

HISTORIA CLÍNICA

Recopilación de la normativa ética y jurídica vigente en nuestro país.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA SMU	2
CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA FEMI	2
ORDENANZA N° 363/54 DEL MSP - Disposiciones relacionadas con las historias clínicas de los enfermos internados en los establecimientos de Salud Pública.	3
DECRETO 355/982 – Destrucción de determinados documentos	5
ORDENANZA N° 33/84 Normas para el funcionamiento de los registros clínicos de las IAMC y características de las historias clínicas.	7
ORDEN GENERAL DE SERVICIO DEL MSP N° 8/88 – Expedición de antecedentes clínicos	11
ORDEN ESPECIAL DE SERVICIO DEL MSP N° 84/90 – Control de Calidad de la Atención Médica	12
ORDENANZA N° 1/90. Obligatoriedad de la historia clínica perinatal	14
DECRETO 258/92 - Normas sobre conducta médica y derechos del paciente	16
DECRETO N° 204/001 - Código de Ética Médica. Extensión en su aplicación	23
DECRETO 455-01 -- Marco Regulatorio De La Asistencia Médica	24
DECRETO 297/02 - Cartilla de Derechos y Deberes de los Usuarios de los Servicios de Salud	26
DECRETO 396/03– Disposiciones Relativas A La Historia Clínica Electrónica Única De Cada Persona.	31
ANEXO –ESTÁNDARES	35
DECRETO 37/005 - Modificación Del Decreto N° 355/982 DE 17/09/1982	36

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA SMU

Aprobado el 27 de abril de 1995

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA FEMI

Aprobado el 19 de marzo de 1997

Capítulo IV –LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

IV.1. Derechos y deberes mutuos

Artículo 16 - La historia clínica es un documento fundamental en el acto médico, de ahí que:

1. El paciente tiene derecho a obtener del médico un informe completo y veraz sobre la enfermedad que ha padecido y la asistencia que se le ha brindado.
2. El médico tiene el deber y el derecho de registrar el acto médico en una historia clínica, que pertenece al paciente pero que quedará bajo su custodia o bajo la de la institución a la que el médico pertenece.
3. Sólo en las circunstancias establecidas por la Ley tendrán acceso terceras personas a la información registrada en la historia clínica sin la autorización del médico y el paciente.

El **PROYECTO DE CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA** elaborado por la Comisión de Ética Médica y Colegiación de la **8ª CONVENCIÓN MÉDICA DEL URUGUAY**, de agosto de 2004, en su artículo 16 toma el texto de los Códigos precedentes.

ORDENANZA N° 363/54 DEL MSP - Disposiciones relacionadas con las historias clínicas de los enfermos internados en los establecimientos de Salud Pública.

Montevideo, enero 8 de 1954

Artículo 1º- Es obligatorio que además de los registros y constancias que, de acuerdo con las disposiciones vigentes, existen actualmente en lo que se refiere a los enfermos internados, cada enfermo tenga su historia clínica con las anotaciones completas que preconizan los cánones de la medicina moderna en la materia.

Artículo 2º- Sea cual sea la forma, disposición y redacción de las observaciones clínicas que merezca cada enfermo, es obligatorio que, al producirse el egreso, haya quedado constancia de los siguientes elementos en la historia clínica individual correspondiente, además de todas las anotaciones que se crea conveniente escriturar en cada caso.

- a) El diagnóstico clínico o proceso mórbido causal, que motiva el ingreso.
- b) El diagnóstico clínico definitivo que haya surgido después de estudiar el caso.
- c) La o las intervenciones quirúrgicas que se hubieran practicado.
- d) El tipo de tratamiento y la terapéutica practicada en su aspecto preeminente y básico.

Artículo 3º- A los efectos de lo que se establece en la presente Ordenanza se entiende por:

- a) “Diagnóstico de ingreso” la denominación de la entidad mórbida que lo provoca. Reconociendo la dificultad que representa en una proporción grande de los casos el establecimiento de un diagnóstico tan terminante se interpreta igualmente como diagnóstico de ingreso, la denominación del síndrome o aún la de el o de los síntomas o signos que hayan dado motivo a que se aconsejara la internación del enfermo y aún, a veces y frente a la vaguedad de la sintomatología, puede establecerse y es aceptable, la denominación de “en observación” como diagnóstico de ingreso.
- b) “Diagnóstico clínico definitivo” la denominación de la alteración de la salud que provocó la estadía del enfermo en internación, de la manera más precisa como haya sido posible definirlo hasta el momento de producirse el egreso.
- c) “Intervención quirúrgica” la expresión que define el sitio anatómico que se intervino, la técnica seguida y lo realizado durante la intervención.
- d) “Tratamiento o terapéutica preeminente y básica” la expresión que define el procedimiento y los elementos terapéuticos que determinan el o los fines fundamentales perseguidos desde ese punto de vista.

Artículo 4º- No puede existir ningún enfermo en internación del que hayan transcurrido 24 horas desde el momento de su ingreso, sin tener su historia clínica comenzada y por lo menos, el diagnóstico inicial o de ingreso.

Artículo 5º- En los casos de individuos que ingresan a causa de procesos mórbidos originados, provocados o relacionados con violencias externas, al establecer el diagnóstico en la historia clínica se dejará mención de los siguientes elementos:

- a) El agente u objeto asociado que provocó la lesión, vehículo, maquinaria, fuego, veneno, gases tóxicos, etc., determinándolos específicamente.

- b) El tipo de lugar. Si fue en el domicilio, lugares públicos, cines, etc., locales industriales, canteras, granjas, campos de deportes, etc.
- c) La actividad desarrollada por la víctima en el momento de sufrir la lesión (circunstancias en que se produjo).
- d) Si fue accidente, suicidio u homicidio.

Artículo 6º- Esos elementos deben ser anotados de acuerdo a lo que declara el propio enfermo y/o los parientes, allegados o personas que por cualquier motivo hayan estado en relación con el ingreso del enfermo.

Artículo 7º- De acuerdo con lo que establece el artículo anterior el hecho de que en la historia clínica hayan sido anotados esos elementos, no involucra para el que los anota más responsabilidad testimonial que la común.

Artículo 8º- La existencia de la historia clínica en la forma establecida en la presente ordenanza, es responsabilidad, en orden jerárquico y/o jurisdiccional ascendente, del médico tratante (o del médico que debe asumir la función de tal de acuerdo con la ubicación en servicio, sala y cama, que haya correspondido al enfermo) del Jefe del Servicio clínico y de la dirección del establecimiento.

Artículo 9º- Cuando la dirección de un establecimiento compruebe que existe o ha existido en internación, un enfermo acerca del cual no haya historia clínica o en caso de haberla, ésta no cumpliera los demás requisitos que establece la presente ordenanza, estará obligado a comunicarlo a la Superioridad, a los efectos de que ésta tome las providencias del caso.

Artículo 10º- Las inspecciones de índole general realizadas en los establecimientos, deberán incluir la fiscalización del cumplimiento de la presente ordenanza.

DECRETO 355/982 – Destrucción de determinados documentos

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Se establecen normas que regulen el procedimiento a seguir para la destrucción de determinados documentos.

17 de setiembre de 1982

VISTO: la necesidad de proceder al dictado de normas que regulen el procedimiento a seguir para la destrucción de ciertos documentos que estando en poder del Ministerio de Salud Pública han cumplido ya con la finalidad para la cual se los remitió al mismo, y cuya eliminación no está prevista en forma expresa.

CONSIDERANDO:

- I) Que el Ministerio de Salud Pública es depositario de ciertos documentos tales como las historias clínicas y los certificados de defunción y de nacido muerto;
- II) Que al presente no se encuentra estatuido un sistema que permita la destrucción de dichos documentos y los mecanismos necesarios para llevarla a cabo, una vez que los mismos han cumplido con la finalidad para la cual estaban destinados;
- III) Que es conveniente habilitar la posibilidad de destrucción de los mismos, llenando el requisito de ciertas condiciones mínimas que aseguren la racionalidad del procedimiento;
- IV) Que a esos efectos, se considera conveniente el establecer diversas etapas, así como el diferenciar el sistema según el tipo de documento y según la especie dentro del género.

ATENTO: a lo dictaminado por el Departamento Jurídico de la División de Asuntos Legales del Ministerio de Salud Pública,

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DECRETA:

Artículo 1º. Autorízase dentro de los límites y el cumplimiento de los sistemas establecidos en el presente decreto a la destrucción de los documentos que se individualizan.

Artículo 2º. Las distintas instituciones de asistencia médica -sean éstas públicas o privadas- podrán proceder a la destrucción de las historias clínicas de los pacientes en ellas atendidos cuando se den las condiciones exigidas por el presente decreto.

Artículo 3º. Cada institución llevará un archivo de historias clínicas activas y otro de historias clínicas pasivas. Se define a los efectos del presente decreto, la historia clínica activa como aquella que está en movimiento, con asentamientos periódicos, o que habiendo dejado de tenerlos no ha transcurrido un lapso de dos años en esta situación. Transcurrido ese período dicha historia clínica pasará a tener carácter de historia clínica pasiva, y deberá disponerse su asentamiento en el registro de historias clínicas pasivas.

Artículo 4º. Podrá procederse a la destrucción de las historias clínicas que hayan pasado al archivo correspondiente a las pasivas, cuando se encuentren en dicho estado de pasividad por un lapso mínimo de tres años, siempre que en forma previa se confeccionen una tarjeta-fichero, la cual deberá resumir en forma breve y concisa

aquellas circunstancias que se entiendan de importancia, tomando en consideración la enfermedad padecida y el tratamiento padecido por el paciente.

Artículo 5º. Cada institución llevará un archivo independiente respecto de las mencionadas tarjetas-fichero, las cuales no podrán ser destruidas.

Artículo 6º. Se habilitará a la destrucción de aquellas historias clínicas que a la fecha de aprobación de este decreto tengan cinco o más años de pasividad. En este último caso podrá procederse a la misma sin el cumplimiento del requisito previo de la confección de la tarjeta-fichero que por este intermedio se reglamenta. Aquellas historias clínicas que no estén en la situación prevista en el presente artículo, se regularán por los mecanismos establecidos en los artículos 3º, 4º y 5º del presente decreto.

Artículo 7º. Las historias clínicas originadas por parto normal y por el fallecimiento ocurrido por causas naturales, pueden ser destruidas de inmediato. Aquellas ocasionadas por fallecimiento ocurrido por causas traumáticas, podrán ser destruidas una vez transcurrido un plazo de dos años de producido el mismo. En todos estos casos deberá confeccionarse previamente a la destrucción, la tarjeta-fichero establecida en el artículo 4º.

Artículo 8º. El Ministerio de Salud Pública podrá disponer la destrucción de los certificados de defunción y de nacido muerto, que en el cumplimiento de los decretos del Poder Ejecutivo, de 22 de mayo de 1942 y 753/979, de 14 de diciembre de 1979, se remiten a aquella Secretaría de Estado con el objeto de su registración.

Artículo 9º. Para poder llevar adelante la destrucción que se autoriza en el artículo que antecede, deberá tratarse de certificados de defunción recibidos por la repartición respectiva de dicho Ministerio con más de cinco años de antelación, y haberse confeccionado previamente el registro con los datos fundamentales que dicho documento contiene.

Artículo 10º. Se habilita por esta sola vez y sin el requisito previo de la registración del que habla el artículo precedente a proceder a la destrucción de dichos documentos sin cumplir con el requisito mencionado.

Artículo 11º. El procedimiento previsto en los artículos precedentes, podrá sustituirse por el de la microfilmación de tales documentos, por parte de las instituciones que dispongan de los medios necesarios a tales fines.

Artículo 12º. Comuníquese, publíquese, etc..

ORDENANZA N° 33/84 Normas para el funcionamiento de los registros clínicos de las IAMC y características de las historias clínicas.

Montevideo, 9 de noviembre de 1984.

VISTO: la necesidad de regular la organización y funcionamiento de los registros clínicos, así como las características que deben tener las historias clínicas en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

CONSIDERANDO:

- I) que la existencia de una historia clínica correcta y completamente llenada y administrada es la forma existente de evaluar sistemáticamente el nivel asistencial de la población afiliada y coadyuvar al logro de una buena calidad asistencial.
- II) que la documentación contenida en la historia clínica tiene valor médico-legal y su realización es de responsabilidad de los técnicos institucionales actuantes;
- III) que los registros clínicos proporcionan la base para la producción de información estadística de primordial importancia para la planificación de la actividad institucional y la toma de decisiones en la organización de los servicios;
- IV) los informes de División Coordinación y Control y Dirección General de la Salud;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo dispuesto por los artículos 5 y 118 de la Ley N° 15.181 de 21 de agosto de 1981, los Decretos N° 86/983, 90/983, 93/983 de 22 de marzo de 1983 y las Ordenanzas N° 30/983 de 8 de junio de 1983, 39/983 de 31 de agosto de 1983 y 48/983 de 5 de diciembre de 1983.

EL MINISTRO DE SALUD PUBLICA RESUELVE.

1° - Las Instituciones de Asistencia médica Colectiva deberán contar con una Unidad de Registros Clínicos.

2° - Serán funciones de esta Unidad la realización y supervisión de las tareas de Archivo Médico; Estadística Médica y de Utilización; Admisión de Pacientes.

3° - Serán asimismo competencia de la unidad de registros médicos verificar el completo llenado de las historias clínicas; realizar actividades que le competan en el área de Auditoría Médica en volumen razonable y significativo.

4° - La Unidad deberá informar periódicamente a la Dirección Técnico Médica sobre las actividades señaladas en los numerales 2° y 3° de la presente resolución.

CAPITULO I

Del archivo médico.

5° - Se entiende por archivo médico el servicio que se encarga de todas las tareas que están en relación con el movimiento y clasificación de historias clínicas, así como de su archivo y custodia.

6° - El archivo médico deberá ser centralizado o contar con medidas sustitutivas con fines de centralización de información, en los casos en que la atención ambulatoria y/o de internación no sean centralizadas.

7° - Cuando la atención de consulta externa (policlínica) se realice en un local distinto de aquel en el cual se encuentra el archivo médico central, se podrá contar con un archivo en la citada área de policlínicas. Cuando la atención ambulatoria sea totalmente descentralizada se deberán adoptar las medidas necesarias para centralizar la información.

8° - Si la atención de internación se realizase en hospital contratado o en más de un hospital deberán tomarse las medidas necesarias tendientes a que la información generada sea recibida en el archivo médico central de la IAMC al egreso del paciente.

9° - El archivo se organizará de acuerdo a la metodología existente en la materia a los fines del guardado de la documentación en forma ordenada y accesible.

10° - La Institución tomará las medidas de seguridad necesarias a los fines de la custodia de las historias clínicas de los pacientes tendientes a mantener la confidencialidad de la información y la protección de la misma.

11° - El responsable de la unidad determinará la realización de revisiones periódicas del llenado de las historias clínicas con comunicación a los técnicos actuantes en la asistencia si se comprobare deficiencia en el llenado de la historia. De todo lo actuado se informará a la Dirección Técnico Médica.

12° - La unidad normatizará los controles relativos al movimiento ordenado de las historias clínicas y realizará informes cuantificados del trabajo en forma periódica que serán comunicados a la Dirección Técnica Médica.

CAPITULO II

De la Estadística.

13° - Se entiende por estadística como sector de la Unidad de Registros Clínicos el servicio encargado de la recolección de información útil relacionada con las acciones de salud de la institución en sus aspectos cuantitativos y cualitativos y la elaboración del material estadístico, su estudio e interpretación, con fines de administración, planificación, investigación y evaluación.

14° - La estadística Médica se realizará de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades en vigencia; se elaborarán índices apropiados (de diagnóstico, de operaciones, de causas de muerte, de médicos) y se procesará la información a los fines de la auditoría Médica en los formularios correspondientes del Ministerio de Salud Pública, a los efectos de la evaluación de la calidad de la atención médica.

15° - La estadística de utilización de servicios por parte de los afiliados se realizará en los formularios del Sistema Nacional de Información sobre IAMC – SINADI - .

16° - El Sector Estadística procesará además toda otra información institucional que se le requiera por la vía jerárquica correspondiente.

CAPITULO III

De la Admisión.

17° - Se entiende por admisión el servicio que se encarga de controlar y regular el movimiento de pacientes en el ámbito institucional (ambulatorio y hospitalario)

ocupándose además de los trámites Legales que correspondan, la Institución procurará el mantenimiento de este servicio durante las veinticuatro horas del día.

18° - El servicio de admisión en el área hospitalaria realizará el registro diario del movimiento de pacientes (ingresos, transferencias, egresos), el registro de fallecidos, el censo diario y producirá los informes correspondientes.

19° - En caso de contar con servicio hospitalario contratado o más de un hospital la función de admisión se hará a través de mecanismos que permitan a la Institución conocer el movimiento de sus pacientes, debiendo establecerse las coordinaciones necesarias para la obtención de la información.

20° - El servicio de admisión en el área ambulatoria otorgará las citas a pacientes y realizará partes diarios de control de consulta externa. En el caso que la atención ambulatoria de la Institución sea descentralizada se realizarán asimismo los partes de control de consulta externa debiendo remitirse los mismos periódicamente a la Unidad de Registros Médicos.

21° - El Servicio de Emergencia deberá llevar registro de las atenciones a través de la Hoja de Asistencia en Emergencia.

CAPITULO IV

De la Dependencia Jerárquica, Jefatura y Personal.

22° - Se recomienda que la dependencia de la Unidad de Registros Médicos sea directa de la Dirección Técnico Médica de la Institución.

23° - Toda Unidad de Registros Médicos deberá contar con una Jefatura y personal con capacitación técnica acreditada para desempeño de las funciones y actividades establecidas en los numerales 2° y 3° de la presente resolución.

CAPITULO V

24° - La planta física deberá ser específica de la Unidad y adecuarse a las necesidades de la misma teniendo en cuenta el movimiento de historias clínicas de pacientes de consulta externa e internación, así como el cumplimiento de las medidas de seguridad para evitar su destrucción, de condiciones adecuadas de luz y aire, de acuerdo a estándares existentes en la materia.

25° - Se recomienda que la Unidad se ubique en un lugar de planta baja cercano al acceso del público a la Institución.

26° - Debido a que la documentación que se maneja tiene carácter confidencial y valor médico – legal, la planta física deberá contar con la necesaria seguridad a los fines de su custodia.

CAPITULO VI

De la documentación.

27° - El correcto y completo llenado de la historia clínica es parte del acto médico siendo de responsabilidad del técnico actuante la realización de la misma.

28° - La historia clínica deberá incluir todos los datos registrados por orden cronológico que abarquen la atención médico de internación y consulta externa debiendo procurarse que sea única y centralizada.

29° - El número de historia clínica de cada afiliado tendrá como base aquel que se le otorgue al mismo en el "padrón del afiliado".

30° - La historia clínica deberá contener como mínimo la siguiente documentación asistencial (ambulatoria y de internación) que se incluirá según el tipo de paciente (médico, quirúrgico, odontológico, etc.).

- Examen de ingreso a la Institución (si se hubiere realizado).
- Policlínica.
- Controles periódicos preventivos.
- Ficha odontológica.
- Resumen de alta.
- Identificación, anamnesis y examen físico.
- Evolución clínica.
- Indicaciones médicas.
- Descripción operatoria.
- Hoja de anestesia.
- Gráficos de signos vitales.
- Hoja de asistencia en cuidados especiales (intensivo, intermedio, etc.).
- Recuperación post-anestésica.
- Examen complementario (informe de todos los procedimientos y diagnósticos realizados).
- Hojas de asistencia en emergencia.
- Toda otra documentación asistencial útil.
- Cuando corresponda estos elementos seguirán los lineamientos establecidos en los Decretos del Poder Ejecutivo N° 468/982 y 470/982 ambos de 17 de diciembre de 1982.
- La historia clínica deberá contener el informe de los estudios radiológicos serán archivadas de acuerdo al criterio que establezca la Institución.

CAPITULO VII

Disposiciones Generales.

31° - Las IAMC deberán en un plazo de 180 días contados a partir de la publicación de la presente Ordenanza en el Diario Oficial, organizar la Unidad de Registros Médicos de acuerdo a las disposiciones insertas en la presente Resolución.

32° - Vencido el plazo dispuesto en el numeral anterior se exigirá evidencia del cumplimiento de las disposiciones insertas en la presente Resolución para la determinación del nivel de desarrollo alcanzado por las IAMC de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto 89/983 de 22 de marzo de 1983.

ORDEN GENERAL DE SERVICIO DEL MSP N° 8/88 – Expedición de antecedentes clínicos

1º No podrán expedirse, por parte de ninguna dependencia del Ministerio de Salud Pública, antecedentes clínicos a particulares, de no mediar los siguientes requisitos formales:

- a) solicitud escrita;
- b) Motivo fundado, cuya importancia estimará discrecionalmente la autoridad requerida, que podrá, si lo estimare conveniente, practicar la averiguación del caso;
- c) El solicitante podrá ser únicamente el propio interesado o un pariente próximo del mismo. En este último caso, tal circunstancia se justificará sumariamente, dejándose constancia de los documentos exhibidos o de los medios de prueba de otra índole a que se recurrió;
- d) Se oirá el parecer del médico actuante, excepto en los casos excepcionales en que resultare impostergable la expedición del certificado, de lo que se dejará constancia firmada.

2º A fin de disponer en definitiva la concesión o no de la documentación impetrada, el director de la dependencia requerida se guiará por los siguientes criterios:

- a) Tutela de cuanto disponen los artículos 296 al 302 del Código Penal y Órdenes Generales de Servicio Nros. 2254 y 2436;
- b) Índole de la enfermedad de quien se gestiona la historia clínica, así como si hubo o no fallecimiento.

3º Sin perjuicio de cuanto antecede, recibirán obediencia inmediata aquellas solicitudes emanadas del Poder Judicial, a las que no se aplicarán los dos primeros numerales de la parte resolutive de esta providencia.

4º En caso de duda, los señores Jefes de las Dependencias requeridas, formarán expediente, que se elevará a las autoridades superiores del Ministerio.

5º Toda entrega de historias clínicas se documentará mediante recibo, imponiéndose al receptor de su deber de reserva. Se archivarán tales recibos en las dependencias requeridas.

ORDEN ESPECIAL DE SERVICIO DEL MSP N° 84/90 – Control de Calidad de la Atención Médica

1º Créase en el ámbito de la Dirección Coordinación y Control la UNIDAD DE ASESORAMIENTO Y CONTROL DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA Y ODONTOLÓGICA (CONTROL-CAMO), CON LOS SIGUIENTES COMETIDOS:

- A) Asesorar a los Servicios de Salud, Públicos o Privados, así como a sus usuarios sobre la forma y contenido a que debe ajustarse la prestación de atención médica u odontológica, en todo el territorio nacional, de acuerdo a la normativa legal y reglamentaria vigente, así como a los criterios científicos y procedimientos tecnológicos que dichos servicios deben poner a disposición de sus usuarios.
- B) Recabar de cada servicio de salud público o privado mensualmente, historias clínicas, a fin de auditar su confección y la sistemática seguida en la conducción del caso clínico, en relación a los procedimientos que a tales efectos son de recibo técnico científico, para asegurar la mayor eficiencia en el diagnóstico y tratamiento, que en las condiciones de recursos disponibles con que se presta el servicio, puedan ser ofrecidas a los usuarios.

Las historias clínicas recabadas, salvo expresa voluntad del usuario a que se refieren o de su representante legal, deberán ser aportadas omitiendo la identificación del paciente y corresponderán a los números de registro, fecha de ingreso o egreso, especialidades, locales de atención o profesionales actuantes, que indique la Unidad control-CAMO, en cada oportunidad.

Toda información adicional que la referida Unidad considere necesario recabar del paciente, deberá ser gestionada a través del profesional tratante, salvo disposición de peritaje, establecida por las autoridades competentes.

La omisión en acceder a proporcionar las historias clínicas solicitadas será inmediatamente comunicada por la Unidad Control-CAMO a la Dirección Coordinación y control a fin de que se adopten las medidas compulsivas correspondientes, para que se cumpla lo dispuesto en el presente literal, en el marco de las competencias legales del Ministerio de Salud Pública, para la vigilancia del ejercicio de las profesiones de la salud.

- C) Proponer a la Dirección coordinación y control las medidas correctivas o sanciones que pudieran corresponder en casos que se verifique MAL PRÁCTICA en los medios empleados para la atención médica u odontológica, en relación a lo exigible en el marco de las condiciones con que se presta dicho servicio.
- D) Tramitar ante la Comisión Honoraria de Salud Pública y a través de la División Asuntos Legales del Ministerio de Salud Pública ante el Poder Judicial, las antecedentes de todo caso en que se verifique perjuicio en la salud del usuario, atribuible a la MAL PRÁCTICA en las prestaciones de atención médica u odontológica, poniendo el hecho en conocimiento del usuario o su representante legal, a fin de habilitar la vía reclamatoria pertinente.

2º Intégrese la UNIDAD DE ASESORAMIENTO-CAMO, con tres representantes de la División Asistencia Médica Colectiva y Privada, uno de los cuales la presidirá, dos representantes de la Administración de servicios de Salud del Estado y un representante de la División Asuntos Legales del Ministerio de Salud Pública. Para sesionar en lo referido a esta disposición, dicha Comisión se integrará además con un representante Ad-Hoc del Servicio de Salud, cuyas historias clínicas se auditan.

Todo dictamen de la UNIDAD DE ASESORAMIENTO-CAMO, que establezca MAL PRÁCTICA profesional deberá fundamentarse en el empleo de medios de diagnóstico o tratamiento inconvenientes o, en la omisión de medios diagnósticos o terapéuticos idóneos y disponibles por los servicios cuyas historias clínicas se auditen y deberá considerar en forma preceptiva (pero no vinculante) las opiniones expresamente solicitadas de:

- a) La Facultad de Medicina o, en su caso la Facultad de Odontología;
- b) Las agremiaciones o asociaciones profesionales a que pertenezca el médico u odontólogo actuante;
- c) El o los profesionales actuantes en la MAL PRÁCTICA dictaminada.

ORDENANZA N° 1/90. Obligatoriedad de la historia clínica perinatal

Montevideo, 20 de diciembre de 1990.

VISTO: la necesidad de modificar el Sistema Informático Perinatal y del Niño a efectos de lograr mejores condiciones de información asistencial y preventiva;

RESULTANDO:

I) que dentro del Programa de Atención a la Salud a las personas que desarrolla el Ministerio de Salud Pública se encuentra el de Salud Materno Infantil; II) que el Programa de Salud Materno Infantil considera conveniente introducir modificaciones en el Registro Básico de Salud Perinatal introduciendo la Historia Clínica Perinatal Base, Formularios Complementarios y el Carné Obstétrico y Perinatal;

CONSIDERANDO:

I) lo aconsejado por la Comisión Asesora de la Salud Materno Infantil de aplicar nuevas técnicas del más alto nivel científico con el cometido fundamental de estructurar un Plan de Salud Materno Infantil, brindando al binomio Madre - Hijo, una correcta asistencia al embarazo, parto, puerperio y recién nacido, que permita un descenso de los índices de morbilidad materna, perinatal y pediátrica;
II) que es necesario entonces, modificar los artículos 1 y 2 del Decreto N° 468/82 de fecha de 17 de diciembre de 1982

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DECRETA

Artículo 1. - Se establece con carácter obligatorio la Historia Clínica perinatal base y sus Formularios Complementarios con las características, contenido y formato que el Ministerio de Salud Pública determine. Estos Registros deberán ser utilizados por todas las Instituciones Públicas y Privadas donde se realice la asistencia Perinatal, del parto y neonatal.

Artículo 2. - Se establece con carácter obligatorio el Registro Básico Pediátrico con las características, contenido y formato que el Ministerio de Salud Pública determine. Estos Registros deberán ser utilizados por todas las Instituciones Públicas y Privadas donde se asisten embarazos, partos y recién nacidos.

Artículo 3. - El Carné Obstétrico y Perinatal, es documento público a los efectos de su presentación ante cualquier Organismo Público o Privado.

Artículo 4. - La División Estadística del Ministerio de Salud Pública, será la responsable del envío de los formularios de la Historia Clínica y Carné Obstétrico y Perinatal a todas las Instituciones Públicas y Privadas del País.

Artículo 5. - Así mismo, la División Estadística será la responsable de la recepción de la información de la Historia Clínica Perinatal y Pediátrica, brindando contra la entrega mensual de dicha información, comprobante de haber cumplido con las obligaciones establecidas en el presente Decreto.

El referido comprobante será considerado Documento Público, a los efectos de su presentación ante cualquier Organismo Público o Privado.

El no cumplimiento de lo establecido en el presente Artículo, aparejará la aplicación de sanciones por parte del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 6. - Se creará un Comité Departamental de Historia Clínica Perinatal y Pediátrica cuyos cometidos serán: Programar, ejecutar, coordinar, supervisar, analizar y difundir la información estadística perinatal y pediátrica de cada Departamento. Dicho comité se integrará de acuerdo a las características de cada Departamento.

Artículo 7. - Derógase los artículos 1 y 2 del Decreto 468/82 a partir de la puesta en vigencia de este Decreto.

DECRETO 258/92 - Normas sobre conducta médica y derechos del paciente

Decreto del Poder Ejecutivo N° 258, del 9 de junio de 1992. Ministerio de Salud Pública

VISTO: la conveniencia de establecer con valor y fuerza reglamentaria un conjunto de normas sobre conducta médica y derechos del paciente.

RESULTANDO:

I) Que desde hace milenios existen reglas destinadas a regir la realización del acto médico y, más modernamente, se ha manifestado una creciente preocupación por codificar los derechos del paciente.

II) Que, en el Uruguay, se han formulado en distintos momentos Códigos de Ética Médica destinados a establecer un patrón común de actuación estimado como valioso.

CONSIDERANDO:

I) Que en el ámbito del Ministerio de Salud Pública no existe un conjunto orgánico de pautas de conducta profesional objetivadas a través de un acto-regla.

II) Que el Poder Ejecutivo está facultado a establecer, por vía reglamentaria, normas de actuación aplicables a sus funcionarios dependientes y que, a la vez, puedan servir como marco objetivo para la valoración de comportamientos por agentes ajenos a sus cuadros pero alcanzados por sus poderes de control.

III) Que si bien en nuestro país no existe colegiación obligatoria ni se ha legislado en la materia, se han formulado verdaderos Códigos de Ética Médica, entre los cuales se ha tomado como base para la redacción del Título I de la parte dispositiva de este Decreto lo sustancial del texto preparado por la Academia Nacional de Medicina, sin perjuicio de otros valiosos antecedentes.

IV) Que, en lo que refiere a los derechos del paciente consignados en el Título II de la parte dispositiva de este Decreto, se ha partido de la Declaración aprobada por la Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales el 6 de febrero de 1973 y, en particular, de la Carta de derechos del paciente del Hospital Maciel.

V) Que en ambos Títulos se ha optado por incluir una síntesis de los grandes principios a fin de enfatizar en su carácter didáctico y respetar la conciencia de cada profesional, ámbito al que el Derecho no debe ingresar sino para garantizarlo.

VI) Que se oyó a las Direcciones Generales de la Salud y de ASSE, y se requirió opinión al Sindicato Médico del Uruguay, a la Federación Médica del Interior, a la Federación de Funcionarios de Salud Pública, a la Academia Nacional de Medicina y a la Comisión Honoraria de Salud Pública, compatibilizando sus distintas sugerencias en todo lo posible.

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido en los artículos 44, 72 y 168 de la Constitución y en los Capítulos III, IV y VII de la ley orgánica N° 9.202 de 12 enero de 1934.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DECRETA:

Título I REGLAS DE CONDUCTA MÉDICA

Capítulo 1

Deberes

Art. 1º - El médico debe asegurar la mejor calidad de atención al enfermo, brindándole la más adecuada al caso, de acuerdo con los medios a su alcance, que tenga la mayor efectividad, cause el menor sufrimiento y produzca los más reducidos efectos colaterales adversos e inconvenientes, con el menor costo posible para el paciente y la sociedad que integra.

Para ello, debe brindarse con bondad, dedicación y calor humano, procurando que esas virtudes humanas sean comprendidas y asumidas por el paciente en su beneficio, poniendo además a su servicio su capacitación médica actualizada.

Art. 2º - El médico debe defender los derechos humanos relacionados con el ejercicio profesional, y especialmente el derecho a la vida a partir del momento de la concepción (Art. 1.2 y 4.1 de la Convención Internacional de Derechos Humanos aprobada por la Ley N° 15.737 de 8.3.85 y Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por la Ley N° 16.137 de 28.9.90).

En salvaguarda de los derechos y dignidad de la persona humana (Art. 7 y 72 de la Constitución) debe negarse terminantemente a participar directa o indirectamente, a favorecer o siquiera admitir con su sola presencia toda violación de tales derechos, cualquiera fuera su modalidad o circunstancias.

Art. 3º - El médico debe mantener en el ejercicio de su profesión una conducta pública y privada irreprochable, absteniéndose de toda actividad extramédica que signifique menoscabo para la profesión.

Art. 4º - El médico debe guardar secreto frente a terceros sobre cuanto hubiera conocido en forma explícita o implícita, directa o indirecta, acerca de la enfermedad, vida privada o intimidad de quienes hubiera de asistir o examinar en el ejercicio de su profesión y guardar silencio al respecto en todo tiempo, incluso después de la muerte del paciente.

Art. 5º - El médico debe informar adecuadamente al enfermo respecto a cuanto éste le consulte, con veracidad y objetividad, atendiendo a las circunstancias del caso.

Al respecto, procurará obtener el «libre consentimiento informado» del enfermo o sus representantes legales antes de realizar las acciones médicas necesarias, teniendo en cuenta que no pueden emitir consentimiento válido los menores de 21 años de edad (Art. 280 del Código Civil) y demás incapaces, salvo las excepciones legalmente previstas.

Art. 6º - El médico debe conducirse ante el enfermo a su cargo en la mejor forma posible, tratándolo con el máximo respeto, demostrándole especial consideración ante el relato de sus males, ofreciéndole sostén espiritual, proporcionándole la ayuda a su alcance para superar o atenuar perjuicios derivados de su dolencia, esforzándose para curarlo, mejorarlo o aliviarlo con dedicación abnegada y aplicación cuidadosa de sus conocimientos científicos y experiencia clínica, dedicándole todo el tiempo necesario sin darle muestras de prisa.

Art. 7º - El médico debe, en circunstancias de urgencia, prestar inmediato auxilio al herido, accidentado o enfermo grave que se encontrare en su presencia o inmediata proximidad, carente de asistencia o necesitando su colaboración profesional con la de otros médicos y, asimismo, ocuparse de obtener en el lugar del hecho todos y los más adecuados recursos, y de no ser ello posible, procurar el traslado del paciente, en las condiciones más apropiadas que sea posible.

Asimismo, debe concurrir prontamente ante un llamado apremiante.

Art. 8º - El médico debe, en circunstancias no urgentes, asistir al enfermo a su cargo en toda situación durante el curso de la misma enfermedad y cuando encontrare obstáculo absoluto para ello, avisar de inmediato al paciente o a sus representantes y suministrar a su sustituto la información pertinente a efectos de mantener la continuidad asistencial sin inconvenientes ni perjuicios para el enfermo.

Asimismo, debe prestar asistencia a todo el que solicite sus servicios de ser único médico en una localidad.

Art. 9º - El médico tratante debe aceptar siempre una consulta médica cuando ella le sea solicitada por el paciente, sus allegados o representantes legales, y proponer una consulta con otro médico cada vez que lo considere necesario, informándole del modo más leal y amplio.

Art. 10º - El médico consultor debe respetar la posición del médico tratante y rehusar la asistencia del paciente por la misma enfermedad que motivó la consulta, de no contar con el pedido o asentimiento del médico tratante.

Art. 11º - El médico debe mantener con sus colegas y colaboradores un trato correcto y solidario, respetando los ámbitos de actuación y especialización profesional de éstos. Cuando trabaja en equipo, debe efectuar la distribución de tareas según la calificación de cada integrante, impartiendo las instrucciones pertinentes y contando con la correspondencia cuidadosa de quienes integran el equipo.

Art. 12º - El médico debe abstenerse de emplear cualquier procedimiento tendiente a provocar la muerte, procurando el alivio del paciente terminal y su muerte digna.

Art. 13º - El médico debe abstenerse de toda forma de experimentación terapéutica en seres humanos, incluyendo las técnicas de recombinación artificial de materiales genéticos, que entrañe el más mínimo riesgo para el paciente y que no tenga por finalidad el restablecimiento de la salud (Art. 44 de la Constitución), cuando no existan otros medios idóneos para alcanzar tal objetivo.

Art. 14º - El médico debe cooperar con las autoridades nacionales en el mantenimiento de la salud de la población, inculcando en sus pacientes y quienes con él se relacionen los principios y directivas trazados en materia de higiene y prevención por el Ministerio de Salud Pública, indispensables para preservar la salud.

Art. 15º - El médico debe ajustarse a la verdad en toda declaración que le sea requerida en vía administrativa o judicial, aun cuando de ello se deriven perjuicios para el o sus colegas.

Igual criterio debe presidir su actuación como perito cuando le sea requerida por cualquier autoridad pública.

Art. 16º - El médico debe ser objetivo y preciso en la certificación de hechos o actos que le sean solicitados en el ámbito de su ejercicio profesional.

En la certificación de defunciones, debe ajustarse estrictamente a las reglamentaciones vigentes.

Art. 17° - El médico debe llevar un registro escrito de todos los procedimientos, sean diagnósticos o terapéuticos, que indique al paciente, estando obligado a consignar la semiología realizada y la evolución del caso. Dicho registro, llevado en ficha o historia clínica, sea en forma escrita, electrónica u otra, constituirá, de por sí, documentación auténtica y hará plena fe de su contenido a todos sus efectos.

Art. 18° - Sin perjuicio de los deberes enunciados precedentemente, el médico debe ajustar su comportamiento a las demás normas legales y reglamentarias relativas a su condición de profesional de salud.

Capítulo 2

Prohibiciones

Art. 19° - Al médico le está prohibido negar asistencia, en las circunstancias a que refieren los Art. 7 y 8 del presente Decreto, sea de modo directo o indirecto, a todo paciente que lo requiera, salvo situaciones excepcionales debidamente autorizadas por la autoridad competente.

Art. 20° - Al médico le está prohibido opinar o aconsejar sobre la atención de pacientes sin ser partícipe de ella y con desconocimiento del médico tratante.

Art. 21° - Al médico le está prohibido desprestigiar a colegas, superiores o colaboradores, mediante críticas u otras acciones u omisiones.

Art. 22° - Al médico le está prohibido arrogarse especializaciones cuyo reconocimiento por las autoridades competentes no posee.

Art. 23° - Al médico le está prohibido prescribir medicamentos u otros dispositivos terapéuticos, recomendar farmacias, laboratorios, clínicas, instituciones, aparatos de uso diagnóstico o terapéutico, o de cualquier otra forma derivar al paciente en función de conveniencias personales, económicas o de cualquier otra naturaleza reñidas con el recto desempeño de la profesión.

Art. 24° - Al médico le está prohibido obtener o proporcionar beneficios económicos a terceros mediante la ocultación de la enfermedad de un paciente o la atribución de cualquier afección a un paciente sano.

Art. 25° - Al médico le está prohibido entrometerse en asuntos familiares del paciente, sean de índole económica o de cualquier naturaleza.

Art. 26° - Al médico le está prohibido participar en cualquier actividad que lleve adelante quien practique ejercicio ilegal de la medicina.

Art. 27° - Al médico le está prohibido extender certificados inexactos con el fin de reportar a un tercero beneficios indebidos, sean de índole económica, laboral o de cualquier otra naturaleza.

Asimismo, le está prohibido el cobro de sumas de dinero, a cualquier título, por efectuar certificaciones de defunción, de conformidad a las reglamentaciones vigentes.

Art. 28° - Al médico le está prohibido efectuar declaraciones ambiguas o asumir peritajes o certificaciones en situaciones en las que directa o indirectamente estén involucrados sus intereses o los de terceros vinculados en razón de cualquier actividad.

Capítulo 3

Derechos

Art. 29° - La enumeración no taxativa de deberes y prohibiciones contenida en los capítulos precedentes no afecta en lo más mínimo los derechos del médico inherentes a su condición de persona humana, de profesional universitario y de trabajador -tanto de carácter individual como colectivo- reconocidos, establecidos o garantizados por reglas de Derecho.

Título II **DERECHOS DEL PACIENTE**

Art. 30° - El paciente tiene derecho a conocer y hacer uso de sus derechos y si por alguna razón no los conoce o necesita ayuda, el establecimiento de salud correspondiente tiene obligación de prestarle ayuda.

Art. 31° - El paciente tiene derecho a recibir tratamiento sin distinción de raza, religión, sexo, nacionalidad de origen, impedimentos físicos, orientación sexual o fuentes de pago.

Art. 32° - El paciente tiene derecho a recibir una atención solícita y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin restricciones innecesarias.

Art. 33° - El paciente tiene derecho a recibir atención de emergencia cuando la necesite.

Art. 34° - El paciente tiene derecho a saber el nombre y el cargo del médico que lo atenderá.

Art. 35° - El paciente tiene derecho a saber los nombres, cargos y funciones de cualquier miembro del personal que participe en la atención médica que se le brinda y a negarse a recibir tratamiento, a ser examinado u observado por una persona que no acepte por razones debidamente justificadas, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.

Art. 36° - El paciente tiene derecho a recibir información completa sobre el diagnóstico de su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico, expuesta de modo sencillo, inteligible y procurando no alterar el equilibrio psico-social del mismo.

Art. 37° - El paciente tiene derecho a recibir toda la información necesaria para autorizar con conocimiento de causa, cualquier tratamiento o procedimiento que le practiquen. En dicha información se deben mencionar los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento propuesto, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.

Art. 38° - El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esta negativa para su salud, sin perjuicio de las medidas que corresponda adoptar frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra.

Art. 39° - El paciente tiene derecho a negarse a participar en una investigación. Antes de decidir si va a participar o no, tiene derecho a recibir una explicación completa.

Art. 40° - El paciente tiene derecho a que se respete su intimidad mientras permanezca en el hospital y se trate confidencialmente toda la información y los documentos relativos al estado de su salud.

Art. 41° - El paciente tiene derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento. El hospital tiene que darle por escrito un plan terapéutico a seguir, luego del alta.

Art. 42° - El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma, a sus expensas.

Art. 43° - El paciente tiene derecho a quejarse de la atención y los servicios que recibe sin temor a represalias y exigir una respuesta del hospital, inclusive por escrito, si así lo desea.

Art. 44° - La enumeración de derechos del paciente contenida en los artículos precedentes tiene carácter enunciativo y no enerva el cumplimiento por éste de todos y cada uno de los deberes que son emanación de las obligaciones constitucionales de cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad (Art. 44, inc. 2° de la Constitución).

Título III **NORMAS DE APLICACIÓN**

Art. 45° - Las normas contenidas en el presente Decreto son de aplicación directa en el ámbito de todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública, cualquiera sea la forma de vinculación funcional de los profesionales que se desempeñan en las mismas.

Art. 46° - Sin perjuicio de lo establecido en el artículo precedente, las normas contenidas en el presente Decreto serán aplicadas por la Comisión de Salud Pública en aquellos casos en que sea llamada a juzgar comportamientos médicos acaecidos fuera del Ministerio de Salud Pública pero respecto a las cuales sea llamada a intervenir de acuerdo con su competencia legal.

De igual modo procederá la Dirección General de la Salud, a través de sus reparticiones con competencia de fiscalización, en la apreciación de conductas que incidan en la calidad de la atención por parte de las instituciones sometidas a su control.

Art. 47° - En los casos a que refiere el artículo precedente serán aplicables además los principios generales establecidos en el Art. 2° y en los Art. 168 y siguientes del Decreto N° 500/91 de 27 de setiembre de 1991, en lo pertinente.

Art. 48° - El incumplimiento de los deberes establecidos en el Capítulo 1 del Título I del presente Decreto y la violación de las prohibiciones edictadas en el Capítulo 2 de dicho Título, cuando sean cometidos por funcionarios públicos, constituirán faltas administrativas.

Como tales, serán objeto de sanción proporcionada a su gravedad, previa sustanciación del procedimiento disciplinario respectivo en el que se asegurará la garantía de defensa (Libro II del Decreto N° 500/91 de 27 de setiembre de 1991).

Art. 49° - Los jefes de las distintas Unidades Ejecutoras del Ministerio de Salud Pública tendrán la obligación de difundir las normas contenidas en el presente Decreto entre el personal de su dependencia.

Asimismo, deberán publicar en lugar visible de cada centro asistencial la «Carta de Derechos del Paciente» contenida en el Título II del presente Decreto.

Art. 50° - Este Decreto entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial.

Art. 51° - Deróganse todas las ordenanzas, instrucciones de servicio y demás disposiciones reglamentarias que directa o indirectamente resulten contrarias o se opongan al presente Decreto.

Art. 52° - Comuníquese, etc.

DECRETO N° 204/001 - Código de Ética Médica. Extensión en su aplicación

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Montevideo, 23 de mayo de 2001.

PUBLICACION: 6 de junio de 2001

VISTO: la conveniencia de extender con valor y fuerza reglamentaria el Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992, sobre "Reglas de Conducta Médica" a todas las Instituciones de Asistencia Médica Públicas, Colectivas y Privadas;

RESULTANDO:

I) que el Decreto individualizado en el Visto contiene un Código de Ética Médica destinado a establecer un patrón común en la materia en cuanto a la realización del acto médico y a la relación médico paciente y a los derechos de éste;

II) que el artículo 45 del mismo establece que su normativa es de aplicación directa en el ámbito de todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública y de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, cualquiera sea la forma de vinculación funcional de los profesionales que se desempeñan en las mismas, por lo que resulta conveniente extender el ámbito de su aplicación;

III) que el artículo 46 del citado Decreto preceptúa que sin perjuicio de lo establecido en el mencionado artículo 45, la normativa contenida en la Reglamentación será de aplicación por parte de la Comisión de Salud Pública en aquellos casos en que sea llamada a juzgar comportamientos médicos acaecidos fuera del Ministerio de Salud Pública, pero respecto de los cuales sea llamada a intervenir de acuerdo a su competencia legal; de igual modo, deberá proceder la Dirección General de la Salud a través de sus reparticiones con competencia de fiscalización en la apreciación de conductas que incidan en la calidad de la atención por parte de las Instituciones sometidas a su control;

CONSIDERANDO:

I) que resulta conveniente extender la aplicación del citado Decreto a la totalidad de las Instituciones de Asistencia Médica Públicas, Colectivas y Privadas de cualquier naturaleza;

II) que la División Jurídico-Notarial informa favorablemente;

ATENTO: a lo establecido en los artículos 44. 72 y 168 de la Constitución de la República y en los Capítulos III, IV y VII de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública No. 9.202 de 12 de enero de 1934 y a lo preceptuado en el Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992;

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DECRETA:

ART.1°.- Extiéndase con carácter obligatorio a todas las Instituciones de Asistencia Médica Públicas, Colectivas y Privadas de cualquier naturaleza, la aplicación del Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992.

ART.2°.- La violación de lo dispuesto en el presente Decreto será considerada falta grave pasible de sanción.

ART.3°.- Publíquese.

DECRETO 455-01 -- Marco Regulatorio De La Asistencia Médica

21 de noviembre de 2001

TITULO II

MODALIDADES DE PRESTACION DE ASISTENCIA

Capítulo VII

De la asistencia médica de emergencia con unidades móviles

Artículo 107°.- Obligaciones de las entidades

Al solicitar la habilitación las entidades deberán:

a. Determinar con precisión el área geográfica que cubrirán las unidades móviles, debiendo existir en aquella por lo menos Unidad de Cuidados Especiales a la cual puedan ser trasladados los pacientes para su tratamiento definitivo,

b. Contar con un Reglamento Interno de funcionamiento en el cual se determinen las actividades, responsabilidades y rutinas de atención, el que deberá ser puesto en conocimiento del Ministerio de Salud Pública en un término máximo de 10 días a partir de su autorización.

c. Indicar el médico que ocupará el cargo de Director Técnico responsable en el plano técnico ante el Ministerio de Salud Pública, así como el restante personal médico y de enfermería. El médico que actúe en la Dirección Técnica debe ser especializado en Medicina Intensiva, Anestesiología o Salud Pública.

d. Asegurar la existencia de personal suficiente para que en cada unidad móvil se traslade, para atender al paciente, por lo menos un médico capacitado para la atención médica de emergencia y un auxiliar de enfermería o un practicante de medicina. En planta física deberá haber en forma permanente personal administrativo y de servicio suficiente para la atención del público y de las comunicaciones.

e. En caso de que el paciente trasladado sea afiliado a una Institución de Asistencia Médica Colectiva, la unidad de emergencia deberá comunicarse con la Institución a efectos de avisar el traslado y acordar el lugar de internación para el tratamiento definitivo.

f. Disponer de una planta física que permita el funcionamiento de por lo menos las siguientes áreas de trabajo con ambientes destinados exclusivamente a los fines que se señalan: 1) sala de guardia para el personal de turno, vestuarios y baños en proporción adecuada. 2) Lugar para almacenar material y para stock de medicamentos protegido por adecuados sistemas de seguridad y cumpliendo con las reglamentaciones vigentes del Ministerio de Salud Pública para todo stock de medicamentos. 3) Lugar de recepción de llamadas y centro de comunicaciones que no es obligatorio que esté en la misma planta física.

g. Llevar un Registro de Atención de Enfermos donde deberá constar por lo menos, el inicio del tratamiento y finalización del mismo, lugar de traslado, médico actuante y conformidad con respecto al estado del paciente, familiar, responsable legal o constancia de no existir ninguno de ellos.

Fuente: Decreto No. 578/986, artículos 9°, 14°, 15°, 20°, 21° y 22°.

TITULO IV DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y PRESTADORES DE ASISTENCIA MEDICA

Capitulo I

Derechos de los socios o afiliados a una institución de salud

Artículo 172º.- Historia clínica.-

La I.A.M.C. a la cual se incorpora un afiliado procedente de otra Institución, podrá solicitar a la Dirección Técnica de esa otra Institución de procedencia, la historia clínica y la documentación relativa al afiliado, lo que deberá ser enviado, en caso de solicitarla, en un plazo máximo de 20 días a partir de la fecha de recibido el pedido. En caso de no cumplimiento de lo solicitado, el afiliado podrá recurrir ante el Ministerio de Salud Pública al respecto.

Fuente: Decreto No. 457/988 12 de julio de 1988, artículo 39º.

Capítulo II

Conducta médica y derechos del paciente

Artículo 202º.- Deber de registro.-

El médico debe llevar un registro escrito de todos los procedimientos, sean diagnósticos o terapéuticos, que indique al paciente, estando obligado a consignar la semiología realizada y la evolución del caso.

Dicho registro, llevado en ficha o historia clínica, sea en forma escrita, electrónica u otra, constituirá, de por sí, documentación auténtica y hará plena fe de su contenido a todos sus efectos.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 17º.

Artículo 227º.- Derecho a conocer su historia clínica.-

El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma, a sus expensas.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 42º.

DECRETO 297/02 - Cartilla de Derechos y Deberes de los Usuarios de los Servicios de Salud
02/08/02

VISTO: la necesidad de establecer una "Cartilla de derechos y deberes de los usuarios de los Servicios de Salud";

RESULTANDO:

- I) que por Decreto del Poder Ejecutivo No, 258/992 de 9 de junio de 1992, se establecieron normas sobre conducta médica y derechos del paciente, aplicables en el ámbito de todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública y demás Instituciones de Asistencia Médica Públicas, Colectivas y Privadas de cualquier naturaleza;
- II) que, es necesario complementar dichas disposiciones con la normativa existente en nuestro ordenamiento jurídico sobre derechos y deberes de los usuarios de los Servicios de Salud, de carácter público o privado, independientemente de su condición de socio, afiliado, beneficiario o paciente;
- III) que corresponde asimismo, que los derechos y deberes de los usuarios se encuentren claramente enunciados y explicitados en todas las Instituciones o Servicios de Salud, públicos y privados;

CONSIDERANDO:

- I) que es conveniente ordenar y sistematizar dicha normativa con el fin de contener un cuerpo de normas que rijan en la materia, facilitando el conocimiento de los particulares y las Instituciones o Servicios;
- II) que, en consecuencia, la nómina de derechos y deberes que se enumeran no excluye otros que emanan de la condición de persona, revista o no la calidad de paciente o sujeto de una investigación clínica, estudio, tratamiento o asistencia en materia de salud, así como tampoco aquellos que derivan de la condición de socio, afiliado, contratante o beneficiario de un Servicio de Salud público o privado, así como de profesionales o instituciones;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DECRETA:

Artículo 1°- Apruébase la "Cartilla de los derechos y deberes de los usuarios de los Servicio de Salud" adjunta que se considera parte integrante de este Decreto y se identificará en la forma señalada.

Artículo 2°.- Dispónese la adopción y divulgación por parte de todas las Instituciones de Salud Públicas y Privadas de la referida "Cartilla de los derechos y deberes de los usuarios de los Servicio de Salud".

Artículo 3°.- Comuníquese, Publíquese.-

CARTILLA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

(I) Definiciones

Artículo 1°.- (Usuario de Servicio de Salud)

Es Usuario de un Servicio de Salud toda persona física que potencialmente pueda adquirir o utilizar productos, bienes o servicios de salud como destinatario final, en forma remunerada o gratuita, cualquiera sea la naturaleza de su vinculación, ya sea en calidad de afiliado, socio o beneficiario, independientemente de su condición de paciente.

Artículo 2°.- (Servicio de Salud)

Se considera Servicio de Salud a toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud -incluyendo análisis o estudios- de carácter preventivo, educativo, curativo, de rehabilitación o reparación.

Artículo 3°.- (Organizaciones de Usuarios)

Se consideran Organizaciones de Usuarios a toda asociación, entidad o agrupación de usuarios de Servicios de Salud cuyo objeto específico sea la defensa de los derechos e intereses de los usuarios, asuma o no la representación de éstos.

Artículo 4°.- (Departamento de Atención al Usuario)

El Departamento de Atención al Usuario es toda oficina, unidad o estructura organizada con materiales y personal idóneo que funciona dentro de un Servicio de Salud, cuya finalidad es informar, orientar, atender y resolver los reclamos, consultas o peticiones que formulen los usuarios del mismo.

(II) De los derechos

Artículo 5°.- (Enumeración no taxativa)

Los derechos y deberes que se enuncian a continuación, no excluyen otros que resulten inherentes a la condición de persona humana, profesionales, Instituciones u Organizaciones públicas o privadas, establecidos, reconocidos o garantizados por reglas de Derecho.

Artículo 6°.- (Derecho a conocer sus derechos y a ejercitarlos)

Todo usuario tiene derecho a conocer sus derechos y ejercerlos sin otras restricciones o limitaciones que las establecidas por el ordenamiento jurídico.

Artículo 7°.- (Derecho al respeto)

Todo usuario tiene derecho a que se respete su personalidad, dignidad humana, intimidad e imagen.

Artículo 8°.- (Derecho al acceso)

Todo usuario tiene derecho a que se le facilite el acceso y uso de los Servicios de Salud, así como a los establecimientos donde estos funcionan, contemplando sus dificultades, discapacidades y necesidades, de conformidad a la reglamentación.

Artículo 9°.- (Derecho a un trato igualitario)

Todo usuario tiene derecho a que se le dispense un trato igualitario, acorde a su situación particular y no ser discriminado por razones raciales, socio-económicas, de sexo, edad, ideológicas, religiosas, políticas, sindicales u otras.

Artículo 10°.- (Derecho a ser oído y plantear quejas o denuncias)

Todo usuario tiene derecho a ser oído y atendido forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado.

Artículo 11°.- (Derecho a la instancia)

Todo usuario tiene derecho a presentar ante el Servicio de Salud al que pertenece y/o ante el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo al proceso que se establezca, las sugerencias, iniciativas, consultas, peticiones o reclamos que estime pertinentes, encaminadas entre otras a:

- a) mejorar la calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad, accesibilidad de los servicios,
- b) incrementar el rendimiento o el ahorro del gasto,
- c) simplificar trámites o suprimir los que sean innecesarios o cualquier otra medida que suponga un mayor grado de satisfacción de sus derechos o intereses,
- d) suprimir las tardanzas, desatenciones, dificultades para acceder a un servicio de salud, obtener información o beneficiarse de una prestación, etc.

Artículo 12°.- (Derecho a medios alternativos de solución)

Todo usuario tiene derecho a que se agoten todas las etapas del procedimiento que se establezca, tendientes a obtener una decisión sobre sus sugerencias, iniciativas, consultas, peticiones o reclamos.

Artículo 13°.- (Derecho a la confidencialidad)

Todo usuario tiene derecho a la confidencialidad de sus datos, circunstancias que plantee, documentos que presente, así como del procedimiento y respuesta que se le brinde, salvo consentimiento expreso o cuando por mandato de una regla de derecho deba darse noticia a las autoridades.

Artículo 14°.- (Derecho a ser asesorado)

Todo usuario tiene derecho a ser informado, orientado y asesorado sobre los procedimientos, trámites, requisitos y documentación que sean necesarios para que se le facilite el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

Artículo 15°.- (Derecho al acceso a los registros).

Todo usuario tiene derecho a acceder a sus registros y archivos médicos del Servicio de Salud al que pertenece, en los términos previstos por la legislación vigente.

Artículo 16°.- (Derecho a solicitar información)

Todo usuario tiene derecho a solicitar y recibir del Servicio de Salud información vinculada con el tratamiento y/o "atención médica recibida de éste, y entre otras, sobre:

- a) estructura orgánica y modalidad de las prestaciones asistenciales,
- b) los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- c) las prestaciones comprendidas y excluidas por la cobertura a cargo del servicio de salud;
- d) precios o aranceles aplicables para las prestaciones excluidas, periodicidad de los ajustes económicos, porcentaje de los mismos, así como el sistema de fijación y responsable del mismo.
- e) monto de la cuota mensual, sobrecuotas, tasas moderadoras, etc. la periodicidad de sus ajustes económicos, porcentaje de los mismos, así como el método y responsable de su fijación.
- f) tipología del Servicio de Salud, esto es, asistencia pública o privada, particular o colectiva, de cobertura total o parcial, intermediación u otras.

La información debe ser brindada en tiempo razonable, en términos comprensibles, precisos, ser completa, continuada, verbal o escrita.

Artículo 17°.- (Derecho a un procedimiento)

Todo usuario tiene derecho a acceder un procedimiento de duración razonable, así como a medios ágiles y adecuados conforme a sus necesidades, para la solución de sus planteos, sugerencias, iniciativas, reclamos, consultas o peticiones.

Artículo 18°.- (Derecho a una respuesta)

Todo usuario tiene derecho a obtener del Servicio de Salud una respuesta expresa, clara, veraz y escrita a sus planteos en un plazo prudencial y ser notificado de las resoluciones, así como a que quede constancia documentada del procedimiento.

Artículo 19°.- (Derecho a conocer el estado del procedimiento)

Todo usuario tiene derecho a requerir información sobre los procedimientos, en cualquier momento del estado de la tramitación de los mismos, en los que tenga la condición de interesado, obtener copia de los documentos que se presenten, formular alegaciones o presentar elementos de prueba.

Artículo 20°.- (Derecho a formar una asociación de usuarios)

Todo usuario tiene derecho a asociarse con otros usuarios en defensa de sus derechos e intereses, formar Organizaciones o Asociaciones de usuarios y hacerse representar por ellas.

Artículo 21°.- (Derecho a conocer los profesionales)

Todo usuario tiene derecho a conocer la nómina de profesionales que se desempeñan en el Servicio de Salud, sus nombres, especialidades y demás datos disponibles, así como sus días y horarios de consulta. Asimismo tiene derecho a conocer los nombres, cargos y funciones de cualquier miembro del personal del Servicio de Salud que participe en la atención que se le brinde.

Artículo 22°.- (Derecho a la atención preferente)

Todo usuario tiene derecho a que cada Servicio de Salud cuente con un departamento u oficina dedicada preferentemente a atender, canalizar y resolver sus sugerencias, iniciativas, reclamos, consultas o peticiones.

(III) De los deberes

Artículo 23°.- (Deber de observancia)

Todo usuario tiene el deber de observar las normas impuestas por el Servicio de Salud, sea por ley, reglamento, estatuto o contrato.

Artículo 24°.- (Deber de respeto)

Todo usuario tiene el deber de conducirse y dirigirse con respeto, tanto en relación con los funcionarios del Servicio de Salud, así como con los otros usuarios.

Artículo 25°.- (Deber de dar información)

Todo usuario tiene el deber proporcionar la información que se le solicite a efectos de encaminar la solución de sus problemas, a aportar datos ciertos, reales y verdaderos, cuando suscriba declaraciones con motivo del ingreso a un Servicio de Salud o cualquier otra circunstancias posterior, así como a no inducir a error en el suministro de la cobertura asistencial.

Artículo 26°.- (Deber de cuidado)

Todo usuario tiene el deber de cuidar las instalaciones, servicios, equipamiento e instrumental del Servicio de Salud, así como colaborar en su mantenimiento.

Artículo 27°.- (Deber de denunciar irregularidades)

Todo usuario tiene el deber de denunciar cualquier anomalía que pueda afectar al Servicio de Salud, los procesos y prestaciones que se le brinden.

Artículo 28°.- (Deber de racionalización)

Todo usuario tiene el deber de utilizar razonablemente los Servicios de Salud evitando abusos que desvirtúen su finalidad y distraigan recursos en forma innecesaria, de modo de acudir preferentemente a los servicios indicados por los profesionales y hacer uso de ellos de acuerdo a las prescripciones que se le impartan.

Artículo 29°.- (Deber de pago)

Todo usuario tiene el deber abonar en tiempo y forma la contraprestación fijada y/o convenida con el Servicio de Salud que le brinda cobertura.

Artículo 30°.- (Deber de cumplimiento de los reglamentos, estatuto o contrato)

Todo usuario tiene el deber de respetar los reglamentos, estatutos de la institución o contrato celebrado con el Servicio de Salud que le brinda cobertura, so pena de soportar las consecuencias que se prevea para el caso de incumplimiento.

DECRETO396/03– Disposiciones Relativas A La Historia Clínica Electrónica Única De Cada Persona.

30/09/03

VISTO: la necesidad de reglamentar algunos aspectos referidos al manejo electrónico de información personal por parte de las instituciones asistenciales públicas y privadas;

RESULTANDO:

I) que por resolución de 17 de noviembre de 2000, a iniciativa de la Dirección General de la Salud, se creó un Grupo de Trabajo con el cometido de definir pautas relativas a integridad de datos, autenticación, disponibilidad de la información, conservación de la misma y transmisión por

Internet u otros medios;

II) que dicho Grupo de Trabajo se ha expedido sugiriendo la adopción de una serie de normas mínimas que contemplen equilibradamente los derechos fundamentales de cada persona y el interés colectivo comprometido en la preservación de la higiene pública;

CONSIDERANDO:

I) que nuestro país ha reconocido tempranamente que los registros médicos llevados en ficha o historia clínica, en forma electrónica u otra, constituirán, de por sí, documentación auténtica y harán plena fe de su contenido a todos sus efectos (artículo 17 del Decreto N° 258/992 de 9 de junio de 1992, extendido por el Decreto N° 204/ 001 de 23 de mayo de 2001);

II) que es conveniente avanzar en la regulación jurídica del tema, siguiendo las recomendaciones del Grupo de Trabajo;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido en los artículos 72 y 168 de la Constitución de la República y en la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DECRETA:

Capítulo I

Disposiciones Generales

Artículo 1º.- Declárase de interés público el establecimiento de la historia clínica electrónica única de cada persona, desde el registro perinatal hasta el fallecimiento.

A los efectos de este Decreto, se entiende por historia clínica electrónica el conjunto de datos clínicos, sociales y financieros referidos a la salud de una persona, procesados a través de medios informáticos o telemáticos.

Artículo 2º.- A fin de lograr la máxima integración de la información relativa a cada persona, todas las instituciones de asistencia médica, públicas o privadas, particulares o colectivas, deberán mantener los datos respectivos, poniéndolos a disposición del titular de los mismos y de los profesionales de la salud que estén directamente implicados en el diagnóstico y tratamiento del mismo.

Artículo 3º.- Declárase, en concordancia con lo establecido en los artículos 129 y 130 de la Ley N° 16.002 de 25 de noviembre de 1998 y en el artículo 697 de la Ley N° 16.736 de 5 de enero de 1996, que toda historia clínica en medio electrónico constituye

documentación auténtica y como tal, será válida y admisible como medio probatorio, haciendo plena fe a todos los efectos, siempre que esté debidamente autenticada.

Artículo 4º.- Declárase, en concordancia con lo establecido en el artículo 695, inc. 3º de la Ley N° 16.736 de 5 de enero de 1996 y en el artículo 25 de la Ley N° 17.243 de 29 de junio de 2000, que se considerará debidamente autenticada toda historia clínica en medio electrónico cuyo contenido esté validado por una o más firmas electrónicas mediante claves u otras técnicas seguras de acuerdo al estado de la tecnología informática.

Artículo 5º.- A efectos de dotar de seguridad a las historias clínicas electrónicas, será de responsabilidad de cada institución de asistencia médica, pública o privada, particular o colectiva, determinar las formas y procedimientos de administración y custodia de las claves de acceso y demás técnicas que se usen.

Artículo 6º.- La divulgación de la clave o contraseña personal de cualquier sujeto que disponga de la misma, constituirá falta gravísima, aún cuando la clave o contraseña no llegase a ser utilizada.

Artículo 7º.- A fin de alcanzar el objetivo de la historia clínica electrónica única de cada persona y de propender a la compatibilidad de las bases de datos, se deberán tener en cuenta los estándares incluidos en el Anexo al presente Decreto, cuyo contenido se considera parte integrante del mismo, sin perjuicio de las adecuaciones y complementos que disponga la Comisión a que refiere el artículo 19 de este reglamento.

Capítulo II

Principios y objetivos

Artículo 8º.- El sistema de historia clínica electrónica única de cada persona, deberá ajustarse en todo momento a los siguientes principios generales:

- a) finalidad;
- b) veracidad;
- c) confidencialidad;
- d) accesibilidad y;
- e) titularidad particular.

Dichos principios generales servirán también de criterio interpretativo para resolver las cuestiones que puedan suscitarse en la aplicación de las disposiciones pertinentes.

Artículo 9º.- De acuerdo al principio de finalidad, los datos consignados en la historia clínica no podrán ser usados en forma nominada para otros fines que no sean los asistenciales. En su mérito, los datos relativos a la salud de la persona se consideran personales y sensibles, por lo que no podrán ser objeto de tratamiento nominado alguno por medios informáticos o telemáticos, a menos que medie para ello expreso consentimiento informado del interesado.

Artículo 10º.- El principio de veracidad impone incluir en la historia clínica electrónica todos los procedimientos, sean diagnósticos o terapéuticos, que se indiquen al paciente, incluyendo la semiología realizada, la evolución del caso y todo otro dato referencial o gráfico que permita conocer la situación real del sujeto de que se trate.

La información contenida en la historia clínica electrónica deberá exponerse en forma inteligible para el paciente y no podrá ser alterada sin que quede registrada la

modificación de que se trate, aún en el caso de que ella tuviera por objeto subsanar un error.

Artículo 11º.- El principio de confidencialidad obliga a tratar los datos relativos a la salud de la persona con la más absoluta reserva.

A tal efecto, la historia clínica electrónica deberá contar con una estructuración que separe la información de identificación del titular del resto de los datos consignados, pudiendo asociarse ambas únicamente en el ámbito de la atención médica del titular de la historia clínica.

Artículo 12º.- Sin perjuicio de lo establecido en la disposición precedente, el principio de confidencialidad podrá ceder: a) frente a la autoridad epidemiológica o judicial, sin otro trámite, b) podrá ser levantado también mediante el expreso consentimiento informado del interesado.

Artículo 13º.- En aplicación del principio de accesibilidad, el titular de los datos tendrá en todo momento derecho a conocerlos, a que le sean explicados y a que se rectifiquen si fueran probadamente erróneos.

No obstante, en casos excepcionales a juicio del médico tratante y bajo su responsabilidad como parte del proceso de atención, podrán establecerse restricciones parciales o temporales al acceso.

Artículo 14º.- La información contenida en la historia clínica electrónica deberá exponerse en forma inteligible por el paciente y no podrá ser alterada sin que quede registrada la modificación de que se trate, aún en el caso de que ella tuviera por objeto subsanar un error. Una vez validado, ningún dato de la historia clínica electrónica podrá ser eliminado y en caso de ser necesario su corrección, se agregará el nuevo dato con la fecha, hora y contraseña del que hizo la corrección, sin suprimir lo corregido.

Artículo 15º.- Siendo los datos contenidos en la historia clínica electrónica de titularidad de la persona a que refieren, sólo ésta o sus derechos habientes podrán autorizar el uso por terceros de la información total o parcial en ella contenida.

Capítulo III

Normas de aplicación

Artículo 16º.- La implantación de la historia clínica electrónica única para cada persona no implica la derogación de las disposiciones vigentes en materia de historias y registros clínicos, en cuanto sea compatible con el soporte informático.

Artículo 17º.- Las instituciones que adopten la historia clínica electrónica, podrán proceder a la destrucción de los registros en soporte papel en las condiciones previstas para hacerlo con las historias clínicas pasivas.

Artículo 18º.- El cumplimiento de lo previsto en este Decreto será fiscalizado por la repartición competente del Ministerio de Salud Pública y la infracción a sus disposiciones será reprimida de conformidad con la normativa vigente en materia de control de las instituciones asistenciales públicas y privadas.

Artículo 19º.- Créase una Comisión de estándares uniformizadores de las historias clínicas electrónicas, la que estará integrada por cinco personas designadas por el Ministerio de Salud Pública a propuesta de las siguientes dependencias e instituciones:

- a) la Dirección General de la Salud, cuyo representante la presidirá;
- b) la Dirección General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado;
- c) las instituciones de Asistencia Médica Colectiva;
- d) los Seguros Parciales y;
- e) la Universidad de la República.

Artículo 20°.- Las instituciones que ya hayan adoptado la historia clínica electrónica antes de la fecha de este Decreto, deberán adecuarse a sus disposiciones en el lapso máximo de seis meses a contar de su vigencia.

Artículo 21°.- El presente Decreto se aplica a cualquier sub conjunto de la historia clínica electrónica.

Artículo 22°.- Este Decreto entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial.

Artículo 23°.- Comuníquese.

ANEXO –ESTÁNDARES

I. Estándares obligatorios

A. -Categoría: Identificación

A.1.- Subcategoría: Identificación del paciente: Documento de Identidad Nacional (Número de Cédula de Identidad)

A.2.- Subcategoría: Identificación del profesional de la salud con vínculo permanente o bajo contrato incluido en la estructura funcional: Documento de Identidad Nacional (Número de Cédula de Identidad)

A.3.- Subcategoría: Identificación de personas físicas o jurídicas proveedores de servicios asistenciales (Instituciones de Asistencia y profesionales externos sin vínculo con la estructura): RUC- Registro Único de Contribuyentes.

A.4.- Subcategoría: Identificación de proveedores de insumos: RUC -Registro Único de Contribuyentes

B.- Categoría: Intercambio de mensajes: No se define en esta instancia un estándar obligatorio en esta categoría.

C.- Categoría: Contenido y estructura de la historia clínica.

C.1.- Subcategoría: Información Perinatal: Sistema Informático Perinatal (Centro Latinoamericano de Perinatología -CLAP/OPS/OMS)

D.- Categoría: Codificación y Terminología

D.1.- Subcategoría: Diagnósticos: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CIE-10)

E.- Será considerado estándar obligatorio todo aquel que sea definido por la Comisión de Estándares prevista en el Art. 19° del presente Decreto.

II. Estándares recomendados

A. -Categoría: Identificación: Remitirse a "I. Estándares obligatorios"

B. -Categoría: Intercambio de mensajes

B. 1.- Subcategoría: Información médica: HL 7

B.2.- Subcategoría: Imágenes médicas: DICOM

C.- Categoría: Contenido y estructura de la historia clínica.

C. 1.- Subcategoría: Información Pediátrica: Sistema Informático del Niño (Centro Latinoamericano de Perinatología -CLAP/OPS/OMS)

DECRETO 37/005 - Modificación Del Decreto N° 355/982 DE 17/09/1982 27/01/05

VISTO: el Decreto del Poder Ejecutivo N° 355/982 de 17 de setiembre de 1982;

RESULTANDO:

- I) que por el mismo se dictan normas que regulan el procedimiento a seguir para la destrucción de ciertos documentos que estando en poder del Ministerio de Salud Pública, han cumplido ya con la finalidad para la cual se los remitió al mismo y cuya eliminación no esta prevista en forma expresa;
- II) que asimismo autoriza la Destrucción de Historias Clínicas de partos normales y muertes naturales (defunciones no violentas), en forma inmediata;

CONSIDERANDO:

- I) que dada la calidad de los conocimientos, experiencias y distintas connotaciones medicolegales de las Historias Clínicas, su evaluación técnica, auditoria y control de las mismas, su importancia como prueba de jerarquía médico legal, jurídica y ética en el ejercicio profesional, las cuales se ven afectadas o pueden verse si se procede a su destrucción;
- II) que del estudio realizado por profesionales del Ministerio de Salud Pública, Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina-Universidad de la República y Carrera de Registros Médicos de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, en temas atinentes a Salud Pública, Medicina Legal y Forense, se estima conveniente, desde todo punto de vista, la modificación del citado Decreto;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DECRETA:

Artículo 1°.- Sustitúyase el Artículo 4°.- del Decreto del Poder Ejecutivo N° 355/982 de 17 de setiembre de 1982, por el siguiente:

"Artículo 4°.-: Podrá procederse a la destrucción de las Historias Clínicas que hayan pasado al archivo correspondiente a las pasivas, cuando se encuentren en dicho estado de pasividad por un lapso mínimo de tres años, siempre que en forma previa se confeccionen una tarjeta fichero, la cual deberá resumir en forma breve y concisa aquellas circunstancias que se entiendan de importancia, tomando en consideración la enfermedad padecida y el tratamiento recibido por el paciente, Anotándose en forma explícita si las hubiere: descripciones operatorias, estudios anatomopatológicos e informes paraclínicos relevantes, como TAC, RMN u otros".

Artículo 2°.- Deróganse, los Artículos 6°, 7°, 8°, 9° y 10° del Decreto del Poder Ejecutivo N° 355/982 de 17 de setiembre de 1982.

Artículo 3°.- Modifícase la redacción correspondiente al Artículo 11° del mencionado Decreto, el que quedará redactado de la siguiente manera:

"Artículo 11°.- El procedimiento previsto en los artículos precedentes, podrá sustituirse por el de la microfilmación, fotodigital, escaneo u otro procedimiento de tecnología informática contemplado en Decreto del Poder Ejecutivo N° 396/03 de 30 de setiembre de 2003, el cual regula el uso de las Historias Clínicas Electrónicas".

Artículo 4°.- Comuníquese; publíquese.-