



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

FUNDAMENTOS

Para el ejercicio de la medicina y de las profesiones sanitarias, sea en el ámbito público o privado, resulta de especial relevancia la relación médico-paciente. De ella se derivan derechos y deberes recíprocos. En nuestra provincia existen dos normas que hacen a esa relación: por un lado se cuenta con la Ley 3076 que establece los derechos del paciente y por el otro se tiene la Ley 3338 y sus modificaciones, sobre el ejercicio de las profesiones de la salud y sus actividades de apoyo.

Para prestar una correcta y adecuada asistencia, todo profesional sanitario tiene que respetar los derechos del paciente y al mismo tiempo cumplir con los deberes que le impone la buena práctica médica, lo cual muchas veces es difícil dada nuestra realidad asistencial.

Tal como lo destaca la Doctrina médico-forense, dentro del contexto médico-legal y deontológico del ejercicio de las profesiones sanitarias, la historia clínica adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente: deber de asistencia, deber de informar, etcétera.

Conforme las calificadas opiniones de Gherzi y Weingarten "...La jurisprudencia en los últimos años ha delineado una clara tendencia respecto del decisivo valor probatorio de la historia clínica en los procesos de mala praxis médica, debiendo en este sentido los profesionales adoptar los máximos recaudos en su confección con el objetivo de alcanzar una mejor relación con el paciente y de que, de acaecer un conflicto, ambas partes se encuentren en una mejor situación probatoria dentro del proceso..." ("Derecho Médico/1. Historia Clínica", Ed. Nova Tesis, 2.005, p.90/91).

Puede definírsela como el documento, identificado a través de los datos personales del paciente, donde queda registrada toda su relación con el personal sanitario, como así también los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y los datos relativos a su salud; que se elabora desde su nacimiento hasta su muerte, con la finalidad de documentar y facilitar su asistencia, y que puede ser utilizada, con tales fines, por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda.

Este concepto da cuenta que además del aspecto médico legal o jurídico, la historia clínica es por



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

demás relevante en otros aspectos, como lo son el asistencial y el ético.

Su principal finalidad es recoger los datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. El motivo que conduce al profesional a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.

Es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el profesional de la salud pueda tener, con el paso del tiempo, una visión completa y global del paciente para prestar asistencia.

No obstante, no pueden ni deben obviarse otros aspectos extra asistenciales de la historia clínica, tan relevantes como los apuntados, tales como su gran utilidad en el ámbito de la docencia y la investigación, a los fines de la evaluación de la calidad asistencial, como elemento indicativo del control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias y por supuesto su incidencia en el marco médico legal como elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional y como instrumento de dictamen pericial, entre otros.

La legislación provincial hasta el momento no ha fijado cuáles son los requisitos mínimos que deben observarse en su confección. Sólo se ha tratado el tema liminarmente en el artículo 26 inciso j), de la Ley 3338, que establece -dentro de las obligaciones de los profesionales médicos la de "cumplimentar los registros clínicos en forma oportuna y veraz".

Frente a ello, la presente ley propone no sólo establecer cuáles son los requisitos mínimos que debe contener la historia clínica sino unificar su formato, adoptándose las denominaciones internacionales de las patologías elaboradas y actualizadas por la Organización Mundial de la Salud.

Su formato debe ser el de un legajo escrito, identificado por medio de una clave que surja del documento nacional de identidad del paciente, lo que simplificará su memorización por los interesados. Asimismo en su hoja inicial deberán incluirse todos los datos personales del paciente (nombre, apellidos completos, datos filiatorios, DNI, domicilio).

Si al momento de efectuarse la consulta, no se contare con historial clínico en el establecimiento que



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

se trate, se procederá a su apertura ocasión en que el profesional actuante practicará un amplio interrogatorio al paciente a fin de indagar datos, fechas y acontecimientos o antecedentes que sanitariamente resulten relevantes, como así también los datos de los establecimientos donde obren historiales clínicos del paciente.

Deberá asentarse el grupo y factor sanguíneo del paciente, acompañándose la documentación que avale su determinación o dejándose constancia que se trata de una manifestación efectuada por el paciente sujeta a constatación. Del mismo modo se procederá con las advertencias de prevención tales como si es alérgico a algún medicamento.

También se registrarán las causas por la cual el paciente requiere los servicios médicos y sus manifestaciones en relación a los síntomas. Si a los fines de formular un diagnóstico definitivo se requieren análisis y/o estudios, se dejará constancia de ello y del diagnóstico presuntivo, como así también si se han expedido órdenes escritas a los fines de su realización. Una vez que se cuente con los resultados, se dejará constancia de ellos o bien se podrán incorporar directamente, expidiéndose el diagnóstico definitivo o en su defecto se indicarán cuáles son las nuevas prácticas que se dispusieron a los fines de establecerlo, si se estimase que los datos recabados hasta el momento son insuficientes para ello.

En su caso deberán registrarse los tratamientos, indicaciones, derivaciones a especialistas u otros centros de mayor complejidad, determinaciones quirúrgicas, etcétera; el seguimiento de la dolencia y los progresos y retrocesos que experimenta la salud del paciente y su correspondiente interpretación; de tal forma que la atención profesional quede debidamente asentada.

También deben obrar las constancias que acrediten el cumplimiento de lo establecido por los incisos g), h), i), j), y k), de la Ley 3076 sobre los derechos del paciente, relativos al deber de información a fin de lograr un adecuado consentimiento de éste. Así la Jurisprudencia indica que "frente al derecho del paciente a ser informado y acceder a la historia clínica, surge como contrapartida la obligación del médico de llevar un correcto registro del tratamiento. Desde el punto de vista procesal se trata, del deber de cumplimiento de una carga informativa en el proceso derivada de aquel deber secundario de conducta..." (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 10/05/99, Autos "Rozemblat, Alberto c/ Porcella, Hugo y otros").

Todo lo actuado en caso de intervenciones quirúrgicas deberá registrarse separadamente,



Legislatura de la Provincia de Río Negro

en hojas diferenciadas y fácilmente identificables, debiéndose asentar la orden de intervención, el motivo de la misma debidamente fundado en los conocimientos científicos, aún en caso de urgencias.

A los fines de efectuar el seguimiento de patologías y/o evaluar los antecedentes del paciente, el médico o centro de salud tratante podrá requerir a otros centros de atención públicos o privados la remisión de la historia clínica del paciente.

En todos los casos que se disponga la derivación de un paciente de un centro asistencial de salud a otro, sean estos públicos o privados, de una misma o distinta jurisdicción, deberá acompañarse copia íntegra certificada por el responsable del centro de salud remitente, de la historia clínica del paciente o -en casos de urgencia- un resumen de la misma con los datos y antecedentes relevantes al caso, efectuado por el profesional que dispone la derivación, que llevará su firma y sello aclaratorio.

Se establecen los requisitos que obligatoriamente deben cumplirse en la confección de toda historia clínica, se trate de establecimientos públicos o privados:

1 Veracidad y exactitud de la totalidad de los datos y registros que se ingresen. Cualquier circunstancia que se tergiverse, oculte o falsifique constituye falta gravísima para el autor, sin perjuicio de que la conducta constituya delito tipificado en el Código Penal. Conforme lo sostiene el más alto Tribunal del país, "...Si la historia clínica contiene omisiones de entidad que revelan que, ya sea que la historia fue confeccionada fuera de los términos propios o bien porque fue sustituida, no contiene una relación circunstanciada y completa de lo sucedido durante la internación de la paciente e incumple con el deber de información que tiene el médico y que se debe exteriorizar a través del documento, ello no puede ir sino en desmedro de quien esta obligado a su confección..." (Corte Suprema de Justicia de la Nación, en un fallo del 04/09/01, en autos "Plá Silvio Roberto y otro c/Clinica Bazterrica S.A, y otro".

2 Rigor técnico de los registros. Los datos y registraciones deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, sin afirmaciones agraviantes para el paciente, otros profesionales o bien hacia la institución. Al respecto Ghersi y Weintgarten expresan que "... La discrecionalidad médica implica la selección científica entre las técnicas actualizadas aceptadas por la ciencia



Legislatura de la Provincia de Río Negro

como parámetro objetivo para una determinada patología y su adecuación en función de las características particulares del paciente, recursos económicos, materiales, etc. (Weintgarten, Celia, La relación de causalidad y la discrecionalidad científica, en "Responsabilidad Médica", Gherzi, Carlos (coord.) Ed. Forense, 1998). Agregan que "Comprende además del comentario las consideraciones que hace el médico al terminar de analizar al enfermo y volcar los datos recogidos según su criterio. Y además de su evidente importancia para el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y epidemiología. Debe ser clara y precisa, completa y metódicamente realizada. De la historia clínica surge cuál es la intención del profesional, y se reconstruye el conjunto de actitudes que fueron diseñadas para lograr un propósito o una finalidad. Existe un proceso conformado por patrones de actividad que conllevan a la determinación de la patología y al tratamiento adecuado de acuerdo a la discrecionalidad científica del médico, que debe coincidir con su conocimiento actualizado de la ciencia, pues existe un patrón científico objetivo al que debe adaptarse..." ("Derecho Médico/1. Historia Clínica", Ed. Nova Tesis, 2005).

3 Coetaneidad de registros. La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente. Debe constar en ella certificación de la fecha de su apertura y estar foliada desde el inicio en todas sus fojas, lo que también se hará en forma coetánea.

4 Suficiencia. Debe contener datos sintéticos pero suficientes sobre la patología del paciente, anamnesis, diagnósticos presuntivos y definitivos, tratamientos, pronósticos, evolución, estudios y prácticas ordenadas y sus resultados, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Asimismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documentos de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

5 Identificación del profesional. Es deber de todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, dejar constancia escrita de su actuación, su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado.

6 Confidencialidad. El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se relacionan recíprocamente. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

privado que existe una persona. Sin embargo, se encuentra limitado por el requisito de la disponibilidad.

7 Disponibilidad. Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos contenidos en ella, debe ser al mismo tiempo un documento disponible, que se facilitará en los casos expresamente contemplados. En pos de reafirmar este principio se establece que los centros de salud deben adoptar las medidas necesarias y suficientes a fin de asegurar mediante guardias activas, la disponibilidad de todas las historias clínicas todos los días, las 24 horas, a los médicos que allí se desempeñen o lo hagan en otros centros de salud y/o a los magistrados o funcionarios judiciales habilitados para requerirlas. En los casos que el Juez o el funcionario judicial habilitado ordenara el secuestro o remisión de la historia clínica, la entrega o remisión se efectúa de inmediato, debiendo previamente extraerse fotocopia de la misma la que deberá ser certificada por el Director del establecimiento o el personal administrativo que resulte competente. Dicha copia reemplazará provisionalmente el legajo original y a ella deberá adjuntarse la copia del oficio o de la orden judicial que ordenara el secuestro o remisión del original o bien una certificación que indique el nombre del magistrado o funcionario judicial que la ordena, el organismo a su cargo y domicilio y número y carátula del expediente en la que se dispone la medida.

Inmediatamente de haber cesado la necesidad de contar con el original de la historia clínica o cuando ésta ya no sea útil a la investigación o indagación de que se trate, las autoridades jurisdiccionales deberán ordenar su remisión al establecimiento del cual la hubieran requerido.

8 Seguridad. Debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

9 Unicidad. Dentro de cada establecimiento, la historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía sanitaria

10 Legibilidad. Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

Por último, se entiende que lo más conveniente es integrar esta regulación de la historia clínica



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

dentro de la ley 3338, facultando y encomendando al Poder Ejecutivo la ordenación de su texto.

Por ello:

Autor: Francisco Orlando Castro



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO
SANCIONA CON FUERZA DE
LEY**

Artículo 1°.- Incorpórase como artículo 28 bis de la ley 3338 el siguiente:

“Artículo 28 bis: Los médicos deberán confeccionar y actualizar una historia clínico-quirúrgica cronológica y detallada de cada paciente, de modo que permita el seguimiento de las patologías por cualquier otro profesional. A los efectos indicados se adopta la nomenclatura y clasificación internacional de las enfermedades elaborada por la Organización Mundial de la Salud.

Su formato debe ser el de un legajo escrito, foliado e identificado por medio de una clave que surja del documento nacional de identidad del paciente.

Las historias clínicas tienen carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado. Sin perjuicio de ello, por razones de optimización del servicio médico o auxiliar que se trate pueden autorizarse asientos o registros diferenciados por la especialidad o la índole del servicio; en cuyo caso las medidas que internamente cada centro asistencial adopte deberán ser uniformes para todos las historias clínicas y respetando los lineamientos de la presente ley”.

Artículo 2°.- Incorpórase como artículo 28 ter de la ley 3338 el siguiente:

“Artículo 28 ter: Los datos mínimos que debe contener la historia clínica son:

- a) Nombre y apellidos completos, datos filiatorios, Número de documento nacional de identidad y domicilio del paciente.



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

- b) Grupo y factor sanguíneo y advertencias de prevención que incidan en la salud del paciente, acompañándose la documentación que avale respectivamente su determinación o constatación o dejándose constancia que se trata de una manifestación efectuada por el paciente sujeta a confirmación.
- c) Motivos de la consulta, manifestaciones del paciente en relación a los síntomas, descripción de los actos médicos efectuados, planificación del accionar médico, estudios y/o prácticas ordenadas, determinaciones quirúrgicas, carácter normal o urgente, diagnóstico, tratamiento, recomendaciones brindadas al paciente o a sus familiares, evolución, progresos y retrocesos en la salud del paciente, interpretaciones medicales y alta.
- d) Breve constancia del marco socioeconómico del que proviene el paciente y -en su caso- los condicionantes institucionales en los que se desarrolla el acto medical.
- e) Certificación de la fecha de su apertura.
- f) Debe estar foliada desde el inicio en todas sus fojas, lo que se efectuará en forma coetánea.
- g) Constancias que acrediten el cumplimiento de lo establecido por los incisos g), h), i), j) y k), de la Ley 3076 sobre los derechos del paciente.-

En caso de que por razones de optimización del servicio médico de que se trate el establecimiento asistencial autorice a determinados departamentos médicos, especialidades o auxiliares a efectuar asientos o registros diferenciados dentro de cada historial, ello no le hará perder su carácter indivisible. Asimismo las fojas en las que éstos se practiquen deberán ser claramente identificadas con expresa mención del servicio o especialidad que se trate y los asientos respetarán los lineamientos de la presente ley.

Las intervenciones o situaciones quirúrgicas, se integrarán con las prequirúrgicas y pos-operatorias y se registrarán de manera diferenciada siguiendo los lineamientos establecidos por la presente ley. Además deberán contener descripción de los riesgos quirúrgicos y/o postoperatorios, registro detallado de todas las secuencias de cada acto y su resultado, descripción del estado y signos del paciente, integración de las personas que actúan, debidamente



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

identificadas como así también el número de matrícula, especialidad o función y si constituyen equipo médico”.

Artículo 3°.- Incorpórase como artículo 28 quater de la ley 3338 el siguiente:

“Artículo 28 quater: Los asientos y registros se efectuarán respetando los siguientes principios y formalidades:

- a) Veracidad y exactitud de la totalidad de los datos y registros que se ingresen, los que se efectuarán en forma cronológica indicándose la fecha y hora del acto o prestación.
- b) Objetividad y rigor científico que permita su contextualización, sin expresiones agraviantes para el paciente, para otros profesionales o instituciones.
- c) Simultaneidad y coetaneidad con la asistencia prestada al paciente.
- d) Suficiencia de la descripción de la patología, diagnóstico, tratamiento, evolución, pronóstico y prácticas ordenadas y sus resultados.
- e) Legibilidad, sin dejar espacios en blanco ni alterar el orden cronológico de los asientos. Las raspaduras o enmiendas deben estar expresamente salvadas por quien las realizare con firma aclaración o sello y matrícula.
- f) Firma, identificación y matrícula del profesional actuante.
- g) Confidencialidad.
- h) Accesibilidad para el paciente.
- i) Disponibilidad para el médico o establecimiento tratante o demás personas autorizadas por la ley.
- j) Unicidad dentro de cada establecimiento.

Artículo 4°.- Incorpórase como artículo 28 quinto a la ley 3338 el siguiente:



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

“Artículo 28 quinto: A los fines determinar el diagnóstico, o cuando la salud del paciente, el tratamiento o intervención que deba practicarse así lo requieran, los médicos o establecimientos asistenciales que se encuentren atendiendo podrán solicitar al establecimiento o profesional que hayan intervenido previamente, la remisión de una copia autenticada de la historia clínica.

También podrán hacerlo en cualquier caso con autorización del paciente para completar su historial o con motivos científicos. En este último caso, deberán testarse por cualquier medio que los torne ilegibles el nombre, apellido y documento nacional de identidad del paciente y/o familiares que allí se indiquen.

En caso de ordenarse la derivación la derivación de un paciente de un centro asistencial de salud a otro, sean estos públicos o privados, de una misma o distinta jurisdicción la remisión de una copia de la historia clínica será obligatoria. Esta obligación podrá ser suplida sólo en casos de urgencia por un resumen de la misma, el que como mínimo, deberá contener la identificación del paciente fecha y motivos de la consulta, manifestaciones del paciente en relación a los síntomas, descripción de los actos médicos efectuados indicando la fecha y hora, estudios o prácticas ordenadas, diagnóstico presuntivo, evolución, motivos que llevaron a la derivación e identificación del profesional que la ordena”.

Artículo 5°.- Incorpórase como artículo 28 sexto a la ley 3338 el siguiente:

“Artículo 28 sexto: Los centros de salud, sean públicos o privados, tienen los deberes de custodia y resguardo sobre las historias clínicas que en ellos se encuentren, por lo que a tales fines deberán disponer de lugares adecuados para su archivo y preservación.

Asimismo deben adoptar las medidas necesarias y suficientes a fin de asegurar mediante guardias activas, la disponibilidad de todas las historias clínicas todos los días, las 24 horas, a los médicos que allí se desempeñen o lo hagan en otros centros de salud y/o a los magistrados o funcionarios judiciales habilitados para requerirlas.

En los casos que el Juez o el funcionario judicial habilitado ordenara el secuestro o remisión de la historia clínica, la entrega o remisión se efectúa de inmediato, debiendo previamente extraerse fotocopia de la misma la que



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

deberá ser certificada por el Director del establecimiento o el personal administrativo que resulte competente. Dicha copia reemplazará provisionalmente el legajo original y a ella deberá se adjuntarse la copia del oficio o de la orden judicial que ordenara el secuestro o remisión del original o bien una certificación que indique el nombre del magistrado o funcionario judicial que la ordena, el organismo a su cargo y domicilio y número y carátula del expediente en la que se dispone la medida.

Inmediatamente de haber cesado la necesidad de contar con el original de la historia clínica o cuando ésta ya no se a útil a la investigación o indagación de que se trate, las autoridades jurisdiccionales deberán ordenar su remisión al establecimiento del cual la hubieran requerido”.

Artículo 6°.- De forma.