de información.
- **Establecer bases sólidas para la interoperabilidad**, habilitando integración progresiva con sistemas provinciales y federales.
- **Fortalecer la capacidad institucional de los municipios**, otorgándoles un modelo técnico claro para orientar el desarrollo o adaptación de sus sistemas locales.

3.4. Alineación estratégica

Este lineamiento se encuentra alineado con:

- **La Estrategia Nacional de Salud Digital 2018–2024** y el **Programa Federal Único de Historias Clínicas** (Ley 27.706), que impulsan un modelo federado, interoperable y centrado en la persona.
- **La Ley Provincial 10.590**, que establece el Sistema Provincial de Historia Clínica Electrónica Única y la integración de niveles municipal, provincial y privado.
- **Los marcos regionales de la OPS**, incluyendo la Hoja de Ruta para la Transformación Digital y los ocho principios rectores.
- **Las directrices globales de la OMS**, que promueven sistemas de información confiables, seguros, interoperables y orientados al bienestar de las personas.
- **Las recomendaciones del BID** sobre digitalización como motor para mejorar eficiencia, reducir costos y salvar vidas en América Latina.

4. Marco Conceptual del Resumen Clínico Interoperable

La adopción de un *Resumen Clínico Interoperable de la Persona* (RCIP) requiere comprender los fundamentos conceptuales que sustentan su función, alcance y relación con la gobernanza digital de los sistemas de salud. Esta sección desarrolla los elementos conceptuales esenciales para interpretar el lineamiento y para garantizar su correcta implementación en los servicios de salud municipales de la Provincia de Córdoba.

4.1. Definición del Resumen Clínico Interoperable

El Resumen Clínico Interoperable de la Persona (RCIP) es un conjunto mínimo, estructurado y estandarizado de datos clínicos y administrativos, destinado a representar la información esencial de salud de una persona, con el fin de apoyar su continuidad asistencial en distintos puntos de atención.

El RCIP no sustituye la Historia Clínica Electrónica (HCE) completa, ni funciona como un repositorio integral de datos; por el contrario:

- resume información crítica,
- está diseñado para ser portable e intercambiable,
- es independiente del software o proveedor,
- y acompaña a la persona a lo largo de los distintos niveles de atención.

Su propósito es asegurar que información relevante para la seguridad del paciente —como alergias, medicación actual, antecedentes importantes o problemas crónicos— esté siempre disponible, incluso cuando los sistemas locales no estén integrados.

4.2. Propósito clínico y asistencial del RCIP

El RCIP cumple funciones clave en la atención sanitaria:

4.2.1. Continuidad asistencial

Permite que profesionales de distintos niveles y jurisdicciones accedan a información crítica para tomar decisiones seguras y oportunas, especialmente en:

- urgencias,
- consultas no programadas,
- derivaciones,
- interconsultas,
- y transiciones entre niveles de atención.

4.2.2. Seguridad del paciente

Un RCIP bien implementado reduce riesgos asociados a:

- medicación duplicada o contraindicada,
- alergias no registradas,
- falta de antecedentes quirúrgicos o crónicos,

- omisión de alertas clínicas relevantes.

4.2.3. Eficiencia operativa

Disminuye la duplicación de estudios, reduce tiempos de atención, optimiza el flujo de información y mejora la interoperabilidad entre proveedores locales, provinciales y privados.

4.3. Diferencia entre HCE, RCIP y extractos clínicos

Para evitar confusiones conceptuales, es clave distinguir:

4.3.1. Historia Clínica Electrónica (HCE)

Registro longitudinal, completo e institucional de la atención de una persona.

- Contiene datos extensos, episodios, informes, imágenes, notas clínicas.
- Tiene valor legal y administrativo.

4.3.2. Resumen Clínico Interoperable (RCIP)

Documento estructurado, acotado y estandarizado que reúne sólo la información esencial para la toma de decisiones en cualquier contexto.

- Es portable.
- No sustituye la HCE.
- Puede ser emitido por sistemas municipales, provinciales o privados.

4.3.3. Extractos clínicos o resúmenes locales

- Son fragmentos de la HCE institucional.
- No necesariamente cumplen estándares de interoperabilidad.
- No son equivalentes al RCIP.

4.4. Componentes fundamentales de un RCIP

En línea con los estándares internacionales (HL7 IPS, OMS, OPS), un RCIP debe contar con cuatro pilares conceptuales:

4.4.1. Información de identificación confiable

Basada en un Identificador Único de Persona. Permite evitar duplicación y errores de identidad.

4.4.2. Información clínica esencial

Incluye:

- alergias y reacciones adversas,
- medicación relevante,
- diagnósticos y problemas crónicos,
- antecedentes quirúrgicos,
- vacunas,
- dispositivos implantados,
- alertas clínicas.

4.4.3. Estructura estandarizada

Uso de estándares abiertos:

- HL7 FHIR,
- International Patient Summary (IPS),
- SNOMED CT,
- CIE-10/CIE-11,
- ATC,
- ICHI.

4.4.4. Interoperabilidad semántica y técnica

Garantiza que los datos sean interpretados y reutilizados por cualquier sistema, independientemente del proveedor o software utilizado.

4.5. Interoperabilidad: dimensiones conceptuales

La interoperabilidad en salud opera en distintas capas que deben coexistir:

4.5.1. Interoperabilidad semántica

Asegura que los datos tengan el mismo significado entre sistemas. Uso de vocabularios controlados como SNOMED CT, CIE-11, ATC.

4.5.2. Interoperabilidad técnica

Define cómo viaja la información:

- APIs,
- HL7 FHIR,
- estructuras IPS,
- transporte seguro.

4.5.3. Interoperabilidad organizacional

Incluye acuerdos entre niveles municipal—provincial—privado para compartir, gobernar y usar datos de manera responsable.

4.6. Riesgos clínicos derivados de la ausencia de información esencial

La falta de información mínima estandarizada provoca:

- errores de medicación,
- prescripción duplicada,
- falta de registro de alergias,
- tratamientos inadecuados,
- decisiones basadas en datos incompletos,
- pérdida de continuidad en derivaciones,
- sobreutilización de estudios complementarios.

Estos riesgos aumentan en contextos fragmentados como el sistema sanitario cordobés con 427 municipios y múltiples proveedores tecnológicos.

4.7. Beneficios del RCIP para los sistemas municipales

Para los municipios, el RCIP permite:

- ordenar datos mínimos en contextos de baja o media madurez digital,
- estandarizar flujos clínicos,
- evitar desarrollos inconexos,
- reducir costos de integración,
- facilitar integración futura con HCE provinciales y federales,
- mejorar la trazabilidad de la atención.

4.8. Relación del RCIP con estándares internacionales

El International Patient Summary (IPS, HL7) es la referencia global para resúmenes portables y clínicamente seguros. El RCIP propuesto:

- se alinea con la estructura conceptual del IPS,
- adapta el contenido al contexto municipal argentino,
- permite interoperabilidad futura con nodos provinciales y federales,
- facilita exportación vial FHIR para integración con CIDI u otros repositorios.

4.9. Enfoque centrado en la persona

Finalmente, el RCIP adopta un enfoque centrado en las personas, reconociendo que:

- los datos de salud pertenecen a la persona,
- deben acompañarla donde reciba atención,
- deben estar disponibles de forma segura,
- deben respetar consentimiento, derechos y privacidad,
- y deben contribuir a una atención continua e integral.

5. Conjunto de Datos Esenciales del Resumen Clínico Interoperable (RCIP)

El Conjunto de Datos Esenciales (CDE) define la mínima información necesaria, clínicamente relevante y estructurada, que debe estar disponible para apoyar la continuidad asistencial de una persona en cualquier establecimiento de salud municipal, provincial o privado de la Provincia de Córdoba.

Este CDE se basa en:

- la estructura del HL7 International Patient Summary (IPS),
- recomendaciones de OMS, OPS y BID,
- normativa nacional y provincial,
- consenso municipal (más de 90 participantes),
- gobernanza provincial de datos,
- capacidades reales del primer nivel de atención.

Los elementos se organizan en dos grandes componentes:

1. **Encabezado administrativo** (datos de identificación y contexto)
2. **Cuerpo clínico esencial** (información clínica crítica)

Además, cada campo se define con:

- **Descripción,**
- **Cardinalidad** (0..1, 0..N, 1..1),
- **Obligatoriedad** (O = obligatorio, R = recomendado, O* = obligatorio si aplica),
- **Estandarización** (SNOMED, CIE, ATC, ISO, FHIR),
- **Observaciones de implementación.**

5.1. Estructura General del CDE

Componente	Sección	Finalidad
Encabezado administrativo	Identidad, contacto, cobertura, origen del documento	Permite identificar la persona, el origen del documento, y asegurar trazabilidad
Cuerpo clínico esencial	Alergias, medicación, antecedentes, vacunas, problemas crónicos, riesgos, dispositivos, gestación	Provee información clínica crítica para continuidad asistencial

5.2. Encabezado

5.2.1. Identificación de la persona

Campo	Descripción	Card.	Oblig.	Estándar
Identificador único de persona	DNI u otro identificador oficial validado	1..1	○	RENAPER / ISO
Apellido(s)	Apellido principal de la persona	1..1	○	Texto
Nombre(s)	Nombre principal	1..1	○	Texto
Fecha de nacimiento	Determina edad exacta	1..1	○	ISO 8601
Sexo/género	Según normativa vigente	1..1	○	SNOMED, ISO
Nacionalidad (opcional)	País de origen	0..1	R	ISO-3166

Campo	Descripción	Card.	Oblig.	Estándar
Domicilio	Residencia habitual	0..1	R	Texto estructurado
Teléfono de contacto	Comunicación directa	0..1	O*	Numérico

Observaciones:

Debe basarse en **identificación confiable**, preferentemente interoperable con sistemas provinciales (CIDI) y federales.

5.2.2. Contacto de emergencia / representante legal

Campo	Descripción	Card.	Oblig.	Estándar
Nombre del contacto	Persona autorizada	0..1	R	Texto
Parentesco	Grado de relación	0..1	R	SNOMED
Teléfono del contacto	Vía de comunicación	0..1	R	Numérico

5.2.3. Cobertura de salud

Campo	Descripción	Card.	Oblig.	Estándar
Tipo de cobertura	Obra social / prepaga / público	0..1	R	SNOMED / cat. nacional
Nombre del financiador	Nombre de obra social o prepaga	0..1	R	Texto
Número de afiliado	Identificador de afiliación	0..1	R	Texto numérico

5.2.4. Centro de salud habitual / preferente

Campo	Descripción	Card.	Oblig.
Centro de atención habitual	Establecimiento más frecuentado	0..1	R

5.2.5. Datos propios del documento

Campo	Descripción	Card.	Oblig.
Fecha de creación	Fecha en que se generó el resumen	1..1	O
Fecha de última actualización	Última edición del documento	1..1	O
Profesional responsable (si aplica)	Nombre y matrícula	0..1	O*
Establecimiento emisor	Código y nombre del establecimiento	1..1	O

5.3. Cuerpo Clínico Esencial

El cuerpo clínico se organiza por dominios. Todos los elementos deben ser estructurados, normalizados y codificados siempre que sea posible.

5.3.1. Alertas y alergias

Campo	Descripción	Card.	Oblig.	Estándar
Alergia o reacción adversa	Sustancia, fármaco o factor desencadenante	0..N	O*	SNOMED
Tipo de reacción	Clínica o inmunológica	0..N	O*	SNOMED
Grado/severidad	Leve / moderada / grave	0..1	R	SNOMED
Fecha (si conocida)	Inicio del evento	0..1	R	ISO 8601

5.3.2. Vacunas

Campo	Descripción	Card.	Oblig.	Estándar
Vacuna administrada	Nombre de la vacuna	0..N	R	SNOMED
Fecha de administración	Fecha de dosis	0..N	R	ISO 8601
Dosis	1ª, 2ª, refuerzo	0..1	R	Texto
Lote (opcional)	Identificación del lote	0..1	R	Texto

5.3.3. Problemas crónicos de salud

Campo	Descripción	Card.	Oblig.	Estándar
Diagnóstico crónico	Enfermedad o condición persistente	0..N	O	CIE-10/CIE-11

Campo	Descripción	Card.	Oblig.	Estándar
Fecha del diagnóstico	Si se conoce	0..1	R	ISO 8601
Estado actual	Activo / controlado / en remisión	0..1	R	SNOMED

5.3.4. Dispositivos médicos e implantes

Campo	Descripción	Card.	Oblig.	Estándar
Tipo de dispositivo	Marcapasos, prótesis, DIU, etc.	0..N	O*	SNOMED / GMDN
Fecha de implantación	Si se conoce	0..1	R	ISO 8601
Estado funcional	Activo, revisado, reemplazado	0..1	R	SNOMED

5.3.5. Procedimientos quirúrgicos relevantes

Campo	Descripción	Card.	Oblig.	Estándar
Procedimiento	Cirugía previa significativa	0..N	R	ICHI / CIE-11
Fecha	Fecha del procedimiento	0..1	R	ISO 8601
Observaciones	Complicaciones, consideraciones	0..1	R	Narrativa

5.3.6. Medicación vigente

Campo	Descripción	Card.	Oblig.	Estándar
Principio activo	Fármaco actual	0..N	O	ATC / SNOMED
Dosis y esquema	mg, frecuencia, vía	0..N	O*	Texto estructurado

Campo	Descripción	Card.	Oblig.	Estándar
Indicador de medicación crónica	Sí/No	0..1	R	Texto
Prescriptor	Opcional	0..1	R	Texto

5.3.7. Factores de riesgo y determinantes sociales

Campo	Descripción	Card.	Oblig.
Tabaquismo	Actual, exfumador, nunca fumador	0..1	R
Alcohol	Consumo de riesgo	0..1	R
IMC (opcional)	Si se conoce	0..1	R

Campo	Descripción	Card.	Oblig.
Determinantes críticos	Vivienda, violencia, pobreza extrema	0..N	R

5.3.8. Información obstétrica actual (si corresponde)

Campo	Descripción	Card.	Oblig.
Gestación actual	Sí/No	0..1	O*
Edad gestacional	Semanas	0..1	R
Riesgo obstétrico	Alto riesgo / habitual	0..1	R

5.4. Estándares de Codificación

Todo el CDE debe priorizar terminologías internacionales:

- **SNOMED CT**: términos clínicos, alergias, problemas, dispositivos
- **CIE-10 / CIE-11**: diagnósticos
- **ATC**: medicamentos
- **ICHI**: intervenciones y procedimientos
- **ISO 8601**: fechas
- **HL7 FHIR**: estructura de intercambio
- **IPS**: plantilla de resumen clínico

5.5. Reglas de calidad y consistencia

- Todo dato obligatorio debe estar completo.
- Narrativa limitada: usarla solo donde no exista codificación.
- Evitar duplicaciones.
- Los datos deben revisarse y actualizarse al menos una vez al año.
- Debe registrarse el origen del dato y fecha de última actualización.

5.6. Consideraciones para sistemas municipales

- No se requiere HCE completa para implementar el RCIP.
- Sistemas simples pueden generarlo con estructuras mínimas.
- Recomendación: módulo RCIP independiente dentro del HIS local.
- El CDE sirve como “buffer” para interoperabilidad con Provincia y Nación.

6. Lineamientos de Interoperabilidad

La interoperabilidad es el fundamento técnico y organizacional que permite que el Resumen Clínico Interoperable de la Persona (RCIP) pueda ser compartido, interpretado y reutilizado entre establecimientos municipales, provinciales y privados. Estos lineamientos establecen las condiciones mínimas para asegurar que la información circule de manera segura, estandarizada y confiable, sin importar el sistema de información en el que se genere.

Los lineamientos se estructuran en tres dimensiones:

1. **Interoperabilidad semántica** (significado común)
2. **Interoperabilidad técnica** (estructuras y APIs)
3. **Interoperabilidad organizacional** (acuerdos y gobernanza)

6.1. Interoperabilidad semántica

La interoperabilidad semántica garantiza que los datos clínicos representen el mismo significado en cualquier sistema donde se consuman. Esto permite que, por ejemplo, “diabetes mellitus tipo 2”, “E11” o un código SNOMED se interpreten consistentemente en municipios, hospitales provinciales o sistemas privados.

6.1.1. Terminologías estandarizadas

Se deberán utilizar las siguientes terminologías y clasificaciones:

- **SNOMED CT.** Para alergias, problemas clínicos, dispositivos, observaciones clínicas, procedimientos y conceptos clínicos en general.
- **CIE-10 / CIE-11.** Para diagnósticos identificados como problemas crónicos o condiciones relevantes.
- **ATC.** Para medicación activa y clasificación farmacológica.
- **ICHI.** Para procedimientos quirúrgicos significativos y otras intervenciones.
- **ISO 8601.** Para formatos de fecha y hora.

6.1.2. Reglas semánticas

- Los códigos estandarizados deberán ser **capturados nativamente** en los HIS municipales siempre que sea posible.
- Los valores narrativos sólo se permitirán cuando no exista un código adecuado.
- No se admitirán sinónimos locales no codificados (ej. “HTA leve”).
- Todo dato clínico deberá incluir:
 - Código estandarizado,
 - Descripción legible,
 - Sistema de codificación utilizado.

6.2. Interoperabilidad técnica

Esta dimensión define los mecanismos mediante los cuales los datos del RCIP se intercambian, procesan y almacenan entre sistemas heterogéneos.

6.2.1. Estándar de intercambio: HL7 FHIR

El formato oficial para el intercambio del RCIP será HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) por su:

- modularidad,

- capacidad de integración vía API REST,
- alineamiento con el estándar IPS,
- compatibilidad con arquitecturas ligeras (ideal para municipios),
- amplia adopción global.

Se recomienda uso de versiones **FHIR R4 o superior**.

6.2.2. Perfil de resumen clínico: International Patient Summary (IPS)

El RCIP de Córdoba se alinearán a la estructura del **HL7 IPS**, adaptada al contexto local. Esto asegura:

- compatibilidad futura con sistemas nacionales,
- portabilidad internacional,
- estructura universal del resumen clínico.

El IPS define recursos esenciales como:

- Patient
- AllergyIntolerance
- Condition
- Procedure
- Immunization
- MedicationStatement
- DeviceUseStatement

Estos serán la base para la implementación técnica del RCIP.

6.2.3. Transporte seguro

Todo intercambio deberá utilizar mecanismos seguros:

- HTTPS/TLS 1.2+
- OAuth2 / OpenID Connect (para autenticación/autorización)
- Cifrado de extremo a extremo donde corresponda.

No se permitirá intercambio por correo electrónico, archivos planos sin cifrar, mensajería o soportes físicos.

6.2.4. Identificación unívoca de la persona

El RCIP deberá incluir un **Identificador Único de Persona (IUP)** que permita vincular datos de forma segura en:

- sistemas municipales,
- plataformas provinciales (CIDI),
- futuros nodos federales (Ley 27.706).

Se recomienda:

- DNI validado,
- o IUP provincial (cuando exista),
- o un identificador maestro municipal mapeado a nivel provincial.

6.2.5. Versionado y estructura

- Cada RCIP deberá incluir metadatos claros:
 - versión del documento,
 - fecha de creación,
 - fecha de última actualización,
 - establecimiento emisor.
- El documento será **inmutable** una vez generado, salvo nueva actualización completa.

6.2.6. Reglas de consistencia técnica

- El RCIP debe ser legible tanto por máquinas como por humanos.
- Los HIS municipales deberán poder **exportar** y **consumir** RCIP.
- El RCIP debe poder integrarse en repositorios provinciales mediante:
 - API RESTful
 - mecanismos de sincronización programada
 - o eventos disparadores (triggers)

6.3. Interoperabilidad organizacional

Garantiza los acuerdos, flujos y reglas que permiten que los actores del sistema sanitario compartan y utilicen los datos del RCIP.

6.3.1. Gobernanza municipal—provincial

Los municipios deberán:

- adherir al CDE,
- designar un responsable de información,
- implementar mecanismos de calidad de datos,

- definir flujos de actualización del RCIP.

La Provincia deberá:

- mantener arquitectura y lineamientos,
- proveer soporte en estándares y FHIR,
- administrar catálogos y terminologías,
- coordinar integración con CIDI.

6.3.2. Políticas de acceso y uso

Los datos del RCIP:

- solo podrán ser consultados por personal autorizado,
- solo para fines asistenciales o de emergencia,
- deben respetar consentimiento explícito o presunto según normativa,
- deberán generar **registro de auditoría**: quién accedió, cuándo y para qué.

6.3.3. Trazabilidad

Cada acceso, exportación o actualización del RCIP deberá quedar registrada en los sistemas municipales y provinciales.

6.3.4. Flujos de información sugeridos

- **Generación local**: el municipio genera/actualiza el RCIP.
- **Sincronización**: el RCIP se envía al repositorio provincial.
- **Consumo**: el RCIP es consultable desde:
 - otros municipios,
 - hospitales provinciales,
 - prestadores privados habilitados.

6.4. Reglas de completitud y validación

Para que el RCIP sea útil:

- Todos los campos obligatorios deben ser completados.
- Se deberá validar consistencia:
 - fechas válidas,
 - códigos correctos,
 - sin campos duplicados,
 - sin valores contradictorios.

- El RCIP deberá actualizarse al menos una vez al año o ante:
 - un diagnóstico crónico nuevo,
 - una alergia registrada,
 - un cambio relevante en medicación.

6.5. Seguridad, privacidad y ética del dato

Todo intercambio del RCIP deberá respetar:

- **Ley 25.326** (Protección de Datos Personales)
- **Ley 26.529** (Derechos del Paciente)
- **Ley Provincial 10.590** (HCE Única de Córdoba)
- **Ley 27.706** (HCE Federal)

Se deberá garantizar:

- confidencialidad,
- integridad,
- disponibilidad,
- minimización de datos,
- acceso basado en rol,
- auditoría activa.

6.6. Integración futura y escalabilidad

El RCIP está diseñado para:

- integrarse con la arquitectura provincial (CIDI),
- interoperar con nodos federados,
- expandirse hacia historias clínicas completas,
- soportar telemedicina, emergencias y derivaciones.

7. Metodología del Proceso de Consenso Municipal

La definición del **Resumen Clínico Interoperable de la Persona (RCIP)** se realizó mediante un proceso participativo, transparente y metodológicamente robusto, que permitió consolidar las perspectivas clínicas, operativas y tecnológicas de los diversos actores del sistema de salud municipal y provincial de Córdoba. La metodología combinó técnicas cuantitativas y cualitativas para garantizar un resultado representativo, aplicable y alineado con las necesidades reales de los servicios de salud municipales.

7.1. Enfoque metodológico

El proceso se diseñó como un consenso técnico multisectorial, orientado a identificar, priorizar y validar el conjunto mínimo de datos esenciales que conforman el RCIP. Se aplicó una estrategia metodológica mixta que integró:

- **Consulta online estructurada**, para obtener información cuantitativa y categorizada.
- **Webinarios de consenso**, para el análisis cualitativo, discusión focalizada y validación participativa.
- **Sistematización técnica**, para consolidar los hallazgos en un CDE coherente, estandarizado y alineado a estándares internacionales (HL7 IPS, SNOMED CT, CIE-10/11).

Este enfoque permitió captar la variabilidad territorial y funcional de los municipios, así como las diferencias en madurez digital, recursos y complejidad asistencial.

7.2. Participantes

La metodología incorporó la participación de **más de 90 personas**, representando:

- Autoridades y equipos técnicos de **municipios y comunas**.
- Profesionales clínicos de centros de salud municipales.
- Equipos de gestión de hospitales provinciales.
- Áreas de tecnologías de la información, estadística y monitoreo.
- Representantes de **organismos técnicos aliados**, como FIGSA y RECAINSA.
- Proveedores de sistemas de información involucrados en el ecosistema local.

La participación fue voluntaria, abierta y no condicionada, con representación de todas las regiones sanitarias de la provincia, asegurando diversidad funcional y territorial.

7.3. Instrumentos y técnicas utilizados

7.3.1. Formulario estructurado de consulta

Se desarrolló un formulario online compuesto por 19 preguntas que incluyeron:

- Ítems cerrados para priorización de elementos del CDE.
- Preguntas de opción múltiple sobre criticidad, relevancia clínica y frecuencia de uso.
- Preguntas abiertas para recoger observaciones cualitativas, sugerencias y necesidades específicas.

Los datos recolectados permitieron:

- Identificar los campos percibidos como esenciales, recomendados o prescindibles.
- Detectar brechas en la captura de datos entre municipios.
- Conocer la factibilidad operativa para registrar y mantener los datos propuestos.

7.3.2. Webinarios de consenso

Se realizaron **dos webinarios de consulta y validación**, con la siguiente estructura:

1. Presentación del contexto y fundamentos del RCIP.
2. Revisión de resultados preliminares del formulario.
3. Discusión focalizada en elementos críticos (alergias, medicación, antecedentes, dispositivos).
4. Refinamiento colectivo del conjunto de datos.
5. Acuerdos de validación sobre campos obligatorios, recomendados y opcionales.

Estas sesiones permitieron ajustar criterios, aclarar dudas y asegurar que el CDE final reflejara las necesidades clínicas y capacidades reales del primer nivel de atención.

7.4. Fases del proceso

El proceso metodológico se desarrolló en cuatro fases:

Fase 1. Diseño y planificación

- Definición de objetivos metodológicos.
- Diseño del formulario y guión de consenso.
- Establecimiento de criterios de análisis y síntesis.

Fase 2. Recolección de información

- Aplicación del formulario web.
- Sistematización preliminar de respuestas cuantitativas y cualitativas.

Fase 3. Construcción y validación del consenso

- Presentación y discusión de resultados.
- Revisión técnica de campos divergentes.
- Integración del consenso en una primera versión del CDE.

Fase 4. Consolidación técnica

- Revisión global del CDE bajo criterios de interoperabilidad, semántica y factibilidad.
- Validación técnica final por parte del equipo de FIGSA y RECAINSA.
- Preparación de la versión definitiva del RCIP.

7.5. Consideraciones éticas y de calidad

- El proceso no implicó el uso de datos personales reales.
- Se manejaron exclusivamente opiniones y criterios de profesionales, de forma anónima y agregada.
- Se garantizó la representación de municipios con distintos niveles de complejidad, evitando sesgos.
- Se documentaron las decisiones metodológicas y los criterios de inclusión/exclusión para asegurar transparencia, reproducibilidad y trazabilidad.

8. Recomendaciones para la Implementación

La implementación del **Resumen Clínico Interoperable de la Persona (RCIP)** requiere una estrategia progresiva, realista y adaptada a la heterogeneidad municipal de la Provincia de Córdoba. Las siguientes recomendaciones integran criterios técnicos, organizacionales y operativos para facilitar su adopción y asegurar sostenibilidad, escalabilidad e interoperabilidad efectiva con la arquitectura provincial y federal.

8.1. Requerimientos para los sistemas de información municipales

Los municipios deberán contar, como mínimo, con las siguientes capacidades para implementar el RCIP:

8.1.1. Registro estructurado de datos

Los sistemas HIS deberán:

- permitir el registro de los elementos definidos como obligatorios en el CDE;
- utilizar campos codificados con SNOMED CT, CIE-10/11, ATC e ICHI;
- validar datos críticos (fecha, tipo de dato, formato).

8.1.2. Generación automática del RCIP

El HIS municipal deberá poder generar el RCIP:

- en formato **HL7 FHIR**,
- con estructura compatible con **IPS**,
- con metadatos completos: fecha, origen, profesional, versión.

8.1.3. Mecanismos de actualización

El sistema deberá permitir:

- edición y actualización del RCIP,
- registro de la fecha de actualización,
- controles para evitar duplicación o inconsistencia de datos.

8.1.4. Funcionalidades mínimas del HIS

Para garantizar la operatividad, cada HIS municipal deberá contar con:

- identificación unívoca de la persona,
- módulo clínico con secciones ordenadas,
- control de accesos basado en roles,
- trazabilidad/auditoría,
- capacidad de exportar/consumir datos vía API.

8.2. Recomendaciones para proveedores de sistemas HIS

Los proveedores tendrán un rol fundamental en garantizar que el RCIP sea técnicamente interoperable y clínicamente útil. Se recomienda que:

8.2.1. Adopten estándares internacionales

- Implementar perfiles FHIR IPS.
- Incorporar SNOMED CT como terminología primaria.
- Migrar a CIE-11 cuando esté disponible a nivel nacional.

8.2.2. Desarrollen conectores FHIR

Los sistemas deberán exponer y consumir:

- endpoints RESTful,

- bundles FHIR del RCIP,
- recursos IPS obligatorios (Patient, Condition, MedicationStatement, etc.).

8.2.3. Aseguren modularidad y escalabilidad

El RCIP debe integrarse como un módulo:

- independiente,
- activable sin reemplazar el HIS completo,
- extensible a otras funciones (derivaciones, emergencias, telemedicina).

8.2.4. Realicen pruebas de interoperabilidad

Se recomienda:

- pruebas de integración con entornos de ensayo provinciales,
- validación semántica y técnica,
- tests de usabilidad con personal asistencial.

8.3. Requerimientos institucionales para municipios

8.3.1. Responsables institucionales

Cada municipio deberá designar:

- un Responsable de Información Sanitaria,
- un Referente clínico para datos críticos,
- un Responsable técnico por HIS.

8.3.2. Procedimientos internos

Los municipios deberán contar con:

- procedimientos documentados de actualización del RCIP,
- flujos de validación clínica,
- reglas de acceso,
- auditoría periódica.

8.3.3. Capacitación del personal

Se recomienda capacitación en:

- registro adecuado de datos codificados,

- uso y actualización del RCIP,
- principios de interoperabilidad,
- privacidad y manejo seguro de información.

8.4. Modelo de implementación por fases

Dada la heterogeneidad municipal, se sugiere un modelo progresivo:

Fase 1: Preparación (0–3 meses)

- Difusión del lineamiento a todos los municipios.
- Revisión de capacidades HIS actuales.
- Identificación de brechas técnicas y organizacionales.
- Selección de municipios piloto.

Fase 2: Implementación inicial (3–9 meses)

- Adecuación del HIS para registrar el CDE.
- Generación del RCIP en formato FHIR.
- Entrenamiento del personal clínico y técnico.
- Pruebas internas del RCIP.

Fase 3: Integración provincial (9–15 meses)

- Conexión con CIDI o repositorios provinciales.
- Sincronización automática de RCIP.
- Validaciones clínicas y semánticas.

Fase 4: Consolidación y escalamiento (15–24 meses)

- Ampliación a todos los municipios.
- Monitoreo de indicadores provinciales.
- Ajustes según retroalimentación.
- Preparación para integración con el ecosistema federal.

8.5. Recomendaciones para integración con la arquitectura provincial

8.5.1. Integración con CIDI

El RCIP deberá:

- estar disponible para consulta desde CIDI,
- integrarse mediante API FHIR,
- respetar políticas de acceso basadas en roles.

8.5.2. Arquitectura de datos provincial

Se recomienda:

- repositorio centralizado o federado,
- metadatos provinciales estandarizados,
- catálogo único de terminologías.

8.6. Indicadores sugeridos para monitoreo

Se proponen indicadores de tres tipos:

8.6.1. Indicadores de adopción

- % de municipios que implementan el RCIP
- % de centros de salud que lo generan regularmente
- % de personal capacitado

8.6.2. Indicadores de calidad del dato

- Completitud de campos obligatorios
- Codificación correcta (SNOMED, CIE)
- Frecuencia de actualizaciones

8.6.3. Indicadores de uso asistencial

- Consultas de RCIP desde hospitales provinciales
- Uso en derivaciones
- Reducción de duplicación de estudios

8.7. Sostenibilidad operativa

Los municipios deberán planificar:

- recursos humanos mínimos,
- financiamiento para mantenimiento del HIS,
- soporte técnico continuo,
- actualización de estándares.

La Provincia deberá garantizar:

- soporte metodológico,
- interoperabilidad centralizada,
- alineación con normativa federal,
- gobernanza técnica y clínica.

8.8. Riesgos y mitigaciones

Riesgo	Estrategias de mitigación
Riesgo 1: Baja adopción municipal	<ul style="list-style-type: none">• Asistencia técnica focalizada• Pilotos intensivos• Incentivos para adopción temprana
Riesgo 2: HIS desactualizados o incompatibles	<ul style="list-style-type: none">• Kits de implementación• Guías FHIR• Conectores estándar interoperables
Riesgo 3: Inconsistencia de datos	<ul style="list-style-type: none">• Validaciones automáticas• Auditorías periódicas• Formación en calidad de datos
Riesgo 4: Resistencia al cambio clínico	<ul style="list-style-type: none">• Capacitación continua• Acompañamiento en terreno o remoto• Demostración de beneficios clínicos y operativos

9. Consideraciones Legales y Éticas

La implementación del Resumen Clínico Interoperable de la Persona (RCIP) requiere un marco legal y ético sólido que garantice la protección de los datos personales, la confidencialidad de la información sanitaria, el respeto por los derechos de las personas y la responsabilidad institucional en el acceso, uso y gestión de los datos de salud.

Esta sección establece los principios y obligaciones que deben regir el RCIP en los municipios de la Provincia de Córdoba, en coherencia con la normativa nacional, provincial y los estándares internacionales.

9.1. Marco normativo nacional aplicable

9.1.1. Ley 25.326 – Protección de Datos Personales

Establece los principios fundamentales para el tratamiento de datos sensibles, especialmente aquellos vinculados a la salud. El RCIP deberá cumplir con:

- Principio de finalidad: uso exclusivamente asistencial, sanitario y operativo.
- Consentimiento informado o bases legales habilitantes para el tratamiento.
- Minimización de datos: registrar sólo lo estrictamente necesario.
- Seguridad y confidencialidad en el tratamiento y almacenamiento.
- Derecho de acceso, rectificación, actualización o supresión por parte de la persona.

La información contenida en el RCIP se considera **dato sensible**, lo que impone un nivel reforzado de protección.

9.1.2. Ley 26.529 – Derechos del Paciente

La normativa establece derechos clave respecto al manejo de información sanitaria, entre ellos:

- Derecho a la autonomía y al consentimiento informado.
- Derecho a la confidencialidad y privacidad de la información.
- Derecho a recibir información clara y comprensible.
- Derecho a acceder a su historia clínica en cualquier momento.

El RCIP debe respetar la titularidad de la información por parte de la persona.

9.1.3. Ley 27.706 – Programa Federal Único de Informatización y Digitalización de Historias Clínicas

Esta ley regula el uso, intercambio e integración de historias clínicas electrónicas en todo el territorio nacional. Para el RCIP implica:

- Articulación con sistemas federados.
- Interoperabilidad con estándares nacionales.
- Transferencia segura entre jurisdicciones.

- Respeto del consentimiento informado en intercambios federados.

9.2. Marco normativo provincial

9.2.1. Ley 10.590 – Historia Clínica Electrónica Única de Córdoba

Establece un sistema integrado de HCE en la provincia, indicando que:

- La información debe ser única por persona,
- interoperable entre municipios, provincia y privados,
- almacenada y gestionada bajo estrictos criterios de seguridad y confidencialidad.

El RCIP se integra como componente esencial para este modelo provincial.

9.3. Consentimiento informado y bases legales para el uso de datos

9.3.1. Consentimiento para el uso del RCIP

El RCIP podrá utilizarse para:

- atención clínica directa,
- emergencias,
- derivaciones,
- continuidad asistencial.

Para estos fines, la base legal es el interés vital y el cumplimiento de funciones sanitarias. En otros casos, aplica el consentimiento informado.

9.3.2. Consentimiento para la interoperabilidad

Debe existir claridad respecto a:

- quién accede,
- con qué motivo,
- y bajo qué autorización.

La provincia podrá definir consentimiento granular mediante plataformas como CIDI.

9.4. Seguridad de la información y medidas de protección

Las instituciones deberán asegurar:

- Cifrado en tránsito y reposo.
- Autenticación fuerte (OAuth2, certificados digitales).
- Control de accesos basado en roles.
- Trazabilidad y auditoría de accesos: quién, cuándo y para qué.
- Backups y planes de contingencia.
- Protección contra accesos no autorizados, fallas técnicas y brechas de seguridad.

El RCIP debe estar disponible únicamente para personal autorizado y estrictamente para fines sanitarios.

9.5. Acceso, delegación y derechos de la persona

9.5.1. Acceso de la persona a su RCIP

Toda persona tiene derecho a:

- acceder a su RCIP,
- solicitar correcciones,
- recibir copia en formato interoperable,
- conocer quién accedió a su información.

9.5.2. Acceso delegado

La persona podrá autorizar a:

- familiares,
- tutores,
- representantes legales,
- cuidadores formales.

La delegación puede ser temporal, permanente o vinculada a un episodio asistencial.

9.5.3. Acceso en emergencias

En situaciones de riesgo vital, el acceso está justificado aunque no exista consentimiento explícito, siguiendo la normativa vigente.

9.6. Ética del dato en salud pública

El manejo del RCIP deberá responder a principios éticos fundamentales:

- Proporcionalidad: registrar sólo lo necesario.
- Justicia y equidad: evitar exclusión digital.
- Transparencia: informar sobre uso y finalidad.
- Minimización de riesgos: no compartir más información que la necesaria.
- Responsabilidad institucional: garantizar un uso adecuado.

9.7. Responsabilidades institucionales

Actor institucional	Responsabilidades principales
Municipios	<ul style="list-style-type: none">• Custodiar la información clínica generada localmente.• Garantizar la calidad, actualización y completitud de los datos del RCIP.• Implementar y mantener controles de acceso, trazabilidad y auditoría.• Capacitar al personal clínico y administrativo en uso seguro del RCIP.• Asegurar el registro codificado (SNOMED, CIE, ATC).
Provincia	<ul style="list-style-type: none">• Definir y mantener los estándares técnicos, semánticos y de interoperabilidad.• Administrar la arquitectura provincial (CIDI y componentes asociados).• Supervisar el cumplimiento normativo (Leyes 10.590, 25.326, 26.529, 27.706).• Ofrecer soporte técnico y metodológico a los municipios. Gestionar catálogos, terminologías y mecanismos de federación.

Actor institucional	Responsabilidades principales
Prestadores privados	<ul style="list-style-type: none"> • Alinear sus sistemas HIS a los estándares provinciales y del RCIP. • Participar en la interoperabilidad con el ecosistema municipal-provincial. • Asegurar calidad, seguridad y trazabilidad de los datos compartidos. • Respetar derechos del paciente y normativas de protección de datos.
Organismos técnicos aliados (FIGSA, RECAINSA, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar asistencia técnica y metodológica. • Aportar buenas prácticas y estándares regionales/internacionales. • Facilitar procesos de capacitación y fortalecimiento de capacidades. • Apoyar evaluación, monitoreo y mejora continua del RCIP.

10. Conclusiones

La construcción del Resumen Clínico Interoperable de la Persona (RCIP) representa un hito estratégico para la Provincia de Córdoba y sus municipios, al establecer un marco técnico, clínico y organizacional que permite avanzar hacia un ecosistema de información en salud integrado, seguro y centrado en las personas. Este lineamiento constituye una base sólida para reducir la fragmentación histórica del sistema, mejorar la continuidad asistencial y habilitar la interoperabilidad entre niveles de atención, prestadores y jurisdicciones.

El RCIP sintetiza —en un conjunto mínimo, esencial y estandarizado— la información clínica necesaria para respaldar decisiones seguras en cualquier punto de contacto del sistema sanitario. Su estructura, basada en estándares internacionales como HL7 FHIR, IPS, SNOMED CT, CIE-10/11 y ATC, permite asegurar la portabilidad, comparabilidad y reutilización de los datos, independientemente del software o proveedor utilizado por los municipios. Este enfoque técnico fortalece la calidad del dato, garantiza un lenguaje común y promueve la adopción progresiva de prácticas de interoperabilidad digital.

Asimismo, la metodología participativa utilizada —que involucró a más de 90 actores municipales, provinciales y técnicos— permitió consensuar un conjunto de datos realista, clínicamente pertinente y adaptado a las capacidades heterogéneas del primer nivel de atención. La mirada territorial, sumada al análisis conceptual y normativo presentado en este documento, asegura que el RCIP sea viable, escalable y alineado con las prioridades sanitarias provinciales, federales y globales.

La implementación del RCIP permitirá:

- mejorar la seguridad del paciente mediante información crítica siempre disponible;
- apoyar la toma de decisiones clínicas, especialmente en urgencias, derivaciones y atención no programada;
- optimizar tiempos, esfuerzos y recursos mediante reducción de duplicaciones y estudios innecesarios;
- fortalecer la articulación entre municipios, hospitales provinciales y prestadores privados;
- habilitar la integración técnica con plataformas como CIDI y, en el futuro, con nodos federados establecidos bajo la Ley 27.706;
- impulsar una cultura de calidad de datos y gobernanza digital en los municipios.

Más allá de su valor técnico, el RCIP constituye una herramienta estratégica para avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, moderno y eficiente. Su adopción reafirma el compromiso de la Provincia de Córdoba y sus municipios con modelos de

atención centrados en las personas, basados en datos confiables y en estándares de interoperabilidad que colocan a la provincia en línea con las mejores prácticas regionales e internacionales en salud digital.

Finalmente, este lineamiento no es un punto de llegada, sino un punto de partida. Su implementación progresiva, acompañada de soporte técnico, gobernanza robusta y mejora continua, permitirá fortalecer las capacidades institucionales locales y avanzar hacia un ecosistema digital integrado que responda a las necesidades actuales y futuras de la población. El RCIP se proyecta así como un activo estratégico para la transformación digital del sector salud, contribuyendo de manera concreta a un sistema más seguro, conectado y centrado en las personas.

REFERENCIAS

- Bagolle, A., Casco, M., Nelson, J., Orefice, P., Raygada, G., & Tejerina, L. (2022). *La gran oportunidad de la salud digital en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-gran-oportunidad-de-la-salud-digital-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Congreso de la Nación Argentina. (2000). *Ley 25.326 – Protección de Datos Personales*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Congreso de la Nación Argentina. (2009). *Ley 26.529 – Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Congreso de la Nación Argentina. (2020). *Ley 27.553 – Receta electrónica o digital y plataformas de teleasistencia en salud*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Congreso de la Nación Argentina. (2023). *Ley 27.706 – Programa Federal Único de Informatización y Digitalización de las Historias Clínicas*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Gobierno de la Provincia de Córdoba. (2018). *Ley 10.590 – Sistema Provincial de Historia Clínica Electrónica Única*. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba.
- HL7 International. (2020). *FHIR Release 4*. <https://www.hl7.org/fhir/>
- HL7 International. (2021). *International Patient Summary (IPS) Implementation Guide*. <https://hl7.org/fhir/uv/ips/>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). *Estrategia Nacional de Salud Digital 2018–2024*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/digital>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2019). *Plan Nacional de Telesalud* (Resolución 21/2019). <https://www.argentina.gob.ar/normativa>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311972>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
- Organización Mundial de la Salud, Unión Internacional de Telecomunicaciones. (2012). *National eHealth Strategy Toolkit*. <https://www.who.int/publications/i/item/national-ehealth-strategy-toolkit>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Plan de acción para el fortalecimiento de los Sistemas de Información para la Salud 2019–2023*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51617>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Hoja de ruta para la transformación digital del sector salud en la Región de las Américas*. <https://www.paho.org/es/documentos/cd596-hoja-ruta-para-transformacion-digital-sector-salud-region-americas>

- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Principios rectores para la transformación digital del sector salud en las Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54964>
- RECAINSA. (2023). *Marco estratégico 2024–2028*. <https://recainsa.org>
- SNOMED International. (2022). *SNOMED CT Browser*. <https://browser.ihtsdotools.org>
- World Bank. (2021). *Digital-in-health: Unlocking the value for everyone*. World Bank Group. <https://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/digital-in-health-unlocking-the-value-for-everyone>
- World Health Organization. (2021). *International Classification of Health Interventions (ICHI)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions>
- World Health Organization. (2019). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/>

GLOSARIO

API (Interfaz de Programación de Aplicaciones). Conjunto de definiciones y protocolos que permiten que dos sistemas de software se comuniquen entre sí de forma segura y estandarizada.

ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System). Clasificación internacional utilizada para codificar medicamentos según el órgano o sistema sobre el cual actúan y sus características terapéuticas.

Auditoría de datos. Proceso que permite identificar quién accedió, modificó o exportó información, asegurando trazabilidad y control institucional.

CIE-10 / CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades). Clasificaciones diagnósticas desarrolladas por la OMS que permiten codificar enfermedades, condiciones y causas de morbilidad/mortalidad de manera uniforme y estandarizada.

CIDI (Ciudadano Digital) Plataforma provincial de Córdoba que centraliza servicios digitales, incluyendo datos de salud, identidad, trámites y acceso ciudadano a información.

Codificación clínica. Proceso de asignación de códigos estandarizados (SNOMED CT, CIE, ATC) a datos clínicos para garantizar interoperabilidad semántica.

Continuidad asistencial. Concepto que se refiere a la disponibilidad de información relevante del paciente a lo largo de los distintos puntos de atención, permitiendo decisiones clínicas seguras y coordinadas.

Dato sensible (Información sensible). Categoría legal que incluye información cuya divulgación puede generar discriminación o afectación de derechos; comprende datos de salud, identidad, genética, etc.

Dato estructurado. Información registrada en un formato organizado y codificado que permite su procesamiento automático (por ejemplo, diagnósticos codificados en CIE-10).

Dato narrativo. Información registrada en texto libre, sin codificación estructurada. Se utiliza solo cuando no existe un código estandarizado aplicable.

FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources). Estándar internacional de HL7 para el intercambio de información clínica mediante recursos modulares y APIs REST. Base técnica del International Patient Summary (IPS).

Gobernanza de datos. Conjunto de políticas, procesos y estructuras que regulan la gestión, protección, uso y calidad de los datos en un sistema de salud.

HCE (Historia Clínica Electrónica). Registro digital integral y longitudinal de toda la información sanitaria generada por una persona en un establecimiento o red de servicios de salud.

HL7 (Health Level Seven International). Organización internacional que desarrolla estándares para el intercambio, integración y recuperación de información en sistemas de salud.

ICHI (International Classification of Health Interventions). Clasificación internacional de intervenciones sanitarias creada por la OMS, utilizada para codificar procedimientos clínicos y quirúrgicos.

Identificador Único de Persona (IUP). Código único que permite identificar inequívocamente a una persona en sistemas de información, minimizando duplicidades y errores de identidad.

Interoperabilidad. Capacidad de distintos sistemas o aplicaciones para intercambiar datos de manera consistente, segura y con significado compartido. Incluye interoperabilidad técnica, semántica y organizacional.

IPS (International Patient Summary). Estándar internacional para resúmenes clínicos portables, que define un conjunto mínimo de información de salud estructurada, disponible en cualquier contexto de atención.

Ley 25.326 Normativa argentina de Protección de Datos Personales que regula el manejo de datos sensibles, incluyendo los datos de salud.

Ley 26.529 Ley de Derechos del Paciente en Argentina, que regula autonomía, confidencialidad, consentimiento informado y acceso a la historia clínica.

Ley 27.706 Ley nacional que crea el Programa Federal Único de Historias Clínicas Electrónicas, orientado a la interoperabilidad clínica en todo el país.

Ley 10.590 (Provincia de Córdoba) Marco normativo que establece el Sistema Provincial de Historia Clínica Electrónica Única, promoviendo la integración municipal–provincial–privada.

Medicación vigente. Fármacos que la persona se encuentra utilizando al momento de la consulta. Representa un componente crítico para la seguridad del paciente.

Metadatos Datos. que describen otros datos. En el RCIP pueden incluir fecha de creación del documento, establecimiento emisor, autor o versión.

RCIP (Resumen Clínico Interoperable de la Persona). Documento clínico estructurado que contiene un conjunto esencial de datos sobre el estado de salud de

una persona, diseñado para garantizar continuidad asistencial e interoperabilidad entre establecimientos.

Repositorios o nodos de interoperabilidad. Plataformas que centralizan e intercambian datos de salud entre distintos sistemas, siguiendo estándares técnicos de intercambio (FHIR).

SNOMED CT. Terminología clínica global que provee conceptos estandarizados para describir condiciones, procedimientos, hallazgos, medicamentos y otros elementos de información de salud.

Trazabilidad. Registro auditado de todas las acciones realizadas sobre un dato o documento (creación, actualización, acceso), garantizando transparencia y seguridad.

Validación clínica. Proceso de verificación por parte de un profesional de salud para asegurar que los datos registrados sean correctos, coherentes y útiles para la atención.

Validación técnica. Control automatizado que garantiza que un dato cumple con estructura, formato y codificación establecida en el estándar definido.

