



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S

"2022 - Año del 40° Aniversario de la Guerra de Malvinas. En homenaje a los veteranos y caídos en la defensa de las Islas Malvinas y el Atlántico Sur"

Número:

Buenos Aires,

Referencia: s/Traslado reclamo Ley 104 Ref: EX-2022-14299386-GCABA- MGEYA.

A: Flavia Nuti (DGLTMSGC),

Con Copia A: OLGA RAMIREZ (DGLTMSGC),

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente tengo el agrado de dirigirme a Ud. a los fines de remitirle lo solicitado por nota de referencia, a saber:

1) ¿Qué normativas rigen en la Ciudad de Buenos Aires para la confección de la historia clínica en las guardias y Unidades de Terapia Intensiva?

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentran vigentes:

Ley N° 153/1999 (Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires)

Ley Nacional N° 26.529/09 (Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado)

Ley N° 5.669/16 (Ley de Historia Clínica Electrónica - CABA)

Decreto 208/01 Reglamentario de la Ley 153/99

Decreto N° 1089/12 Reglamentario de la Ley 26.529/09

Cabe aclarar que las normas citadas son aplicables independientemente del servicio en el cual fuese labrada, ello en función del Principio de Unicidad (Art 17 Ley 26.529), el cual establece que “La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado...”

2) ¿Las historias clínicas de la guardia de los hospitales debe ser digital, electrónica o manual?

Las historias clínicas de los hospitales dependientes de este Ministerio de Salud, cumplen con las normativas vigentes, las que fueran mencionadas ut supra, pudiendo realizarse en cualquiera de los citados soportes.

3) ¿Las historias clínicas de la Unidad de Terapia Intensiva de los hospitales estatales debe ser digital electrónica o manual?

Ídem a la respuesta del ítem precedente en función del Principio de Unicidad ya mencionado.

4) ¿Las historias clínicas se realizan en libros foliados?

Lo requerido se encuentra contemplado en el art 12 de la Ley 26.529 el cual, para mejor proveer se transcribe:

“ARTÍCULO 12. — Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”

5) ¿Qué requisitos debe cumplir una historia clínica de Unidad de Terapia intensiva?

La Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (N°153/99) a través de su Decreto Reglamentario (208/01) establece en el Art. 4 inc. d) que “La Historia Clínica y los registros profesionales deberán estar redactadas en forma legible, sin dejar espacios en blanco ni alterar el orden de los asientos. Las enmiendas o raspaduras deberán ser salvadas. Estos documentos serán llevados al día, fechados y firmados por el profesional actuante, con aclaración de su nombre, apellido y número de matrícula profesional”.

Asimismo, el Art 15 de la Ley 26.529 establece los siguientes requisitos:

“Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se debe asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos del paciente, si los hubiere;
- f) En el caso de las historias clínicas odontológicas, éstas deben contener registros odontológicos que permitan la identificación del paciente;
- g) Todo acto médico realizado o 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 ingresos y altas médicas”. Por lo expuesto en las unidades de terapia intensiva se deben cumplimentar preceptos.

6) ¿Qué libros debe llevar una Unidad de Terapia Intensiva?

La Historia Clínica.

7) ¿Cuál es el organismo de control que verifica que los hospitales del gobierno de CABA lleven correctamente las historias clínicas?

Visto el plexo normativo mencionado en el ítem 1) de la presente, se desprende que ninguna de las normas citadas prevé la creación de Órgano de Control alguno. No obstante, las políticas de calidad definen la revisión por equipos médicos dentro de los establecimientos.

8) ¿Cómo controla el ente de control que los hospitales lleven correctamente los registros de historias clínicas?

Toda vez que no hay órgano de control debido a la no previsión de la creación del mismo en ninguna de las leyes mencionadas aplicables a la materia en cuestión, el correcto registro de las historias clínicas recae en cabeza de los profesionales actuantes. Pese a ello, las áreas de auditoría médica u otras áreas afines hacen un análisis de estructura al cierre de Historia Clínica.

9) ¿Dónde se registran los fármacos administrados a los pacientes en una Unidad de Terapia Intensiva?

Conforme el Art. 15 inc f) de la Ley 26.529, todo acto médico de prescripción y suministro de medicamentos es registrado en la Historia Clínica del Paciente.

10) ¿Cómo controla la correcta administración de los fármacos en una Unidad de Terapia Intensiva?

Se deja constancia que el plexo normativo indicado en el ítem Nro 1 del presente no prevé mecanismo de control alguno más allá de la responsabilidad del profesional actuante en cada caso particular, conforme el Art 18 in fine de la Ley 26.529. Asimismo, son los profesionales los que mediante procesos esquematizados lo aseguran.

11) ¿Cómo aseguran la integridad, inviolabilidad de una historia clínica?

Conforme el Art. 18 de la Ley 26.529, “La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas...”

Asimismo, en caso de llevarse las historias clínicas en soporte papel, la integridad se refleja cumpliendo los requisitos formales establecidos en el marco normativo vigente, es decir que al ser un documento foliado con asientos cronológicos, su inviolabilidad e integridad se cumple conforme los requisitos indicados en la respuesta N° 5 [...] sin dejar espacios en blanco ni alterar el orden de los asientos. Las enmiendas o raspaduras deberán ser salvadas. Estos documentos serán llevados al día, fechados y firmados por el profesional actuante, con aclaración de su nombre, apellido y número de matrícula profesional”.

12) ¿Cómo corroboran y aseguran que una historia clínica manual (no digital electrónica) de un hospital no haya sido adulterada?

La inviolabilidad de la historia clínica surge de las propias características que le confieren las normativas vigentes en la materia, es decir, del ya mencionado Art 4 inc d) del Decreto 208/01 y de los asientos realizados cronológicamente, foliados y completos (conf Art 12 Ley 26.529).

No obstante, se reitera el cumplimiento de los requisitos formales expuestos en la respuesta N° 5.

13) ¿En caso de una posible adulteración en una historia clínica, ¿cómo se procede ante el organismo de control?

Ante la sospecha de adulteración el potencial damnificado dispone de las acciones legales correspondientes y determinadas por el ordenamiento jurídico.

Sin otro particular saluda atte.