



## La Historia Clínica

### Definición y alcance

**Art 12 ley 26529.** 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.

**Decreto reglamentario 1.089/2012 art 12.** A excepción de los casos de la historia clínica informatizada, los asientos de la historia clínica escrita deben ser suscriptos de puño y letra por quien los redacta, para identificar quién es responsable del mismo, con el sello respectivo o aclaración de sus datos personales y función, dejando constancia por escrito, de todos los procesos asistenciales indicados y recibidos, aceptados o rechazados, todos los datos actualizados del estado de salud del paciente, para garantizarle una asistencia adecuada.

Cada establecimiento asistencial debe archivar las historias clínicas de sus pacientes, y la documentación adjunta, cualquiera sea el soporte en el que conste, para garantizar su seguridad, correcta conservación y recuperación de la información.

Los profesionales del establecimiento que realizan la asistencia al paciente y participan de su diagnóstico y tratamiento deben tener acceso a su historia clínica como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. A estos fines cada centro debe arbitrar los recaudos para permitir su acceso.

Asimismo los establecimientos de salud deben adoptar los recaudos para que los datos con fines epidemiológicos o de investigación, sean tratados de modo tal que preserven la confidencialidad de los pacientes, a menos que el paciente haya dado su consentimiento y/o que hubiera mediado una orden judicial que solicite la remisión de los datos, en cuyo caso deberá estarse a los alcances de ese decisorio. Ello sin perjuicio de las otras previsiones del artículo 2° inciso d).

El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de planificación, acreditación, inspección, y evaluación, tiene derecho de acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones para la comprobación de la calidad asistencial o cualquier otra obligación del establecimiento asistencial, en relación con los pacientes y usuarios o de la propia administración.

Dicho personal que accede a estos datos, en ejercicio de sus funciones, queda sujeto al deber de secreto y confidencialidad.

Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y custodia de la documentación asistencial que generen.

**Art. 13.- Historia clínica informatizada.** 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 recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o



cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

**Decreto reglamentario 1.089/2012 art 13:** La historia clínica informatizada deberá adaptarse a lo prescripto por la Ley Nº 25.506, [16] sus complementarias y modificatorias.

La documentación respaldatoria que deberá conservarse es aquella referida en el artículo 16 de la Ley Nº 26.529 modificada por la Ley Nº 26.742, que no se pueda informatizar y deberá ser resguardada por el plazo y personas indicados en el artículo 18 de esa misma ley.

## Titularidad

**El art 14 de la ley 26529** establece que la titularidad de la historia clínica es del paciente y su derecho a obtener, a su simple requerimiento y dentro de las 48hs, salvo caso de emergencia, copia autenticada por autoridad competente de la institución.

**Decreto reglamentario 1.089/2012 art 14:** El paciente como titular de los datos contenidos en la historia clínica tiene derecho a que a su simple requerimiento se le suministre una copia autenticada por el director del establecimiento que la emite o por la persona que éste designe para ese fin dentro del plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas. Los efectores de salud deberán arbitrar los recaudos para procurar entregar la historia clínica de inmediato, cuando el paciente que la requiera se encontrare en proceso de atención, o en situaciones de urgencia o gravedad, donde corre peligro su vida o su integridad física, hecho que será acreditado presentando certificado del médico tratante.

A los fines de cumplimentar esta obligación las instituciones de salud deberán prever un formulario de solicitud de copia de la historia clínica, donde se consignen todos los datos que dispone el paciente para su individualización, el motivo del pedido y su urgencia.

En todos los casos el plazo empezará a computarse a partir de la presentación de la solicitud por parte del paciente o personas legitimadas para ello.

Exceptuando los casos de inmediatez previstos en la segunda parte del primer párrafo de este artículo, y ante una imposibilidad debidamente fundada, los directivos de los establecimientos asistenciales o quienes ellos designen para tal fin, podrán entregar al paciente una epicrisis de alta o resumen de historia clínica, y solicitarle una prórroga para entregar la copia de la historia clínica completa, que no podrá extenderse más allá de los DIEZ (10) días corridos de su solicitud, conforme lo previsto por la Ley Nº 25.326.

El derecho de acceso a que se refiere este artículo sólo puede ser ejercido en forma gratuita a intervalos de SEIS (6) meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto, y en un número limitado de copias, por lo cual, si existieren más de tres solicitudes, podrá establecerse que se extiendan con cargo al paciente el resto de ejemplares.

El ejercicio del derecho al cual se refiere este artículo en el caso de datos de personas fallecidas le



corresponderá a sus sucesores universales o personas comprendidas en los artículos 4° y 6° de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742, con los alcances y límites fijados en la misma. En cualquier caso el acceso de terceros a la historia clínica motivado en riesgos a la salud pública se circunscribirá a los datos pertinentes, y en ningún caso se facilitará información que afecte la intimidad del fallecido, ni que perjudique a terceros, o cuando exista una prohibición expresa del paciente.

Algunos juristas no comparten esta postura atento a que por ejemplo en los hospitales públicos las historias clínicas son actos administrativos y por tal motivo pertenece al hospital, y entienden que lo mismo sucede en el ámbito privado atento a que también forma parte de sus registros por lo que consideran que la cuestión debe entenderse de un modo diferente: es decir, que hay pluripropiedad o multititularidad entre quienes puedan tener un interés jurídico en la historia clínica: el paciente, el médico, la empresa, etc..., es además una herramienta necesaria para la planificación de la atención de la salud del paciente. Quienes sostienen esta postura dicen que ésta cuestión se suple por:

- A. fotocopias certificadas por la autoridad del hospital o ente privado para ser entregadas al paciente o a quien tenga un interés legítimo en poseerlas, como lo prevé la norma
- B. en las historias clínicas informatizadas encriptadas, entregándose un ejemplar ya que en este caso todos son ejemplares auténticos y originales

Es decir que ellos cambian el enfoque y entienden que lo trascendente es la utilidad funcional de la historia clínica más que dilucidar quién es el titularlo importante es poder acceder a ella y obtener una copia certificada.

Para poder conseguirla la ley otorga la acción de habeas data ante quien tiene a su cargo la guarda de la historia clínica (además de otras acciones como las medidas anticipativas o el secuestro judicial de la historia clínica)

**Obligación de guarda de la historia clínica:** los autores materiales de la historia clínica son los profesionales de la salud es decir dependientes de los entes privados o públicos que tienen la custodia transitoria (mientras la suscriben) ya que el custodio definitivo es la empresa de medicina prepaga. Con lo cual es la responsable de la obligación de seguridad en la custodia.

## Contenido de la Historia Clínica

### Art 15 ley 26529

- A. 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
- E. antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere



- F. todo acto 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 presunto y en su caso de certeza, constancia de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas

**Decreto reglamentario 1.089/2012 art 15.** En la historia clínica deberán constar fehacientemente, además de lo exigido por la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742, el nombre y apellido del paciente, su número de documento nacional de identidad, pasaporte o cédula, su sexo, su edad, su teléfono, dirección y aquellos antecedentes sociales, y/u otros que se consideren importantes para su tratamiento. Todas las actuaciones de los profesionales y auxiliares de la salud deberán contener la fecha y la hora de la actuación, que deberá ser asentada inmediatamente a que la misma se hubiera realizado. Todos los asientos serán incorporados en letra clara y con una redacción comprensible.

Con esa finalidad, la Historia Clínica no deberá tener tachaduras, ni se podrá escribir sobre lo ya escrito. No se podrá borrar y escribir sobre lo quitado. Se debe evitar dejar espacios en blanco y ante una equivocación deberá escribirse "ERROR" y hacer la aclaración pertinente en el espacio subsiguiente. No se deberá incluir texto interlineado.

Se debe evitar la utilización de abreviaturas y, en su caso, aclarar el significado de las empleadas.

Los asientos que correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del artículo que se reglamenta deberán confeccionarse sobre la base de nomenclaturas CIE 10 de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) o las que en el futuro determine la autoridad de aplicación.

Estos son requisitos esenciales y mínimos y la ausencia tornan al instrumento nulo de nulidad absoluta.

El art15 de la ley 25529 establece la necesidad de utilizar nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud y que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

Hay además datos sumamente valiosos como por ejemplo: el estado actual de salud del paciente, su historiografía, datos de sus familiares (ej enfermedades congénitas)

Todas las manifestaciones que haga el paciente tienen carácter de declaración de parte por lo que es conveniente que sea suscripto por él de esta manera adquiere el valor jurídico de declaración jurada confesional.

Debe contener las relaciones circunstanciadas con otros documentos (Ej. libro de guardia, instrumentadora) y los lugares internos y externos de realización de los actos médicos (sala de guardia, quirófano, radiología, etc.)

La continuidad de la atención médica debe quedar asentada como así también si es interrumpida por el paciente y en lo posible, es éste caso suscripto por él. De no poder efectivizarse esto último es aconsejable que el médico informe de la situación a las autoridades del establecimiento público o privado y requerir que las autoridades el control de la situación mediante la registración de



constatación y suscripción.

## El Legajo Médico

**Art 16 ley 26529.** Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las panillas 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.

La historia clínica es el documento que se abre cada vez que el paciente requiere de asistencia médica, y se cierra cuando a esa situación en especial se la da por concluida terapéuticamente, y una vez otorgada el alta, es introducida al legajo médico.

El legajo médico es un archivo donde se introducen documentos variados (administrativos, diversas historias clínicas, estudios, análisis, etc). Debe estar foliado y tener una hoja de ruta de la documentación. Las empresas de medicina prepaga son custodios de esta documentación.

## Unicidad

**Art. 17 ley 26529:** La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo.

**Decreto reglamentario 1.089/2012 art 17:** Los establecimientos asistenciales públicos o privados comprendidos por esta ley deberán contar con una única historia clínica por paciente, la cual deberá ser identificable por medio de una clave o código único, o número de documento de identidad.

Los establecimientos tendrán un plazo de TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) días desde la entrada en vigencia del presente decreto para el cumplimiento de la obligación prevista en este artículo y para comunicar la clave respectiva a cada paciente

**El valor probatorio de la historia clínica:** resulta útil para reconstruir la relación de causalidad y para probar el cumplimiento de su prestación médico - asistencial. No puede suplirse por otros medios probatorios porque acredita la praxis médica.

La entidad pública o privada tiene la obligación de controlar que sus dependientes "médicos" realicen la historia clínica de cada paciente. Si la historia clínica es deficiente o incompleta juega en su contra.

## Privacidad de la historia clínica

**Art. 18 ley 26.529.** Inviolabilidad. Depositarios. 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 aquella, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la



información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del depósito", y normas concordantes.

**Decreto reglamentario 1.089/2012 art 18:** Una vez vencido el plazo de DIEZ (10) años previsto en el artículo 18 de la Ley Nº 26.529 modificada por la Ley Nº 26.742, el depositario podrá proceder a:

- A. Entregar la Historia Clínica al paciente
- B. Llegar a un acuerdo con el paciente para continuar con el depósito de la historia clínica, fijando la condición del mismo
- C. Su informatización, microfilmación u otro mecanismo idóneo para resguardar la información allí contenida.

No obstante, si transcurridos los DIEZ (10) años, el paciente no expresara interés en disponer del original de su historia Clínica, podrá ser destruida toda constancia de ella.

Los efectores de salud deberán comunicar a los pacientes que la Historia Clínica está a su disposición, al menos SEIS (6) meses antes del vencimiento de este plazo, por un medio fehaciente al último domicilio que hubiere denunciado.

Mientras se mantenga en custodia la Historia Clínica, se permitirá el acceso a la misma, por parte de los profesionales de la salud en los siguientes casos:

- 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 disponga fundadamente la autoridad sanitaria
- C. Cuando sea necesario el acceso a la información para la realización de auditorías médicas o la labor de los agentes del seguro de salud, siempre y cuando se adopten mecanismos de resguardo de la confidencialidad de los datos inherentes al paciente.

La disposición de las Historias Clínicas se realizará de manera que se garantice la privacidad de los datos incorporados a la misma.

La obligación impuesta por la Ley Nº 26.529, modificada por la Ley Nº 26.742, a los establecimientos y profesionales de la salud, referida a la conservación de las historias clínicas por el plazo de DIEZ (10) años, en carácter de depositarios, comprende instrumentar y prever los medios y recursos necesarios aún en los casos de cese de actividad, concurso o quiebra, así como también compromete el acervo hereditario de los profesionales de la salud autónomos fallecidos.

En los supuestos enumerados en el párrafo precedente, los obligados legales o sus herederos pueden publicar edictos dando a conocer la circunstancia de cese, quiebra, concurso o fallecimiento, a los efectos de que en un plazo de TREINTA (30) días hábiles los pacientes o los agentes del sistema nacional del seguro de salud, con autorización del paciente respectivo, retiren los originales de la



historia clínica. Aún en ese supuesto por el plazo legal debe conservarse una copia microfilmada certificada por escribano público o autoridad judicial competente, de cada Historia clínica, junto al recibo de recepción del original rubricado por el paciente y eventualmente depositarse judicialmente.

## Legitimados en solicitar la Historia Clínica

### Art 19 ley 26529:

- A. El paciente y su representante legal;
- B. El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- C. los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.”

No es necesario que el paciente expresa causa, en cambio los demás legitimados deberán contar con la autorización del paciente o expresa causa respecto de la utilización y la petición y deberá ser por escrito.

En lo respectivo a los profesionales intervinientes inc. “c” deben acreditar interés jurídico a proteger mediante el pedido de la historia clínica y quien la entregue debe evitar que contenga ciertos datos íntimos y sólo lo atinente al pedido.

**Decreto reglamentario 1.089/2012 art 19:** Mientras la Historia Clínica se encuentre en poder del prestador de salud que la emitió, ante la solicitud del legitimado para pedir una copia, se deberá entregar un ejemplar de la misma en forma impresa y firmada por el responsable autorizado a tales efectos. Los costos que el cumplimiento del presente genere serán a cargo del solicitante cuando correspondiere. En caso de no poder afrontar el solicitante el costo de la copia de la historia clínica, la misma se entregará en forma gratuita.

- A. El paciente y su representante legal o quienes consientan en nombre del paciente por representación podrán requerir la historia clínica por sí mismos, sin necesidad de expresión de causa, la que deberá ser entregada en los tiempos que establece el artículo 14 de la ley y este decreto reglamentario.
- B. El cónyuge, conviviente o los herederos universales forzosos sólo podrán requerir la entrega de una copia de la historia clínica presentando autorización escrita del paciente. El cónyuge deberá acreditar su vínculo con la documentación que la legislación determine. El conviviente



acreditará su vínculo mediante la certificación de la unión de hecho por parte de la autoridad local, información sumaria judicial o administrativa. Los herederos universales deberán acreditar su vínculo con la documentación correspondiente y les será requerida en su caso, la autorización del paciente.

Los casos en los que el paciente se encuentre imposibilitado de dar la autorización requerida deberán ser acreditados mediante certificado médico o prueba documental, para que pueda ser entregada la copia a las personas enunciadas en los artículos 4° y 6° de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742 y esta reglamentación.

- C. Quedan eximidos de la obligación de presentar autorización aquellos profesionales de la salud que al momento de requerir la Historia Clínica sean los responsables del tratamiento del titular de la misma.

La autoridad sanitaria que debe certificar las copias es el director médico del establecimiento o personal jerárquico por él determinado.

Cuando el original de la historia clínica sea requerida judicialmente, deberá permanecer en el establecimiento asistencial, una copia de resguardo debidamente certificada por sus autoridades, asentándose en el original y en la copia de resguardo los datos de los autos que motivan tal solicitud, el juzgado requirente y la fecha de remisión.

**Negativa art 20 ley 26539.** Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de "habeas data" a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

También existen acciones derivadas de la ley de defensa del consumidor.

**Decreto reglamentario 1.089/2012 art 20:** Vencidos los plazos previstos en el artículo 14 de la Ley N° 26.529 modificada por la Ley N° 26.742 y esta reglamentación sin que se satisfaga el pedido, o evacuado el informe de la Historia Clínica éste se estimará insuficiente, quedará expedita la acción de protección de los datos personales o de hábeas data prevista en la Ley N° 25.326, [17] sin perjuicio de las sanciones que correspondan al establecimiento de salud respectivo

**Plazo de conservación de la historia clínica:** 10 años. Contados en el campo contractual (privado) desde que el paciente ha abonado su última cuota o la última visita al consultorio o desde cuando se tenga noticia cierta de su fallecimiento; en el campo extracontractual (publico) desde la última relación registrada médico – paciente-ente.

## Sanciones

**Art 21 ley 26.529:** “Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la





**Delta Salud**  
*Un amigo médico*



jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

Debe considerarse además las sanciones de la ley de defensa del consumidor y las que pudieran configurar la aplicación del art 1078 (daño moral) sin perjuicio de de los daños económicos.

*Bibliografía utilizada: Carlos A. Ghersi y Celia Weingarten "Tratado de Regulación de la Empresa de Medicina Prepaga", La Ley 2012 1ed. Buenos Aires.*



## *Derecho a la Información*

La ley Nº 26.529 de Derechos del Paciente, establece en el art. 2º inciso f) el derecho del paciente de recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. Al mismo tiempo, establece que el derecho a la información sanitaria incluye el de NO RECIBIR la mencionada información.

En los casos en que el paciente manifieste que no quiere recibir información sanitaria vinculada a su salud, recomendamos que la misma sea instrumentada por escrito donde conste que: "se le informó adecuadamente que tiene derecho a tener una información clara, suficiente y adecuada sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos. Que asimismo tiene el DERECHO A NO RECIBIR DICHA INFORMACIÓN. Que informado el paciente sobre los derechos que le asisten manifiesta por medio del presente escrito que ejerce su derecho a NO RECIBIR INFORMACIÓN SANITARIA. Acto seguido se le hace saber al paciente que puede revocar su decisión."

Con posterioridad a dicha manifestación es aconsejable que el médico tratante deje constancia por escrito que le informa que dicha manifestación a no recibir información sanitaria NO IMPLICA RENUNCIA A QUE SE REALICE LA INTERVENCIÓN O TRATAMIENTO solicitando que al paciente que declare su CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE EL TRATAMIENTO.

2.- Además, la resolución Nº 1278/2011 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, establece en el art. 2º del anexo I que "El paciente es quien dispone del derecho a ser informado, así como de no serlo...La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso."

Estas son las normas aplicables a la situación en que el paciente renuncia a la información sanitaria.

*Dra. Analía Falistocco y Dr. Luciano Blanco. Abogados.*