

Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú.

Medical audit of outpatient pediatric care of a general hospital in Lima-Perú.

PERATA SALAZAR Marianella LLANOS ZAVALAGA Luis Fernando¹ CABELLO MORALES Emilio Andrés², MAYCA PÉREZ Julio³.

SUMMARY

The healthcare quality can be measured based on the fill-in of medical record (HC), a medical-legal document that registers the identification of the patient, its health, disease, diagnosis, evolution and therapy. For it the medical audit of secondary sources is made as a study of quality of fill-in. *Objective:* To evaluate the quality of data registered in HC of outpatient care of new patients attending consultation at General Pediatrics at the Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH). *Material and Methods:* A descriptive retrospective cross-sectional study was made, including 384 HC selected by simple random sampling with replacement. We considered the following dimensions: general patient data, anamnesis, physical examination, diagnosis, work plan, treatment and identification of the medical doctor; the variable was measured dichotomously (presence or absence of the variable). *Results:* The reason for consultation, weight and height of patient were present in all HC. Date, age, and physical examination were present in more of 90%, the name and number of HC in less of 50%, whereas the biological functions and vital functions in less of 20%. The diagnosis was registered in 99.2% and the work plan in 84.6%. Pharmacological treatment was complete in 7.4%. The identification of the doctor was completed only in 49.7%. *Conclusions:* The quality of the data registered in the HC of new patients of outpatient care General Pediatrics in HNCH is deficient, being necessary to implement mechanisms that allow of effective way to the doctors and multidisciplinary healthcare team to monitor and improve the quality of care which they offer to his patients. (*Rev Med Hered* 2006;17:35-41).

KEY WORDS: Audit, medical audit, medical record, data quality.

RESUMEN

La calidad asistencial se puede medir basada en el llenado de la historia clínica (HC), documento médico-legal que registra la identificación del usuario, su salud, enfermedad, diagnóstico, evolución y terapia. Para ello se realiza la auditoría de fuentes secundarias como un estudio de calidad de llenado. *Objetivo:* Evaluar la calidad de los datos registrados en HC de atención ambulatoria de pacientes nuevos atendidos en consultorios externos de Pediatría General en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH). *Materiales y métodos:* Se realizó un estudio transversal descriptivo de corte retrospectivo, incluyendo 384 HC mediante un muestreo aleatorio simple con reemplazo. Se consideró las siguientes dimensiones: datos del paciente, anamnesis, examen físico, diagnóstico, plan de trabajo, tratamiento e identificación del médico tratante, realizando una medición dicotómica de la variable (presencia o

¹ Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

² Coordinador General de Consulta Externa. Hospital Nacional Cayetano Heredia.

³ Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud. PARSALUD/MINSA.

ausencia de la variable). **Resultados:** Se encontró que el motivo de consulta, el peso y talla del paciente estuvieron presentes en todas las HC. La fecha, edad, y examen físico estuvieron presentes en más del 90%, el nombre y número de HC en menos del 50%, mientras que las funciones biológicas y funciones vitales en menos del 20%. El diagnóstico fue registrado en 99,2% y el plan de trabajo en 84,6%. El tratamiento farmacológico se encontró completo en 7,4%. La identificación del médico se encontraba completa sólo en 49,7%. **Conclusiones:** La calidad del registro de datos en las HC de atención ambulatoria de pacientes nuevos de Pediatría General en el HNCH es deficiente, se deben implementar mecanismos que permitan de manera efectiva a los médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes. (*Rev Med Hered 2006;17:35-41*).

PALABRAS CLAVE: Auditoría, auditoría médica, historias clínicas, calidad de registro.

INTRODUCCIÓN

La auditoría médica es definida como el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida de los pacientes (1). Publicaciones recientes, señalan que es un proceso que busca mejorar la calidad del cuidado del paciente y su impacto (outcome), a través de revisiones sistemáticas del cuidado considerando criterios explícitos y la implementación de cambios (2).

Sin embargo, la definición no incluye dos componentes importantes en la auditoría, la necesidad que los participantes estén preparados para promover y ejecutar los cambios necesarios en el comportamiento profesional, y conseguir demostrar mejoras en la calidad o costo efectividad de la atención brindada. En este contexto de calidad y generación de una cultura de la calidad, se hace necesario la institucionalización de procesos que permitan garantizar la calidad del servicio, como es la implementación de un sistema de auditoría médica, teniendo presente que la auditoría es el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias que pueden ser remediadas. La auditoría tendría una finalidad de mejorar la calidad del servicio y una finalidad educativa al actualizar al recurso humano, lamentablemente es percibida por los profesionales de la salud como una acción fiscalizadora que casi siempre termina interfiriendo con sus actividades cotidianas (3,4).

Teniendo en cuenta estos conceptos, metodológicamente la auditoría ha sido concebida en función al objeto a auditar como auditoría de casos (manejo especial con diferentes especialidades médicas), auditoría de fuentes secundarias (historias clínicas, prescripciones, exámenes de laboratorio, etc.), calidad de fuentes secundarias (dependientes de la

información existente), y auditoría basada en evidencia. En función a la temporalidad, las auditorías se clasifican en auditorías retrospectivas y auditorías prospectivas o concurrentes. Para el caso de las auditorías de las historias clínicas, se han considerado dos momentos, un primer momento, relacionado con el llenado de las historias, donde no se discute la calidad de información sino la existencia de la misma, centrándose en este llenado, mientras que el segundo momento se centra en la calidad de la información registrada (4).

La historia clínica permite una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permiten al médico plantear un diagnóstico clínico, sindrómico o nosológico. Debe considerarse el documento básico en todas las etapas del modelo de la atención médica y ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona; también se emplea para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas a la prevención, recuperación, y rehabilitación de la salud. La historia clínica reúne los documentos relativos a los procesos asistenciales de los pacientes, éstos deben contener la información considerada trascendental para el conocimiento y seguimiento del estado de salud del paciente (5).

La presente investigación es una auditoría retrospectiva de la calidad de llenado de las historias clínicas. Las historias clínicas constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, como tal, la información en las mismas contribuye directa e indirectamente en la calidad de atención a los pacientes, optimiza la gestión de los establecimientos, protege los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento; y favorece la investigación y docencia.

El llenado de la historia clínica es un indicador de la calidad asistencial. El estudio de calidad de llenado de las historias clínicas es una forma de auditoría médica.

Es reconocida la influencia de la auditoría médica como un instrumento para la mejora de los estándares de atención (6), más aún al tener una función educativa para los profesionales de la salud (3,7-9). La auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad (6,8-11), y, sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos como método de implementación de un cambio, debe promover el acercamiento al uso de protocolos e intervenciones educacionales (12,13). La participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de atención que brindan a sus pacientes (6,14,15) por lo que debe ser una actividad propia de los servicios de salud que tiene por finalidad mejorar la calidad de atención con la participación de diversos grupos de profesionales con una función formativa.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la calidad del registro de datos en la historia clínica identificando los errores frecuentes realizados en el registro de datos de las historias clínicas de atención ambulatoria, en pacientes nuevos atendidos en el Consultorio Externo de Pediatría General en el HNCH.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio transversal descriptivo de corte retrospectivo. El marco muestral fueron todos aquellos pacientes nuevos atendidos en consultorios externos de Pediatría General en el HNCH durante los meses de diciembre 2003 a Febrero 2004. La unidad de muestreo y análisis fue la historia clínica (HC) de pacientes nuevos, excluyéndose HC de pacientes continuadores atendidos en dichos consultorios, de pacientes atendidos en consultorio externo de especialidades pediátricas, de pacientes hospitalizados y HC no encontradas en el archivo.

Se consideró el máximo tamaño muestral posible 384 historias clínicas, al no tenerse referencias en la literatura sobre estudios similares ($N = Z^2 * p * q / e^2 = (1,96)^2 * (0,5) * (0,5) / (0,05)^2 = 384$ consultas o atenciones; Z es la confiabilidad al 95% (1,96), p es 0,5 (asumiendo que el 50% del registro estará llenado correctamente), q es (1- p), y e es el error de precisión (considerado 0,05)). La relación de pacientes nuevos atendidos en los consultorios de pediatría general durante el periodo de estudio, se obtuvo de la Unidad de Estadística y Archivo del HNCH. De esta base se tomó una muestra aleatoria simple con reemplazo inmediato inferior.

Las variables consideradas fueron agrupadas en las siguientes dimensiones: *Datos del paciente* (fecha de consulta, número de HC, nombre y apellidos del paciente, edad en meses o años, y sexo), *Anamnesis* (motivo de consulta, funciones biológicas, antecedentes personales -inmunizaciones, antecedentes prenatales y perinatales, descripción de HC anterior o patologías previas-, antecedentes familiares de importancia), *Examen Físico* (funciones vitales -temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, y presión arterial-, peso en kilogramos, talla en centímetros, examen físico general y examen físico regional), *Diagnóstico* (Diagnóstico asignado por el médico), *Plan de trabajo* (indicaciones médicas -próxima cita, referencia a su centro de salud o final de seguimiento, exámenes de laboratorio, o radiológicos solicitados por el médico), *Tratamiento* (indicaciones médicas incluyendo tratamientos médicos no farmacológicos, denominación común internacional del tratamiento farmacológico indicado por el médico, dosis y vía de administración del tratamiento, y duración de la prescripción indicada), e *Identificación del Médico Tratante* (firma del médico, sello o número de registro del Colegio Médico del Perú, nombre y apellidos del médico). Para el propósito del estudio se consideró una medición dicotómica (presencia o ausencia) de cada variable.

Como instrumento para recolectar la información, se elaboró una ficha de registro, basada en la Ficha de Auditoría de Historia Clínica de Atención Ambulatoria ISE-SEPS (16). Para su validación se realizó un estudio piloto con 10 historias clínicas de consultorio externo de Pediatría General, luego de su revisión se modificó la ficha para que se adecue apropiadamente al estudio. Se dejó de considerar el domicilio y el diagnóstico según CIE-10; además sólo se consideró el motivo de consulta, incluyendo en ello el relato, tiempo de enfermedad, signos y síntomas, los cuales están desagregados en la ficha de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).

Se elaboró la base de datos en hoja de cálculo Microsoft Excel 2000. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS 10.0 para Windows, con el que se realizó un análisis univariado en número y porcentajes, expresado en tablas de frecuencias relativas y absolutas. Por la naturaleza del estudio no se requirió de consentimiento informado alguno.

RESULTADOS

Considerando las dimensiones propuestas, se evidenciaron los resultados agrupando las mismas en

cuatro categorías básicas: registro de datos de filiación, registro de anamnesis, registro del tratamiento farmacológico, y registro de la identificación del médico.

Para la primera categoría (Tabla N° 1) se observó 379 (98,7%) HC con registro de la fecha en que se realizó la consulta, 222 (57,8%) presentaron identificación en la sección ambulatoria, ya sea número de HC o nombre del paciente. Sólo 142 (37,0%) HC presentaron ambas variables (número de HC y nombre del paciente), y se registro el sexo en 57 (14,8%) de ellas.

En la segunda categoría (Tabla N°2) encontramos el motivo de consulta presente en el 100% de HC, seguido de los antecedentes personales presentes en 298 (77,6%), las funciones biológicas, en 28 (7,3%) HC, siendo registradas el apetito en 50 (13,0%), y la orina en 50 (13,0%). Todas las historias que consignaban antecedentes familiares también indicaban antecedentes personales.

Con relación a la tercera categoría (Tabla N°3), se registró tratamiento no farmacológico en 60 (15,6%) y tratamiento farmacológico en 94 (24,5%) de las HC, el resto no tenía señalado tratamiento. Del tratamiento farmacológico, 87 (92,6%) HC contenían la denominación común internacional (DCI) del medicamento y el resto nombre comercial, y 35 (37,2%) la dosis y vía de administración del medicamento. Sólo 12 (12,8%) tenían la duración del tratamiento farmacológico, y 7 (7,4%) contenían la DCI, dosis, vía de administración, y duración del tratamiento farmacológico. Para la cuarta categoría (Tabla N°4), se encontró presencia del nombre del médico en 310 (80,7%) HC, y la firma del médico en 258 (67,2%).

Se revisaron de manera independiente algunas variables específicas, como las funciones vitales,

Tabla N°1. Frecuencia del registro de datos de filiación.

Variable	Presencia n (%)
Fecha	379 (98,7)
Edad	354 (92,2)
Número de HC o Nombre	222 (57,8)
Número de HC	185 (48,2)
Nombre	179 (46,6)
Número de HC y Nombre	142 (37,0)
Sexo	57 (14,8)

Tabla N°2. Frecuencia del registro de anamnesis.

Variable	Presencia n (%)
Motivo	384 (100,00)
Antecedentes personales	298 (77,6)
Deposiciones	72 (18,8)
Apetito	52 (13,5)
Orina	50 (13,0)
Funciones biológicas	28 (7,3)
Antecedentes familiares	121 (31,5)

Tabla N°3. Frecuencia del registro de tratamiento farmacológico.

Variable	Presencia n (%)
Denominación común internacional (DCI)	87 (92,6)
Dosis y vía de administración	35 (37,2)
Duración	12 (12,8)
DCI, dosis, vía, y duración.	7 (7,4)
Nombre comercial	7 (7,4)

Tabla N°4. Frecuencia del registro de identificación del médico.

Nombre de la Variable	Presencia n (%)
Nombre	310 (80,7)
Firma	258 (67,2)
Sello / CMP	226 (58,9)
Firma, sello/CMP y nombre	191 (49,7)

encontrando el registro de temperatura en 15 (3,9%) HC, frecuencia cardiaca en 57 (14,8%), frecuencia respiratoria en 54 (14,1%), y presión arterial en 9 (2,3%). El peso y la talla del paciente estuvieron presente en todas las Historias Clínicas revisadas. En el examen físico, 355 (92,4%) HC registraban examen físico general y 380 (99,0%) examen físico regional; 381 (99,2%) registraron diagnóstico y 325 (84,6%) registraron plan de trabajo.

DISCUSIÓN

La historia clínica como documento médico-legal único individualizado que debe registrar los datos relativos a la identificación del usuario, a la salud, a la enfermedad, a las aproximaciones diagnósticas, a la evolución y a la conducta terapéutica desarrollada, de

manera ordenada, pues constituye el registro primario de cada atención en los establecimientos de salud (17,18). Además, la Ley General de Salud menciona que los médicos deben confeccionar y actualizar una HC detallada de cada paciente en base a un formato universal actualizado, cuya aplicación es determinada por la institución o autoridad, de modo que permita el seguimiento de las patologías por cualquier otro profesional (18). Es necesario administrar correctamente todos los procedimientos que siguen las historias clínicas desde su apertura, y así responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad a las demandas de usuarios y prestadores.

En este estudio, se tomó normas de la atención ambulatoria dadas por el Ministerio de Salud, que considera que cada atención de consulta externa debe registrar de manera legible, como mínimo: fecha de consulta; suficiente información para identificar al paciente; identificación de la persona que brinda la información, de ser el caso; motivo de consulta; hallazgos clínicos importantes (mínimo controles vitales y examen físico dirigido); diagnóstico – problema; tratamiento y recomendaciones; e identificación precisa de la persona que brindó la atención (nombre, firma y colegiatura). En la HC debe quedar constancia cuando el paciente ha concluido el tratamiento por el episodio de atención ambulatoria, además, las diferentes especialidades y programas de salud podrán incluir cualquier otra información que considere conveniente, por ejemplo peso y talla en el caso de pacientes pediátricos (17,19).

Asimismo, las normas mencionan que todas las anotaciones en la HC deben ser fechadas (17), encontrando en el presente estudio 98,7% de HC con fecha de consulta. Todos los formatos que forman parte de la HC deben consignar el nombre completo del paciente y número de HC, en un lugar uniforme y de fácil visibilidad (17), habitualmente las hojas que conforman la HC presentan en la parte inferior casilleros para escribir las variables mencionadas, para evitar la pérdida de información del documento. Se encontró que la HC de atención ambulatoria presentaba identificación del paciente sólo en 57,8%, ya sea por presencia del número de HC o nombre del paciente, siendo lo ideal que estén registradas ambas variables. La edad se encontró registrada en la mayoría de casos, considerándose un dato fundamental en la atención ambulatoria pediátrica, por la prevalencia de enfermedades en distintos grupos etáreos. El sexo es un dato poco registrado, tal vez porque se encuentra registrado en la hoja de filiación del paciente de toda HC, y es un dato que no varía.

El motivo de consulta estuvo presente en todas las HC, siendo un dato fundamental en la HC de atención ambulatoria. Las funciones biológicas se consignaron en porcentajes menores al 20%, no dándose la importancia necesaria para toda consulta pediátrica, por norma y porque su alteración es una contribución significativa para el diagnóstico en este grupo de pacientes. Además, por tratarse de pacientes nuevos deberían consignarse los antecedentes personales y familiares, respectivamente. Las funciones vitales no son comúnmente registradas, tal vez porque los consultorios de pediatría general no disponen de termómetros ni tensiómetros para realizar la medición. Sin embargo, en la frecuencia cardíaca y respiratoria, los registros obtenidos también fueron bajos.

En toda consulta pediátrica debe registrarse el examen físico del paciente, el cual se divide en examen general y regional. Ambos fueron registrados en la mayoría de HC revisadas. Esto ocurrió de manera similar con el diagnóstico fundamental en la HC de atención ambulatoria, a pesar que el paciente no presente ninguna patología. En el caso que el paciente requiera tratamiento no farmacológico o farmacológico éste debe estar registrado en la HC, dejando constancia de la denominación común internacional del medicamento, dosis, vía de administración, y tiempo de duración, encontrándose en este estudio registro de éstas variables inferiores a 25%, a pesar de conocerse el estándar y la importancia de una calidad de prescripción adecuada para un tratamiento farmacológico (20). Toda anotación en la Historia Clínica debe ser firmada por quién realizó el acto médico, consignándose claramente, nombre y apellido, número de colegio profesional y firma.

Para una adecuada evaluación de las HC debe existir en todo establecimiento de salud un Comité de Gestión de la Calidad que tenga como finalidad garantizar y mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente; de manera que el paciente cuente con una HC que contenga información suficiente en calidad y cantidad, que garantice una atención óptima dentro de un plan de mejoramiento de la calidad de atención de los servicios de salud. Dicho comité debe revisar y evaluar las HC para asegurar que las normas establecidas se estén manteniendo, y realizar la auditoría médica (4,27). Los errores no pueden ser ignorados, se deben reconocer sus causas, analizar y plantear las medidas preventivas necesarias. Este es el planteamiento central de la auditoría médica como un mecanismo no punitivo, voluntario y con incidencia en el reporte de errores para mediante la metodología de la educación médica continua, posibilitar y garantizar la calidad del acto médico (22). Para ello se podría disponer de un formato

de HC de atención de consulta externa que cumpla con los estándares del Ministerio de Salud, para recordar al médico los datos que se deben consignar en este documento.

De este estudio se desprende que además de la necesidad del uso de la auditoría médica para mejorar los estándares de la práctica médica, los médicos deben entenderla y convencerse de su valor como herramienta educativa, y como herramienta que permitirá una utilización de los recursos de salud, con calidad y eficiencia (23). Está demostrado que la auditoría sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos es un método eficiente de implementación del cambio sostenible. Asimismo, la participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a los médicos y a los equipos multidisciplinares de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes (6,14,15).

Asimismo, las auditorías serán mejor aprovechadas en la medida que el sistema de salud cuente con protocolos de manejo de pacientes, debidamente consensuados y aprobados a nivel de cada establecimiento de salud. Estos protocolos de atención serán sostenibles en la medida que no sean normas impuestas desde los niveles superiores, sino sean construidos con y desde los niveles operativos.

La calidad del registro de datos en las HC de atención ambulatoria de pacientes nuevos de Pediatría General en el HNCH encontrada en este estudio es deficiente, debiéndose implementar mecanismos que permitan de manera efectiva a los médicos y equipos multidisciplinares de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes. Debemos tener en cuenta que se debe aproximar a la auditoría médica considerando tres niveles: un primer nivel, como el de este estudio, que busque recoger información sobre la existencia de la información; un segundo nivel, que busque evaluar la coherencia de la información registrada en la HC, también considerando como unidad de análisis la atención ambulatoria per se; y un tercer nivel de análisis, que es propio de la Auditoría Basada en Evidencias en la cual se consideran criterios sobre lo que “se debe”, “es recomendable” o “se puede” hacer, pero donde además la unidad de análisis es el paciente atendido en un periodo de tiempo (6,24).

Correspondencia:

Dr. Luis Fernando Llanos-Zavalaga
 Facultad de Salud Pública y Administración ‘Carlos Vidal Layseca’
 Universidad Peruana Cayetano Heredia.
 Av. Honorio Delgado 430 – San Martín de Porres.
 Lima – Perú.
 Correo electrónico: fllanos@upch.edu.pe
 Teléfono: 511 96703625.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hardman E, Joughin C. FOCUS on clinical audit in child and adolescent mental health Services. London: College Research Unit. Royal College of Psychiatrists;1998.
2. National Institute for Clinical Excellence. Principles for best practice in clinical audit. Nice: Radcliffe Medical Press Ltd; 2002.
3. Ortega-Benito JM. La auditoria médico-clínica (III): Facetas. Medicina Clínica 1995; 104: 25-8.
4. Ministerio de Salud del Perú. Programa de administración de acuerdos de gestión. Diseño de sistema de auditoria médica y de gestión. Lima: Ministerio de Salud del Perú; Mayo 2000.
5. Ruiz M. Tipología documental en las historias clínicas. Revista de estudios extremeños 2003;59:481-494.
6. Fraser RC, Baker RH, Lakhani MK. Evidence-based clinical audit: an overview. En: Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH eds. Evidence-based audit in general practice. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1998:1-15.
7. Bowling A. Research methods in health: Investigating health and health services. Buckingham: Open University Press; 1997:5-16.
8. Batstone GF. Educational aspects of medical audit. BMJ 1990; 301: 326-8.
9. Shaw CI. Aspects of audit 4: Acceptability of audit. BMJ 1980; 280:1443-6.
10. Ortega-Benito JM. La auditoria médico-clínica (II): Definiciones y tipología. Medicina Clínica 1994; 103: 741-4.
11. Bhopal RS, Thomson R. A from to help learn and teach about assessing medical audit. Papers. BMJ 1991; 303: 1520-2.
12. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. Quality in Health 1995; 4: 55-64.
13. Davis DA, Thompson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of the continuing medical education strategies. JAMA 1995; 274: 700-5.

14. Kelman S. The problem of doctor performance. En: Kelman S. Improving doctor performance. A study in the use of information and organizational changes. New York: Human Science Press; 1980: 13-43.
15. Walshe K. Opportunities for improving the practice of clinical audit. *Quality in Health Care* 1995; 4: 231-2.
16. Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Auditoría de historias clínicas de hospitalización ISE - EPS. Primera Revisión. Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud; 2000.
17. Ministerio de Salud - Oficina de Estadística e Informática. Dirección General de Salud de las Personas. Escuela Nacional de Salud Pública. Normas técnicas para la administración de las Historias Clínicas. Ministerio de Salud; 2000.
18. Ministerio de Salud del Perú. Ley N° 26842. Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial El Peruano el 20 de julio de 1997. Lima: Ministerio de Salud; 1997.
19. Bailey R. Auditoria médica. Madrid: Harcourt Brace de España; 1999.
20. Piscocoya J. Calidad de la atención en salud a través de la auditoria médica. *Anales de la Facultad de Medicina* 2000; 61(3):227-240.
21. Ministerio de Salud, DISURS-III - Lima Norte. Directiva No 001-0EI-DISURS-III-LN-97. Comité de historias clínicas. Lima: Ministerio de Salud; 1997.
22. Organización Mundial de la Salud. Guía de la buena prescripción. Programa de acción sobre medicamentos esenciales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
23. MacPherson D. Medical audit: a view from the centre. En: Frostick S, Ratford PJ, Wallace A eds. *Medical audit rationale and practicalities*. Cambridge: Cambridge University Press. 1993:26-36.
24. Llanos Zavalaga F. Auditoría médica en el primer nivel de atención. *Rev Med Hered* 2000; 11:107-12.

Recibido: 31/05/05
Aceptado para publicación: 20/11/05