



<https://rcientificaesteli.unan.edu.ni>

DOI: <https://doi.org/10.5377/esteli.v13i1.17725>

Auditorías médicas de primera instancia realizadas en el Hospital San José Diriamba, Nicaragua

First instance medical audits performed at Hospital San José Diriamba, Nicaragua

Leonel Ernesto Rosales Mejía

Universidad de Ciencias Médicas. Managua, Nicaragua

<https://orcid.org/0009-0000-6417-3910>

leonelrosalesmejia@gmail.com

RECIBIDO

13/11/2023

ACEPTADO

13/03/2024

RESUMEN

La auditoría de la calidad de la atención médica tiene dos finalidades: primero, prevenir los daños a la salud y segundo, corregir las inconsistencias en la atención. El presente artículo es una revisión bibliográfica soportada en la escala para la evaluación de la calidad de los artículos de revisión narrativa (Christopher Baethge, 2019). Se han aplicado 6 indicadores clave de esta escala, logrando un puntaje de 9 sobre un máximo posible de 12. El objetivo general es explorar los principales resultados de las auditorías de primera instancia, efectuadas en el hospital San José Diriamba de Nicaragua en los últimos cinco años; con la finalidad de valorar el cumplimiento de guías, normas y protocolos para la atención de los pacientes y; simultáneamente evitar la ocurrencia de hechos no deseables. Los principales resultados encontrados: falta en el cumplimiento de normativas, inadecuada conformación del subcomité de auditoría médica, mal manejo del expediente clínico, no se describen los planes de mejora que contribuyan a superar los obstáculos en la calidad de la atención. Las principales conclusiones el 82% de las auditorías son de manera obligatoria, 17% de de las auditorías tiene mal seleccionado los miembros del subcomité de auditoría médica y expediente clínico, en el 100% de las auditorías originaron llegar a procesos disciplinarios para los recursos implicados y 7% presentaron conclusiones, recomendaciones y plan de mejora para la atención en salud.

PALABRAS CLAVES

Auditorías médicas; normativa; legislación; Nicaragua.



RESUMEN

The audit of the quality of medical care has two purposes: first, to prevent damage to health and second, to correct inconsistencies in care. The present article is a literature review supported by the scale for quality assessment of narrative review articles (Christopher Baethge, 2019). Six key indicators of this scale have been applied, achieving a score of 9 out of a possible maximum of 12. The general objective is to explore the main results of the first instance audits, carried out in the San José Diriamba hospital in Nicaragua in the last five years; in order to assess compliance with guidelines, standards and protocols for patient care and; simultaneously avoid the occurrence of undesirable events. The main results found: lack of compliance with regulations, inadequate formation of the medical audit subcommittee, poor management of the clinical record, and no description of improvement plans that contribute to overcoming obstacles in the quality of care. The main conclusions are that 82% of the audits are mandatory, 17% of the audits have poorly selected members of the medical audit subcommittee and clinical record, 100% of the audits led to disciplinary proceedings for the resources involved and 7% presented conclusions, recommendations and improvement plans for health care.

PALABRAS CLAVES

Medical audits; regulations; legislation; Nicaragua.

INTRODUCCIÓN

La palabra auditoría proviene del verbo latino “audire” que significa “oír” y se define según la real academia española, como la revisión sistemática de una actividad o de una situación para evaluar el cumplimiento de las reglas o criterios objetivos a que aquellas deben someterse. En el campo de la salud se realizan auditorías del actuar médico que permite evaluar la calidad de la atención y/o el cumplimiento de las normas, guías y protocolos que garantizan la mejora continua de la calidad en la atención médica.

Esta ciencia inició en los hospitales de Norteamérica en los 1918 con el fin de acreditar a las unidades de salud en la práctica quirúrgica, principalmente. En Latinoamérica la auditoría médica es cada día más común, logrando encontrar incluso varios estudios de diversos países donde el objetivo de la implementación es valorar y mejorar la calidad de atención en los servicios de salud.

Nicaragua realiza auditorías médicas del siglo XX por medio del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) dirigidas a sus asegurados. En los años de la década de 1980: con la organización del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS) se realizan a fallecidos en el Ministerio de Salud, que dependía funcionalmente del Despacho Ministerial. En la década de los 90 esta función se traslada a la Intendencia Nacional de Hospitales como proceso Ad – hoc enfocado más hacia la mortalidad en el segundo nivel de atención, por denuncias interpuestas (Ministerio de Salud., Nicaragua., 2012).

El Ministerio de Salud en el año 2012, elaboro la Normativa — 090 Norma de Auditoría de la Calidad de la Atención Médica y Manual de Auditoría de la Calidad de la Atención Médica. En esta norma se plantea compromiso del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, es restituir el derecho a la salud con calidad en todos los establecimientos que brindan atención médica, públicos y privados. Para ello, necesariamente deben existir los mecanismos de control que permitan garantizar que tanto los recursos humanos, los procesos de atención y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, reúnan los requisitos establecidos para asegurar la calidad de la atención.

La auditoría de la calidad de la atención médica tiene dos finalidades: primero, prevenir los daños a la salud y en segundo lugar corregir las inconsistencias en la atención determinando el cumplimiento de responsabilidades; con el objeto de enmendar y simultáneamente evitar la ocurrencia de hechos no deseables. En Nicaragua no existen antecedentes de revisiones sistémicas de las auditorías en salud que se realizan en las unidades del sistema de salud público ni en el sistema de salud privado; no obstante, las auditorías día a día son más frecuentes, los galenos tienen el prejuicio que estas se efectúan para buscar culpables del actuar médico. Aunque las normas y las leyes expresan que no están diseñadas para este fin.

No se debe obviar que las auditorías médicas en la actualidad son una herramienta administrativa gerencial que se emplean para mejorar la calidad en los servicios de salud como se expresa en la literatura internacional y nacional. Sin embargo, el pensamiento de los trabajadores de la salud se contradice con el objetivo planteado en la aplicación de esta herramienta dado que, para ellos las auditorías se realizan con la finalidad de buscar culpables y establecer sanciones por faltas cometidas al violentar las normas vigentes del Ministerio de Salud MINSAL. Por lo antes expuesto surgen las interrogantes: ¿cuál es la finalidad de las auditorías médicas en Nicaragua?, ¿se realizan para ayudar a garantizar la calidad de la atención en salud o con otros fines que no son claros?

Reseña histórica

La auditoría médica (AM) ha evolucionado en el transcurso de la historia desde un punto de vista amplio, si la consideramos como la evaluación de normas, leyes y protocolos podemos exponer que desde tiempo del Código de Hammurabi (2250 a. de J.C.) los médicos tenían leyes que cumplir (ley 215 – ley 223) donde el juez era el encargado de auditar su actuación.

De acuerdo con Di Mascio (2018) se escribe unaz cronología de la auditoría médica iniciando con el Papiro de Edwin Smith (1500 a de J.C.) que contiene principios similares a los del Código de Hammurabi y es inspirador de las ideas promulgadas en Grecia y Roma. Entre 460 – 370 (a de J. C) Hipócrates enfatiza la necesidad de mantener adecuados registros de los casos médicos junto a la observación de los pacientes, demandando una alta moral y normas éticas. Pero recién se tienen datos sobre la introducción del concepto de la Auditoría Médica a fines del siglo XIX en Inglaterra, donde la estadística ha sido la cuna sobre la cual la Auditoría Médica ha crecido y desarrollado.

En el siglo XI, Inglaterra estableció el primer registro oficial de Nacimientos y Defunciones, estos registros inquietaron a los médicos en la búsqueda de las causas de la muerte de los infantes y los adultos. Sin embargo, no fue hasta el siglo XVII que se comenzaron a adoptar medidas activas ante este tipo de sucesos, para que a fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX se expanda a toda Europa la necesidad de contar con verdaderos datos estadísticos nacionales sobre muertes y defunciones que promuevan a conductas proactivas en lo que a salud se refiere (Di Mascio, 2018).

Es así como a mediados del siglo XVIII comienzan diferentes actividades de los profesionales médicos en búsqueda de soluciones a los problemas de salud de la población, el primer problema que surgió a través del análisis de los casos médicos y de la elaboración de estadísticas fue la falta de una nomenclatura uniforme, situación que lleva a la creación de la Primer Clasificación de Enfermedades para poder así conocer la real magnitud de los problemas detectados y en el siglo XIX comienzan a aparecer las primeras publicaciones médicas difundiendo la idea de la revisión de trabajos médicos realizado por otros médicos, publicándose por primera vez en The Lancet (Di Mascio, 2018).

Luego se realiza el primer Censo Médico en Inglaterra con la finalidad de iniciar una calificación de los médicos (esbozo de procesos de Acreditación y Certificación), comienzan a surgir estudios y publicaciones sobre diferentes situaciones con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad derivadas de procedimientos quirúrgicos. Se hace mayor énfasis en la necesidad de confeccionar registros médicos (Di Mascio, 2018).

En 1854 Florence Nightingale hizo un estudio comparativo en el Hospital de Scutari, en Crimea; el cual se encontraba inundado y aun en esas condiciones se brindaba atención en salud, dichas prácticas médicas en completo estado insalubre. (Piscoya, 2000). Sin embargo, la AM como ciencia tiene sus inicios en los hospitales de Estados Unidos a partir de 1910 con el informe Flexner respecto a la enseñanza de la Medicina en diferentes universidades, en el que criticó el sistema existente. En 1917 el Colegio Americano de Cirujanos dicta las Normas para la acreditación hospitalaria. En 1950, se ejecutó un estudio piloto en 15 hospitales, institucionalizándose el procedimiento, venciendo el temor y la suspicacia de considerar a la auditoría como un instrumento de control y punición. Hacia 1980 es un procedimiento implantado en casi todos los hospitales estadounidenses (Di Mascio, 2018).

En Latinoamérica también se ha desarrollado la AM desde el siglo pasado; podemos citar en 1952 Chile inicia con traducciones publicadas en revistas de la antigua Beneficencia y del Servicio Nacional de Salud. En 1975 en Colombia se crea la Oficina de Evaluación Médica en el Instituto de Seguros Sociales. 1973 se funda la Sociedad Argentina de Auditoría Médica (SADAM) y en 1975 se efectúa el primer Congreso Argentino de Auditoría Médica. En el año de 1993 se crea la Ley 87, la que consolida las auditorías médicas en el sector estatal y es en Perú en el año 1968, donde se documentan auditoría de historias clínicas (Jefazo, 2023).

Posteriormente, en 1999 se da el primer diplomado en AM. En 2002, se forma la Sociedad Peruana de AM, 1984 en Uruguay a través de la obligatoriedad de contar con historias clínicas a las 24 horas de internamiento. En el año 2006 en Paraguay se agrega la función de auditoría por parte de la súper intendencia de salud (SUPSALUD) a las Entidad Prestadora de Servicios de Salud (EPSS). En el año de 1981 en Honduras se inician a ejecutar auditorías en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), en este mismo año se crean las Normas de Auditoría. 1985 en República Dominicana se funda la Sociedad Dominicana de Médicos Auditores (Jefazo, 2023).

En 1975 en Cuba en el Instituto de Seguros Sociales se crea la oficina de evaluación médica y docencia que a mediados de los años 80 se transforma en la oficina de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica (Di Mascio, 2018).

Se han realizado investigaciones que apuntan a la AM como una herramienta que busca la mejora de la calidad de los servicios de salud, algunos de estos son:

1. Piscoya (2000) habla de calidad de la atención en salud a través de la auditoría médica donde expone un paso a paso como deberíamos de implementar las auditorías, que debe de ser un acto sistemático y que lo debemos hacer muy diferente a lo que estamos realizando porque al final debemos de obtener de estos elementos que ayuden a la mejora continua de la calidad en salud.
2. En la revista médica de Chile se propone que se debe de implementar los elementos esenciales que se requieran para la realización de una auditoría médica junto con un personal idóneo a cargo del control interno y de la auditoría clínica y crear un sistema de auditoría en los diferentes establecimientos que dan atención en Salud (Osorio S y otros, 2002).
3. El artículo de Rencoret (2003), plantea a las instituciones de salud que desarrollen programas de Auditoría Médica que tienen por objeto la evaluación crítica periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, cuyo objetivo específico es elevar la calidad de la atención sanitaria a través de acciones de evaluación y control periódico.
4. Llanos, Mayca & Navarro (2006), en su artículo Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos, concluyó que el llenado de historias clínicas es pobre para la mayoría de las variables evaluadas. La auditoría médica mejorará los estándares de la práctica médica cuando el personal de salud entienda y se convenza de su valor como herramienta educativa.
5. Cifuentes (2015), planteó que se deben adquirir conocimientos para mejorar la calidad del servicio ofrecido, lo correspondiente entre lo planificado y lo ejecutado; así mismo, la necesidad del mejoramiento continuo que redunde en la satisfacción del usuario y en una empresa con estándares de calidad altos para el beneficio organizacional.

En Nicaragua, también se ha iniciado con las AM desde el siglo XX alrededor de los años 60 y 70; pero, es hasta la década de los 90 que se crea la oficina de apoyo para la realización de las mismas. La ley 423: Ley General de Salud, (2002) y en la normativa 090 Norma y Manual de Autoría de la Calidad de la atención Médica, (2012) refiere las funciones de las auditorías. Una de las cuales es evaluar el cumplimiento de las normas y protocolos de atención médica, está diseñado exclusivamente para la actuación del galeno lo cual limita su propia función porque en el proceso de atención de la salud interactúan más perfiles con responsabilidades inherentes según sus capacidades técnicas científicas (Ministerio de Salud, 2012).

¿Realmente se utiliza esta herramienta para lograr mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud? contraponiendo la experiencia de estudios en Latinoamérica donde practicar auditorías están enfocadas en los procesos básicos de la atención, por ejemplo la calidad de las historias clínicas, valoración de procedimientos quirúrgicos, evaluación del proceso del servicio de anestesia e incluso observar el proceso de las autopsias médicas; todo dirigido al procedimiento de la atención y no centrado al ejercicio médico exclusivo.

Organización del Sector Salud en Nicaragua

En 2008 se adoptó un nuevo modelo de atención en salud llamado Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). Uno de sus objetivos es alcanzar mayores niveles de satisfacción de los usuarios; es decir, aumentar la calidad de la atención; aunque, no explica cuáles son los mecanismos y/o estrategias para lograrlo (Ministerio de Salud, Nicaragua., 2008).

Es en la normativa 090 donde se plasma de manera estandarizada los criterios para realizar la auditoría de la calidad de la atención, considerando que es un documento que sirve de base para evaluar las acciones médicas, éticas y administrativas. Sigue expresando que los establecimientos del MINSA se organizan en forma de red de referencia y se distinguen de la siguiente manera: Puesto de Salud Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Familiar, Hospitales Primarios, Policlínicos, Hospitales Departamentales, Hospitales Regionales (con sus Centros de Diagnóstico de Alta Tecnología), Hospitales con Servicios de Referencia Nacional y Servicios Nacionales de Tercer Nivel de Atención. El INSS contrata servicios de Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS), tanto del sector público como del privado, certificadas por el MINSA (Ministerio de Salud, 2012).

De acuerdo con Cannon, (2000) la auditoría médica es un proceso interdisciplinario, que permite al Cuerpo Médico realizar la evaluación del acto médico, con los objetivos de:

- Mejorar la práctica médica,
- Ser un medio de educación continua, y
- Mejorar la calidad de la atención médica.

Esta es de gran importancia, ya que tiene una función específica dentro del sistema de salud, en cuanto a una revisión crítica y sistemática de los procedimientos, decisiones, uso de recursos, resultados y/o la relación médica paciente y conjuntamente los servicios entregados, determinando así la calidad del acto médico (Pacheco y otros, 2016).

Legislación y protocolo

En la legislación de Nicaragua se cuentan con leyes que abordan el tema de auditoría médica desde la misma constitución política donde el artículo 59 expresa: “Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma” (Asamblea Nacional de Nicaragua, 2014).

La auditoría de la calidad de la atención en salud debe sujetarse a las leyes y sus reglamentos, así como a las normas, guías y protocolos establecidos, así como estándares internacionales reconocidos por el Ministerio de Salud. Entre estas tenemos:

- Ley 290, Ley de organización, competencia y procedimientos del poder ejecutivo. (Artículo 26).
- Decreto No. 25-2006, de Reformas e incorporaciones al Decreto No. 71 – 98. Reglamento a la Ley No. 290 (Artículo 219.- Oficina de auditoría médica).
- Ley No. 423, Ley General de Salud. (Artículo 2).
- Capítulo VI, Del sistema de garantía de calidad, sección i, sistema de garantía (artículos 53 – 54).
- Capítulo IV, De las Auditorías de la Calidad de la Atención Médica (Artículos 149 – 161).
- Norma Técnica Obligatoria para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, aprobada por Acuerdo Ministerial No 269-2005.
- Reglamento Interno de Hospitales del MINSA. Vol. 4 -Serie Desarrollo Hospitalario 1996 aprobado por Acuerdo Ministerial No 69-96. Cap. VI “De los Órganos Colectivos del Hospital,

Arto 15 y Arto 20 del Comité de Evaluación de la Calidad.

- Norma Técnica Obligatoria para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica revisada y aprobada por Acuerdo Ministerial No 116-2008.

La Ley 423 Ley General de Salud (2002) establece en el Título III capítulo I – Competencias del Ministerio de Salud en el artículo 7: Son competencias y atribuciones del Ministerio de Salud en el inciso 36 crear tribunales bioéticos a cargo del MINSA y las asociaciones médicas del país con el propósito de realizar auditorías médicas en los casos que sean necesarios. En la misma ley, pero en el capítulo VI del sistema de garantía de calidad expresa en su artículo 53, el sistema general de garantía de calidad del sector salud, todo lo que corresponda le compete al MINSA reglamentar sus componentes, organización y funcionamiento según lo establecido en el artículo 215 inciso 10 del reglamento de la ley 290; siendo de especial relevancia el componente de la auditoría clínica y médica.

Es objetivo importante del sistema de garantía de calidad y, por tanto, de la auditoría de la calidad de atención, la prevención de daños a la salud, que se logra mediante las evaluaciones sistemáticas de los expedientes clínicos, cumplimiento de normas y protocolos de la atención médica y abordajes clínicos para reducir la incidencia de errores en la provisión de los servicios. Uno de sus cinco elementos corresponde a la función preventiva y otra correctiva; ambas funciones son un pilar fundamental para otorgar un máximo beneficio a los pacientes que reciben atención en salud (Ministerio de Salud, 2012).

En el reglamento de la ley 290: Ley de Organización, Competencia y Procedimiento del Poder Ejecutivo (1998), en su artículo 219 Oficina de Auditorías Médicas en su inciso 2 expresa realizar auditorías médicas especializadas que demanden los pacientes, familiares, hospitales, autoridades judiciales, u otros, en el manejo de los pacientes.

La auditoría médica se define como una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias. Su propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la de la atención prestada (Osorio S y otros, 2002).

La calidad de la atención es un derecho de la población nicaragüense, que garantiza una atención humanizada, solidaria, esto implica utilizar y mantener la ética profesional, poner en práctica los conocimientos científicos y utilizar de forma racional los recursos. Son requisitos del método de evaluación de la calidad de la atención médica: acuciosidad, minuciosidad, análisis, síntesis, juicio crítico, objetividad, imparcialidad y ética basados en la mejor evidencia disponible.

Tabla 1.
Evaluaciones de la calidad de la atención médica

PRIMERA INSTANCIA	SEGUNDA INSTANCIA
Evaluaciones sistemáticas del proceso de la atención en cada establecimiento público o privado por los subcomités de auditoría médica y evolución del expediente clínico.	Evaluaciones críticas realizadas al proceso de atención por una comisión ad-hoc en los SILAIS y en casos relevantes por el nivel central independientemente.

Fuente: Norma 090 - Norma y Manual de Autoría de la Calidad de la atención Médica

Las auditorías se pueden clasificar como se describe en la Tabla 1 y al terminar el proceso se debe emitir un informe que contenga hallazgos, conclusiones y recomendaciones con el objetivo de que sirvan de parámetro para los ajustes en los abordajes clínicos, técnicos y administrativos; y así mejorar la calidad de la atención. Los resultados de la evaluación de la calidad de la atención en salud deben emplear para elaborar un plan de acción para la mejora continua de la calidad enviando copia a director de SILAIS. Las evaluaciones de la calidad de la atención en salud deben

realizarse de forma sistemática, enfatizando el carácter preventivo, evitando que ocurra el daño y si ya ocurrió, evitar que se repita.

La normativa 090 explica paso a paso el proceso de evaluación de la calidad de la atención, está se coordina con el cumplimiento de la normativa 004 (norma para el manejo del expediente clínico), esto lleva a supervalorar la estructura del expediente en cuanto a la redacción y estructuras de las notas y planes médicos al igual que con las notas de enfermería, sin embargo, existen vacíos subvalorados en el proceso de la atención médica como lo son las faltas administrativas y de los servicios de apoyo; como por ejemplo, el laboratorio clínico.

Todos los establecimientos de salud públicos y privados están sujetos a cumplir de manera obligatoria la normativa 090 y cuando sea el caso de evaluar: deberá ser a través del subcomité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico integrado por profesionales destacados (alto nivel científico – técnico, ético. En la Tabla 2 se describen las características de los miembros que deben de constituir el subcomité. Sin embargo, en toda la normativa y en la ley no hay ningún apartado dedicado a ética médica, a diferencia de las comunidades internacionales que tiene códigos de ética médica que se aplican en la práctica de forma permanente y principalmente explican quien formar parte del subcomité con obligaciones y deberes bien definidos. Un consejo muy valioso es que el auditor debería de ser externo para disminuir al máximo los sesgos.

Tabla 2.
Características del subcomité de auditoría médica

NICARAGUA	INTERNACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> Alto nivel científico – técnico, ético. Un médico administrativo. Una enfermera. Un médico especialista (de preferencia con 5 años de experiencia). No debe de estar involucrado en el proceso de la atención a auditar. Evaluación con un mínimo de tres miembros. 	<ul style="list-style-type: none"> Ser médico graduado en una universidad debidamente reconocida. Tener experiencia no menor de 5 años en función de tipo técnico-administrativo y jerárquico. Haber recibido curso de administración en servicios de atención médica. La auditoría médica debe sujetarse a las leyes, estatutos y reglamentos institucionales. La evaluación del proceso de la atención medica debe efectuarse tanto en forma interna como externa.

Fuente: Elaboración propia.

Nicaragua no cuenta oficialmente con un código de ética médica; sin embargo, se cuenta con el decreto ejecutivo número 35-2009 Código de Conducta Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo en su artículo 4 plantea los principios éticos en la conducta de los servidores públicos, los cuales, se pueden aplicar a los trabajadores del sector salud.

Por otra parte, dado que no se tiene código de deontología médica, se utiliza principal como marco de referencia el llamado juramento Hipocrático (citado en la Tabla 3), el cual, ha ejercido una influencia más amplia sobre las facultades universitarias y escuelas de medicina del mundo occidental. También existe en la web un intento de código de ética y deontología médica del MINSA, publicado bajo la tutoría de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua de León donde se citan los principios generales y la relación médico paciente. Todo esto no está específico como en los códigos deontológicos de España, México, Honduras, Argentina, entre otros (Mauricio, SF).

Tabla 3.
Códigos de ética médica

<p>JURAMENTO HIPOCRATICO</p>	<p>JURAMENTO HIPOCRATICO DECLARACION DE GINEBRA. (Adoptada por la W.M.A. en su Asamblea General de 1948; revisada en 1968).</p>
<p>Juro por Apolo Médico, y Asclepo e Higiea y Panacea y todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, que cumpliré de acuerdo con mi capacidad y mi juicio este juramento y este pacto:</p> <p>Apoyar al que me ha enseñado este arte igual que si fuese mi padre, y compartir mi vida con él, y si necesita dinero darle una parte del mío, y considerar a sus descendientes como iguales a mis hermanos por línea masculina, y enseñarles este arte –si desean aprenderlo- sin paga ni contrato; transmitir los preceptos y la instrucción oral y todo lo demás que he aprendido a mis hijos y a los hijos de aquel que me ha instruido a mí, y a los pupilos que hayan firmado el pacto y hayan prestado juramento de acuerdo con la ley médica, pero a nadie más.</p> <p>Aplicaré las medidas dietéticas para beneficio del enfermo de acuerdo con mi capacidad y juicio; nunca le causaré daño ni le someteré a injusticia.</p> <p>No daré una medicina mortal a nadie que la pida, ni haré sugerencias a este respecto. De modo similar, no daré a ninguna mujer un remedio abortivo. Guardaré mi vida y mi arte con pureza y santidad.</p> <p>No usaré el cuchillo ni incluso en los que sufren de cálculos, sino que delegaré a favor de los hombres que realizan esta tarea.</p> <p>En cualquier casa que visite, entraré para beneficio del enfermo, permaneciendo libre de toda injusticia intencionada, de toda mala obra y en particular de las relaciones sexuales con varones y hembras, sean personas libres o esclavas.</p> <p>Cualquier cosa que vea u oiga en el curso del tratamiento, o incluso fuera del tratamiento, que haga referencia a la vida de los hombres, que en ningún caso deba ser divulgada, la guardaré para mí mismo sin hablar nunca de ella.</p> <p>Si cumplo este juramento y no lo violo, que se me premie con el disfrute de mi vida y mi arte, y que se me honre con la fama entre todos los hombres y en todos los tiempos venideros. Si lo violo y juro en falso, que me suceda lo opuesto.</p>	<p>En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica, prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; mostraré a mis maestros el respeto y la gratitud que le son debidos; practicaré mi profesión con conciencia y dignidad; la salud de los pacientes será mi primer objetivo; respetaré los secretos que se me confíen aun después de morir el paciente; mantendré por todos los medios a mi alcance el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; mis colegas serán mis hermanos; no permitiré que consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido político o nivel social se interpongan entre mi deber y mis pacientes; mantendré el máximo respeto por la vida humana desde el momento de la concepción; incluso bajo amenaza, no usaré mis conocimientos médicos en contra de las leyes de humanidad. Hago estas promesas de modo solemne, libremente y por mi honor.</p>

Fuente: (Hammurabi, Rey de Babilonia.)
(Asociación Médica Muncial., 2017)

Todas las unidades de salud públicas y privadas llevarán a efecto dentro del proceso de evaluación de la calidad, auditorías sistemáticas, de oficio o prioridad de casos, a petición de partes (quejas) o por denuncias en medios de comunicación o a petición por otras instancias enfatizando el carácter preventivo y serán realizadas de primera y segunda instancia según corresponda.

MATERIALES Y METODOS

La investigación realizada es de tipo revisión bibliográfica narrativa utilizamos, con el fin de mejorar la calidad de la investigación, la herramienta: Scale for the Assessment of Narrative Review Articles (SANRA), desarrollada en 2010 Christopher Baethge, Sandra Goldbeck-Wood y Stephan Mertens (Baethge y otros, 2019).

Con el avance constante en la realización de estudios de tipo narrativo, surge la necesidad de distinguirlos de los artículos sistemáticos y ensayos controlados, dado que no pueden evaluarse con las mismas herramientas. Debido a ello, se hace necesario que se apliquen nuevas herramientas que pueden medir la calidad de los estudios no convencionales diseñándose para este objetivo SANRA. Posee seis elementos que forman la escalada revisada se clasifican en números enteros de 0 (bajo estándar) a 2 (estándar alto), con 1 como puntuación intermedia. La máxima puntuación de la suma es de 12.

Los criterios usados: explicación de la importancia de la revisión (ítem 1) y declaración de los objetivos (ítem 2) de la revisión, descripción de la búsqueda bibliográfica (elemento 3), las referencias (elemento 4), el razonamiento científico (elemento 5) y la presentación de datos de criterios de valoración y aspectos apropiados (elemento 6) (Baethge y otros, 2019). Todos estos criterios se encuentran en la presente revisión obteniendo un puntaje total de 9 de 12 puntos, ningún criterio recibió puntuación cero y los de mayor puntaje son búsqueda de información, referenciación y razonamiento científico.

El universo son 29 autorías de la calidad de la atención médica de primera instancia realizadas en el Hospital San José Diriamba entre los años 2018 y 2022. Este universo fue considerado como muestra porque es una cifra manejable.

Los criterios de selección de las auditorías son:

- Auditorías de primeras instancias realizadas en el periodo de estudio.
- Deben de estar realizadas en el Hospital Primario San José de Diriamba.
- Deben de estar terminadas sin importar que en su estructura no estén completas según la normativa de auditoría medica vigente.

Criterio de exclusión:

- Las AM de segunda instancia las lleva a cabo el comité Ad-hoc del SILAIS en el periodo de estudio.

Etapas de la investigación

Selección del tema

Generando lluvia de ideas de temas a fines a las auditorías médicas y considerando los antecedentes existentes en Nicaragua se identificó el tema más relevante, generando el siguiente: **Auditorías médicas de primera instancia realizadas en el Hospital San José Diriamba, Nicaragua.**

Recopilación de datos

Se utilizaron motores de búsqueda en internet para localizar artículos científicos de interés para esta revisión y se usaron principalmente las siguientes palabras clave: auditoría médica, calidad de la atención, objetivos, códigos de ética y unidades de salud.

Análisis de datos

Se recopiló, sistematizó y analizó la información internacional, encontrando artículos científicos de interés para la revisión verificados desde el 2000. Las palabras claves que ayudaron fueron: auditorías médicas, normativa, legislación, Nicaragua.

Los resultados encontrados se vaciaron en tablas de frecuencia y porcentajes apoyados con software Excel 2010.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El Hospital Primario San José Diriamba (HPSJD) fue fundado en el año 1955; está ubicado en el barrio La Liberta en el casco urbano del municipio de Diriamba en el departamento de Carazo. Brinda atención 24 horas, durante todo el año, es la unidad de mayor resolución del Municipio. Su red de servicio consta de emergencia mixta (niños y adultos), consulta externa (8 consultorios: oftalmología, medicina interna, ginecología, pediatría, cirugía plástica, cirugía general, medicina natural y terapias complementarias), área de hospitalización, quirófano, labor y partos, rayos X, farmacia, laboratorio, además de las áreas administrativas y de apoyo. Cuenta con un total de 53 camas censables y 16 no censables.

En los últimos 5 años se realizaron 29 auditorías médicas de los cuales el 82% fueron de manera obligatoria por casos como muertes (3), complicaciones obstétricas (17), complicaciones postquirúrgicas (2), asfixias (2). El restante 18% fueron producto de quejas de familiares y pacientes. Un dato muy importante, que no puedo pasar desapercibido, todas las AM se llevaron a la práctica haciendo referencia a la normativa 005 del 2008, versión desactualizada; se debió utilizar la norma 090 del 2012.

En la revisión realizada el 17% (5) de los subcomités conformados cuentan al menos con un miembro implicado en el caso en revisión y en 24% (7) le hacía falta un miembro y el restante 58% (17) la conformación cumple con los requisitos de la normativa.

La normativa del Ministerio de Salud (2012) indica quienes y cuantos recursos humanos deben de conformar el subcomité de auditoría médica y análisis del expediente clínico. En Nicaragua, no existen a la fecha auditores médicos; por lo cual la misma norma expresa que los auditores son las personas que conformen el subcomité. La cantidad de recursos humanos para conformar dicho subcomité es de mínimo tres recursos, estando siempre presente un especialista del caso a evaluar y ninguno de sus miembros debe de estar involucrado en el proceso de atención a evaluar.

El detalle con lo antes expuesto, está en que ninguno de los que normalmente conforman el subcomité tienen formación académica en este tipo de procedimientos en temas como administración en salud, salud pública, auditoría médica y en mejora continua de la calidad de la salud como se expresa en la literatura internacional. Por ende, la evaluación de la calidad de la atención se limita a decidir si se realizó cada uno de los procedimientos de la atención médica en contraposición a lo que las normas del MINSA expresan y luego esto se utiliza para determinar faltas administrativas.

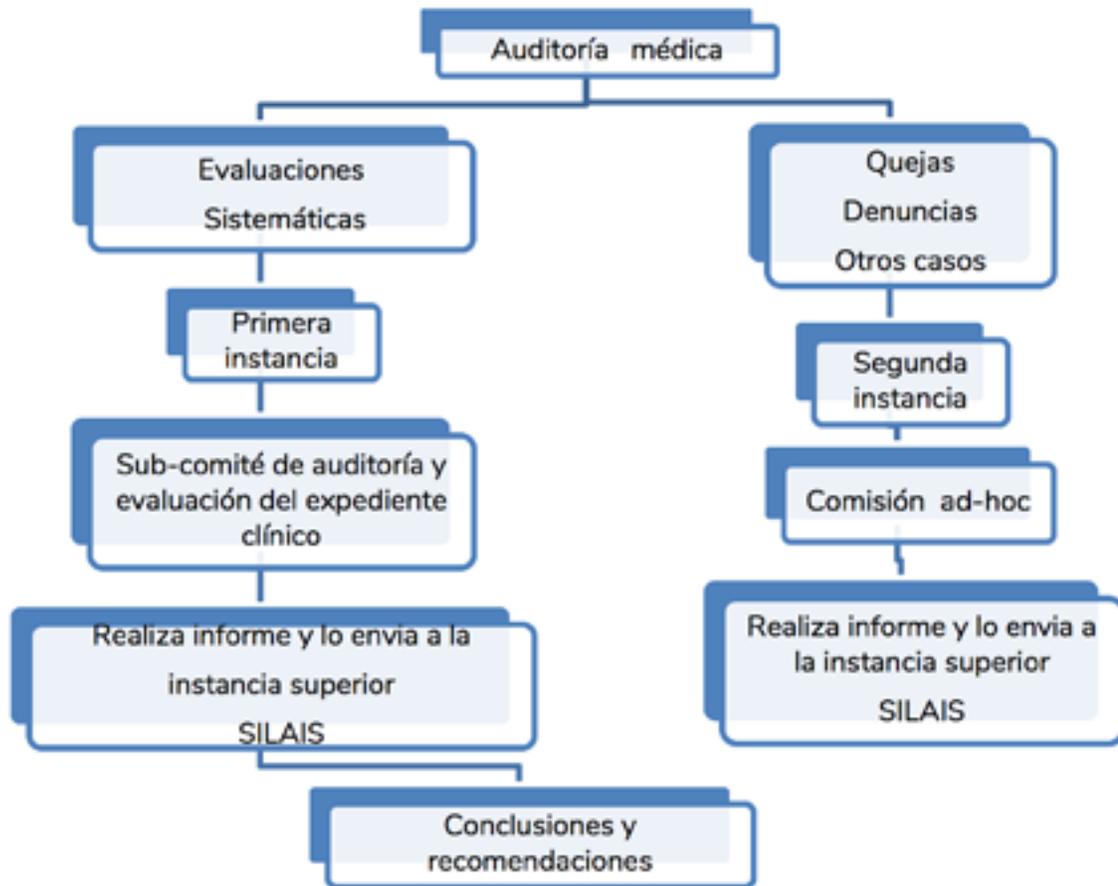
Tabla 4.
El subcomité de AM analiza el proceso de atención

El subcomité de AM analizara el proceso de la atención de:
<ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes vivos o fallecidos seleccionados aleatoriamente. ● El total de muertes maternas, perinatales y neonatales. ● El total de quejas o denuncias por insatisfacción del acto médico.

Fuente: elaboración propia

En la figura 1 se orientan evaluaciones sistemáticas y especiales; las primeras las realizan de primera instancia en las unidades de salud y le corresponden al subcomité de AM y evaluación del expediente clínico; pero, en la revisión realizada en los últimos 5 años no se encontró evidencia que se efectuaran, al menos, no con todos los procedimientos y requisitos que la normativa orienta.

Figura 1. Flujograma



Fuente: elaboración propia

Lo que se ha ejecutado es el monitoreo de los expedientes clínicos de manera mensual en las aéreas más sensibles llamada ruta crítica (servicio de pediatría, obstetricia y quirófano) lo cual cabe como una auditoría de la calidad de la atención, pero, en la valoración no se proyecta un plan de mejora continua que de salida a los desaciertos encontrados.

En el 100% de los casos se encontraron debilidades en el manejo del expediente clínico; entre los hallazgos tenemos: datos de pacientes incompletos, notas médicas que no cumplen con el esquema de subjetivo-objetivo-avalúo-planes, planes que no cumplieron con el esquema alimentación-medicamentos-exámenes-normas, notas de enfermería sin firma y sello de la enfermera, no cumplen con los 5 parámetros de la nota de enfermería, mal foliado de expediente.

Todos estos son errores de forma o estructura de los expedientes clínicos; básicos para la buena calidad de la atención de los pacientes; estos son hallazgos que contradicen lo descrito en la normativa 004 de manejo del expediente clínico (Ministerio de Salud, 2008). Este documento explica como los galenos y enfermeras deben de plasmar lo encontrado en los pacientes en sus notas de evolución como en las notas de enfermería.

Es deber del subcomité de auditoría médica pasar todos los hallazgos encontrados que violentan las normativas del MINSA, notificar las faltas al jefe inmediato de los implicados y estos a su vez de seguir el proceso administrativo como se establece en la Ley 760 Ley de la carrera sanitaria. Sucesivamente se inicia proceso disciplinario donde se plantean faltas que pueden ser leves, graves y muy graves y posteriormente sanciones administrativas e incluso despidos. Es por esta razón que, los recursos de la salud miran las auditorías como herramientas de búsqueda de culpables y no como una herramienta que pretende la mejora continua de la calidad de la atención en salud (Asamblea Nacional de Nicaragua, 2011).

En las auditorías revisadas todas estas violaciones a la normativa se consideraron como faltas graves y es aquí donde se debe de considerar mejorar las auditorías en salud; porque por una mala redacción de la nota médica no se va hacer daño a la integridad del paciente.

De las complicaciones obstétricas los hallazgos específicos para las patologías más frecuentes asociadas: activación tardía del código rojo, subestimación de pérdidas sanguíneas, uso injustificado de antihipertensivo, uso injustificado de uterotónicos, tiempos de espera prolongados y decisión de procedimientos quirúrgicos no realizados en tiempo. En los casos de mortalidad por dengue que estudiaron en el 2019, vigilancia inadecuada de parámetros hemodinámicos, no interpretación de los signos de alarma, falta de vigilancia de médicos especialistas y no interpretación de examen de laboratorio.

En el análisis que realiza el subcomité de auditoría médica todas estas faltas se consideraron muy graves; por lo que la vida de los pacientes está en peligro, lo que trae como consecuencia sanción de 1 a 3 meses sin goce de salario o la cancelación del contrato laboral. Claramente, este tipo de sanción es visto con malos ojos por los trabajadores; sin embargo, en estos casos la ley de la carrera sanitaria es clara con este tipo de faltas, aunque para los trabajadores sea una manera de buscar culpables.

Todos los procesos de AM deben de terminar con conclusiones, recomendaciones y plan de mejora; solo el 7% cumple con todos los ítems anteriores, el 45% tiene conclusiones, el 17% recomendaciones y 7% plan de mejora. Esto sin lugar a duda, no fortalece en nada el proceso de mejora de la calidad de atención y desvirtúa el propósito mismo de la auditoría.

El MINSA con el objetivo de mejorar la calidad de la atención en salud viene desde 2014 ha incorporar sistemas inteligentes, que consiste en utilizar la tecnología (telemedicina, quirofanos inteligentes, automatización electrónica de los sistemas de admisión y registros médicos, reporte de citas médicas en los celulares de los pacientes). Sin embargo, esto no es suficiente por lo que se debe de tener personal de salud capacitados en auditorías médicas, bioética médica y en cantidades suficientes para que no sea el mismo personal asistencial el que deba de juzgar el actuar de los colegas.

CONCLUSIONES

El 82% de las auditorías realizadas son obligatorias producto de muertes hospitalarias, complicaciones obstétricas y quirúrgicas. Esta estrategia beneficiaría en gran medida si se suma las herramientas administrativas como: la medición de estándares de calidad, monitoreo de los procesos de atención, encuestas de satisfacción de usuarios que aporten objetivamente acciones en la mejora de la calidad de la atención en salud.

El 17% de las auditorías incluyó dentro de los miembros del subcomité a recursos médicos involucrados en el proceso de atención evaluado, lo que claramente afecta la objetividad de las conclusiones, recomendaciones y planes de mejora y no debieron de tomarse en cuenta para toma de decisión de las autoridades encargadas de la unidad de salud.

No se debe de continuar realizando auditorías médicas sin que esté presente dentro del subcomité un miembro que sea médico administrativo, que realmente busque las deficiencias en el proceso de atención no con el objetivo de buscar culpables, si no buscando la mejora en la calidad prestada en salud y poder de esta manera cambiar el paradigma que se tiene alrededor de las auditorías en general y en especial de las médicas.

Todos los procesos de auditoría evaluados resultaron en la iniciación de procedimientos disciplinarios. Estos procedimientos, a su vez, culminaron en la imposición de sanciones administrativas a los individuos implicados en las irregularidades detectadas durante el proceso de la atención. Es importante señalar que, todas las auditorías encontraron alguna deficiencia en el manejo del expediente clínico a las cuales se les da mucha importancia porque todas fueron señaladas como faltas graves ajustándose a la ley de la carrera sanitaria. Es aquí, el motivo por el cual los trabajadores de la salud observan como malo la realización de auditorías de la calidad de atención, la cual se centra en la valoración del expediente clínico.

Crear el servicio de calidad de la atención en cada centro de salud cabecera, hospital primario, hospital departamental, hospital regional y hospitales nacionales como en los SILAIS con médicos, enfermeras que no se encuentren dentro de sus funciones asistenciales para disminuir los sesgos.

Conformar los subcomités de ética médica que son de vital importancia al momento de realizar auditorías médicas y que un miembro este siempre en el subcomité de auditoría y evaluación del expediente clínico.

Elaborar código de ética médica propio para Nicaragua, soportado en las legislaciones vigentes para poderle dar salida a los problemas de esta índole.

Es necesario que, todas las auditorías médicas terminen con conclusiones, recomendaciones y planes de mejora que realmente sean útiles para la atención en salud. El 93% de las auditorías analizadas no tiene completos los ítems antes mencionados, lo cual limita evidentemente su finalidad.

Con todo lo revisado, no queda claro que las auditorías médicas que se están realizando se implementen para mejorar la calidad de la atención; uno porque no todas terminan en recomendaciones que se puedan aplicar en la práctica y todas se utilizan para iniciar procesos disciplinarios donde se aplican medidas administrativas que buscan la mejora de la calidad de la atención, pero que no se garantiza, aunque se apliquen estas últimas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre-Gas, H. (1991). Evaluación y garantía de calidad de la atención médica. *Salud Pública de México*. 33(6), 623-629. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5460>
- Arango Guzmán, P. N., Flórez Hurtado, P. A., Pérez Pérez, Á. P., & Rodríguez, C. M. (2018). *Estado del arte del concepto de auditoría en salud*. Bogotá: Universidad de Santo Tomás. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/10413>
- Asamblea Nacional de Nicaragua. (2002). Ley 423: Ley General de Salud. *La Gaceta Diario Oficial*, págs. 16-16. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-322029>
- Asamblea Nacional de Nicaragua. (01 de julio de 2011). Ley N° 760. Ley de la carrera sanitaria. *La Gaceta*, pág. 12. <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/b92aaea-87dac762406257265005d21f7/497b43a853e8d51d062578fd0058f673?OpenDocument>
- Asamblea Nacional de Nicaragua. (18 de febrero de 2014). Constitución Política. *La Gaceta. Diario oficial*(32), pág. 32. Retrieved AÑO CXVII, from <http://legislacion.asamblea.gob.ni/gacetitas/2014/2/g32.pdf>
- Asamblea Nacional de Nicaragua. (30 y 31 de octubre de 1998). Reglamento a la Ley 290, Ley de organización, competencia y procedimiento del poder ejecutivo Decreto

- ejecutivo N° 71-98. La Gaceta, Diario Oficial N° 205 y 206, pág. 44. <http://legislacion.asamblea.gob.ni/gacetitas/1998/10/g205.pdf>
- Asociación Médica Muncial. (octubre de 2017). El juramento médico (Declaración de Ginebra): <https://1aria.com/entrada/el-juramento-medico-declaracion-de-ginebra>
- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA - a scale for the quality assessment of narrative review article. *Res Integr Peer Rev*, 4(5). <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>
- Banquet Lara, B., & Cuatindioy Chasoy, H. P. (2020). *La auditoría interna y su calidad de la atención en salud. (Monografía de posgrado para optar al Título de Especialización en Auditoría en Salud)*. Universidad de Antioquía. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/19110>
- Blog de Foro Médico Nicaraguense. (2010). <https://colmedni.ning.com/profiles/blogs/codigos-de-etica-medica>
- Calle Aranibar, Y. (2022). Evaluación de la Calidad de registro del Expediente Clínico a través de la revisión de los informes de Auditoría Médicas Internas en las 6 redes de Salud del Departamento de Oruro realizadas en la gestión 2020. 87. Trabajo de grado presentado para optar al título de Especialista en Gestión de Calidad y Auditorías Médicas, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/30353>
- Canazas Conde, W. (2014). Auditoría Médica, como instrumento de la mejora de la calidad en la atención a la mujer gestante y al recién nacido, en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital de la Mujer. Tesis de Especialidad, Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia. <http://hdl.handle.net/123456789/3880>
- Cannon, V. G. (2000). Auditoría médica. *Revista de la Asociación de Médicos Residentes del Instituto Especializado de Salud del Niño Paedriátrica*, 3(1), 27 - 28 . https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatica/v03_n1/auditor%C3%ADa.htm
- Christopher Baethge, S. G.-W. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, 7. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>
- Cifuentes, B. P. (2015). Auditoría de servicio. *CES Salud pública.*, 6(1), 102 - 115. https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3274
- Cognibrain. *service beyond hopes!* (2023). <https://www.cognibrain.com/sanra-tool-for-assessing-narrative-review-articles/>
- Decreto ejecutivo N° 35 - 2009. (18 de junio de 2009). Código de conducta ética de los servidores públicos del poder ejecutivo. *Aprobado el 28 de mayo del 2009 publicado en La Gaceta Diario Oficial(113)*. <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/b92aaea-87dac762406257265005d21f7/1d93cd4eaf137dac0625765c006f6a87?OpenDocument>
- Di Mascio, N. (27 de diciembre de 2018). *Linked in*. Historia de la Auditoría Médica: <https://es.linkedin.com/pulse/historia-de-la-auditor%C3%ADa-m%C3%A9dica-dr-norberto-claudio-di-mascio>
- Fernández López, M. J., & Prieto Pérez, S. (s.f.). *Rvista Medica.com*. Etapas para realizar una revisión bibliográfica: <https://revistamedica.com/etapas-realizar-revision-bibliografica/>
- Fonseca, L., Rivero, S., Baltazar , T., & Ñamendys, S. (2009). Auditoría Médica. *Med Int Mex*, 25(1), 23 - 30. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2009/mim091e.pdf>
- Hammurabi, Rey de Babilonia. (s.f.). *Código de Hammurabi*. <https://www.guao.org/sites/default/files/biblioteca/C%C3%B3digo%20de%20Hammurabi.pdf>
- Jefazo. (2023). *Introducción a la auditoría médica*. Colegio Mexicano de Auditoría Médica y Gestión en Servicios de Salud.: <https://comam.org.mx/2020/11/04/auditoria-medica/>
- Juan Pablo Álvarez, M. G. (2018). Florence Nligthingale, La enfermería y la estadística otra mujer fanstástica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 372-379. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.05.004>
- Llanos-Zavalaga, L. F., Mayca Pérez, J., & Navarro Chumbes, G. C. (2006). Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peru-

- anos. *Revista Medica Herediana*, 17(4), 220 - 226. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2006000400006&lng=es&tlng=es
- Mason, A. (2002). The emerging role of clinical audit. *Revista de Medicina Clínica*, 2(4), 294 - 296. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.2-4-294>
- Mauricio, A.). (SF). *STUDOCU. (Código de Ética y Deontología Medica del MINSa. [Organización médica colegial.] STUDOCU*: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-nacional-autonoma-de-nicaragua-leon/salud-publica/codigo-de-etica-y-deotologia-medica-del-minsa/24014644>
- Mendoza Saltos, M. F., Granja Martínez, A. S., Mendoza Bravo, A. L., & Palma Macías, G. R. (2021). Auditoría médica e incidencia en la reducción de objeciones en la RPC de Ecuador. *Revista científica. Dominio de las Ciencias DIALNET*, 7(3), 1006 - 1023. <https://doi.org/0.23857/dc.v7i3.2036>
- Ministerio de Salud. (2008). *Normativa 004 Norma para el manejo del expediente clínico. Guía para el manejo del expediente clínico*. Managua, Nicaragua: Dirección general de regulación sanitaria. [ttps://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2023-02/Normativa-004-Norma-para-el-manejo-del-expediente-clinico.pdf](https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2023-02/Normativa-004-Norma-para-el-manejo-del-expediente-clinico.pdf)
- Ministerio de Salud. Nicaragua. (2008). *Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario*. (1 ed.). Managua, Nicaragua: MINSa. https://mapasalud.minsa.gob.ni/wp-content/uploads/2017/03/Marco_Conceptual_Modelo_SaludFamiliar_Comunitario.pdf
- Ministerio de Salud., Nicaragua. (2012). *Norma y Manual de Autoría de la Calidad de la atención Médica. Normativa 090*, 41. <https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2023-02>
- Organización Médica Colegiada de España. (2022). *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. Madrid, España: Gráficas Lasa, S.L. <https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/f394b14a-f840-40f5-8241-aaf98824850f/Code-of-Medical-Ethics-and-Deontology/4/index.html>
- Osorio S, G., Sayes V, N., Fernández M, L., Araya C, E., & Poblete M, D. (2002). Auditoría Médica: herramienta de gestión modernasubvalorada. *Revista médica de Chile*, 130(2), 226 - 229. <https://doi.org/10.4064/s0034-98872002000200014>
- Pacheco, F., Quimuña, A., & Velásquez, J. (2016). Auditoría médica como herramienta de control en la administración hospitalaria en el Ecuador. *Revista 593 Digital Publisher CEIT*, 1(2), 22-39. https://www.593dp.com/index.php/593_Digital_Publisher/article/view/7/84
- Páez Cañón, D. (2015). *Situación actual de la auditoría médicas en Colombia. Especialización en el control interna y auditoría*, Universidad Militar Nueva Granada, Colombia. <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/7203>
- Piscoya, J. (2000). *Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 61(3), Págs. 227 - 240. <https://www.redalyc.org/pdf/379/37961308>
- Rencoret S, G. (2003). *Auditoría Médica: Demandas y Responsabilidad por Negligencias Médicas. Gestion de Calidad: Riesgos y Conflictos. Revista chilena de radiología. SCIELO*, 9(3), 157 - 160. <https://doi.org/10.4067/S0717-93082003000300008>
- Saltos, M., Martínez, A., Bravo, A., & Macías, G. (2021). Auditoría médica e incidencia en la reducción objeciones en la RPC de Ecuador. *Dominio de las Ciencias*, 7(3), 1006 - 1023. <https://doi.org/https://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=8229721>