

DECRETO 536

LA PLATA, 4 de marzo de 1999.

Visto el expediente n° 2900-44.339/97 por el cual se tramita la aprobación de la Reglamentación sobre Archivo de Historias Clínicas, Plazos y Procedimientos de Depuración para los Hospitales Provinciales y Municipales que se adhieren al Sistema, y

CONSIDERANDO:

Que a partir de la vigencia de la presente Reglamentación, será obligatorio para todos los Hospitales Provinciales y Municipales que adhieran al sistema, la implementación de la Historia Clínica Única aprobadas mediante Resolución n° 6081/90 dictada por el Ministro de Salud, documentación medica que deben acompañar al paciente en todas las consultas e internaciones que ocurran a lo largo de su vida, dejando establecido que si en tales circunstancias intervienen distintos establecimientos asistenciales, las autoridades respectivas del receptor y/o derivante serán responsables de arbitrar las medidas necesarias para la remisión o solicitud de la Historia Clínica;

Que asimismo, se prevé DOS (2) tipos de archivos el **Activo**: Ubicado en un lugar apropiado que facilite el manejo diario de las mismas y en el que permanecerán por un plazo no mayor de CINCO (5) años, de conformidad con lo establecido en el artículo 4° y el **Pasivo**: Ubicado en un lugar adecuado de fácil acceso y con plazos de archivo de DIEZ (10) años e indeterminado;

Que a su vez las Historias Clínicas que tuvieren un interés científico, legal, epidemiológico o estadístico debidamente fundamentado serán archivadas por tiempo indeterminado;

Que por ultimo, la Reglamentación en análisis prevé un procedimiento de depuración y destrucción de las historias clínicas que estará a cargo del Comité de Historias Clínicas, el que a su vez tendrá la obligación de verificar el cumplimiento del deber de registrar todas las indicaciones, consultas y demás circunstancias vinculadas con la atención de los pacientes;

Que dicho trámite no fue incluido oportunamente en el Decreto n° 3066/91;

Que en esta instancia, corresponde aprobar la Reglamentación referida, de acuerdo el artículo 144 -proemio - de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires;

Que en tal sentido se ha expedido la Asesoría General de Gobierno a fojas 17 y vuelta;

Por ello,

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DECRETA:

ARTICULO 1°.- Apruébase la Reglamentación sobre Archivo de Historias Clínicas, Plazos y Procedimientos de Depuración para los Hospitales Provinciales y Municipales que se adhieran al mismo, la cual pasa a formar parte integrante del presente.

ARTICULO 2°.- El presente Decreto será refrendado por el Señor Ministro Secretario en el Departamento de Salud.-

ARTICULO 3°.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése al Boletín Oficial y pase al Ministerio de Salud, a sus efectos.

REGLAMENTACION SOBRE ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS,

-

PLAZOS Y PROCEDIMIENTOS DE DEPURACIÓN

Artículo 1°.- A partir de la vigencia de la presente Reglamentación, será obligatorio para todos los Hospitales Provinciales y Municipales que adhieran al sistema, la implementación de la Historia Clínica Única, cuya aprobación se dispusiera mediante Resolución N° 6031/90 dictada por el Ministro de Salud, documentación medica que deberá acompañar al paciente en todas las consultas e internaciones que ocurran a lo largo de su vida. Cuando en tales circunstancias intervengan distintos establecimientos asistenciales, las autoridades respectivas del receptor y/o derivante serán responsables de arbitrar las medidas necesarias para la remisión o solicitud de la Historia Clínica.

Artículo 2°.- Las Historias Clínicas serán clasificadas mediante el método de ordenamiento numérico tomando como base el numero de documento, pasaporte o numeración transitoria en el caso de los extranjeros, y archivadas de acuerdo a las características particulares en cuanto a espacio físico y equipamiento disponibles en cada Establecimiento.-

En todos los casos, el archivo será centralizado y la forma que se adopte deberá garantizar su inmediata localización y fácil accesibilidad.

Artículo 3°.- A los fines del ordenamiento y clasificación de las Historias Clínicas se implementaran DOS (2) tipos de archivos: Archivo Activo: Ubicado en un lugar apropiado que facilite el manejo diario de las mismas y en el que permanecerán por un plazo no mayor a CINCO (5) años, de conformidad con lo establecido en el artículo 4°. Archivo Pasivo: Ubicado en un lugar adecuado de fácil acceso y que permita su conservación de manera tal que no sufran deterioro. Estará integrado por aquellas a las que les correspondan los plazos de archivo de DIEZ (10) años e indeterminado.

ARCHIVO ACTIVO

Artículo 4°.- Se archivarán por 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 comenzara a correr desde la fecha en que el paciente cumpla la edad de QUINCE (15 años); e) de fallecidos en los que resulte, desde el punto de vista medico, 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.

ARCHIVO PASIVO

Artículo 5°.- Serán archivadas por el termino 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 mas de TREINTA (30) días o permanente en la salud, debilitamiento o pérdida de un sentido, de un órgano o del uso de este 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 mas de TREINTA (30) días o si le hubiere causados 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 computara a partir de dicha fecha fijada en el certificado de defunción.

Artículo 6°.- Serán archivados por tiempo indeterminado, las Historias Clínicas que tuvieren un interés científico, legal, epidemiológico o estadístico debidamente fundamentado.

PROCEDIMIENTO DE DEPURACION

Artículo 7°.- Concluidos los plazos de archivo establecidos en la presente Reglamentación, se procederá a su depuración y destrucción, observando el siguiente procedimiento: 1) una vez seleccionadas las Historias Clínicas que serán objeto de destrucción, se labrara acta consignando: sus números correspondientes, nombre y apellido del paciente, patología, servicio interviniente y fecha de alta, de la ultima atención o del fallecimiento según el caso; 2) se procederá al dictado del acto administrativo (Disposición) que autorice se destrucción, al que se agregara como Anexo I la referida acta; 3) la destrucción se realizara mediante incineración la que se llevara a cabo en presencia del Jefe de Estadística y un representante de la Dirección como mínimo, evitando perdidas, extravíos o que las mismas queden en poder de personas extrañas o no autorizadas.

En los casos que dicha documentación fuere solicita por el paciente o sus derechohabiente acreditados, podrán ser entregadas a los mismos dejándose constancia en acta.

Artículo 8°.- En todos los casos, el procedimiento de depuración indicado en el artículo anterior, será llevado a cabo indefectiblemente por el Comité de Historias Clínicas integrado por profesionales médicos seleccionados y designados por la Dirección del establecimiento a tales fines.

Asimismo, dicho Comité tendrá a su cargo el control periódico de las Historias Clínicas a efectos de verificar el cumplimiento del deber de registrar todas las indicaciones, consultas y demás circunstancias vinculadas con la atención de los pacientes, obligación indelegable del medico interviniente. Del resultado de su actividad, presentara a las autoridades hospitalarias el informe respectivo, proponiendo las medidas conducentes para el adecuado cumplimiento de la presente Reglamentación.