

## Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica\*

JOSÉ PISCOYA

*Diplomatura de Auditoría Médica, Facultad de Medicina, UNMSM*

### RESUMEN

Aunque inherentes al quehacer médico, los procedimientos de mejoramiento de la calidad de atención al paciente han logrado un desarrollo significativo en la última centuria, constituyéndose en piedra angular de un adecuado diagnóstico y tratamiento lo que ha dado lugar a la institucionalización de la Auditoría Médica como una especialidad dentro de la práctica médica. El estudio sistemático del proceso de atención médica basado en la historia clínica, su análisis contrastado con guías de diagnóstico y tratamiento, puntualizando el desarrollo histórico y la opción de despliegue en el ámbito nacional, se ven posibilitados con la información presentada en la revisión.

*Palabras claves: Auditoría Médica; Atención de la Salud; Calidad de la Atención de Salud; Controles Formales de la Sociedad; Educación Médica Continua.*

### HEALTH CARE QUALITY THROUGH MEDICAL AUDIT SUMMARY

Although inherent in medical task, in last century the patient care quality improvement procedures have achieved a significant development, becoming in cornerstone of an adequate diagnosis and treatment, which gave place to institutionalization of Medical Audit as a speciality within medical practice. Information presented in this review allows clinical history-based sytematic study of medical care process, its diagnosis and treatment guides-contrasted analysis detailinig the historical development, and the choice of unfolding at national context.

*Key words: Medical Audit; Health Care; Quality of Health Care; Social Control, formal; Education, medical, continuing.*

---

\* Este es un trabajo colectivo desarrollado durante la última década, en el cual han desempeñado un papel protagónico los médicos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud con su decidida participación, y el Cuerpo Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con su perseverancia en la afirmación de esta disciplina, constituida a nivel mundial como eje de la garantía de calidad en la atención al paciente (1,2).

### INTRODUCCIÓN

Asistimos en el momento actual a una vorágine de información médica, a la cual acceden los usuarios del

acto médico, esto sumado a la posibilidad de obtener la información utilizada durante su atención transforma la cotidiana labor desarrollada por los médicos en una función que exige una calidad suprema. Este trabajo solo será posible en la medida en que se cumplan los objetivos de calidad de atención preconizados por la autoridad de Salud para lo cual la auditoría médica lejos de ser un instrumento punitivo recupera sus características de instrumento educativo, correctivo, continuo y de optimización médica.

---

Correspondencia:

Dr. José L. Piscoya Arbañil  
Barbieri 182, Lima 41 - Perú  
E-mail: jpiscoya@hotmail.com

La necesidad imperiosa de enfrentar en nuestro país el incremento de la cobertura con recursos limitados y los costos elevados de la atención hace necesaria la búsqueda de herramientas de gestión que permitan la satisfacción del usuario, adecuando el modelo industrial en el sector salud donde la calidad de la prestación se mide mediante la diferencia que hay entre las expectativas del paciente (o el servicio esperado) y el servicio recibido (3).

Ante la velocidad de los cambios derivados de la globalización, la revolución de la información y la competencia, los cuales no operan aisladamente sino que están ligados a los cambios demográficos, desarrollo de la tecnología (nuevos fármacos, anestésicos seguros, tecnología molecular, terapia con genes) y sistemas de información al alcance de todos y sobretodo incrementando la demanda y expectativas de los usuarios (4), los métodos de evaluación de la calidad son fuente de permanente retroalimentación del sistema.

La Auditoría Médica (AM) con su referente clásico, el hospital de alta complejidad y su combinación de máquinas, herramientas, métodos, materiales y hombres en la búsqueda de ofertar una atención efectiva, eficiente, adecuada y con calidad técnico - científica en un marco de equidad, traduce la multidimensionalidad y relatividad del concepto de calidad desde el punto de vista práctico, lo que obviamente no puede reducirse a una ecuación matemática.

Este proceso asociado inicialmente al término industrial de control de calidad, ha sido sustituido en la literatura médica por el término aseguramiento o garantía de calidad (Quality Assurance); en la búsqueda de eliminar la connotación negativa de la palabra control, sin embargo Donabedian -clásico en la literatura de calidad médica- prefiere el término más realista de mantenimiento de la calidad; sin embargo los márgenes entre mejora de la calidad (Quality Improvement) e innovación, pueden suplirse con la propuesta de Jurán, de mejora continua de la calidad (5).

El auge de la economía de la salud y la aplicación constante de criterios económicos, requiere una precisión terminológica de eficacia, efectividad, eficiencia y equidad que correlacionan diferentes magnitudes. La eficacia supone hacer las cosas, correlacionando la capacidad de una medida sanitaria con el logro de determinado efecto; siendo la efectividad la relación entre los objetivos previstos y los alcanzados. La eficiencia

se adscribe al cumplimiento de los objetivos minimizando el empleo de recursos. La equidad se enmarca en la justicia social y busca con estándares mínimos lograr igualdad de oportunidades.

## **EVOLUCIÓN DE LA AUDITORÍA EN LA PRÁCTICA MÉDICA**

Las múltiples estrategias educacionales han confluído en el abordaje de la enseñanza por la metodología de la identificación de problemas y desarrollando notablemente en las últimas tres décadas la medicina basada en la evidencia (MBE) que se ubica como un instrumento imprescindible para la gestión clínica, destacando la orientación original de Archie Cochrane, conformando un escenario cambiante que no debemos perder de vista al evaluar la calidad de la atención (6).

### **Evolución de la Auditoría en la Práctica Médica**

1. Implementación de estrategias.
2. Retroalimentación.
3. Estrategia educacional.
4. Cambio organizacional.
5. Combinación de estrategias.

En el contexto de una atención de calidad cuyo eje es la Auditoría Médica, se requiere revalorar el concepto de organización que fundamentalmente implica la división del trabajo en distintas tareas y la coordinación de las mismas; para ello se propone un esquema secuencial:

- 1º Delimitar las acciones precisas para alcanzar los objetivos.
- 2º Agrupar dichas actividades en una estructura lógica.
- 3º Asignar las tareas y definir los puestos de trabajo, el cambio organizacional en el tema que nos convoca ha derivado en la incorporación en los hospitales de una comisión central de garantía de calidad y la asistencia tecnológica; este modelo que tiene múltiples variantes asegura la calidad de atención basada fundamentalmente en la auditoría médica (7).

En este rubro se inscribe, una combinación de estrategias ha sido planteada por la OMS en 1995 para reformar la enseñanza y el ejercicio de la medicina, reforma que responde a la necesidad de mejorar la idoneidad, calidad, eficiencia de la prestación de la atención sanitaria (8).

**FORO NACIONAL DE LA CALIDAD**

El Foro Nacional de la Calidad surge ante la paradoja del cuidado de la salud en Estados Unidos, por un lado tenemos la rápida diseminación del nuevo conocimiento biomédico, la disponibilidad de tecnología avanzada a través de sofisticados tratamientos, y por otro serios problemas de sobre y sub utilización del cuidado de la salud con impredecible aceptación financiera, la prevalencia de errores relacionados al cuidado médico es inobjetablemente alta. El Foro Nacional de la Calidad (título simplificado de la denominación original) es una propuesta de la Comisión Americana de protección al consumidor y calidad en la industria del cuidado de la salud.

estandarizar las medidas de los procesos reportados en una base de datos disponible para todos los interesados. Esto derivará en la promoción a los usuarios de escoger competitivamente las medidas de calidad. Un cuarto objetivo es la asignación al sistema del cuidado de la salud de la capacidad de evaluación y reporte y por último incrementar la demanda por los datos de la calidad en el cuidado de la salud.

En este importante foro están representados tanto los usuarios como los proveedores y su estructura se orienta fundamentalmente a satisfacer las expectativas de los consumidores (9).

**HITOS HISTÓRICOS EN EL MUNDO**

La auditoría médica está íntimamente ligada a la calidad del cuidado médico y esto no es novedad pues los códigos de la práctica de la medicina datan de miles de años y son muy bien conocidos. Reseñamos sintéticamente lo sucedido en el mundo como en el Perú.

<p><b>Foro Nacional de la Calidad (NFQ*)</b></p> <hr/> <p><b>Objetivos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar metas nacionales para mejoras de la calidad en salud.</li> <li>2. Estandarizar medidas de recolección de datos.</li> <li>3. Promover en los usuarios el uso de medidas de la calidad.</li> <li>4. Asignar al sistema de cuidado de la salud capacidad de evaluación y reporte.</li> <li>5. Incrementar demanda por los datos de calidad en cuidado de la salud.</li> </ol> <p><small>* National Quality Forum - 1999 (National Forum on Health Care Quality Measurement and Reporting)</small></p>
--

<p><b>Desarrollo de la Auditoría I Hitos históricos en el Mundo</b></p> <hr/> <p>1750 a. de JC. : Código de Hammurabi.                      460 a. de JC. : Colección Hipocrática.                      1854 Inglaterra : Florence Nightingale: Auditoría en Crimea.                      1910 EEUU : Abraham Flexner: Eval. Esc. Med.                      1951 EEUU : Programa de Auditoría Médica (Slee).                      1989 Inglaterra : “Trabajando para los pacientes”.</p>
--

La misión del Foro es mejorar el cuidado de la salud, aportando mecanismos que provean indicadores de desarrollo de calidad que sean suficientemente claros para impactar masivamente; en ese sentido se han identificado 05 objetivos precisos. El primero consiste en desarrollar una estrategia nacional para medir y reportar calidad que sea concordante con las metas nacionales en USA para la mejora de la calidad. Ello pasa por

La primera referencia - en el mundo - la encontramos en el código de Leyes que encargó a recopilar Hammurabi en 1750 A. de JC. y que aparece escrito en babilonio antiguo e inscrito en una estela de diorita de unos tres metros de altura; en la parte superior de la misma se nos muestra en relieve a Hammurabi de pie recibiendo las leyes del Dios Samash sentado, que descubierta en Irán se halla actualmente en el Louvre de París. Acepta la pena del Talión (“Ojo por ojo y diente por diente”) y castiga severamente la negligencia (10).

Es por todos conocido el Juramento Hipocrático (data de 460 A. de J.C.), que forma parte de la colección Hipocrática junto con los aforismos, este señala explícitamente en uno de sus párrafos que "... no practicaré la talla vesical quien no sabe hacerla" aludiendo puntualmente a un tema de calidad que a pesar del transcurrir del tiempo no es conceptualizado en toda su dimensión.

En el siglo XIX nos sorprende una lección de calidad en la atención médica, ésta se da en una península en el Mar Negro, durante la Guerra en Crimea en 1854 cuando Inglaterra y Francia invaden la península sobre la costa norte para ayudar a Turquía en su guerra contra Rusia; después del éxito inicial en la Batalla de Alma River, sobrevino una mortalidad impresionante en los hospitales Británicos. En Enero de 1855 hubieron 3168 fallecimientos: 83 por heridas, 2761 por enfermedades infecciosas y 300 por otras causas; por ello el parlamento Británico encargó a la enfermera Florence Nightingale que fuera a los hospitales de Scutari cerca de Constantinopla. El relato de ella sobre el Hospital Barrack es pavoroso, estaba inundado con aguas de albañal y no había provisión de agua potable, infiriéndose las condiciones de ese centro. Hecho el diagnóstico propuso soluciones a corto plazo. El ejemplo de Scutari es remarcable por dos razones: La primera porque es el reporte pionero sobre calidad del cuidado médico y soluciones viables y el segundo porque en Scutari en los seis meses siguientes bajó la mortalidad de 40% de soldados admitidos a los hospitales a 2%. Aunque estas evidencias puedan parecer remotas, ilustran algunos de los rasgos básicos de la auditoría médica <sup>(11)</sup>.

En 1914 Edward Godman (Boston - E.U.) inicia esfuerzos para ordenar estrategias hospitalarias que permitan decidir si el tratamiento fue exitoso o no, con la finalidad de prevenir errores. En 1918 el Colegio Americano de Cirujanos (ACS - E.U.) define los principios de la estructuración orgánica hospitalaria, y los criterios mínimos de acreditación por AM. En 1927 Gustav Ward: investiga la Mortalidad e Infección post operatoria de cada cirujano y publica su experiencia de 8 años en Hospitales para mujeres de Nueva York comparando tasas. Fue un método aparentemente efectivo. En 1929 Tomás Ponton (ACS - E.U.), publicó en el boletín del American College of Surgeons: AM en base a métodos de contabilidad financiera, que fue rechazada porque la codificación buena, regular o mala no podía aplicarse a paciente no quirúrgicos. En 1950 la Universidad de Michigan (USA) procesa "estudio pi-

loto" en 15 Hospitales, luego de dos años de su aplicación por el cuerpo médico, se institucionaliza. En 1955 Virgil N. Slee, difunde el procedimiento como un recurso de la Educación Médica Continua, para aminorar la morbilidad. En 1963, se aplica AM en 281 Hospitales en 41 Estado de USA, ampliando notablemente la cobertura inicial de los 15 establecimientos de 1950, se consideran hospitales hasta de 975 camas. En 1980 se generaliza la experiencia precedente a todos los hospitales modernos, en base a métodos simples que se estandarizan con los resultados satisfactorios.

La revolución de la enseñanza en la medicina a inicios del siglo XX deviene igualmente de una valoración de la calidad de la atención, Abraham Flexner en 1910 en un reporte para la Fundación Carnegie textualmente dice que observó "hospitales miserables, trampas mortales sin equipos suficientes para hacer un examen clínico ordinario" esto dio lugar a que el Colegio Americano de cirujanos estableciera estándares mínimos para la profesión y la enseñanza médica fuera sólo patrimonio de las Universidades. En 1972 se sanciona en EEUU la ley que implanta la organización para la revisión de estándares profesionales (PSRO: Professional Standard Review Organization <sup>(12)</sup>).

En Gran Bretaña en 1967 el reporte Cogwheel sobre mortalidad materna y el servicio de consejería hospitalaria en 1969 (HAS: Hospital Advisory Service) fueron los primeros esfuerzos de implementar la auditoría, sin embargo el documento "Trabajando para los pacientes" marcó un hito en el desarrollo de la Auditoría Médica <sup>(13)</sup>.

## VISIÓN HISTÓRICA EN EL PERÚ

En el Perú se documenta auditoría del 5% de historias clínicas entre 1968 y 1971, en este mismo año auditoría médica sobre casos denunciados en el Hospital General Base de Abancay del Área Hospitalaria Nº 6 de la zona de salud nor oriental y en el año de 1979 en el Hospital Nacional Manuel Núñez Butrón de Puno; todo ello está compendiado en el libro de resúmenes del Seminario Taller sobre Auditoría Médica desarrollado por el Colegio Médico del Perú y la Escuela Nacional de Salud Pública en Agosto de 1979. Entre las conclusiones destaca la falta de material estándar para escribir la historia clínica, el funcionamiento inadecuado de los Comités de Historias Clínicas y Auditoría Médica, la aprobación de un formato de una historia clínica pre-

sentado por el Colegio Médico, propone organizar Comités de Historias Clínicas y Auditoría Médica, encarga al Consejo Nacional del Colegio Médico evaluar los progresos del funcionamiento de estos comités (14).

### **Desarrollo de la Auditoría II Hitos históricos en el Perú**

1968 - 1971	: Hospital General de Tacna.
1971	: Hospital General Base de Abancay.
1971	: Hospital "Manuel Núñez Butrón" (Puno).
1979	: Seminario Taller "Auditoría Médica" CMP.
1987	: Carol Lewis en Hospital Almenara.
1991 - 1999	: José Piscocoya en Hospital Almenara-EsSalud.
1999	: UNMSM - Diplomado en Auditoría Médica.

En 1987 (del 16 de Setiembre al 14 de Octubre) se tiene la primera referencia de propuesta de inicio de Auditoría Médica en el Hospital Almenara del Seguro Social del Perú a cargo de Carol Lewis con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, quién concluyó con una adecuación del archivo de Historias Clínicas, sin iniciar el procedimiento de Auditoría; además asesora al Hospital María Auxiliadora del Ministerio de Salud sobre registros, al San Bartolomé sobre la historia clínica perinatal simplificada, culmina su trabajo con un ciclo de charlas en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (15). Con este antecedente José Piscocoya conjuntamente con el Directorio del Hospital Almenara de EsSalud y la Junta Directiva del Cuerpo Médico establecen las bases de un Servicio de Auditoría Médica el cual funciona ininterrumpidamente desde esa fecha y es el referente obligado a nivel nacional con sus doce publicaciones sobre temas de la especialidad. La Dirección General del Hospital puso en vigencia el modelo único de Historia Clínica y acto seguido se creó la Oficina de Auditoría Médica, con dependencia directa de la misma Dirección General; esta Oficina posee un Jefe y un Comité integrado por los Jefes de los Departamentos Médico, Quirúrgico y de Ayuda al Diagnóstico. El trabajo de Auditoría se pautó de acuerdo con la segmentación propuesta por Feld (16) que reconoce tres aspectos: Inspectoría, Auditoría Médica propiamente tal y Fiscalización o análisis de costos. La Auditoría no compromete tareas de investigación poli-

ciaca de los resultados auditados como erradamente lo pretende la Inspectoría General de nuestra Institución.

Para efectos de una calificación objetiva se adaptó un primer modelo o plantilla (1) que posteriormente se adecúa a la propuesta de Barkin (17), por ser más práctica, esta plantilla modificada se puso en práctica en el año 1991 en el Hospital Almenara, con estos instrumentos se trabajó los primeros doce meses. Luego del período inicial de difusión del procedimiento y la aplicación de su método, la experiencia ganada hizo posible proponer una nueva ficha de calificación simplificada que se utiliza en el momento actual gracias a que contó con la aprobación unánime del Comité de Auditoría Médica (AM), que ha permitido superar las dificultades de las anteriores fichas y procesar una evaluación más objetiva del procedimiento.

El marco de referencia para planificar nuestra estrategia fue la conceptualización de AM planteada por la Publicación de Servicios de Salud Ingleses que la definen como "Análisis crítico y sistemático de la calidad del acto médico incluyendo métodos de diagnóstico y tratamiento, utilizando recursos que den mejor calidad de vida a los pacientes", sin embargo definir qué es atención médica de buena calidad y su adecuada mensuración, es un reto para los investigadores de este campo, que aún no logran consenso (18-20).

Conscientes de las limitaciones acotadas diseñamos la siguiente estrategia:

1. **Objetivos:** Mejorar la calidad de atención médica como soporte para elevar el nivel asistencial y académico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
2. **Políticas:** Adecuar líneas de trabajo con participación activa con los Directores, los Jefes de Departamento y Servicio y la Directiva del Cuerpo Médico.
3. **Organización:** Comités de AM para auditar Historias Clínicas seleccionadas, mayoritariamente de fallecidos, pero también de la Consulta Externa y Emergencias y estancias prolongadas.
4. **Fuentes:** El archivo de Historias Clínicas, y la participación directa de los servicios de ayuda diagnóstica.
5. **Desarrollo:** En servicios de Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia desde Octubre de 1991.

El año 1999 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con un grupo de

profesores capacitados en el área inicia el Diplomado de Auditoría Médica <sup>(21,22)</sup>, que actualmente está en su Tercera Promoción, confirmando el efecto multiplicador de esta metodología tanto en el ámbito público como en el privado a nivel nacional.

### VISIÓN DE LA AUDITORÍA

La velocidad del desarrollo de la Auditoría Médica ha creado expectativa tanto en los métodos como en la tecnología utilizada. Una buena definición sería describir “una cosa por sus propiedades”, la definición convencional presentada en la publicación “Trabajando para los pacientes” muy repetida es simplemente inútil “Análisis crítico y sistemático de la calidad del cuidado médico, incluyendo procedimientos usados para diagnóstico y tratamiento y su influencia en la calidad de vida de los pacientes”, pues no identifica los propósitos de la auditoría, ni sugiere como llevar a cabo los estudios, el término sistemático también supone que sea continuo y que todos los aspectos deben ser monitorizados, siendo que esto es sumamente costoso y a menudo no cumple expectativas. La definición por el método propuesta por Slee “Evaluación de calidad del cuidado médico como se refleja en las historias clínicas” es una definición metodológica, obvia por ejemplo presentación de casos, estudios ad hoc, auditoría basada en evidencias. En cuanto a la definición de Heath “Regulación y mantenimiento de los más altos estándares posibles apropiados a cada situación” es una aproximación a la revisión por pares, ha sido mejorada por Dixon es una propuesta de identificación de oportunidades de mejora y proveyendo un mecanismo para su realización.

#### Visión de la Auditoría

“Análisis crítico y sistemático de la calidad del cuidado médico, incluyendo procedimientos usados para diagnóstico y tratamiento y su influencia en la calidad de vida de los pacientes” (1989, “Working for patients” U.K.).

“Evaluación de calidad del cuidado médico como se refleja en las historias clínicas” (1967, Virgil N. Slee).

“Regulación y mantenimiento de los más altos estándares posibles apropiados a cada situación”. (1986, Heath D. H.)

Esta definición es más comprensible, introduce la idea de medir también como propósito del método pero no dice qué aspectos del cuidado médico deben ser auditados ni como implementar estas mejoras.

Crombie <sup>(23)</sup> antepone el propósito en su definición “Auditoría es el proceso crítico del cuidado de la salud, identificando deficiencias para proponer soluciones” que es el marco de referencia que utilizamos regularmente.

### AUDITORÍA MÉDICA: PROCESO DE IMPLANTACIÓN

Tema polémico por los intereses y aspiraciones del Cuerpo Médico en función a una cultura organizacional tradicional que tiene como meta del logro profesional, acceder a conducir un hospital aún cuando la función especializada en una de las ramas de la medicina se encuentre muy distante del ejercicio administrativo; lo cual viene siendo remontado con las Maestrías Universitarias en Gerencia de Servicios de Salud que nos equiparán a realidades concretas de varias décadas en otras latitudes. En este entorno, un análisis crítico de los directorios (planteado por la National Association of Corporate Directors) se puede sumarizar en cuatro temas centrales: 1. Qué deben hacer los directorios (responsabilidades), 2. Cómo deben cumplir con sus responsabilidades (procesos), 3. Quiénes deben integrar el directorio (selección), 4. Cómo se debe juzgar a sí mismo y a sus integrantes (evaluación).

#### Auditoría Médica: Proceso de Implantación

- Estructura y poder en el hospital.
- Organización de un servicio en 1991.
- Motivación para la implantación:  
Perspectivas personales

La teoría organizacional es válida para cualquier hospital, dependiendo muchas veces de las políticas según la configuración del poder. La estructura vigente es del tipo jerárquica con un vértice de alta dirección y

un grupo subordinado con diferentes niveles. Sin embargo la tendencia actual es una estructura matricial siendo sus características más importantes el doble flujo de autoridad y su carácter temporal, que en los hospitales adquiere el carácter de estructura matricial permanente. Debiendo ser el jefe del servicio quien tiene autoridad sobre todas las personas que trabajan en la unidad, independientemente de la función o la línea jerárquica a la que pertenezcan.

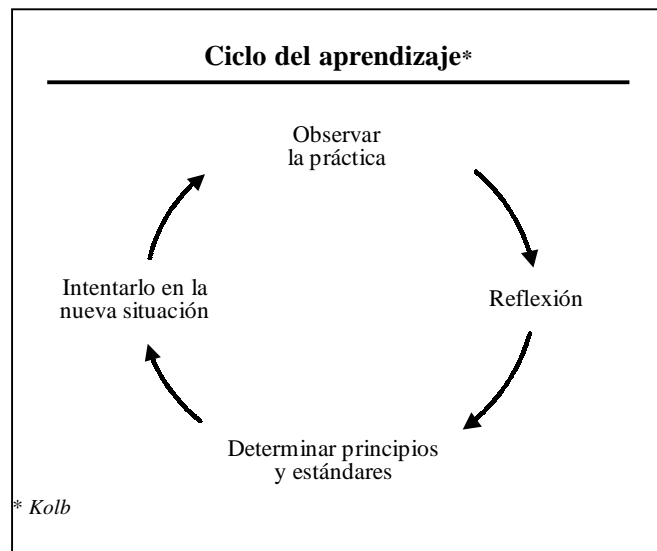
En Octubre de 1991 <sup>(1)</sup> se funda en el Hospital Almenara del Instituto Peruano de Seguridad Social del Perú (hoy EsSALUD) el servicio de Auditoría Médica, esta experiencia involucró inicialmente al Directorio del Hospital Almenara conducido por el Dr. Alejandro Bazán Gonzales y al Cuerpo Médico presidido por el Dr. Raúl Salazar Castro, recibiendo el permanente apoyo de quienes les sucedieron en los cargos; pero fundamentalmente su desarrollo y fortalecimiento, responde a la participación comprometida de todos los médicos del Hospital, a quienes reitero el reconocimiento personal, institucional e interpretando el sentir de los pacientes - principales beneficiarios del método - su agradecimiento imperecedero.

La auditoría en la última década ha pasado a ser parte de la vida de los profesionales de la salud, la rapidez de su desarrollo ha creado confusión acerca de como puede ser instaurada y por sobretodo como puede otorgársele sostenibilidad. El Primer Congreso de Calidad en Salud <sup>(24)</sup> y el Segundo Curso Internacional se orientaron en esa dirección, abordando problemas reales y ofreciendo soluciones prácticas. En ese marco la Auditoría Médica o la Auditoría Clínica (esta última involucrando a todos los profesionales de la salud) cobran especial relevancia, cuando enfrentamos una cultura con mínima autocrítica a pesar de las precisiones explícitas que hace la Ley General de Salud 26842 <sup>(25)</sup>.

### EL CICLO DE LA AUDITORÍA

La fortaleza educativa de la auditoría se basa en el trabajo en pequeños grupos capaz de modificar actitudes mediante la revisión crítica de la práctica, la formulación o contraste con los estándares, la revisión bibliográfica permanente y actualizada, la puesta al día en técnicas diagnósticas y terapéuticas. Así mismo la autoevaluación, esto es el juicio del rendimiento de uno mismo, se posibilita por la auditoría y ayuda a hacer la enseñanza más explícita. Todo lo anteriormente seña-

lado ha sido resumido por Kolb en el denominado ciclo del aprendizaje que tiene una retroalimentación que indudablemente mejora el rendimiento profesional <sup>(26)</sup>.



Batstone intenta unir el ciclo del aprendizaje con el ciclo operacional y plantea un modelo que se ve en la diapositiva sin que ninguno de ellos se altere sustancialmente; el ciclo del aprendizaje es más un fenómeno individual y el ciclo operacional implica participación en las actividades de todo un equipo. Otra resultante de la propuesta es la capacidad de la auditoría para actuar como gestora del cambio ya que no sólo detecta las áreas susceptibles de mejora, sino que facilita la elección del camino a seguir para lograr dicho cambio <sup>(27-32)</sup>.

Sobre este aspecto existen múltiples estudios sobre los efectos de la retroalimentación de la auditoría en la práctica médica contrastando la intervención planteada, el diseño y los efectos de ésta, un trabajo pionero en el Perú es el de Luis Miguel López y Nancy Mendoza con el análisis crítico de la auditoría en los centros hospitalarios de la Gerencia Departamental Lima del Seguro Social de Salud (EsSalud).

### ESTÁNDARES: APLICACIÓN EN AUDITORÍA MÉDICA

El método científico demanda que los términos utilizados sean claramente definidos. En el lenguaje real la

palabra mercurial se asocia con un dios, un planeta, un metal y un medicamento. En el lenguaje de la química el símbolo Hg identifica una cosa y solo una cosa, describe un elemento metálico blanco plata con un número y masa atómica específica. Esta palabra es estándar: Para el propósito de la auditoría el estándar se define como: el referente que los auditores tienen para comparar<sup>(33)</sup>. La definición relievra la característica de “modelo, patrón de medida, valor tipo o regla de determinada actividad”: los estándares son promedios de los valores observados en la evaluación, muestran el grado de cumplimiento de un criterio, señalando el límite entre lo aceptable y lo inaceptable, en general se trata del cumplimiento de las normas mínimas establecidas.

<b>Estándares de Buena Asistencia*</b>	
Suficiencia (s)	$= \frac{\text{Criterios establecidos que se cumplen}}{\text{Todos los criterios que están establecidos}} \times 100$
Eficiencia (e)	$= \frac{\text{Criterios establecidos que se cumplen}}{\text{Todos los criterios que están registrados}} \times 100$
Competencia	$= \frac{(S \times E / 100) + S}{2}$
* Vuori	

#### **A: Estándares para medios materiales:**

La evaluación de la estructura requiere precisiones que por razones obvias no pueden abordarse en toda su extensión, señalo a manera de referencia la red de efectores, la población a cubrir, la normalización en el señalamiento, la orientación al paciente, la intercomunicación, la superficie por cama, las dimensiones de las puertas, el tipo y número de servicios higiénicos, etc.

#### **B : Estándares para recursos humanos:**

Siendo necesario establecer los consumos de tiempo profesional y de enfermería a cada uno de los servicios prestados existen propuestas de rendimiento horario profesional para la mayor parte de actividades médicas y de enfermería así como para los administrativos y los de servicios generales<sup>(34)</sup>.

#### **C : Estándares para medios organizativos:**

Este es un aspecto de la estructura que encierra criterios más conceptuales que puntuales, sin embargo podemos señalar como patrones de la calidad organizativa la capacitación del recurso humano, si el organigrama es tradicional o matricial y si es conocido por los trabajadores, si se cuenta con un manual de calidad entre otros.

### **MODELOS DE AUDITORÍA**

Existiendo múltiples modelos de auditoría, desde el primer momento se ha realizado la diferenciación con la fiscalización, tarea fácil en el Seguro Social por existir estructuras definidas para este aspecto, pero que sin embargo puede superponerse en otras entidades de salud públicas o privadas. Igualmente hemos propiciado con particular insistencia la realización de auditorías internas, que responden a la definición de ser realizadas por quienes practican el acto médico, por su natural efecto retroalimentador, estas auditorías también son llamadas de primera parte en el lenguaje de las normas ISO. Las auditorías de segunda parte o auditorías externas son realizadas por una organización a sus proveedores o sub - contratistas y la auditoría externa propiamente dicha o de tercera parte debe ser realizada por una organización acreditada en el tema de la calidad de la atención médica.

<b>Modalidades de Auditoría</b>	
A)	Primera, Segunda, Tercera Parte
B)	Interna, Externa.
C)	Médica, de Salud.
D)	Prospectiva, Retrospectiva.

Otro abordaje sistemático en la auditoría médica es el que tiene como modelo la propuesta del profesor Donabedian quien segmenta la atención médica en los componentes estructura, proceso y resultado. El avance mayor de la implementación del método en el país ha sido sobre el resultado, esto es sobre el acto médico; habiendo tenido episódico tratamiento el enfoque

del proceso y un notable impulso - ahora disminuído - significó el proceso de Acreditación Hospitalaria que toma puntualmente el aspecto de la estructura y con el cual todos debemos estar comprometidos, en la seguridad que su cumplimiento se reflejará en una mejora de la atención médica.

Inherente a la práctica hospitalaria es la docencia en Servicio que en el momento actual enfrenta una crisis inimaginable hace una década, pues el país ha tenido un crecimiento explosivo de facultades de medicina que utilizan la misma red hospitalaria sobrecargando innecesariamente a los pacientes por una falta de planificación. Este tema está en la prioridad de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina - ASPEFAM. Inmerso también en la temática docente - asistencial está la investigación en los hospitales que amerita una aproximación específica de comités ad hoc que preserven la seguridad del paciente en los ensayos clínicos y velen por el cumplimiento de las normas éticas de aceptación universal <sup>(35)</sup>.

### HISTORIA CLÍNICA Y GARANTÍA DE CALIDAD

El eje de la auditoría médica es una historia clínica adecuadamente confeccionada, punto de controversia permanente a nivel mundial, todos coinciden en la referencia a Hipócrates como el responsable de su incorporación a la práctica médica pues el insistió con sus aforismos en la eliminación de todo elemento divino o sobrenatural como causa de las enfermedades y señaló a la observación y la experiencia como metodología primordial.

**Historia Clínica y Garantía de Calidad**

---

Formato estándar.  
Secuencia propuesta.  
Orientada a problemas.  
En el marco de ley.

La historia clínica es la constancia escrita de todos los exámenes médicos y estudios realizados como así mismo de todo lo efectuado en el transcurso de la en-

fermedad y de los tratamientos llevados a cabo. Otra definición es el documento en el que se registra la totalidad del acto médico realizado, siendo imprescindible para elaborar el diagnóstico y elegir una terapéutica, por lo que resulta necesario un ordenamiento estándar.

Las secciones o partes incluyen: filiación, enfermedad actual, antecedentes, examen clínico, diagnóstico, plan de tratamiento, evoluciones de enfermería, exámenes auxiliares, evoluciones médicas, terapéutica y epicrisis. Eventualmente pueden haber hojas de anotaciones de personal no médico y/o administrativo <sup>(36)</sup>.

Este ordenamiento puede tener variantes y/o agregados pero debe ser un modelo único, tarea que es competencia del Ministerio de Salud, ente rector en el país y enmarcado en la problemática derivada de la aplicación de la Ley General de Salud.

### IMPLEMENTANDO EL CAMBIO CON ISO 9000

Siendo el sistema de calidad guiado por normas internacionales estandarizadas por una organización de aceptación universal denominada ISO por sus siglas en inglés, también el Hospital Almenara es pionero en la adecuación de la metodología de auditorías de aseguramiento de la calidad aplicadas a la medicina y en ese sentido se ha diseñado un programa que adecuando a la norma ISO 10011 sigue todos los pasos de ella. Iniciando con una reunión de apertura donde se precisa el objetivo y alcance de la auditoría, se explica el método y se plantea el horario en que se realizará. Se precisa un listado de hallazgos que posteriormente se traducen en no conformidades, las que dan lugar a solicitudes de acción correctora que se hacen diferenciando en mayo-

**Implementando el cambio con ISO 9000**  
**(NTP - ISO 10011 - 1, 1993)**

---

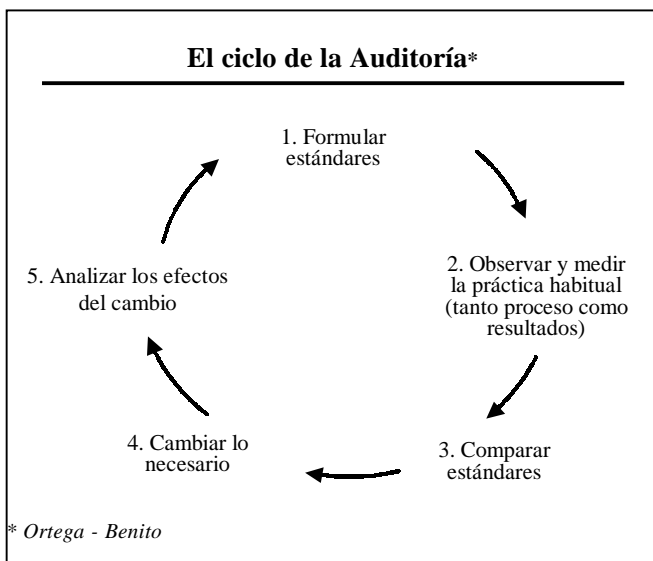
A.- Objetivos y responsabilidades.  
B.- Auditoría Médica.

a) Inicio.	d) No conformidades: mayor, menor.
b) Documentos.	e) Solicitud de acciones correctivas.
c) Hallazgos.	f) Seguimiento.

res y menores de acuerdo a la significación en el acto médico, concluyendo con una reunión de cierre donde se destacan las soluciones planteadas y se señala el seguimiento que hará el comité auditor o por delegación los jefes de servicio asistencial (37).

Esta metodología va aunada a la obligatoriedad del uso de una historia clínica estándar, de guías clínica o protocolos, precisión del médico tratante como responsables del acto médico y manuales de calidad, que garanticen la objetividad del procedimiento.

Siendo la auditoría médica un procedimiento fundamentalmente educativo y que se orienta a lograr mejoras, no puede evitar ser crítico y facilitar la auto complacencia o auto perpetuación de prácticas erróneas; por ello Ortega Benito, Miembro de la Facultad de Medicina de Salud Pública del Reino Unido, ha propuesto un ciclo de la auditoría que compendia el análisis sistemático y no sólo hace referencia al uso de metodologías afines sino que enfatiza en la necesidad de una continuidad y análisis permanente para cambiar en búsqueda de la mejora planteada (38).



**DIFERENCIA ENTRE LA AUDITORÍA Y LAS REVISIONES TRADICIONALES**

La práctica cotidiana de la medicina en los hospitales ha hecho rutinaria las revisiones previo cribado de acontecimiento adversos al paciente, sin embargo la

auditoría como hemos señalado tiene un mayor alcance pues prioriza la objetividad, contrasta contra estándares, el análisis del acto médico se hace entre pares adecuadamente capacitados, según señalamos en la metodología ISO precisa las acciones a seguir para resolver discrepancias, se orienta por indicadores y se documenta y archiva como marco de referencia para evaluaciones futuras (39-43).

**Diferencias entre la auditoría y las revisiones tradicionales\***

- A.- Las mediciones se efectúan usando criterios explícitos en contraposición a los juicios implícitos.
- B.- Se contrastan los modelos de la práctica habitual contra esos criterios.
- C.- La comparación de la práctica se efectúa entre pares.
- D.- Identificación formal de la(s) acción(es) requerida(s) para resolver cualquier discrepancia evidenciada.
- E.- El proceso se documenta y archiva para retener información e incrementar el impacto de la auditoría sobre gestiones futuras.

\* Shaw CD

**OBJETIVOS DE UN COMITÉ HOSPITALARIO**

La experiencia alboral recomienda que desde el inicio de la implantación del método este deba ser absolutamente confidencial, manteniéndose los informes en un archivo reservado que sólo puede ser abierto por mandato judicial. Una propuesta a considerar es la composición del Comité que va de los extremos del modelo norteamericano (donde la auditoría es realizada por un grupo de profesionales no médicos, pero del área de la salud) en el cual se audita contra estándares definidos y en el otro extremo un super comité todopoderoso integrado por jefes de departamento o servicio. La experiencia nuestra es la vigencia de un comité móvil para cada auditoría que incluya a los especialistas que participaron en el proceso y a quienes puedan aportar al análisis. Sin embargo a la luz de las normas ISO y con la incorporación en el mercado laboral de auditores médicos con formación especializada, es necesario replantear la constitución de los comités en base a un perfil profesional y ocupacional previamente definido (44).

### Objetivos de un comité hospitalario de auditoría\*

1. Coordinar y fomentar la auditoría clínica en cada médico de la institución.
2. Determinar prácticas de auditorías ya existentes, en todos los departamentos.
3. Asistir y ayudar a los clínicos de todos los departamentos a poner en práctica los métodos de la auditoría.
4. Monitorizar los resultados y las conclusiones del proceso de auditoría.
5. Estimular, cuando sea apropiado, la puesta en marcha de formas de auditoría más elaboradas.
6. Asegurar que se lleven a cabo los cambios que el proceso de auditoría señala como necesarios.
7. Asegurar que la auditoría sea parte integral del proceso educativo, para que el conjunto del ejercicio, incluyendo los resultados clínicos, se perciba como algo formativo, a la vez que se forma a los clínicos en la práctica de la misma auditoría.
8. Procurar minimizar la percepción de que la auditoría es algo amenazante y señalar, en cambio, sus beneficios.
9. Formar y dirigir a los asistentes o administrativos empleados en la auditoría.
10. Mantener la discreción y la confidencialidad.
11. Asegurar vínculos efectivos con gestores, atención primaria y contratadores de servicios.
12. Estimar los fondos necesarios para dedicar a la auditoría, preparar un informe anual, y anticipar programas futuros.

\* Ortega - Benito

### AUDITORÍA MÉDICA: BASES LEGALES

La dación de la Ley General de Salud 26842, el 17 de Julio de 1997, ha condicionado un cambio en el escenario de la práctica médica nacional originado por dos factores destacados: el primero, la difusión entre los pacientes de sus derechos tanto en lo que se refiere al aspecto informativo documentado, como es disponer de copia de la historia clínica a su simple solicitud, diferencia notable con el carácter confidencial que tuvo por el devenir histórico y el segundo la aparición en el país de promociones de abogados especializados en mala práctica.

La ley también establece en su artículo 42 la obligatoriedad de realizar auditorías externas e internas. Insisto en que para una institucionalización a nivel nacional del procedimiento es recomendable que mayoritariamente se realicen auditorías internas, esto es por y entre los médicos de cada centro hospitalario, lo cual se basa en el modelo retroalimentador planteado. Reservando las auditorías externas para situaciones críticas que la anterior metodología no haya podido resolver.

### AUDITORÍA MULTICÉNTRICAS

Una propuesta de estrategias para la organización de auditorías multicéntricas en atención primaria en el Reino Unido ha sido recientemente hecha por Khunti evaluando las fortalezas y debilidades de los métodos utilizados. Este trabajo se hizo mediante un cuestionario postal a 106 grupos de atención primaria en Inglaterra y Gales. De las 90 auditorías multicéntricas, 46 evaluaron diabetes y 44 asma, los métodos para estimular la participación de la carta personal fueron, la revista del grupo de auditoría y el envío del protocolo al centro. Los resultados indican que es posible realizarlas con una participación masiva lo que permite una información comparativa, destacándose la necesidad de precisar los criterios de selección, de evaluación y muestreo de pacientes.

#### Auditorías Multicéntricas

- Criterios de evaluación.
- Métodos de muestreo.
- Recolección de datos.
- Diseño y desarrollo.

Comento esta nueva metodología, por la posibilidad de aunar esfuerzos para aprovechar recursos escasos en el país y lograr un mejor retorno de información consistente de utilidad pluriinstitucional <sup>(45)</sup>.

### AUDITORÍA DE SALUD Y AUDITORÍA MÉDICA

La confusión terminológica deriva de la diferente definición que dan los autores sobre todo los de habla

española para un mismo término. La aproximación que propongo es respecto a la primera - Auditoría de Salud - es la que aborda todo el conjunto de acciones derivadas de la estructura, proceso, resultados e impactos del equipo multidisciplinario de salud. La segunda - Auditoría Médica - tiene su punto objetivo en el acto médico.

#### **Auditoría de Salud y Auditoría Médica**

##### **A.- Auditoría de Salud**

- Diseñar, implantar y desarrollar sistemas de garantía de calidad.
- Establecer criterios de acreditación de hospitales.
- Diseñar indicadores y estándares de calidad.
- Evaluar eficiencia, eficacia y efectividad de la administración.
- Evaluar calidad de la atención médica y sus impactos.

Si quisiéramos desagregar la auditoría de salud está orientada a diseñar, implantar y desarrollar sistemas de garantía de calidad, establecer criterios de acreditación de hospitales, diseñar indicadores y estándares de calidad, evaluar eficiencia, eficacia y efectividad de la administración, evaluar calidad de la atención médica y sus impactos. En ese entendido esta auditoría debe ser abordada por un equipo de auditores que incluya: médicos, enfermeras, obstetras, tecnólogos médicos, nutricionistas, odontólogos y administradores.

#### **Auditoría de Salud y Auditoría Médica**

##### **B.- Auditoría Médica**

- Evaluar calidad de las historias clínicas.
- Evaluar calidad de atención contra protocolos.
- Lograr uso racional de medicamentos.
- Utilización adecuada de cama hospitalaria.

Los objetivos de la auditoría médica son: evaluar calidad de las historias clínicas, evaluar calidad de atención contra protocolos, lograr el uso racional de medicamentos, utilización adecuada de la cama hospitalaria <sup>(46)</sup>.

Con esta propuesta se consolida la orientación sustentada por la práctica cotidiana que esta es una tarea eminentemente médica.

#### **INFORMÁTICA Y AUDITORÍA MÉDICA**

En la experiencia de la auditoría médica realizada en el Hospital Almenara se recoge la necesidad imperiosa de contar con una base de datos consistente y un adecuado programa informático que permita la ubicación inmediata de auditorías de casos, de no conformidades por especialidades y especialistas, auditoría de exámenes de ayuda diagnóstico, entre otros con el fin de procesarlos estadísticamente y comunicárselo a los usuarios para su conveniente retroalimentación.

#### **Informática y Auditoría Médica**

- Reducción de tiempo de espera.
- Confiabilidad de datos.
- Condiciones :
  - a) Confidencial.
  - b) Registros legibles.
  - c) Actualizado.
  - d) Espacio para historia completa.
  - e) Transferir datos a otros hospitales.
  - f) Información útil para estudios epidemiológicos.
  - g) Docencia.

Otra necesidad tanto o más relevante es la conexión del servicio de auditoría con una Biblioteca Médica Electrónica y/o con otros centros de auditoría a nivel nacional e internacional, para contrastar contra protocolos y estándares los hallazgos encontrados en el trabajo regular. Me permito recomendar objetivamente la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos que tiene a disposición más de un millar de títulos de revistas actualizadas al año 2000, doscientas de ellas recibidas por canje con la Primera Revista Médica del Perú: "Anales de la Facultad de Medicina", suscripciones permanentes con 210 títulos que cubren todo el espectro de especialidades médicas. Además un servicio de computación para obtener información de la Biblioteca de la Red Latinoamericana y del Caribe en

Ciencias de la Salud, en un máximo de 24 horas, además de bases de datos en CD-ROM con 55 títulos que incluyen PROQUEST (ciencias y medicina), ERIC (educación) y GPO (ciencias y medicina). Adicionalmente disponemos en CD-ROM de una colección de todas las tesis de las Escuelas de Medicina y Enfermería desde 1856.

### AUDITORÍA EN ENFERMERÍA

Desde la implantación del procedimiento han sido de una ayuda invaluable los reportes de Enfermería en las Historias Clínicas que han permitido reconstruir los procesos de atención con excepcional claridad; sin embargo también hemos concordado con las profesionales enfermeras en la necesidad de sistematizar los reportes, por ejemplo estructurando datos, apreciación y resultados, incorporando el uso de sello y firma para todos los actos de enfermería entre otras sugerencias (47).

**Auditoría en Enfermería**

---

- A) Estructura: planta física, eficiencia operativa, supervisión de procedimientos.
- B) Procesos: normatización, registros, informes.
- C) Resultados: indicadores, eritema glúteo, abcesos in situ, úlceras de decúbito.

La Auditoría en Enfermería además nos permite valorar el estado de los equipos, los recursos de hotelería y el impacto de los resultados en cuanto a tiempo, complicaciones y costos, permitiéndonos actuar con rapidez al detectar fallas en la estructura o en los procesos.

### AUDITORÍA EN ODONTOLOGÍA

Hace dos décadas el profesor de la Universidad de San Marcos, Dr. Andrés Lishner publicó su tesis doctoral sobre Auditoría en Odontología, que marca un hito en la literatura latinoamericana, y en el cual adelantándose a la época planteó un metodología similar a la de la auditoría médica, incorporando formatos de evaluación y escalas cuantitativas de valoración.

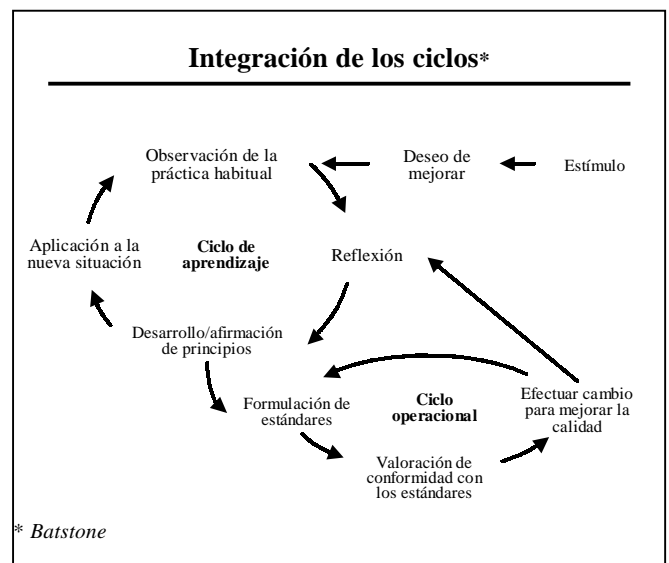
**Auditoría Odontológica**

---

- A) Estructura: equipos.
- B) Procesos: directa a individuos.
- C) Resultados: tiempo, complicaciones, costos.

Actualmente el Profesor Lishner despliega y adecua a la tecnología moderna una propuesta en el Diploma de Auditoría Médica que me honro en conducir (48).

Para concluir debo indicar que en la presentación he ofrecido un resumen sumamente escueto del trabajo corporativo tanto en el Hospital Almenara como en la Universidad San Marcos, cuyo impacto corresponde determinar a las autoridades de salud para su extensión como procedimiento rutinario incorporado en la práctica.



La presentación destaca la faceta de la Auditoría como ejercicio educativo, definiendo la educación como a) la transmisión de la herencia cultural b) la iniciación a modos de comportamientos válidos y c) el fomento del desarrollo individual (49).

Los esquemas integran la experiencia de aprendizaje de Kolb con el ciclo de auditoría hecho por Batstone que se sugieren como referente colectivo para los interesados en esta temática.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) **Piscoya J.** Cómo hacer una Auditoría Médica. Boletín Informativo del Colegio Médico del Perú. 1992; Año XXII N° 1.
- 2) **Piscoya J, Bazán A.** Auditoría Médica una realidad en el Hospital Almenara - Separata Hospital Almenara del IPSS Diciembre 1992.
- 3) **Varo J.** Propuestas de un modelo de calidad para la atención sanitaria. Med Clin (Barc) 1996; 107: 182-4.
- 4) **Brook C.** Motivation for improvement in quality personal and international perspectives. Intern J for Quality in Health Care 1999; 11(1): 1-3.
- 5) **Donabedian A.** Basic Approaches to Assessment: Structure, Process, and Outcome. Explorations in quality Assessment and Monitoring ann Harbor Health, Administration Press, 1980.
- 6) **Sackett DL et al.** Evidence - based medicine: what it is an what isn't BMJ 1996; 312: 71-2.
- 7) **Esteban A.** El control de la calidad asistencial, una responsabilidad compartida Rev Clin Esp 1988; 182(3): 72-80.
- 8) **Organización Mundial de la Salud.** Renewing the health for all strategy: elaboration of a policy for equity, solidarity and health. Ginebra 1995 (documento de consulta WHO/PAC/95.1).
- 9) **Charán WR.** The National Roundtable on Health Care Quality. The urgent need to improve health care quality. J Am Med Assoc 1998; 280: 1000-5.
- 10) **Piscoya J.** Auditoría Médica Boletín Sanfernandino 1999; 7: 3-28 (U.N.M.S.M. - Facultad de Medicina).
- 11) **Lembcke PA.** Evolution of the Medical Audit. J Am Med Assoc 1967; 199: 111-8.
- 12) **Smitts HL.** The PSRO in perspective. N Eng J Med 1981; 305: 253-9.
- 13) **Schroeder SA.** Outcome assessment 70 years later are we ready? N Engl J Med 1987; 316: 160-1.
- 14) **Zapata VC, Angulo PP.** Seminario Taller sobre Auditoría Médica 27-28-29 Agosto 1979 Lima - Perú (participación de la Escuela Nacional de Salud Pública).
- 15) **Piscoya J, Bazán A.** Auditoría Médica: Balance y Perspectivas - Separata del Hospital Almenara del IPSS Diciembre 1993.
- 16) **Feld.** El Control de la atención médica, López Libreros, 1978, Argentina.
- 17) **Barkin J.** Dirección de Hospitales Mc. Graw Hill, 1992.
- 18) **Gómez D.** Evolución de la Atención Médica Ambulatoria y Hospitalización Federación Médica Venezolana 1986; 33(344).
- 19) **Lembcke PA.** Evolution of the Medical Audit JAMA, 20:2 1967.
- 20) **Mc Whinney IR.** Medical Audit in North America Brit Med J 1972; 29(4).
- 21) Resolución Rectoral 00231-CR-99 del 13 de Enero de 1999 Rectorado Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- 22) Resolución Rectoral 0038-CR-99 del 05 de Enero de 1999 Rectorado Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- 23) **Crombie IK.** The Audit Handbook; John Wiley & Sons 1993.
- 24) Primer Congreso Nacional de Calidad en Salud y Segundo Curso Internacional de Calidad en Salud, Ley 26842.
- 25) **El Peruano.** Normas Legales. 09 de Julio de 1997.
- 26) **Kolb DA.** Experimental learning: experiences as a source of learning and development. Nueva Jersey Englewood C. Prentice Hall, 1984.
- 27) **Batstone G.F.** Structural aspects of medical audit. Br Med J 1990; 301: 326-8.
- 28) **Schaffner W, Ray WA.** Improving antibiotic prescribing in Office Practice JAMA 1983; 250: 1728-32.
- 29) **Harris CM Et al.** Prescribing a suitable case for treatment Londres RCGP 1984.
- 30) **Grant GP et al.** Development of a limited formulary for General Practice Lancet 1985; 1: 1030-2.
- 31) **Whiteside ME.** Changing practice patterns, a program of physician education Hospital Formulary 1987; 22: 561-3.
- 32) **Schlager DD.** A comprehensive patient care system for the family practice. J Med Syst 1983; 7: 137-45.
- 33) **Vuori.** Calidad de los servicios sanitarios Masson 1993.
- 34) **Aranguren E.** Auditoría Médica 2<sup>da</sup> edición 1998. Centro Editor de la Fundación Favalaro.
- 35) **Perales A, Rivera-Feijoo F WD.** Civilización y Medicina, Lecturas de Bioética Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina. Departamento Académico de Psiquiatría 1997.
- 36) **Harrison.** Principles of Internal Medicine Mc Graw Hill 1999.
- 37) **Alexander A.** Manual para documentar sistemas de calidad. Prentice Hall, 1999.
- 38) **Ortega - Benito JM.** Auditoría Clínica: Facetas Médicas Clínicas. (Barcelona) 1995; 104: 25-8.
- 39) **Shaw CD.** Aspects of Audit I The background. Br Med J 1980; 280: 1256-8.
- 40) **Shaw CD.** Aspects of Audit II in British Hospitals Br. Med J 1980; 280: 1314-5.
- 41) **Shaw CD.** Aspects of Audit III Audit in British General Practice Br Med J 1980; 280: 1361-3.
- 42) **Shaw CD.** Aspects of Audit IV Acceptability of Audit Br Med J 1980; 280: 1443-6.
- 43) **Shaw CD.** Aspects of Audit V Looking forward to audit. Br Med J 1980; 280: 1590-1.
- 44) **Gumpert R. Lyons C.** Setting p a district audit programme. Br Med J 1990; 301: 162-5.
- 45) **Khunti K.** Approaches to the Organization of multipractice audits in primary health care in the UK. Int J Qual Health Care. June 99; 11(3): 221-6.
- 46) **Mejía Braulio.** Auditoría Médica Taller Editorial: Bogotá - Colombia 1998; 39-41.
- 47) **Zazeleeczyc Graciela y Col.** Calidad de atención de enfermería. Aplicación de un modelo para su difusión y evaluación. Medicina y sociedad. 1984; 7(4).
- 48) **Lishner A.** Auditoría Odontostomatológica en los Servicios del Ministerio de Salud, Tesis para optar el grado de Doctor en Odontología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1997.
- 49) **Roberts JBM.** Educational benefits of Audit. Br Med J 1991; 302: 174.