Provincia de Buenos Aires
Ministerio de Bienestar Social
Dirección de Estadística

HISTORIA CLINICA UNICA

● MANUAL DE FUNCIONAMIENTO

EST SALUD

● HISTORIA CLINICA UNICA

HISTORIA CLINICA UNICA

- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN
Inv. Nº
proy.org.cds03 L 06083

SUBSECRETARIA DE PLANIFICACION DE LA SALUD
CENTRO DE DOCUMENTACION DE EXCELENCIA EN SALUD

- HISTORIA CLINICA UNICA
- COMITE DE HISTORIA CLINICA
- AUDITORIA MEDICA

AUTORIDADES

Gobernador de la Provincia
Brigadier (RE) HORACIO CARLOS RIVARA

Ministro de Bienestar Social
Contralmirante (RE) JUAN HUGO R. QUESTA

Subsecretario de Salud Pública
Dr. CONSTANTINO M. GUILLAND

Subsecretario de Seguridad Social
Sr. JOSE M. MACHAIN

Director General
Prefecto (RE) OSCAR H. GIMENEZ
ORTIZ DE ROSA

Director de Estadística
Licenciado JOSE MIGUEL BISSO

DIRECCION DE ESTADISTICA

Departamento de Análisis
A cargo EDUARDO RODRIGUEZ

Departamento de Coordinación
GUILLERMO N. ANELL

Departamento de Producción
RAUL A. FERNANDEZ

Departamento de Normas y Programas
Dr. JORGE MALASPINA

Departamento de Publicaciones
Subjefe JOSEFINA GIORDANI

COLABORARON:

El Departamento de Normas y Programas

Dr. Jorge MALASPINA

Sr. Bernabé GARCIA MARTIN

Sra. Marta MORALES

Srta. Nélida ROCA

y el Departamento de Publicaciones

Simultáneamente con la implantación de los sistemas de estadísticas de salud, comenzó también la de Historia Clínica Unica.

Los estadísticos que realizaron estas tareas lo hicieron con la finalidad de poder disponer de información para los estudios longitudinales de las patologías. A pesar de ello no se pretendió jamás desvirtuar el sentido de este valiosísimo documento, antes bien se gastaron grandes y reiterados esfuerzos para que la Historia Clínica Unica fuera el documento de carácter médico por excelencia. Como tal debe ser preservado de toda circunstancia que pueda escamotear su verdadera razón de ser.

Solamente funcionando eficientemente como sistema de registro de las notas clínicas, será eficiente para suministrar información veraz con fines estadísticos.

EL MANUAL que se presenta sintetiza más de 10 años de experiencia de la Dirección de Estadística en la difícil tarea de implantar sistemas de Historia Clínica Unica y conducir su manejo. Se recomienda a los profesionales, técnicos y personal auxiliar que recurran a él, cuando necesiten un punto de referencia en la búsqueda de soluciones para los problemas pequeños y grandes del sistema.

DIRECCION DE ESTADISTICA

CONTENIDO

HISTORIA
CLINICA
UNICA

1. Introducción.

2. Objetivo

2.1. Características generales.

3. Composición de la Historia Clínica

3.1. La Historia Clínica para consultorio Externo.

3.2. La Historia Clínica para internación.

3.3. Otros formularios que complementan la Historia Clínica.

4. Quienes participan en la confección de la Historia Clínica.

4.1. Oficina de Estadística.

4.2. Personal médico.

4.3. Personal de enfermería.

5. Flujo de la Historia Clínica según condición del paciente y atención hospitalaria.

5.1. Paciente nuevo.

5.2. Paciente antiguo.

5.3. Flujograma de la Historia Clínica.

6. Instrucciones para el llenado de los formularios.

7. Condiciones para la implantación de un sistema de Historia Clínica Unica.

8. Nómina de formularios de historia clínica.

COMITE DE HISTORIAS CLINICAS

9. Comité de historias clínicas.

9.1. Introducción.

9.2. Funciones.

9.3. Integración del Comité.

9.4. Normas para la confección de historias clínicas.

AUDITORIA MEDICA

10. Conclusiones y recomendaciones de las Primeras Jornadas Nacionales de Auditoría Médica Compartida.

I. INTRODUCCION

Este Manual está dedicado específicamente a determinar las normas que se deben tener en cuenta para el empleo y llenado correcto de los formularios que integran la Historia Clínica Unica y su manejo adecuado, indispensable para que un sistema funcione con eficacia.

A partir del año 1961 se han elaborado instrucciones sobre este tema a través de varios medios de difusión: apuntes, cursos, manuales, conferencias, etc.

Creemos conveniente que exista un Manual que se refiera en forma exclusiva a un elemento de trabajo de tanta importancia como el registro de atenciones médicas.

Las partes que lo integran describen su objetivo: como efectuar el llenado de los rubros, los distintos formularios de la historia y su inclusión de acuerdo a las circunstancias, necesidades y especialidades. Se indicará claramente el procedimiento a seguir desde la iniciación o pedido de la historia hasta su archivo.

Consideramos que es necesario definir el tipo de historia que los hospitales necesitan, la oportunidad y las condiciones en que debe comenzar a funcionar.

Teniendo en cuenta los motivos expuestos, la Dirección ha elaborado este Manual que servirá de guía y consulta para los Departamentos de Estadística que a nivel hospitalario han establecido el sistema de Historia Clínica Unica y para las oficinas que proyecten hacerlo.

OBJETIVO DE LA HISTORIA CLINICA UNICA

Para conocer el objetivo de la historia clínica nada mejor que transcribir la clásica definición de L. Cardenal: es la "relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos tanto anteriores, personales y familiares, como actuales, relativos a un enfermo, que sirve de base para el juicio acabado de la enfermedad actual".

Así entendida, la historia clínica es una herramienta sumamente útil en la práctica de la medicina. Sirve como base para planificar la atención del paciente, provee de un medio de comunicación entre el médico y otros grupos profesionales, documenta la evolución y el tratamiento y, por último es el elemento de juicio que permitirá revisar, estudiar y evaluar la atención médica prestada. Constituye además un registro básico para la investigación médica y para problemas de orden legal.

2.1. Características generales

a) La historia clínica debe ser individual. Se iniciará una sola historia a cada paciente, y ella contendrá todos los datos e informaciones que sirvan para su atención médica.

b) La historia clínica debe ser secreta. Su contenido estará a disposición del médico que la utilizará para cuidar la salud del paciente y efectuar las anotaciones que correspondan. El personal de estadística, enfermería, etc. comparte el sigilo profesional.

c) La calidad de la historia clínica debe permitir cumplir con fines de estadística, investigación y/o docencia.

Las autoridades competentes establecerán la forma, oportunidad y recaudos exigibles para su manejo en los casos citados.

3. COMPOSICION DE LA HISTORIA CLINICA

La Dirección de Estadística ha elaborado distintos formularios para ser utilizados de acuerdo a la necesidad y oportunidad.

El conjunto de todos los formularios no constituye de por sí la "Historia Clínica Completa" sino el muestrario de ellos.

La historia clínica puede ser completa con tres o cuatro formularios si éstos brindan la posibilidad de hacer las anotaciones clínicas requeridas.

Elementales razones de economía, comodidad y espacio aconsejan utilizar solamente los formularios que el tratamiento (ambulatorio o de internación) exijan o los que están destinados según especialidad: obstetricia, pediatría vías respiratorias, etc.

3.1. La historia clínica para consultorio externo

Hasta el año 1967 la historia clínica poseía una carpeta exterior de cartulina color azul que fue reemplazada por una carátula de color blanco aprovechable en las tres primeras páginas, que corresponden a tres formularios que integran la historia clínica para consultorio externo.

a) En su frente el formulario N° 1: Hoja de identificación y diagnósticos clínicos.

b) Al dorso el formulario N° 2: Consultorio Externo.

c) En la contratapa: Formulario de laboratorio (sin número) donde se pegan los análisis.

Pensamos que esta historia clínica es suficiente para las necesidades médicas a nivel de consultorio externo.
Existen además otros formularios que se utilizan para internación o cuando la consulta médica así lo requiera.

3.2. La historia clínica para internación

Los formularios básicos para internación son los siguientes:

Formulario N° 3: Anamnesis y Examen Físico.

Formulario N° 4:1: Enfermería. (3)

Formulario N° 4.2: Evolución. (1)

Formulario N° 4.3: Prescripciones y Ordenes Médicas

El ordenamiento lógico de estos formularios será:

4.2. Evolución.

4.3. Prescripciones y Ordenes Médicas.

4.1. Enfermería.

Además toda historia clínica confeccionada para internación incluye el cuadro clínico.

3.3. Otros formularios que complementan la historia clínica

Existen otros formularios de especialidades tales como: Pediatría, Otorrinolaringología, Ginecología, Obstetricia, Cirugía, Etc. y otros destinados a exámenes complementarios: Radiología, Histopatología, Odontología y de Interconsulta Médica.

Al final de este manual se da una nómina de los formularios en uso.

4. QUIENES PARTICIPAN EN LA CONFECCION DE LA HISTORIA CLINICA

4.1. Oficina de estadística

A la oficina de estadística le compete:

a) Iniciar la historia clínica (identificación)

b) Controlar la numeración correlativa de las historias clínicas.

c) Mantener el índice Alfabético de consultantes para identificar las historias clínicas.

d) Proporcionar oportunamente las historias clínicas cuando se requieran para atender a los consultantes.

e) Controlar la integridad de las historias clínicas cuando éstas vuelven al archivo.

f) Archivar y custodiar las historias clínicas.

g) Facilitar las historias clínicas que los médicos solicitaren para estudio.

h) Proveer a los servicios los formularios necesarios para intercalar en las historias clínicas.

4.2. Personal médico.

Los médicos del establecimiento tienen la responsabilidad en el llenado de las partes de cada formulario que se refiere al aspecto médico.

4.3. Personal de enfermería

El personal de enfermería es responsable del registro de la información que específicamente le compete en cada formulario según las correspondientes inscripciones.

5. FLUJO DE LA HISTORIA CLINICA SEGUN CONDICION DEL PACIENTE Y ATENCION HOSPITALARIA

5.1 Paciente nuevo

Si es la primera vez que el paciente concurre para utilizar los servicios de diagnóstico y/o tratamiento, no tendrá historia clínica. La oficina de inscripción a Consultorio Externo tomará una de las historias confeccionadas y numeradas previamente por la oficina de Archivo Central de Historias Clínicas, y procederá a iniciarla efectuando el llenado de los rubros de identificación. De esta forma la historia comienza el recorrido para ser utilizada por el médico tratante. Para ello debe ser desplazada al consultorio indicado por una de las hojas de ruta que se le adhiere a tal efecto.

Finalizada la consulta, puede suceder que el paciente se retire del establecimiento o sea hospitalizado.

a) <u>El paciente no es hospitalizado</u>

Desde el consultorio la historia debe ser enviada al Archivo Central de Historias Clínicas donde se controla mediante el duplicado de la hoja de ruta. Luego se procede a la revisión cuali-cuantitativa. Si existe la Sección Codificación la historia es utilizada para extraer el diagnóstico. Posteriormente se archiva de acuerdo al método en vigencia.

b) <u>El paciente es hospitalizado.</u>

La historia clínica es enviada desde el consultorio a la Oficina de Admisión y Egresos que cumple con los requisitos que le competen, y a su vez la remite a la unidad de internación que indique el pedido de internación.

Se hará la comunicación correspondiente al Archivo para que coloque en el lugar que ocupaba la historia un "tarjetón" de reemplazo con indicaciones que señalen su lugar de destino.

Se advierte que, <u>en ningún caso,</u> la historia clínica será tomada por el paciente o por sus acompañantes.

Cuando el paciente egresa la historia clínica será devuelta al Archivo Central donde se cumplirán las secuencias previstas en el punto anterior.

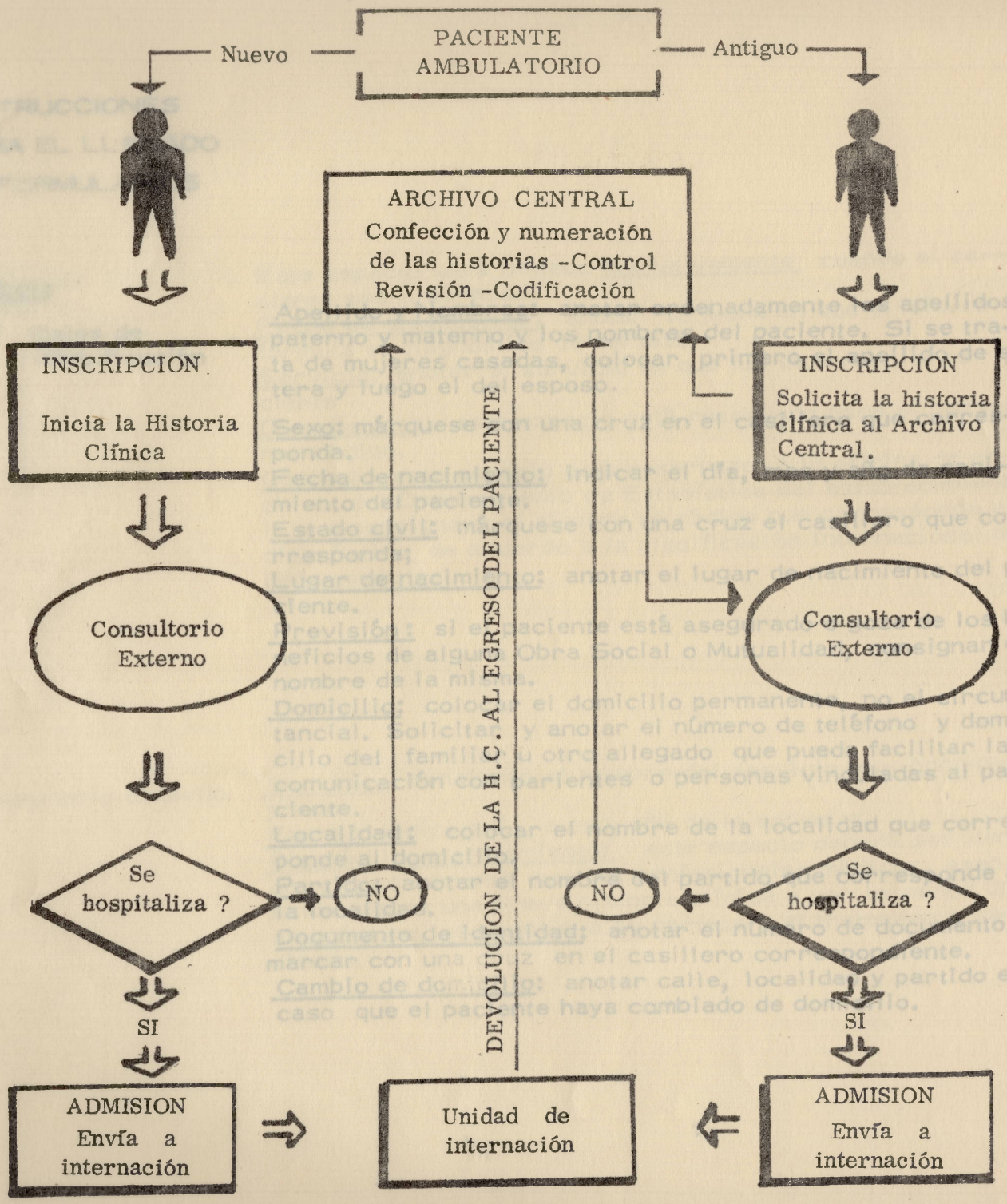
5.2 Paciente antiguo

Si el paciente ya ha concurrido al establecimiento para utilizar sus servicios tendrá historia clínica. La Oficina de Inscripción a Consultorio Externo solicitará al Archivo Central la Historia correspondiente mediante la doble hoja de ruta.

Una de las partes de la hoja de ruta quedará en el Archivo para control y la restante acompañará la historia indicando el consultorio al que es destinada.

Al término de la consulta son posibles las dos alternativas ya descriptas en el punto 5.1.

5.3 FLUJOGRAMA DE LA HISTORIA CLINICA



6. INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE FORMULARIOS

Carátula

6.1 Datos de identificación

Apellido y Nombres: anotar ordenadamente los apellidos paterno y materno y los nombres del paciente. Si se trata de mujeres casadas, colocar primero el apellido de soltera y luego el del esposo.

Sexo: márquese con una cruz en el casillero que corresponda.

Fecha de nacimiento: indicar el día, mes y año de nacimiento del paciente.

Estado civil: márquese con una cruz el casillero que corresponda;

Lugar de nacimiento: anotar el lugar de nacimiento del paciente.

Previsión: si el paciente está asegurado o goza de los beneficios de alguna Obra Social o Mutualidad, consignar el nombre de la misma.

Domicilio: colocar el domicilio permanente, no el circunstancial. Solicitar y anotar el número de teléfono y domicilio del familiar u otro allegado que pueda facilitar la comunicación con parientes o personas vinculadas al paciente.

Localidad: colocar el nombre de la localidad que corresponde al domicilio.

Partido: anotar el nombre del partido que corresponde a la localidad.

Documento de identidad: anotar el número de documento y marcar con una cruz en el casillero correspondiente.

Cambio de domicilio: anotar calle, localidad y partido en caso que el paciente haya cambiado de domicilio.

Diagnóstico de internación

Este espacio será llenado exclusivamente cuando el paciente sea internado.

Fecha de diagnóstico: anotar la fecha en que el médico formula el diagnóstico de certeza.

Servicio: anotar el servicio en que fue internado el paciente

Diagnósticos: este espacio está reservado para el personal médico.

Código: este espacio está reservado a la oficina de archivo del Departamento de Estadística del establecimiento la que consignará el número de código que corresponda al diagnóstico, de acuerdo a la clasificación Internacional de Enfermedades.

6.2. Consultorio Externo

Servicio: consignar el nombre del servicio que corresponda.

Fecha: indicar día, mes y año de la consulta.

Diagnóstico y tratamiento: este espacio deberá ser llenado exclusivamente por los profesionales médicos, asentando desde una breve historia clínica a por lo menos un diagnóstico, presuntivo o de certeza y el tratamiento indicado.

	Informes de Laboratorio	Se pegarán por orden de fecha, comenzando por el renglón Nº 1 al 18.
6.3	Anamnesis y Examen Físico	Esta hoja tiene por objeto proporcionar una relación de los antecedentes del paciente. En ella se indicará el padecimiento principal, el curso de la enfermedad actual, datos clínicos anteriores y antecedentes familiares y sociales. Figurará además uno por sistemas anatómicos y los hallazgos del examen físico serán registrados con claridad. En la segunda línea se registrarán los valores correspondientes a peso, estatura y presión sanguínea. A. <u>Anamnesis:</u> el ordenamiento marginal tiene por objeto servir de guía con el fin de mantener uniformidad en el llenado de las historias clínicas. B. <u>Examen físico:</u> ídem. C. <u>Diagnóstico:</u> al finalizar con la anamnesis y el examen físico es necesario contar con un diagnóstico, aún cuando se trate de un diagnóstico provisional. Al final del informe deberá figurar la firma del médico que examinó al paciente.

6.4 Enfermería

Los informes de enfermería sirven como un medio de comunicación entre la enfermera y el médico.

Las notas de enfermería deberán registrar los tratamientos, cuidados e indicaciones efectuados. En lo que se refiere a notas sobre la evolución clínica del paciente, éstas deberán limitarse a observaciones significativas o a la aparición de síntomas nuevos.

Toda anotación deberá ser firmada, detallando fecha y hora en que se realizó el registro.

6.5 Evolución

Las notas de evolución del paciente están destinadas a presentar un cuadro cronológico del curso clínico del enfermo. El estado del paciente determinará la frecuencia de las notas.

Estas notas comenzarán indicando el estado general del paciente al ingresar en el hospital y terminarán con un resumen o epicrisis en el que se expondrán las condiciones del paciente al ser dado de alta, su evolución clínica en el hospital y las recomendaciones sobre la atención que debe recibir.

Se recomienda seguir el ordenamiento marginal a fin de obtener uniformidad en el llenado de la historia clínica.

6.6 Prescripciones y Ordenes Médicas

Esta hoja está destinada al registro de las prescripciones y órdenes que el médico efectúe.

Se recomienda anotar la fecha y hora en que se efectuaron las notas, debiéndose contar con la firma del médico en cada registro.

6.7 Cuadro Clínico

Gráfico: la escala horizontal representa los días, cada día está dividido en dos partes, según sea de mañana o de tarde.

Las escalas verticales están destinadas a:

T A: sirve en el gráfico para determinar la tensión arterial.

P: numerada en forma decreciente de 160 a 60 sirve en el gráfico para determinar la frecuencia de las pulsaciones.

T: numerada en forma decreciente de 41,0 a 36,0, sirve en el gráfico para determinar la temperatura.

Orina: registrar según criterio del médico.
Heces: ídem.

8. NOMINA DE FORMULARIOS DE HISTORIA CLINICA

CARATULA
- Identificación y diagnóstico.
- Consultorio Externo.
- Informe de laboratorio.

FORMULARIOS
- Anamnesis y examen físico.
- Enfermería.
- Prescripciones y Ordenes Médicas.
- Interconsulta.
- Evolución.
- Hoja de.....
- Hoja de alimentación.
- Informe radiológico.
- Examen histopatológico.
- Cuadro clínico.
- Historia clínica obstétrica.
- Examen obstétrico.
- Parto.
- Ficha del recién nacido.
- Historia clínica del recién nacido.
- Evolución lactantes.

- Cuadro clínico del lactante.
- Ficha odontológica.
- Para documentación fotográfica.
- Otorrinolaringología.
- Alergia tuberculínica;
- Examen broncoscópico.
- Colapsoterapia gaseosa.
- Sondeo cardíaco.
- Examen funcional de pulmón por separado.
- Examen de pulmón conjunto.
- Historia clínica N° 1.
- Historia clínica (lactantes N° 2)
- Historia clínica (lactantes N° 3)
- Historia clínica N° 4.
- Historia clínica N° 5.
- Consultorio externo (pediatría)
- Historia clínica (pediatría)
- Examen físico (pediatría)
- Examen muscular.
- Encuesta psicológica de los padres sobre el niño.
- Encuesta psicológica.
- Antecedentes (recién nacido)
- Síndromes (recién nacido)
- Síndromes - recién nacido (conclusión)
- Historia clínica ginecológica.
- Patología cervical uterina.
- Examen de mama.

9. COMITE DE HISTORIA CLINICA UNICA

9.1. Introducción

El Comité de Historias Clínicas es uno de los comités del cuerpo médico esenciales para el hospital.

Como las historias clínicas reflejan la atención al paciente, el comité evalúa la historia clínica según contenga o no suficiente información escrita para justificar el diagnóstico, el tratamiento y los resultados finales.

9.2. Funciones

De acuerdo con estos principios son funciones del comité:

- Establecer normas para la confección de la historia clínica.
- Recomendar formularios, sistemas y procedimientos para facilitar la obtención de una buena historia clínica.
- Revisar y evaluar las historias clínicas (tanto durante el período de internación como después del egreso) para asegurar que las normas establecidas se estén manteniendo.
- Rechazar las historias clínicas que no cumplan con las normas establecidas y lograr su cumplimiento.
- Evaluar la calidad de las anotaciones en la historia clínica.
- Recomendar a la Dirección y/o Consejo Técnico las medidas a tomarse para los casos en que las historias clínicas no cumplan con las normas establecidas.
- Evaluar, revisar y aprobar todos los formularios de la historia clínica, con el objeto de eliminar duplicaciones innecesarias; asegurar uniformidad de formato y contenido de los formularios y confirmar su necesidad.

9.3. Integración del Comité

El comité deberá estar integrado por lo menos por tres miembros, aunque el número de éstos dependerá del trabajo a realizar.

Es conveniente que cada departamento médico esté representado; además deberá participar de las reuniones un representante del Departamento de Estadística. Se sugiere la designación de los integrantes del comité por el término de dos años, renovándose la mitad cada año.

9.4. Normas para la confección de historias clínicas

Una de las funciones del comité es la de establecer normas para la confección de la historia clínica. Si bien el estadístico puede ayudar al cuerpo médico y al personal directivo en la elaboración de esas normas, no se le puede delegar la responsabilidad de que se cumplan.

El médico tratante es el que primordialmente ha de responder a la buena calidad de la historia clínica. Si bien la anotación de ciertos datos médicos puede encomendarse a los internos y residentes, el médico que atiende al enfermo debe revisar, corregir y aprobar esta información.

Toda anotación en la historia clínica deberá ir firmada por la persona que la efectúa, en forma tal que permita conocer su identidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

DE LAS PRIMERAS JORNADAS NACIONALES

DE AUDITORIA MEDICA COMPARTIDA

El Plenario de las Primeras Jornadas Nacionales de Auditoría Médica, considerando los aportes, conclusiones y recomendaciones de los distintos grupos de trabajo que han actuado sobre el temario propuesto coinciden en las siguientes conclusiones:

1. Que la Auditoría Médica es la evaluación realizada por médicos, de la calidad de la atención médica prestada, sobre la base de los datos suministrados por la documentación clínica.

2. Que su objeto es promover el perfeccionamiento del nivel de la atención médica. Constituye un valioso instrumento para la educación continuada basada en el mecanismo de la autocrítica e integrando a todo el cuerpo médico comprometido en la atención brindada.

3. Que debe diferenciarse la AUDITORIA MEDICA de la fiscalización, control y/o supervisión de las prestaciones, cuya importancia no se desconoce, pero que deben operar en forma independiente de aquella. En consecuencia, en el proceso de AUDITORIA no corresponde la aplicación de sanciones ni ninguna otra medida punitiva.

4. La implantación de la AUDITORIA MEDICA puede cumplirse por etapas, de acuerdo a las situaciones regionales o locales y teniendo en cuenta que las condiciones de los establecimientos donde se brindan los servicios deben ser las siguientes:

   a) Adecuada organización del establecimiento y de su cuerpo médico.

b) Organización del SECTOR ESTADISTICAS Y REGISTROS MEDICOS, como centro de información necesaria, accesible y oportuna.

c) Actitud positiva del cuerpo médico para promover e implantar la AUDITORIA MEDICA, y los instrumentos que la misma requiere.

5. Que la organización de los Comité de AUDITORIA MEDICA en los establecimientos esté de acuerdo con la complejidad e importancia de los mismos, posibilitando la participación de todos los profesionales.

6. Que las principales modalidades de aplicación de la AUDITORIA MEDICA son las siguientes:

a) AUDITORIA INTERNA: la ejercida por un grupo médico en relación con la calidad de las propias prestaciones que realiza.

b) AUDITORIA EXTERNA: la que ejerce un grupo médico ajeno al grupo que realiza las prestaciones, a solicitud de éste y sin su participación.

c) AUDITORIA MIXTA: la que ejerce un grupo médico ajeno, pero con participación del grupo médico solicitante.

d) AUDITORIA COMPARTIDA: la realizada por los sectores vinculados contractualmente, con representación paritaria y a través de sus respectivos cuerpos médicos.

7. Que para ser posible la instalación de la AUDITORIA MEDICA, constituye un requisito fundamental la implantación y utilización de sistemas de registración médica, con aptitud para proveer información adecuada, suficiente y oportuna.

8. Se acepta que la AUDITORIA MEDICA debe utilizar aquellas normas de calidad obtenidas por la investigación y educación médica y que la experiencia colectiva haya demostrado como eficientes. La adecuación de las normas al lugar y oportunidad será realizado por el cuerpo médico prestador de la atención médica.

En base a las conclusiones precedentemente formuladas el Plenario resuelve efectuar las siguientes recomendaciones:

1. Se considera imprescindible la implantación de la HISTORIA CLINICA UNICA, que para enfermos internados, debe registrar como elementos mínimos los de: identificación, anamnesis, examen físico, diagnóstico, pronóstico, exámenes complementarios, tratamientos, interconsultas, evolución, epicrisis, cuadro clínico y hoja de enfermería.

2. Para la atención ambulatoria, la Historia Clínica Unica debe registrar como mínimo, los siguientes datos: fecha de consulta, elementos de identificación del paciente, signos y síntomas positivos, diagnóstico, pedido de laboratorio, radiología y otros exámenes complementarios que se juzguen de real interés, sus resultados y el tratamiento propuesto.

3. Que la HISTORIA CLINICA debe ser UNICA, con archivo centralizado, accesible para todo el cuerpo profesional. Para esos efectos es necesario que los establecimientos dispongan de los recursos humanos y materiales conducentes para tal finalidad.

4. La AUDITORIA MEDICA debe ser implantada en todo establecimiento donde se brinda atención médica en las condiciones señaladas en las CONCLUSIONES precedentemente formuladas.

5. La AUDITORIA INTERNA es la más aconsejable en cuanto contempla en mayor grado los fines de educación y autocrítica médica perseguidos.

6. En los casos en que exista vinculación contractual entre entidades médico-gremiales con Obras Sociales, Mutualidades, Seguro de Atención Médica o similares, puede implantarse el sistema de AUDITORIA MEDICA COMPARTIDA.

7. Para facilitar los mecanismos de recolección y elaboración de la información básica y la documentación médica que se vinculan con la relación médico-paciente se recomienda la simplificación y unificación de los formularios de las distintas entidades prestatarias de servicios.

8. A los efectos de promover y mejorar la AUDITORIA MEDICA se recomienda a las autoridades sanitarias, Colegio de Médicos, Entidades Gremiales Médicas, Escuela de Salud Pública y Facultades de Medicina la organización de cursos sobre la materia.

Se terminó de imprimir en el Departamento de Publicaciones de la Dirección de Estadística del Ministerio de Bienestar Social

Se terminó de imprimir el 20-V-71 en el Departamento de Publicaciones de la Dirección de Estadística del Ministerio de Bienestar Social