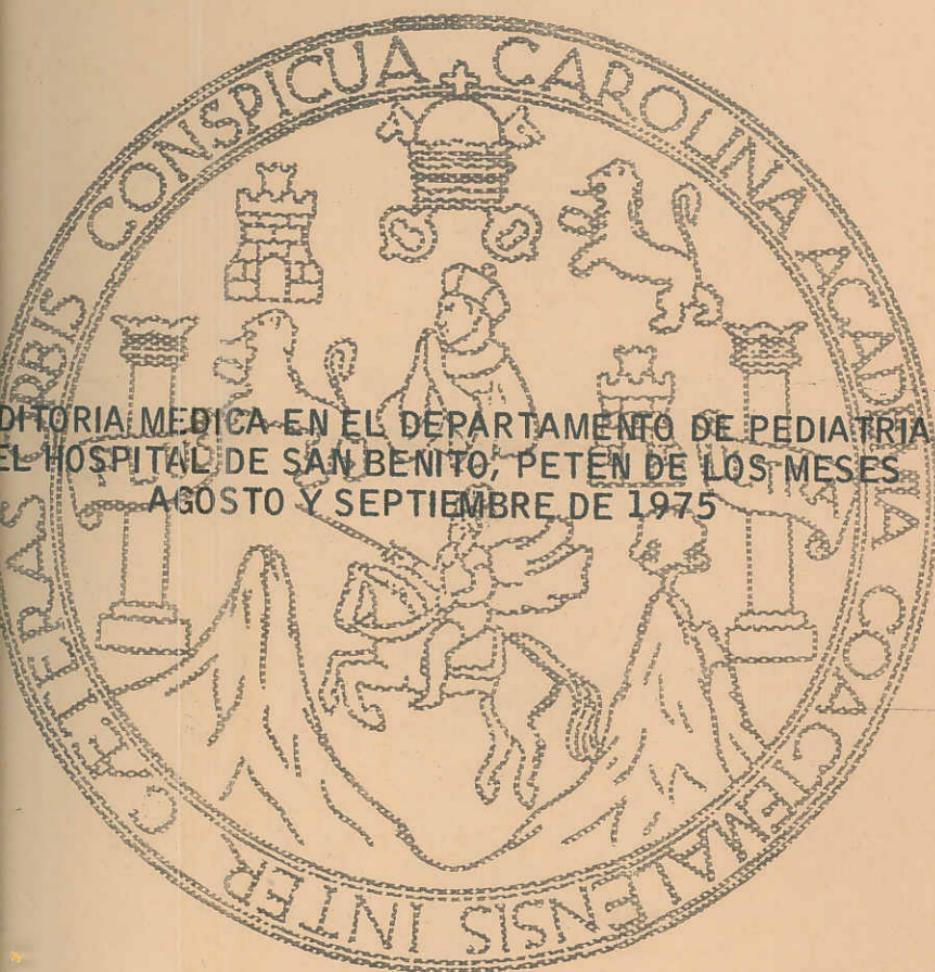


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



TACITO GUILLERMO OROZCO GARCIA

PLAN DE TESIS

CAPITULO I

INTRODUCCION

JUSTIFICACIONES

HIPOTESIS

OBJETIVOS

ANTECEDENTES

MATERIAL Y METODOS

DESCRIPCION Y AREA DE TRABAJO

CAPITULO II

PRESENTACION, ANALISIS Y RESULTADOS

CAPITULO III

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La auditoría médica, debe ubicarse en el marco dinámico de la atención médica en Guatemala, para que pueda incidir efectivamente en su transformación.

Guatemala es un país con diferencias abismáticas de tipo social-económico entre -clases, como producto de su estructura social y el grado de desarrollo que de ella se deriva. Lo que crea a todo nivel de la estructura social situaciones de desequilibrio grave, hecho que se refleja en la situación de salud del país.

Es así como el nivel de ésta en la mayoría de la población, es paupérrimo.

Son características de este grupo de población en Guatemala, en cuanto a la salud, - las siguientes: es el que sufre el mayor-impacto de la enfermedad, es decir, el de más alto riesgo; no tiene ninguna facilidad de optar a los servicios de salud y cuando puede optar, los servicios que se le prestan (principalmente aquellos que no corresponden a la capital) son ineficaces.

Por esto, constituye una urgencia adoptar o crear para nuestro medio los instrumentos adecuados que nos permitan elevar, en lo que a salud se refiere, las condiciones existentes; es evidente que esto no debe considerarse como un elemento aislado, si no como parte de la necesidad del desarrollo integral.

Aceptando sus limitaciones, tales instrumentos deben en un primer momento, ser capaces de evaluar o diagnosticar las condiciones de salud de las instituciones que se requiera explorar.

En esta situación de instrumento quiero colocar a la auditoría médica; la cual definiré como "La evaluación retrospectiva de la calidad (contenido) de la atención médica a través del análisis científico de las historias clínicas (registros médicos)".

En un segundo momento esta evaluación debe saltar cualitativamente a la crítica científica, para que en un tercer momento se convierta en un mecanismo de retroalimentación que dinamice el proceso de la atención médica, no solo a nivel de instituciones aisladas, sino principalmente a nivel de política nacional de salud.

Considero que esto permitiría reubicar recursos, someter a juicio programas, modificando sus resultados para que el efecto de la atención médica se adecúe a las necesidades nacionales de salud. Se asume, que el mejorar la calidad de la atención en salud se reflejará en las tasas de morbi-mortalidad, las cuales deberán de bajar en relación a las existentes en el inicio de la auditoría, siempre y cuando no se presenten fenómenos incontrolables que influyan directamente en ellos.

2. JUSTIFICACIONES

- 2.1 Dada la precaria condición socio-económica y cultural en que vive el país, debe de existir una mejor utilización de los recursos. En el problema que nos interesa, la auditoría médica, como técnica, puede constituirse en una forma práctica de evaluar los recursos de salud, para su mejora.
- 2.2 En nuestro medio la población infantil es el grupo más vulnerable como lo demuestran las altas tasas de morbi-mortalidad que en este grupo persisten. Esto ha sido ratificado por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de Salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Facultad de Ciencias Médicas y el pueblo mismo. Por ser la población infantil el potencial productivo y por ende el futuro de nuestro país, es nuestro deber velar por la calidad de atención médica que se le preste.
- 2.3 Siendo el área rural donde se observa la mayor deficiencia en calidad, cantidad y utilización de los recursos de salud y donde paradójicamente se encuentra el grupo mayoritario de la población, que también es el más afectado por la enfermedad, considero urgente la necesidad de evaluar esta situación, para que en base a ello se den recomendaciones que transformen el servicio en eficiente.

2.4 Me ha parecido de interés realizar esta investigación en el área del Petén, por ser este Departamento, - como lo demuestran los censos del SNEM, el de mayor tasa de crecimiento y con una situación de salud precaria.

3. HIPOTESIS

- 3.1 La auditoría médica es un método por el cual podemos evaluar y mejorar la calidad de atención médica en cualquier servicio de salud.
- 3.2 En el área a investigar existe una deficiencia de recursos y mala utilización de los mismos.
- 3.3 El tiempo de hospitalización se ve prolongado por el inadecuado diagnóstico, tratamiento y por las enfermedades crónicas concomitantes a la enfermedad por la que se consulta.
- 3.4 El diagnóstico de egreso es incompleto en la mayoría de las historias clínicas.
- 3.5 La desnutrición es una enfermedad que es diagnosticada adecuadamente.
- 3.6 De los pacientes hospitalizados el mayor porcentaje no son originarios de El Petén y tampoco residen en la parte central del Este, lo que motiva que el recurso de salud sea difícilmente asequible a la población.

4. OBJETIVOS

Generales:

- 4.1 Conocer en forma objetiva la calidad y características de la atención médica en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de San Benito Petén, en los meses de agosto y septiembre de 1975.
- 4.2 Que tanto las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Colegio Médico y autoridades hospitalarias, reconozcan la importancia de este procedimiento y los beneficios que su uso reportarían en el mejoramiento de la atención médica de el país.
- 4.3 Que el estudiante de medicina y catedráticos se den cuenta de la importancia de la auditoría médica como método de evaluación objetiva y de enseñanza-aprendizaje.
- 4.4 Conocer la calidad del diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los pacientes egresados en los meses de agosto y septiembre de 1975 en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de San Benito Petén.
- 4.5 Ayudar aunque sea en una mínima parte en formar conciencia en todo el personal que labora en salud, de la importancia que conlleva mejorar la calidad de atención médica, principalmente en los departamentos de Pediatría.

Específicos:

- 4.6 Conocer la morbilidad y su estructura en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de San Benito Petén, durante los meses de agosto y septiembre de 1975.
- 4.7 Conocer el área de influencia del Hospital Regional de San Benito Petén.
- 4.8 Detectar movimientos migratorios su impacto en la situación de salud.
- 4.9 Determinar el mal uso o no del recurso laboratorio.
- 4.10 Determinar la clase de personal que ingresa al paciente.
- 4.11 Determinar la correlación diagnóstico de egreso y el diagnóstico real.
- 4.12 Determinar el porcentaje de pacientes que estuvieron hospitalizados con grados variables de desnutrición.
- 4.13 Determinar el número y porcentaje de pacientes que se les efectuó control de hemoglobina y la incidencia de anemia.
- 4.14 Determinar el número y porcentaje de pacientes tratados por parasitismo intestinal.

- 4.15 Determinar la condición de egreso del paciente.
- 4.16 Determinar el porcentaje de pacientes con ingresos previos.
- 4.17 Determinar el uso adecuado o no de antibióticos.
- 4.18 Determinar el promedio de días de hospitalización.

5. ANTECEDENTES

La auditoría Médica que es: "La evaluación retrospectiva de la calidad y contenido de la atención médica, a través del análisis de las historias clínicas"; es actualmente una práctica generalizada en hospitales de países desarrollados, que se preocupan constantemente por el mejoramiento de la calidad de atención médica que se presta a la población.

Sin embargo, pese a que es una actividad que repercute directamente en la morbilidad de una población, promoviendo la superación permanente del personal de salud y la calidad de atención médica dada por una institución a un país, es de origen reciente.

Este método de evaluación tuvo su auge hace aproximadamente dos décadas y desde ese momento se ha venido mejorando notablemente esta actividad, llegando en la actualidad a ser usado como método de enseñanza-aprendizaje en hospitales-escuela de post-grado médico; se ha llegado a efectuarlo por enfermedades específicas llegando a determinar la calidad de atención médica en cada una de ellas.

En América Latina, México y Chile tienen poco más de diez años de uti-

lizarla, y el Instituto de Seguridad Social de México desde marzo de 1973 lo viene utilizando de una forma dinámica y sistemática.

A nivel de nuestro país la historia y trascendencia es un poco más limitada, aunque si contamos con bibliografía sobre el tema. La mayoría de las personas que conocen el sistema, aunque considero que si poseen la conciencia de la importancia del mismo, su actuación ha sido limitada por falta de un método y técnicas adecuadas a nuestro medio.

Considero que es en lugares como en nuestro país con precaria situación socio-económica-cultural, en los cuales debería existir un estricto control de la calidad de la atención médica y utilización de los recursos.

En Guatemala existen publicados los siguientes trabajos:

- 5.1 1974: Auditoría Médica en el Departamento de Medicina en el Hospital General "San Juan de Dios", por el doctor Luis Alberto Caballeros Coronado (tesis).
- 5.2 1974: Evaluación de los servicios prestados en el Departamento de Obstetricia del Hospital de Amatitlán por el doctor Mario E. Nájera Farfán (tesis).

- 5.3 1974: Auditoría Médica en la Cuna No. 1, del Departamento de Pediatría del Hospital General "San Juan de Dios". Trabajo de Electivo de la doctora Ivette Eugenia Lam Cifuentes.
- 5.4 1975: Auditoría Médica en el Departamento de Medicina del Hospital General de Occidente, por el doctor Alfredo Camposeco, (tesis).
- 5.5 1975: Auditoría Médica en el Departamento de Cirugía del Hospital General "San Juan de Dios", año 1974, por el doctor Carlos E. Salazar Paredes, (tesis).
- 5.6 1975: Estudio Introductorio acerca de una evaluación de calidad de la atención proporcionada en el Hospital General "San Juan de Dios" según opinión de sus pacientes, año 1974, por el doctor Jorge Enrique Villar Anleu, (tesis).
- 5.7 1976: Auditoría Médica en el Departamento de Obstetricia del Hospital de Mazatenango por el doctor Juan José Valverde Melgar, (tesis).

5.8 A partir de 1975, se han estado realizando actividades de auditoría médica en los Departamentos de Pediatría y Obstetricia de los Hospitales General "San Juan de Dios" y Roosevelt, como parte del currículum de estudios de los estudiantes de medicina de Fase III en el Programa Materno Infantil.

5.9 A partir del presente año se llevan a cabo actividades de auditoría médica como parte del programa de post-grado de Pediatría en el Hospital General "San Juan de Dios"

6. MATERIAL Y METODOS:

Para la realización del presente trabajo se utilizó como muestra el total de egresos del Departamento de Pediatría del -- Hospital Regional de San Benito, Petén, del 28 de agosto al 26 de septiembre de 1975.

6.1 Materiales:

6.1.1 63 registros médicos del departamento de Pediatría proporcionados por el archivo del Hospital.

6.1.2 Se consultó la bibliografía pertinente para llegar a establecer criterios, guía y la forma adecuada de la investigación.

6.1.3 Se utilizó tabla guía, elaborada especialmente para este trabajo, con las siguientes secciones a evaluar:

6.1.3.1

Datos generales:

6.1.3.2

Examen físico, historia y diagnóstico de ingreso.

6.1.3.3

Notas de evolución

6.1.3.4

Resumen de ingreso o defunción

6.1.3.5

Terapéutica Médica: duración, indicación y dosificación.

6.1.3.6

Dieta

6.1.3.7

Indicación y duración de la hospitalización

6.1.3.8

Cumplimiento de órdenes médicas

6.1.3.9

Diagnóstico real y correlación con el diagnóstico de egreso encontrado en el Registro Médico.

6.1.3.10

Condición de egreso

6.2 Método

6.2.1 Tabulación retrospectiva de 63 registros médicos del Departamento de Pediatría del Hospital Regional de San Benito, Petén.

6.2.2 Los datos se recolectaron en un instrumento elaborado especialmente y bajo normas estandarizadas para poder determinar si las secciones a evaluar fueron: no necesarias, omitidas, tardías, insuficientes, excesivas, no valoradas, inadecuadas.

6.2.3 Se tabuló, presentó e interpretó la información recolectada.

6.2.4 Los datos para la morbilidad y para el diagnóstico real fueron realizados con base al análisis del diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, notas de evolución y resultados de laboratorios efectuados.

6.2.5 En el análisis de medicamentos se tomó en cuenta, indicación, vía de administración, dosis, duración del tratamiento, y su relación con otras drogas.

7. DESCRIPCION Y AREA DE TRABAJO

El Petén es un departamento con características similares en sus problemas de salud, al resto de la república, pero a la vez peculiar por sus agravantes (estado de colonización, estado selvático, grandes distancias y estar así totalmente aislado de los otros departamentos de la república). El municipio de San Benito cubre, dentro del departamento de El Petén un área de 112 kilómetros cuadrados de superficie (69 caballerías, 17 manzanas y 9568.72 varas cuadradas); colinda por el Norte con los municipios de San Andrés y Flores; al Este con Flores y Santa Ana; al Sur con San Francisco y al Oeste con la Libertad. Este municipio cuenta con una municipalidad de 4a. categoría, así como un pueblo, una aldea y 15 caseríos, con un total de 6135 habitantes (según censo SNEM para el 1er. semestre de 1976), con una población esperada de 8573 habitantes al finalizar dicho año, según aumento vegetativo de 31.3% para el Petén. Es importante también mencionar que Petén contaba para 1975 con 91307 habitantes y se espera que esta cantidad suba a 119880 habitantes al finalizar el año 1976. El clima es generalmente cálido, con cambios de estaciones marcados por fuertes lluvias, calor extremo.

La superficie es generalmente plana, con grandes bosques tropicales, siendo sus tierras no muy ricas por el escaso grosor del suelo.

Cuenta con una carretera diagonal que comunica a San Benito con Santa Elena (municipio de Flores), Santa Ana, Poptún, Puerto Modesto Méndez, Guatemala (a 475 kilómetros). La calle principal se prolonga con una carretera que conduce a San Francisco, Sayajché, San Andrés, San José, El Remate y Melchor de Mencos.

7.1 DISTRIBUCION DEL AREA FISICA DEL
HOSPITAL DE SAN BENITO, PETEN.

1. Patio de entrada
2. Consulta Externa
3. Emergencia
4. Administración
5. Laboratorio
6. Sala de partos
7. Sala de recién nacidos
8. Maternidad
9. Jardín de Pediatría
10. Enfermería de Pediatría
11. Sala de Pediatría
12. Sala de Medicina de mujeres
13. Sala de Cirugía de mujeres
14. Lavadero
15. Sala de Pediatría
16. Aislamiento de Pediatría
17. Lavandería
18. Costurería
19. Bodega
20. Dormitorio de enfermeras graduadas
21. Oficina Jefa de enfermeras
22. Rayos X
23. Archivo
24. Emergencia
25. Dirección
26. Farmacia
27. Sala de Cirugía de hombres
28. Aislamiento de hombres

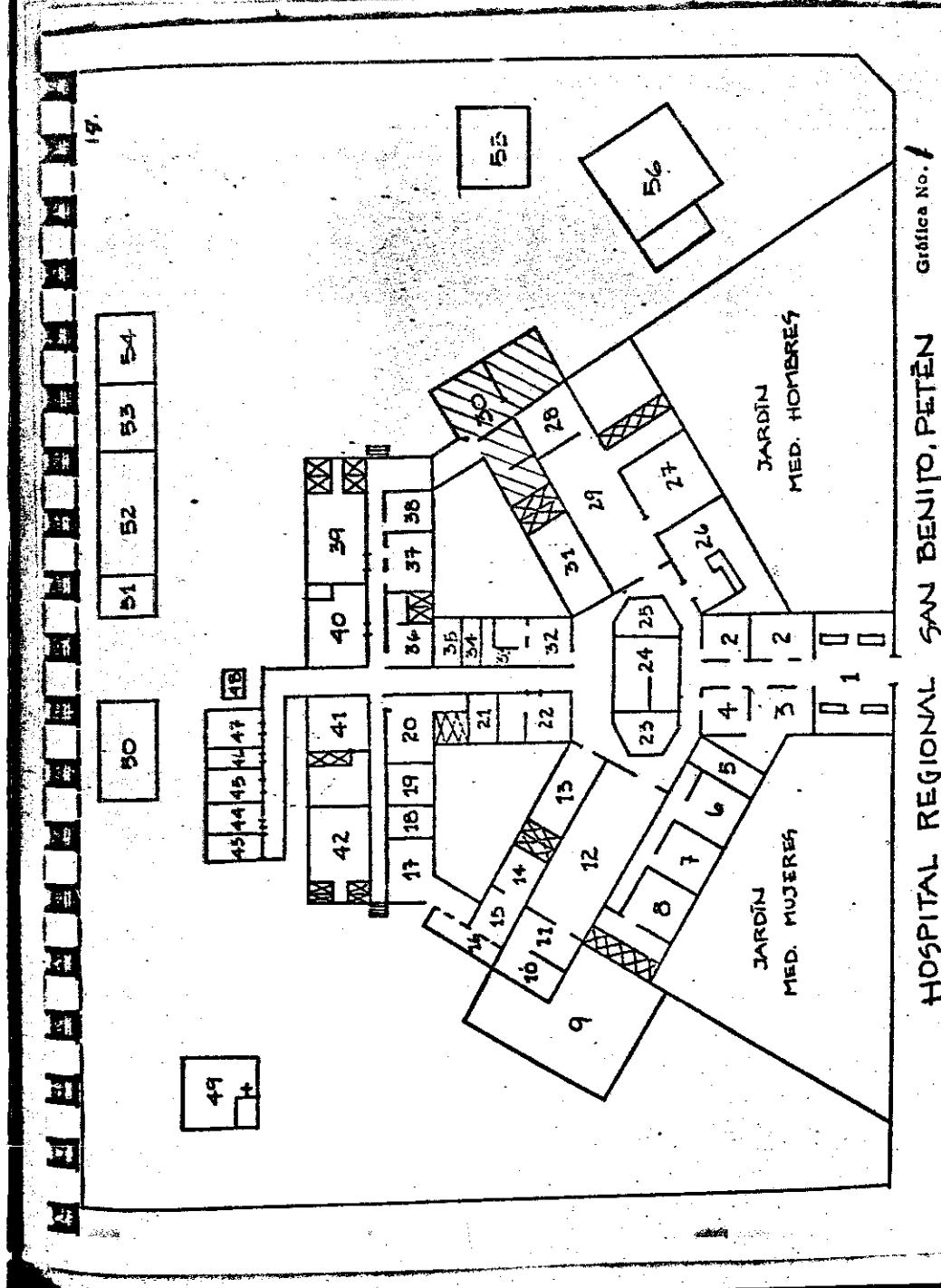
29. Sala de medicina de hombres
30. Casa del residente
31. Sala del IGSS
32. Sala de Operaciones de Cirugía Mayor
33. Sala de Operaciones séptica
34. Sala de legrados
35. Vestidores de médicos
36. Sala para legrados sépticos
37. Central de equipos
38. Comedor de médicos y enfermeras
39. Dormitorios para estudiantes en EPS
40. Dormitorio de enfermera graduada
41. Dormitorio de auxiliar de enfermería
42. Dormitorio de estudiantes de MI
43. Lavandería
44. Planchado
45. Cocina
46. Comedor para personal
47. Despensa
48. Depósito de agua
49. Morgue y capilla
50. Basurero
51. Garage
52. Carpintería
53. Garage
54. Planta Eléctrica
55. Casa de servidumbre del médico director
56. Casa del médico director.

Dicho Hospital cuenta con un promedio de 140 camas, 35 de las cuales pertenecen al Departamento de Pediatría.

RECURSOS HUMANOS

Permanentes		Transitorios	
Médico Director	1	Estudiante EPS	1
Residentes	2	Estudiante MI	2
Enfermeras			
Graduadas	3		
Auxiliares de			
Enfermería	12		
Encargado de			
Farmacia	1		
Laboratoristas	2		
Técnico de			
Rayos X	1		
Conserjes	3		
Cocineras	2		
Lavanderas	2		
Encargado de			
la morgue	1		

Siendo un hospital de 140 camas, se puede observar que los recursos son muy limitados, siendo esto más evidente en los turnos, ya que únicamente trabajan dos auxiliares de enfermería, un estudiante de medicina; estando un residente y el médico director de llamada.



CAPITULO II

1. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Los datos que ha continuación se presentan corresponden a los registros clínicos de egreso de pacientes de pediatría del Hospital regional de San Benito, Petén; en el periodo comprendido del 28 de agosto al 26 de septiembre de 1975.

1.1 Cuadro No. 1

Número y porcentaje de pacientes según el lugar de origen:

Lugar de Nacimiento	Número de Pacientes	%
Flores, Petén	29	46.03
Baja Verapaz	1	1.59
Chiquimula	5	7.94
Escuintla	5	7.94
Izabal	7	11.11
Huehuetenango	1	1.59
Jutiapa	4	6.35
Santa Rosa	2	3.17
Progreso	2	3.17
Jalapa	2	3.17
Guatemala	2	3.17
Mazatenango	2	3.17
Alta Verapaz	1	1.59
TOTAL	63	100.00

Cuadro No. 1

Como se puede observar en dicha gráfica sólamente el 46% de los pacientes hospitalizados eran originarios del departamento de El Petén, registrándose que un 54% de los niños hospitalizados provienen de otros departamentos: principalmente de Izabal, Escuintla y Chiquimula.

La explicación a este fenómeno es la siguiente: por ser El Petén un departamento en estado de colonización, encontramos grandes movimientos migratorios, según los censos efectuados por el SNEM este Departamento tiene actualmente la tasa más alta de crecimiento en toda la República; y que posiblemente el cambio de hábitat, hace que este grupo de personas sea más vulnerable que aquel que ya está acostumbrado a este ambiente.

De mucha importancia es también mencionar que si alguien emigró era buscando mejores expectativas de vida, (obtención de minifundio) sin conocer las condiciones selváticas e insalubres del Petén, la injusticia y heterogénea repartición de tierras, lo cual repercute en el estado económico y nutricional, lo que necesariamente conlleva un inadecuado crecimiento y desarrollo del infante.

1.2 Cuadro No. 2

Número y porcentaje de pacientes según lugar de residencia:

Lugar de Residencia	Número de Pacientes	%
Jounopich	1	1.59
San Francisco	3	4.76
San Benito	12	19.05
Mopán	2	3.17
Sayaxché	6	9.52
Santa Elena	5	7.94
Dolores	1	1.59
La Sabaneta	1	1.59
Sac Puy	3	4.76
El Remate	1	1.59
Melchor	2	3.17
San Juan	6	9.52
San Luis	1	1.59
El Socosal	1	1.59
La Poderosa	1	1.59
El Chaal	3	4.76
Aldea Puricilá	2	3.17
La Libertad	2	3.17
Las Nubes	1	1.59
San Antonio	2	3.17
Las Cruces	1	1.59
El Ocote	1	1.59
Putxé	1	1.59
Colpetén	1	1.59
Santa Ana	1	1.59
Macanché	1	1.59
TOTAL	63	100.00

Cuadro No. 2:

En dicho cuadro se observa que sólamente el 27% de los pacientes hospitalizados procedían del área Central, (San Benito, Santa Ana y Flores), mientras que un 73% de los pacientes procedían de -- distintos lugares, tales como, Sayajché y La Libertad, lugares con pésimas vías de comunicación, que obligan a caminar a los campesinos durante varios días para recibir Atención Médica de "Cierta Calidad". Esto pone en evidencia lo -- difícil que es para el habitante común de El Petén acudir a los Centros Asistenciales de Salud.

1.3 Cuadro No. 3

Porcentaje de pacientes ingresados según tipo personal:

Ingresador	Número de Pacientes	%
Director (1)	21	33.33
Residente	9	14.29
EPS Rural (2)	23	36.51
Medicina Integral (2)	10	15.87
TOTAL	63	100.00

Cuadro No. 3:

Como se demuestra en la gráfica No. 3 con los datos presentados, el 52.38 % de los pacientes son ingresados por estudiantes de medicina que realizan prácticas de Medicina Integral y Ejercicio Profesional Supervisado, los cuales están aún en periodo de formación, no contando con la debida supervisión de los médicos graduados.

Sólomente un 14.29% son ingresados por el médico de guardia. El 33.33% de los pacientes fueron ingresados por el médico director, los cuales en su mayoría eran referidos de su clínica particular obteniendo de esta forma una atención prioritaria al ser hospitalizados.

Lo anterior indica que existe mala utilización de los precarios recursos de atención médica con que cuenta el hospital. Además, esta forma de funcionamiento hospitalario se presta a la comercialización de la medicina.

1.4 Cuadro No. 4

Número y porcentaje de pacientes de primer ingreso y reingreso:

	Número de Pacientes	%
Primer Ingreso	54	85.71
Reingreso	9	14.29
TOTAL	63	100.00

Cuadro No. 4:

Este cuadro demuestra que el 85.71% de los pacientes fueron de primer ingreso al hospital y sólomente un 14.29% de los pacientes eran reingresos; lo cual es justificable por los datos obtenidos en los cuadros número 1 y 2, fenómeno que comparado con los pacientes del Hospital General es similar.

1.5 Cuadro No. 5

Número y porcentaje de pacientes hospitalizados en el Departamento de Pediatría según el sexo:

	Número de Pacientes	%
Sexo Masculino	31	49.20
Sexo femenino	32	50.80
TOTAL	63	100.00

Cuadro No. 5:

Este cuadro nos demuestra que existe equidad de los pacientes ingresados entre ambos sexos; y que el tipo de morbilidad en esta área es independiente del sexo.

1.6 Cuadro No. 6

Distribución etaria de los pacientes hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de San Benito Petén.

Edad	Número de Pacientes	%
Menor de 1 año	10	15.87
1 año	4	6.34
2 años	9	14.28
3 años	4	6.34
4 años	4	6.34
5 años	4	6.34
6 años	3	4.76
Mayores de y años 25		39.68
TOTAL	63	100.00

Cuadro No. 6:

Este cuadro nos demuestra que el mayor porcentaje de ingresos corresponden a la edad pre-escolar, en menores de un año y de dos años, que ^{es} cuando el niño se encuentra en el período de desarrollo y crecimiento más importante, y por ello es más vulnerable.

1.7 Cuadro No. 7

Morbilidad general en el departamento de Pediatría del Hospital Regional de San Benito, Petén, según diagnóstico real de los pacientes egresados de agosto a septiembre de 1975.

Enfermedad	No. de Pacientes	% Específico	% General
DPC Grado I	24	45.28	38.10
DPC Grado II	24	45.28	38.10
DPC Grado III	5	9.44	7.95
TOTAL	53	100.00	84.13
Parasitismo			
Intestinal			
Dx. Laboratorio	32	94.12	50.79
Dx. sin Lab.	2	5.88	3.17
TOTAL	34	100.00	53.96
Síndrome			
Diarreico			
Dx. Clínico			
Bacteriana	21	75.00	33.33
Amebiana	6	21.43	9.52
Viral	1	3.57	1.59
TOTAL	28	100.00	44.44

1.7

Enfermedad	No. de Pacientes	% Específico	% General
Infecciones			
Respiratorias			
Dx. Clínico			
Bacteriana:			
Superior	8	42.10	12.70
Inferior	8	42.10	12.70
Viral	3	15.80	4.76
TOTAL	19	100.00	30.16
Anemia			
Dx por hemoglobina menor de			
11 grs.	21	100.00	33.33
DHE leve	7	53.85	11.11
DHE moderado	3	23.08	4.76
DHE severo	3	23.08	4.76
TOTAL	13	100.00	20.63
Infecto contagiosas:			
Sarampión	11	84.62	17.46
Otras	2	15.38	3.17
TOTAL	13	100.00	20.63
Traumatológicas	9	100.00	14.28
Afecciones			
Dermatológicas	6	100.00	9.52
Otras	6	100.00	9.52

1.7

Enfermedad	No. de Pacientes	% Específicas	% General
Neuroológicas	4	100,00	6.35
Médico-Quirúrgicas	2	100,00	3.17
Leishmaniasis	2	100,00	3.17
Insuficiencia cardiaca	2	100,00	3.17
Alérgicas	1	100,00	1.59

* El % específico:

Se sacó en relación al 100% de pacientes que padecieron la enfermedad.

** El % general:

Se refiere al total de pacientes que -- egresaron durante el período de estudio.

Cuadro No. 7:

Interpretación del cuadro de morbilidad general:

En dicho cuadro se puede observar, que las primeras cinco causas de enfermedad, en los pacientes hospitalizados en el período de estudio son: desnutrición - proteico-calórica, parasitismo intestinal, síndrome diarreico, infecciones -- respiratorias y anemia ferropénica.

Si analizamos estos resultados, observamos que la mayoría de estas enfermedades son de tipo carencial e infecciosas, que pueden ser prevenibles por medidas -- existentes como saneamiento ambiental.

La desnutrición proteico-calórica ocupa el primer lugar con un 84% del total de pacientes hospitalizados, dato que al compararlo con los obtenidos por el INCAP es aún mayor.

El parasitismo intestinal ocupa el segundo lugar con un 54% del total de pacientes hospitalizados y el 73% de aquellos a los cuales se les efectuó examen de heces. Considero que es el parasitismo intestinal un factor determinante que explica la alta incidencia de anemia con un 33% del total de pacientes hospitalizados.

Si se comparan todos los resultados obtenidos con una auditoría médica de el Hospital General "San Juan de Dios", de el Departamento de Pediatría realizada en el mismo año, observamos que los problemas de salud son similares, pues -- aporta los siguientes resultados como = primeras cinco causas de morbilidad:

Gastro-enterocolitis aguda

Desnutrición proteico-calórica

Desequilibrio hidro-electrolítico

Infecciones del aparato respiratorio

Notándose una diferencia marcada en cuanto a parasitismo intestinal, ya que únicamente es padecido por el 6% de la muestra, en relación al 54% ya señalado para El Petén.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE
MOROBILIDAD POR CAUSA ESPECIFICA Y EDAD DETECTADA EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE
MOROBILIDAD EN AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1975.

Número de pacientes		10	4	9	4	4	25	3	
ENFERMEDAD		menor 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	6-10 años	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2.8.6	Auraria: Dr. por Hemo- Elobium menor de 12 grms.	2	20.0	1	25.0	3	33.3	3	33.3
2.8.6	DR. leve	4	40.0	—	—	2	50.0	—	—
	moderado	2	20.0	1	25.0	—	—	—	—
	severo	2	20.0	—	—	—	—	1	4.0
	Total	8	80.0	1	25.0	—	2	50.0	—
								2	6.66
								71	33.33
2.8.7	Infecto-contagiosas escarapela	—	—	1	25.0	2	50.0	1	25.0
	otras	1	10.0	—	—	—	—	1	4.0
	Total	1	10.0	1	25.0	2	50.0	1	25.0
								11	84.62
2.8.8	Traumatologicas	—	—	2	50.0	—	—	—	—
	otras	—	—	2	50.0	—	—	—	—
	Total	2	20.0	2	50.0	—	—	—	—
2.8.9	Afecciones Dermatologicas	2	20.0	2	50.0	—	—	2	4.0
	otras	3	30.0	—	—	—	—	1	25.0
	Total	5	50.0	2	22.2	—	—	7	28.0
2.8.10	Neurologicas	—	—	1	25.0	1	25.0	1	4.0
	otras	—	—	—	—	—	—	1	4.0
	Total	1	25.0	2	22.2	—	—	4	100.00

E S P E C I E D A D	menor a año			1 año			2 años			3 años			4 años			5 años			6-10 años			11-15 años			16-20 años			TOTAL		
	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	
número de pacientes	10	4	9	4	4	4	4	4	4	4	4	25	3	63	100.00	10	4	9	4	4	4	4	4	4	4	4	100.00			
2.6.12 Médico-quirúrgicas	-	-	-	-	-	-	1	20.0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	33.3	2	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2.6.13 Leishmaniasis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	6.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100.00	
2.6.14 Insuficiencia Cardíaca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	6.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100.00	
2.6.15 Alterciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33.3	1	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

* El porcentaje parcial se refiere al número de pacientes según la edad.

CUADROS DE DEFICIT DE PESO - EDAD SEGUN TABLAS DEL INCAP
DE AUDITORIA MEDICA DE AGOSTO - SEPTIEMBRE 1975, SAN BE-
NITO, PETEN.

SEXO FEMENINO

DPC grado:

EDAD	10-24%		25-39%		40%		TOTAL	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Menor 1 año	2	8	2	8	1	4	5	20
1 - 5 años	3	12	5	20	1	4	9	36
6 -10 años	7	28	2	8	1	4	10	40
11 -12 años	-	-	1	4	-	-	1	4
T O T A L	12	48	10	40	3	12	25	100.0

* No se registró el peso de un paciente

SEXO MASCULINO

1.10

DPC Grado:	I			II			III			TOTAL		
	EDAD	10-24%	25-39%	Mayor 40%	EDAD	10-24%	25-39%	Mayor 40%	EDAD	10-24%	25-39%	Mayor 40%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	
Menor 1 año	-	-	2	7.41	-	-	-	-	2	7.41	-	
1 - 5 años	3	11.11	6	22.22	1	3.7	10	37.04	-	-	-	
6 -10 años	10	37.04	3	11.11	-	-	-	-	13	48.15	-	
11 -12 años	-	-	2	7.41	-	-	-	-	2	7.41	-	
TOTAL	13	48.15	13	48.15	1	3.7	27	100.00				

* No se registró el peso de un paciente

36

37

1.10 TABLA COMPARATIVA DE EL PROMEDIO DE PESO POR EDAD ENCONTRADO EN EL ESTUDIO, EQUIPARADO A LA EDAD A LA CUAL CORRESPONDE RIA DICHA EDAD SEGUN TABLAS DEL INCAP.

Edad niños estudiados	Promedio de peso en kilogramos	Edad a la que correspondería dicho peso, tabla INCAP
1 mes	3.75	1 mes
2 meses	-	-
3 meses	-	-
4 meses	4.55	1.5 meses
5 meses	5.45	2.2 meses
6 meses	5.45	2.2 meses
7 meses	-	-
8 meses	-	-
9 -10 meses	6.21	2.7 meses
11-12 meses	-	-
1 - 2 años	9.51	10 meses
3 - 4 años	11.82	20 meses
5 - 6 años	16.29	3-4 años
7 - 8 años	19.64	5 años
9-10 años	24.62	7 años
11-12 años	24.24	7 años

1.11 CUADRO DE NUMERO Y PORCENTAJE DE MUESTRAS DE HECES POSITIVAS Y PACIENTES -- QUE FUERON TRATADOS

Muestras de heces	No.	%
Positivas	32	72.73
Negativas	12	27.27
T O T A L	44	100.00
<hr/>		
Número pacientes tratados	No.	%
No. pacientes tratados	14	43.75
No. pacientes NO tratados	18	56.25
T O T A L	32	100.00

1.12 CUADRO DE PACIENTES CON MULTIPARASITISMO

	No.	%
Pacientes con 1 solo parásito	13	40.62
Con más de 1 parásito	19	59.38
T O T A L	32	100.00

1.12 CUADRO DE PARASITOS ENCONTRADOS

	No.	%
Tricocéfalos	23	41.82
Ascaris	19	34.54
Uncinarias	13	23.64
T O T A L	55	100.00

1.13 VALORES DE HEMOGLOBINA REGISTRADOS SEGUN MUESTRA SANGUINEA DE 24 PACIENTES

Gramos de Hb.	No. de pacientes	%	% acumulado
1	1	4.17	
2	1	4.17	
3	-	-	
4	3	12.50	
5	1	4.17	25.01

Gramos de Hb.	No. de pacientes	%	% acumulado
6	-	-	
7	-	-	
8	2	8.33	
9	2	8.33	<u>16.66</u>
10	8	33.33	33.33
11	3	12.50	12.50
12	3	12.50	12.50
13	-	-	-
T O T A L	24	100.00	100.00

1.15 ANALISIS DE LA MORBILIDAD POR CAUSA ESPECIFICA Y EDAD.

Esta triste y trágica situación que se demuestra en los cuadros anteriores, se complementa al hacer las siguientes comparaciones:

La desnutrición se presenta como un flagelo durante todo el período de crecimiento y desarrollo, lo cual explica que el promedio de peso por edad en un infante a los 9 meses, es el esperado a los 2.7 meses de vida; el promedio registrado a los 5-6 años corresponde al esperado para un niño a los 3-4 años y el promedio de peso encontrado entre 11-12 años es el esperado a los 7 años de vida. (Ver cuadro correspondiente).

Si comparamos estos resultados con los obtenidos por el INCAP nos encontramos ante una triste realidad, ya que los obtenidos en este estudio son aún más trágicos, pues solamente un 16% de los niños hospitalizados en dicho centro asistencial tienen un peso en límites aceptables para su edad, mientras que en los resultados dados por en INCAP a nivel nacional en general existe un 20% de niños que tienen un estado nutricional aceptable.

Reafirma lo anterior, los resultados de exámenes de hemoglobina efectuados a 24 pacientes, en el que se demuestra que el 100% tenían valores inferiores a 10 Gms. de Hb., un 25% con valores de

hemoglobina inferiores a 6 Gms., y únicamente un 25% con valores mayores de 10 Gms. de Hb. Hecho que se ve justificado en parte por la alta incidencia de desnutrición y parasitismo intestinal.

En este lugar de la República el niño es un ser desnutrido y anémico, que vive en condiciones infrahumanas, lo cual explica las altas tasas de morbilidad y la alta incidencia de enfermedades carentiales, parasitarias e infecto-contagiosas; tal como lo demuestra este estudio, porque en un 54% de los pacientes existe parasitismo. Lo anterior hace imperiosa la necesidad de efectuar cambios sustanciales en la política nacional de salud, no olvidando que esta no es una situación aislada del contexto global del país, y que por lo tanto, los cambios en salud deberán ir acompañados de cambios en todos los niveles.

Al analizar las tablas de morbilidad específica encontramos lo que se puede resumir de la siguiente forma:

Nombre de enfermedades más comunes	E D A D E N A Ñ O S					
	1	1	2	3	4	5 6-10 11-12
DPC Grados I, II y III	% 25.0	% 89	% 100	% 100	% 75	% 92 100
Parasitismo Intestinal	-	56	75	25	75	80 67
Síndrome Diarreico	90	-	44	50	50	36 -
Infecciones Respiratorias	30	25	33	50	50	25 28 -
Anemia Ferropenica	20	25	33	75	50	50 24 67
DHE	80	25	-	50	-	- 8 -
Infecto Contagiosas	10	25	22	50	25	20 - -

Como es fácil observar el principal problema de salud es la desnutrición, la cual es aún mayor durante todo el período de crecimiento y desarrollo. Así, si comparamos y analizamos las tablas de peso-edad, (no fue posible correlacionar peso-talla por no anotarse la talla en el registro médico) encontramos que el porcentaje de niños con un déficit entre 10 y 24% corresponde al 48% y el déficit entre 25 y 39% corresponde también a un 40%, mientras que para las niñas los porcentajes de déficit son ambos de 48%. Ver cuadros.

Un hecho de mención importante es el multiparasitismo que presentan, y la alta incidencia de tricocéfalos y uncinarias con un 65% entre ambos. Otro hecho de suma trascendencia se refiere a la mala utilización del recurso laboratorio, pues habiéndose hecho diagnóstico en 32 pacientes, solamente un 43% de ellos fueron tratados.

USO DE MEDICAMENTOS

Nombre del Medicamento	No. Ptes.	No. de días que se utilizó el medicamento				Tx. indicado por Dx.		Terapéutica inadecuada
		1	1-5	6-10	10	NO	SI	
Soluciones IV	18	3	13	1	1	5	13	2
Sulfato Ferroso	8	-	2	1	5	3	5	-
Vitamina A	7	-	1	5	1	3	4	2
Vitamina C	8	-	1	4	3	2	6	1
Piperazina	14	5	7	2	-	1	4	-
Transfusión	5	4	1	-	-	1	4	-
Levadura de C.	4	-	-	-	4	2	2	3
ASA	32	1	14	14	3	5	27	1
Baralgina	1	1	-	-	-	1	7	-
Yodoquín	9	-	3	5	1	2	2	1
Hemetina	2	-	1	1	-	1	3	2
T.Belladona	4	-	3	1	1	7	9	4
Enterolán	16	-	4	7	5	7	4	1
ATT	4	4	-	-	-	6	21	-
E.Paregóbrico	1	-	-	1	-	2	3	-
Expectorante	23	-	1	9	3	1	3	-
Aminofilina	4	-	-	-	-	1	3	8
Adrenalina	3	3	6	2	-	1	-	2
Neomelubrina	8	6	-	1	-	1	1	1
Visina	2	-	1	1	-	1	1	-
Suero MYN	1	-	-	-	-	1	1	-
Gluconato de Ca.	2	-	-	2	2	1	2	2
Fenergán	2	-	-	2	1	2	2	-
Prednisolona	1	-	-	2	1	1	2	2
Allercur	2	-	-	2	1	1	1	-
Terramicina Oft.	2	-	-	2	1	1	1	1
Glifanan	1	-	-	1	-	1	1	1
Repodral	2	-	-	1	-	1	3	-
Fenobarbital	4	-	-	4	-	1	1	1
Dulcolax	1	-	-	1	-	1	1	1
Resochín	3	-	-	3	-	1	2	1
Aralén	1	-	3	1	-	1	1	-
Valium	3	3	-	-	-	1	1	1
Argirol	1	-	1	1	-	1	1	-
Micostatín	1	-	-	1	-	1	2	2
Nauseol	2	-	2	-	-	1	2	2
Cedilanid	2	-	-	2	-	1	-	-
Buffersol	2	2	-	1	-	1	-	-
Lasix	1	-	-	1	-	1	-	1
T O T A L		207				42	164	62
PORCENTAJES		100%				20%	80%	30%

USO DE MEDICAMENTOS

Nombre del Antibiótico	No. Ptes.	Más de un antibiótico			No. de días que se utilizó el medicamento					Tx. indicado Terapéutico por Dx. ca ina		
		No	Alterno	Simultáneo	<1	1-5	6-10	>10	No	Si	ca	cuada
Penicilina	38	25	-	13	3	9	17	9	13	25	25	16
Eritromicina	2	-	2	-	-	-	1	1	1	1	1	-
Cloranfenicol	22	9	-	13	2	8	6	6	10	12	13	-
Ampicilina	4	3	-	1	2	3	1	-	2	2	2	4
Trimetropin-Sulfa	2	-	-	2	-	-	-	2	-	2	2	1
Estreptomicina	2	1	-	1	-	1	-	1	2	-	-	2
T O T A L	70	38	2	30	5	21	25	19	27	42	36	
PORCENTAJES:		100%	54%	3%	43%	7%	31%	35%	27%	40%	60%	51

ANALISIS DE LOS CUADROS DE MEDICAMENTOS

Al analizar estos cuadros podemos observar que existe una utilización inadecuada de los mismos, como lo comprueban los siguientes resultados:

Con respecto a los medicamentos en general, excluyendo antibióticos, únicamente en un 80% fue adecuado el diagnóstico del paciente, en un 20% no se justificó su uso y en un 30% de los casos se realizó una terapia inadecuada.

Con respecto al uso de antibióticos los resultados son aún más trágicos; pues -sólo- en un 60% de los casos en que fueron utilizados estaba justificado su uso, encontrándose que en un 51% su terapia fue inadecuada.

Se puede observar que habiéndose encontrado 24 pacientes con valores de hemoglobina inferiores a 13 Gms., únicamente 8 de ellos recibieron tratamiento.*

Con respecto al parasitismo que en su mayoría es multicausal y que tiene el segundo lugar en morbilidad, se observa que únicamente fueron tratados con piperazina.

* Lo cual nos aporta que únicamente un 33% de pacientes con anemia recibieron tratamiento.

CUADRO CONDICION DE EGRESO DE PACIENTES

Condición Egreso	No. de ptes.	%
Muerto	7	10.00
Igual	40	57.14
Mejorado	7	10.00
Ignorado	16	22.86
T O T A L	70	100.00

CUADRO DE PROMEDIO DE DIAS DE HOSPITALIZACION

Días hospitali- zación	No. de ptes.	%
1 - 2	7	11.11
3 - 4	10	15.87
5 - 6	13	20.63
7 - 10	17	26.98
11 - 15	8	12.70
15	8	12.70
&		
T O T A L	63	100.00

Al analizar estos cuadros podemos observar que los resultados de la atención prestada, son deprimentes pues sólamente un 10% de los pacientes hospitalizados egresaron mejorados y un 57% egresaron en iguales condiciones a las de su ingreso.

Con respecto a los días de hospitalización se puede observar que más del 50%, estuvieron hospitalizados más de 7 días y un 25% más de 10 días, lo cual es similar a los días promedio de hospitalización en los centros asistenciales de la capital.

CONDICIONES DEL DIAGNOSTICO DE EGRESO EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE SAN BENITO PETEN.

Registros Clínicos	No.	%
Sin Dx de egreso	4	6.35
Con Dx de egreso completo	4	6.35
Con Dx de egreso incompleto	55	87.30
T O T A L	63	100.00

En el anterior cuadro se puede observar que, sólamente 4 registros clínicos se encontraban con diagnósticos de egreso completos; 4 registros clínicos no les fue anotado ningún diagnóstico de egreso; encontrándose que el 87% de los registros clínicos tenían diagnósticos de egreso incompletos.

Este hecho es de suma importancia, pues el diagnóstico de egreso es la información oficial, de la cual se obtienen -- los datos de morbilidad de un lugar determinado y que utiliza el Ministerio -- de Salud Pública y Asistencia Social -- para efectuar los programas de salud.

También se observa que existe un sub-- registro de la Desnutrición, pues 41 - diagnósticos de desnutrición proteico-- calórica fueron omitidos en los diagnósticos de egreso de los pacientes hospitalizados, lo que equivale al 79% del total de casos; y un 14% del total de - diagnósticos de Desnutrición fueron inadecuadamente clasificados.

Con respecto al parasitismo intestinal, en 26 casos se omitió este diagnóstico, lo que representa el 77% del total de casos encontrados en el estudio. La correlación del diagnóstico de egreso, y el considerado real fue del 100%, sin embargo hubo omisión de más de dos diagnósticos en el 51% de los casos.

* Se consideró diagnóstico real: el - encontrado a través del análisis de notas de evolución, tratamiento y resultados de laboratorio.

CAPITULO III

CONCLUSIONES:

- La auditoría médica es un sistema de evaluación de la calidad de atención médica, que da información ~~objetiva~~ que permite, entre otras cosas, establecer normas y en base a ellas efectuar cambios que eleven la calidad de atención médica.
- Los recursos de salud con que cuenta el departamento de El Petén son insuficientes para sus necesidades, además que estos recursos, principalmente los de laboratorio tienen mala utilización, como se demostró a través de los exámenes de heces y hemoglobinas efectuados.
- Las enfermedades crónicas en este hospital no influyeron directamente en el tiempo de hospitalización ya que el promedio es de 9.2 días, dato inferior al del Hospital General "San Juan de Dios" y al promedio recomendado por organismos internacionales.
- Considero que el tiempo de hospitalización fue un factor importante en los resultados de la atención médica prestada en este hospital, en el cual únicamente un 10% de dichos pacientes egresaron mejorados y un 57% egresaron en iguales condiciones.
- El diagnóstico de egreso fue incompleto en el 87% de los registros médicos.

6. Es importante mencionar el hecho de que en países como el nuestro en donde más del 80% de los niños padecen de desnutrición, no se tome la talla, dato mínimo que es de suma importancia para el diagnóstico adecuado de desnutrición.
7. Existe un sub-registro marcado del diagnóstico de la desnutrición, ya que en el 81% de los pacientes que la padecían estaba omitido éste, y en un 60% de los diagnósticos reportados, éste estaba incorrecto.
8. Las primeras cinco causas de morbilidad en contradas fueron: desnutrición proteína-calórica, parasitismo intestinal, síndrome diarreico, infecciones respiratorias y anemia ferroprínica, causa que coinciden con las reportadas para todo el país y que son básicamente prevenibles por medidas de salud pública.
9. El mayor porcentaje de pacientes hospitalizados no eran residentes de la parte central del departamento, ni eran originarios de El Petén, porque como ya se explicó, eran personas migrantes que residían en las cooperativas.

RECOMENDACIONES:

1. Que las autoridades de salud, utilicen la auditoría médica como un sistema para obtener el conocimiento objetivo de la situación, y en base a ésta, establecer programas de salud adecuados a nuestra realidad.
2. Crear la auditoría médica en forma sistemática y con metodología adaptada a nuestra realidad nacional, para lograr una -- mejor evaluación de la calidad de atención médica y de la utilización de los recursos.
3. Crear conciencia en el personal médico - de la importancia que tiene para nuestro país el diagnóstico y tratamiento adecuado de la desnutrición proteico-calórica.
4. Mejorar en el hospital de San Benito Pe-
tén los sistemas de archivo.
5. Crear conciencia de la importancia de registrar el diagnóstico de egreso comple-
to, puesto que estos datos, entre otros, sirven de base para la elaboración de -- los programas de salud.
6. Deben crearse y ponerse a funcionar pro-
gramas de prevención de salud, con carác-
ter de urgencia nacional, en base a los hallazgos encontrados.

Una vez más se confirma que en Guatemala, el problema de la Desnutrición es alarmante, y consciente de que es un problema que no puede ser superado únicamente con atención médica, pues es de origen socio-económico, deberán efectuarse cambios a ese nivel, modificando las características actuales en cuanto a tenencia y uso de los medios de producción.

Ejemplo: se suponía que El Petén al ser colonizado, debería beneficiar a quienes realmente se trasladan a vivir y trabajar en dichas tierras y no como está sucediendo; que se continúa con el esquema de vida del resto de el país.

BIBLIOGRAFIA

1. Ashbaugh David G., McKean R. Continuing Medical Education, The Philosophy and use of Audit. JAMA 236 (13)1485-88 septiembre 1976.
2. Barquin, Manuel. Dirección de Hospitales 3a. ed. México, Interamericana, 1977 pp 117-22.
3. British Medical Journal, Audit again, pp. 84-5, September 1976.
4. Bobenrieth, Manuel A. Auditoría Médica, s.l., se., 1971 3p. (Mimeografiado).
5. Indicadores útiles para la evaluación del trabajo hospitalario. s.l., s.e., 1971. 12p. (Mimeografiado).
6. Caballeros C., Luis A. Auditoría Médica en el Departamento de Medicina en el Hospital General "San Juan de Dios", año 1973, tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1974. 37p.
7. Camposeco A., Alfredo E. Auditoría Médica en el Departamento de Medicina -- del Hospital General de Occidente, -- año 1974. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de CC. MM. 1975.

8. Comparini A. Víctor M. Sistema de Atención Médica orientado por problemas. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1972. 13p. (Mimeoografiado).
9. Guatemala, Universidad de San Carlos. Las estadísticas en la atención médica. Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1972. 5p. (Mimeoografiado).
10. Presentación de datos estadísticos. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1972 7p. (Mimeoografiado).
11. JAMA, Audit, 237 (7) pp. 643-644, febrero 1977.
12. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Evaluación Específica de La Atención Médica a partir de los Hallazgos de Autopsia s.n.t. 7p. (Mimeoografiado).
13. Instrucciones de evaluación Médica, México, s.e. 1972. 67p. (Mimeoografiado).
14. McCol I. Communication as a Method of Medical Audit, The Lancet 1341-43, June 1976.
15. Pediatrics. A question on chart audits, 57 (4) April 1976. p575.
16. Sánchez L., José Rómulo. Administración en Salud Pública, evaluación. s.n.t. 3p. (Mimeoografiado).

17. La verdad acerca de la auditoría médica. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1975 5p. (Mimeoografiado).
18. Nájera F. Mario E. Evaluación de servicios prestados en el departamento de Obstetricia del Hospital Amatitlán. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1974.
19. Salazar P., Carlos E. Auditoría médica en el Departamento de Cirugía del Hospital General "San Juan de Dios" año 1974. Tesis, Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1975, 77p.
20. Schrag Peter E. Is Audit Relevant Medical Wards of teaching Hospitals. Arch Intern Med. 136 Jan 1976 pp. 80.
21. Sillman Frederick H. Evaluation and improvement of the quality of care in a municipal hospital - a critique. Bull. N. Y. Acad. Med. 52 January 1976 pp. 81-85.
22. The Medical Journal of Australia, Medical Audit, July 1976 pp. 75-76.

23. Walkley Jr. Philip H., University Hospital develops model quality assurance program, Hospitals J.A.H.A. 50, September 1976 p. 73-75.
24. Villar A., Jorge E. Estudio Introductorio acerca de una evaluación de calidad de la atención médica proporcionada en el Hospital General "San Juan de Dios", según opinión de sus pacientes, año 1974. Tesis. Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, 1975.

