

Algunos aspectos que se deben tener presentes en la redacción de la Historia Clínica

Analizando el universo de Historias Clínicas, aportadas hasta la fecha de esta comunicación, por los colegas en situación de reclamos por presunta mala praxis, y a los efectos de llevar a cabo una política de previsión de las situaciones que técnicamente surgen desde la misma, se arriba a lo siguiente:

Hemos advertido que la documentación aportada con cierta frecuencia adolece en su estructura de algunas fallas formales. En casos puntuales incompletas, desprolija redacción, ilegibles, desmereciendo la calidad de atención médica.

Por este motivo y con la finalidad de recordar el cumplimiento de la legislación actual, se ha decidido realizar esta comunicación, que conserva el carácter recordatorio solamente de algunos aspectos en su forma y ordenamiento, según señala el marco de la legislación vigente.

Esta comunicación toma solamente algunos aspectos de estricto carácter asistencial documental, de la historia clínica, planteados en la ley N° 26.742. *“Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado y su Decreto reglamentario N° 1.089/2.012.*

Historia clínica

Definición: Es un documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud. Para ampliar ver: Art. 12 ley 26.742.

■ **Formas:** Según contenido, y/o soporte.

A) Escrita (manuscrita).

B) Informatizada.

A) Escrita: Manuscrita

■ **Condición:** Los asientos de la historia clínica escrita deben ser suscriptos de puño y letra por quien los redacta. Sello, aclaración, datos personales y función. Para identificar quién es el responsable de los mismos. El establecimiento asistencial deberá archivar la historia clínica, cualquiera sea el soporte, garantizando: la seguridad, conservación y recuperación de la información. Ver para ampliación: Art N° 12 Decreto reglamentario. Ley N° 26.742.

■ **Asientos:** Identificación: Nombre y Apellido del paciente, número de documento, pasaporte, sexo, edad, teléfono, dirección. Datos del núcleo familiar. Fecha y hora de actuación, asentada inmediatamente a que la misma se hubiera realizado. Para ampliar ver: Art., 15 Decreto reglamentario.

Se tomaron en cuenta por considerarlos de superlativa importancia registral, *los seis incisos (A)-(F), del art. N° 15 de la ley 26.742.*

A) La fecha de inicio de la confección. *(De la historia clínica)*

B) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar.

C) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad.

■ **Condición de los asientos:** Letra clara y redacción comprensible. No deberá tener tachaduras, ni se podrá escribir sobre lo ya escrito. No se podrá borrar, ni escribir sobre lo ya quitado. No dejar espacios en blanco y ante una equivocación deberá escribirse ERROR y hacer las aclaraciones pertinentes en el espacio subsiguiente. No se deberá incluir texto interlineado. Evitar la utilización de las abreviaturas o aclarar el significado de las empleadas.

Los asientos que correspondan con lo establecido en los *incisos:*

D) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes.

E) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;

F) Todo acto médico realizado indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingreso y alta médica, *deberán confeccionarse:*

Sobre la base de nomenclatura CIE 10 de la O.M.S. (El C.I.10 es la clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª revisión, sustituye la llamada CIE 9ª. Una clasificación de enfermedades es un sistema de categorías por el cual se le asigna un código a cada entidad, de acuerdo a un sistema ordenado, establecido por especialistas en la materia. Tiene la finalidad de permitir el registro sistemático de las enfermedades y la comparación de datos recogidos de diferentes países o regiones.), o las que en el futuro determine la autoridad de aplicación. Para ampliar ver: Art N° 15 Ley 26.742. Decreto reglamentario y ley N° 26.742.

■ **Integridad de la historia clínica:** Forma parte de la historia clínica: los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, *rechazadas* o *abandonadas*, debiéndose acompañar en cada caso, *breve sumario* del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante. *(Incorporamos atento a que*

en el presente artículo no se menciona la *Epicrisis*) Para ampliar ver: **Artículo N° 16 ley 26.742 (Sin reglamentar).**

■ **Unicidad:** Carácter único en cada uno de los establecimientos asistenciales **públicos o privados**, se deberá identificar al paciente por medio de una **“clave uniforme”**, la cual será comunicada al paciente. Para ampliar ver: **Art. N° 17, ley 26.742.**

Historia clínica por paciente: **Única** en todos los establecimientos **públicos o privados**. **Identificada** por el **número de documento**, o **clave**.

Se determina un plazo de **365 días** desde la entrada de vigencia del decreto reglamentario (año 2012) para su implementación. Para ampliar ver: **Art. N° 17 decreto reglamentario ley N° 26.742.**

■ **Titularidad de la historia clínica:** El paciente es el titular de la historia clínica. **Por ser el titular de los datos contenidos en ella. Le otorga este derecho esa condición.**

Al simple requerimiento se debe suministrar copia de la misma. Autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realiza dentro de las 48 hrs., de solicitada, salvo caso de emergencia. Para ampliar ver: **Artículo N° 14, reglamentario ley N° 26.742.**

Como titular de los datos contenidos en la historia clínica ejerce derecho que a su **simple requerimiento se le suministre**. (Reiteramos).

Ante una **imposibilidad** debidamente **fundada**, podría entregarse una **epicrisis** de alta o resumen de historia clínica, **lo que habilitaría** a una prórroga de entrega de la historia clínica completa en un plazo **no mayor a los diez (10) días corridos** desde su solicitud. Para ampliar ver: **Decreto reglamentario. ART 14. Ley 26.742.**

■ **Forma de la solicitud:** Los establecimientos deberán proveer un **formulario de solicitud** de copia de historia clínica, con los **datos para identificarla**, el motivo del pedido y su urgencia. El plazo empezará a **computarse** desde el momento de la **presentación de la solicitud, por el paciente o persona legitimada**.

Dicho formulario deberá ser proveído por el establecimiento asistencial, o **profesional tratante** en el que debe obrar: **Los datos identificatorios. Motivo del pedido, y su Urgencia.**

■ **Negativa.** **Vencidos los plazos previstos sin que se satisfaga el pedido de la historia clínica, quedará expedita la acción de protección de los datos personales o de habeas data prevista, sin perjuicio de las acciones que correspondan al establecimiento de salud respectivos.** Para ampliar ver: **Art. 20 Decreto reglamentario.**

■ **Guarda y custodia:** Responsabilidad a cargo de los establecimientos **asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud**, en su calidad de **titulares de consultorios privados**, asumiendo el depósito de aquella. Plazo **mínimo**

10 años. Computado desde la última actuación. Para ampliar ver: **Art. N° 18, ley N° 26.742.**

Una vez **vencido** el plazo de **10 años** se podrá proceder a: **1ro)**- Entregar la historia clínica al paciente. **2do)**- Llegar a un acuerdo con el paciente para continuar con el depósito de la historia clínica, fijando la condición del mismo, vale decir del depósito. **3ro)**- Su información, microfilmación u otro mecanismo idóneo para resguardar la información allí contenida.

Se debe **comunicar** al **paciente** que la historia clínica está a su **disposición 6 meses antes del vencimiento del plazo 10 años**, al último domicilio que hubiere denunciado.

Mientras se mantenga la **guarda de la historia clínica** se permitirá el acceso a la misma a las siguientes personas: **A)**- Cuando se trate de los **profesionales tratantes**. **B)**- Cuando se **encuentre en peligro la protección de la salud pública o la salud o la vida de otras persona/s**, por parte de quienes dispongan fundadamente la autoridad sanitaria. **C)**- Cuando sea necesaria la realización de **auditoría médica**, labor de los agentes del seguro de salud, **resguardando** la **confidencialidad** de los datos inherente al paciente. **Se debe garantizar la privacidad de los datos incorporados.**

B) Historia Clínica Informatizada

La historia clínica informatizada se constituye en un documento aceptado, válido y moderno, incorporada al marco legal regulatorio que le da nacimiento, como opción documental, el cual estamos analizando.

En dicho plexo legal se enumeran taxativamente las condiciones y cómo se debe cumplir en la preservación de datos, resaltando la confiabilidad de la información sanitaria, que hace al recorrido del paciente internado o tratado por los distintos profesionales de la salud, especialistas o clínicos generales, en prestación pública o privada.

El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético **siempre que se arbitren** todos los medios que aseguren la **preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperación de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma**. A tal fin, debe adaptarse el uso de **accesos restringidos con clave de identificación, medios no re escribibles de almacenamiento, control de modificaciones de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad**. Para ampliar ver: **Art. 13 ley 26.742. Historia clínica informatizada.**

La historia clínica informatizada deberá adaptarse a lo prescripto para la historia clínica manuscrita, en cuanto a los registros documentales, y seguimiento de los pacientes.

En referencia a la documentación que deberá conservarse es aquella referida a su **integridad**. Para ampliar ver: **Art. 16, ley N° 26.742.**

La documentación que no se pueda informatizar deberá ser resguardada por el plazo fijado para los establecimientos públicos o privados y/o titulares de consultorios privados. Para ampliar ver: **Art 18, ley 26.742 (Inviolabilidad. Depositario).**