

02 de Octubre de 2015

Atento a las dificultades encontradas por parte de varios concursantes de acceder a la Ordenanza N° 363/54 del MSP, procedemos a publicar su contenido:

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 él 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. Normativa Historia Clínica 4 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.