

ANEXO I.-

Conceptos generales:

HISTORIA CLÍNICA:

Entiéndese por Historia Clínica el documento único obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud en cada uno de los establecimientos de salud.-

Características principales:

a.- Obligatoriedad del registro: Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervengan directamente en la atención de pacientes, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones de salud adoptadas, en forma clara, legible, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones, sin espacios en blanco, y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar día, fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo o firma y sello del autor de la misma.-

Las historias clínicas deberán contener los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas y/o profesionales, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, y toda otra documentación que tenga directa relación con las intervenciones realizadas por los equipos de salud.-

Las historias clínicas son propiedad de los pacientes y son administradas y custodiadas por los establecimientos de salud, siendo estos últimos responsables de su guarda y conservación en la forma y plazos establecidos en el presente reglamento.-

b- Confidencialidad: Los datos contenidos en las historias clínicas deben ser tratados con la más absoluta reserva. La información contenida en la misma no está disponible y no debe ser revelada a individuos entidades o procesos sin autorización del paciente, su representante legal, derechohabientes o disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente.-

ARCHIVO: Es la unidad operativa encargada de reunir, conservar y administrar todo el material impreso, escrito o iconográfico que se va generando a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales, independientemente del soporte utilizado.-

DEPURACIÓN Y DESTRUCCIÓN: Consiste en la eliminación de documentos que han perdido su valor, médico y/o científico.-

COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS: Conjunto de profesionales médicos designados por la Dirección de cada establecimiento de salud, encargado de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de las historias clínicas.

ANEXO II.-

PROCEDIMIENTO SOBRE APERTURA, CONSERVACIÓN, ARCHIVO Y DEPURACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA:

Cada efector de salud que recibe por primera vez a un paciente, debe realizar el proceso de apertura de historia clínica. Dicho instrumento deberá acompañar al paciente en todas las consultas e internaciones que ocurran a lo largo de su vida, en cada establecimiento de salud, siempre que la misma no haya sido destruida luego de cumplirse los plazos de conservación en archivo establecidos en el presente reglamento.-

Las HC serán clasificadas mediante el método de ordenamiento numérico tomando como base el número de documento nacional de identidad, y en caso de no poseerlo se iniciará provisoriamente con un número correlativo asignado por cada efector, debiendo iniciar la numeración con el número trescientos millones.-

CONSERVACIÓN:

Las historias clínicas serán guardadas y custodiadas en el archivo de cada establecimiento de salud, de donde serán retiradas bajo constancia por el personal dependiente de otro servicio, debiendo ser devueltas bajo constancia luego de finalizada su intervención.

El archivo será centralizado y la forma que se adopte para su organización deberá garantizar la inmediata localización de las historias clínicas.-

ARCHIVO:

A los fines del ordenamiento y clasificación de las historias clínicas se deberán implementar dos clases de archivos:

Archivo Activo: Ubicado en un lugar apropiado que facilite el manejo diario de las historias clínicas.- En él permanecerán las historias clínicas activas y que están sometidas a continua utilización y consulta.

Además se archivarán allí por el plazo de cinco (5) años contados, a partir de la fecha de alta por internación o de la última consulta registrada, la que sea posterior, las historias clínicas: a) en blanco; b) las iniciadas a consecuencia de patologías banales que no requieren seguimiento; c) de pacientes mujeres atendidas en establecimientos materno-infantiles o servicios de maternidad que hayan superado la edad de procrear (45 años); d) en hospitales pediátricos o servicios de pediatría el plazo comenzará a correr desde la fecha en que el paciente cumpla 15 años; e) de fallecidos en los que resulte, desde el punto de vista médico, indubitable la causa de muerte.-

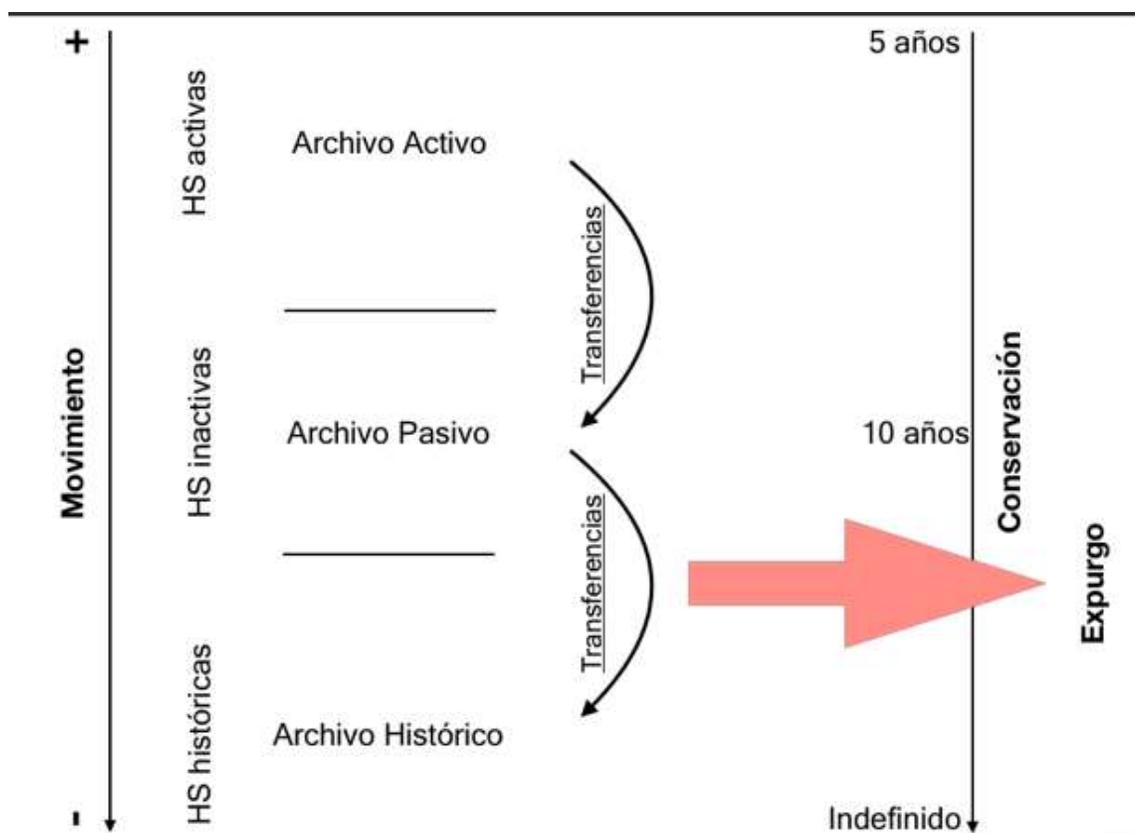
En todos los supuestos que anteceden, el plazo de archivo podrá variar si a criterio del Comité de Historias Clínicas correspondiere otorgarle uno distinto.-

Finalizado el plazo de cinco (5) años, las historias clínicas serán transferidas al archivo pasivo con la intervención del Comité de HC.-

Archivo Pasivo: Ubicado en un lugar adecuado de fácil acceso y que permita su conservación de manera tal que no sufran deterioro. Recibe las historias clínicas transferidas desde el archivo activo una vez cumplido el plazo de inactividad de 5 años.- Además, estará integrado por aquellas a las que les correspondan los plazos de archivo de diez (10) años, contados a partir de la última atención registrada o alta de internación, las historias clínicas: a) de pacientes atendidos como consecuencia de accidentes laborales, domésticos, automovilísticos o de otra índole ocurridos en la vía pública; b) de pacientes ingresados con intervención policial; c) cuando del motivo de la internación o consulta se presuma que el paciente ha sido víctima de un delito (muerte dudosa, aborto, intoxicación, lesiones, etc.); d) cuando como consecuencia del padecimiento sufrido se originen lesiones que produjeren un debilitamiento temporal de más de treinta (30) días o permanente en la salud, debilitamiento o pérdida de un sentido de un órgano o del uso de éste o de un miembro, dificultad permanente o pérdida de la palabra, de la capacidad de engendrar o concebir o si el paciente hubiere estado en peligro de muerte por tales lesiones, estuviere inutilizado para el trabajo por más de treinta (30) días o si le hubiere causado una deformación permanente en el rostro, o si la lesión le produjere una enfermedad mental o corporal cierta o presumiblemente incurable.

En los casos en que ocurriere el fallecimiento del paciente, el plazo de archivo se computará a partir de dicha fecha fijada en el certificado de defunción.-

Archivo histórico o por tiempo indeterminado: Serán archivadas por tiempo indeterminado, las historias clínicas que tuvieren un interés científico, legal, epidemiológico o estadístico debidamente fundamentado.



PROCEDIMIENTO DE DEPURACIÓN Y DESTRUCCIÓN:

Concluido el plazo de diez (10) años de custodia en el archivo, establecido en el presente Anexo, se procederá a su depuración y destrucción, observando el siguiente procedimiento:

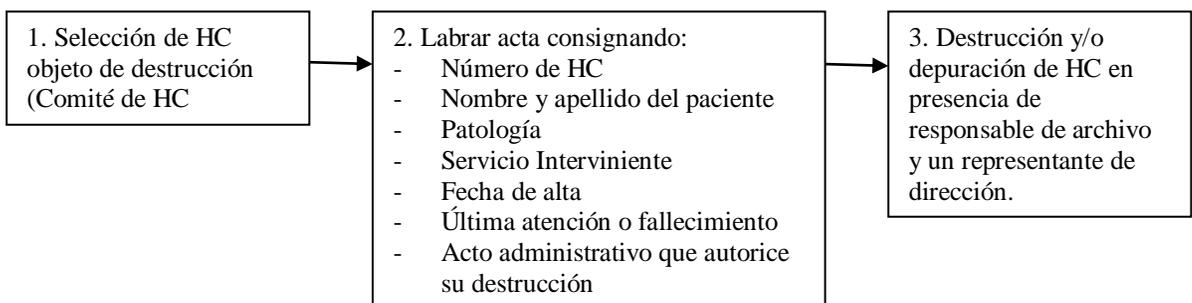
1.- Una vez que el Comité haya seleccionado las historias clínicas que serán objeto de destrucción, se labrará acta consignando:

- Nro. de HC
- Nombre y apellido del paciente.-
- Patología
- Servicio interviniente
- Fecha de alta, de la última atención o del fallecimiento según el caso.-

2.- El Comité de HC presentará ante la Dirección del Hospital y/o Establecimiento respectivo nota recomendando la destrucción de las HC que surgen del acta (que deberán adjuntar a la misma). Posteriormente se procederá al dictado del acto administrativo (disposición) que autorice su destrucción, al que se agregará como Anexo I la nota y el acta referida.-

3.- La destrucción física de las mismas se llevará a cabo en presencia del jefe del archivo, y un representante de la Dirección como mínimo, evitando pérdidas, extravíos o que las mismas queden en poder de personas extrañas o no autorizadas.-

En todos los casos, el procedimiento de destrucción y/o depuración indicado anteriormente, será llevado a cabo indefectiblemente por el Comité de Historias Clínicas integrados por profesionales médicos seleccionados y designados por la Dirección de cada establecimiento de salud a tales fines.-



ANEXO III

PROCEDIMIENTO EN CASO DE EXTRAVÍO Y/O DAÑO DE HISTORIAS CLÍNICAS

EXTRAVÍO:

En caso de extravío de una historia clínica, el Jefe del Archivo o del Servicio que la tuviese en custodia, deberá poner en conocimiento de dicha situación a los responsables de los distintos servicios que hayan intervenido durante la internación o tratamiento del paciente, para que se proceda de inmediato a su exhaustiva búsqueda. Asimismo, se deberá poner en conocimiento de dicha circunstancia al Director del establecimiento de salud y al Comité de Historias clínicas.- Pasados 10 días, sin que la misma haya sido encontrada, se procederá a efectuar la correspondiente denuncia de extravío por el Jefe del servicio o del Archivo que se encontrara a cargo de su custodia.-

Una vez efectuada la denuncia, se procederá a dictar la correspondiente disposición que autorice la reconstrucción de la historia clínica, en la cual se deberán consignar todos los datos del paciente, los registros de intervenciones que se pudiesen obtener y la distinta documentación que pudiere recabarse.-

Asimismo, deberá incorporarse en la historia clínica reconstruida, copia de la denuncia de extravío y de la disposición que ordena su reconstrucción.-

DAÑO y/o DETERIORO:

En los casos en que las Historias clínicas se encontraran dañadas y/o deterioradas por el transcurso del tiempo, la acción de luz, el agua o la humedad, etc., y las mismas resultasen ilegibles e inutilizables pero se encontraran dentro de los plazos de conservación establecidos en el Anexo II, el responsable del área a cargo de su conservación deberá poner en conocimiento de inmediato al Comité de Historias Clínicas a fin que se proceda a efectuar un minucioso análisis y evaluación del daño. Dicho Comité podrá definir el daño como leve, moderado, severo e irreparable, y en cada caso dispondrá mediante acta correspondiente el procedimiento a seguir.-

