

Evaluación de la calidad de la asistencia prestada a niños menores de 6 años en centros de salud en Salta-Capital (Argentina)

María del Carmen Zimmer, Eugenia María Villagrán, María Silvia Valdivieso, Rosa Liliana Mosqueira y Nelly Contreras

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta. Salta-Capital. Argentina.

Han avalado y financiado el proyecto el Instituto de Investigaciones en Evaluación Nutricional de Poblaciones (IENPo), la Facultad de Ciencias de la Salud y el Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Salta.

Correspondencia: Dra. M.C. Zimmer Sarmiento.
Dionisio Ramos 1729. 4400 Salta-Capital. Argentina.
Correo electrónico: zimmerm@unsa.edu.ar

Resumen

Objetivos: Evaluar la calidad del proceso de atención a niños menores de 6 años en los centros de salud de Salta-Capital (Argentina). Evaluar la calidad del sistema de registro, tratamiento de las enfermedades prevalentes de la infancia y actividades desarrolladas por el programa de nutrición.

Material y métodos: Estudio transversal retrospectivo de la calidad científica-técnica, mediante auditoría externa de historias clínicas. Se realizó en el período de un año (2002-2003). La población de estudio fueron niños menores de 6 años. El muestreo fue variado. La muestra quedó constituida por 1.800 niños. Las variables: calidad de la historia clínica, tratamiento de la diarrea e infecciones respiratorias agudas y cumplimiento de actividades del programa de nutrición. Para cada variable se fijaron criterios explícitos, indicadores y estándares. Para analizar los datos se utilizó un método estadístico descriptivo e inferencial.

Resultados: La calidad de las historias clínicas resultó inadecuada en más del 80%. El registro del tratamiento de la diarrea e infecciones respiratorias agudas fue inadecuado, al igual que los signos y síntomas de ambas enfermedades. El registro de las actividades del programa de nutrición, el control nutricional y el tratamiento de la desnutrición fue inadecuado en un porcentaje importante.

Conclusiones: Frecuentemente, al evaluar la calidad del proceso de atención en los centros de salud se observan problemas de registros de historias clínicas, más que asistenciales, posiblemente por falta de concienciación de los profesionales sobre la importancia de la historia clínica en el proceso asistencial y de unificación de criterios para tratar enfermedades graves, e incumplimiento de normas del programa de nutrición.

Palabras clave: Calidad de los servicios de salud. Atención primaria de salud. Estudios de evaluación.

Introducción

La evaluación de la calidad de las prestaciones y los servicios sanitarios es un tema que cada vez interesa a más profesionales, gestores, pacientes y a la población en general¹⁻³.

Son muchas las definiciones que existen acerca de la calidad asistencial, por ello es importante conocer los térmi-

Abstract

Objectives: To assess the quality of care provided to children under 6 years old in the health centers of the city of Salta, Argentina. To assess the quality of the records system, the management of diseases prevalent in childhood, and the activities developed by the nutrition program.

Material and methods: A retrospective, prospective study of scientific and technical quality was performed through an external audit of clinical histories. The study was performed over a 1-year period (2002-2003). The population studied comprised 1800 children aged less than 6 years old. Sampling was carried out in multiple stages. The following variables were studied: the quality of the clinical history, management of diarrhea and acute respiratory infections, and performance of the activities of the nutrition program. Explicit criteria, ratios and standards were fixed for each variable. Descriptive and inferential statistics were used for the data analysis.

Results: More than 80% of the clinical histories were of inadequate quality. Records of the management of diarrhea and acute respiratory infections, as well as of the signs and symptoms of both entities, was inadequate. Records of the activities of the nutrition program, follow-up of nutritional status, and management of under-nourishment were inadequate in a high percentage of clinical histories.

Conclusions: Evaluation of the quality of care in health centers more frequently revealed problems with the clinical history than with the medical care provided. This finding may be due to lack of awareness of the importance of the clinical history in monitoring the healthcare process, the absence of uniform criteria for managing acute diseases, and failure to comply with the standards of the nutrition program.

Key words: Quality of health services. Primary care practice. Assessment studies.

nos más utilizados y que, con frecuencia causan confusión: evaluación de la calidad (*quality assessment*), control de calidad (*quality control*), garantía de calidad (*quality assurance*) y mejora continuada de la calidad (*continuous quality improvement*)¹⁻⁷.

En este trabajo se evaluó la calidad asistencial y se concentró en el propio proceso, entendido como el conjunto de

actividades que los profesionales realizan, por o para el paciente^{2,5,8-10}.

Si bien existe una serie de obstáculos en la implantación de programas de garantía de calidad en atención primaria, vale la pena introducirlos, sobre todo en los servicios de primer nivel de atención de salud (servicios básicos) en los países en desarrollo, donde los recursos son escasos y los trabajadores de salud, a pesar de tener los conocimientos técnicos suficientes, les resulta difícil aplicarlos a una realidad cambiante y compleja⁸.

Por eso, es posible y obligatorio desde el punto de vista ético proponerse mejorar la calidad de estos servicios, aún cuando la prioridad marque otras consideraciones. La calidad es una parte integral de los servicios sanitarios que permitirá el uso eficiente de los recursos, así como el incremento de su capacidad de respuesta frente a las necesidades y demandas de la población mediante un proceso de ajuste y reorganización que mejore su utilización y rendimiento^{2,7}.

Teniendo en cuenta la situación actual de la asistencia en los centros de salud dependientes de primer nivel de atención en Salta, este trabajo planteó evaluar la calidad del proceso de atención prestada a los niños menores de 6 años asistidos en los centros de salud de Salta-Capital mediante la evaluación de la calidad del sistema de registro, el tratamiento de las enfermedades más prevalentes de la infancia y el cumplimiento de las actividades del programa de nutrición. Estos resultados contribuirán a racionalizar la asistencia y a mejorar los recursos, así como a despertar la inquietud en los profesionales de la salud a desarrollar investigaciones y a participar en el desarrollo de los procesos de calidad.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal retrospectivo de la calidad científicotécnica mediante la auditoría externa de las historias clínicas (HC)¹¹ de niños menores de 6 años controlados en los centros de salud (CS) correspondientes a las regiones: norte, sur, este y oeste del área Operativa Capital XLV-Primer Nivel de Atención, Salta. El período de estudio fue de un año (2002-2003).

La población de estudio fueron niños menores de 6 años atendidos en los CS. La muestra fue variada. En la primera etapa se seleccionó los CS por regiones, se ponderó por afijación proporcional 2 CS con y sin profesional nutricionista para que todas las regiones estuvieran igualmente representadas y se obtuvo estimaciones de la atención de los niños con una precisión comparable. En esta etapa la unidad de muestreo quedó constituida por 12 CS de un total de 60.

En la segunda etapa se seleccionó al azar 150 HC de cada CS, y se obtuvo una submuestra de 1.800 HC, teniendo en cuenta la inclusión de niños desnutridos en función de la prevalencia del año 2001¹² (10%). La unidad de análisis fue la HC.

Las variables dependientes fueron: calidad de la historia clínica, tratamiento de diarrea, tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA) y cumplimiento de las actividades del programa de nutrición, para las cuales se fijaron criterios

explícitos e indicadores a partir de las normativas del programa de nutrición y criterio médico¹³⁻¹⁵; los estándares se fijaron en función de normas mínimas.

Las variables independientes fueron: a) utilización del registro; b) calidad de la información recogida; c) signos y síntomas básicos, diagnóstico, tratamiento y seguimiento para diarrea e IRA, y d) cumplimiento de las actividades del programa de nutrición.

Para la recolección de los datos se elaboró un instrumento, se entrenó a los encuestadores y se estandarizó la metodología a través de un estudio piloto en dos CS de cada región con y sin profesional nutricionista, no incluidos en la muestra y se realizó los ajustes necesarios.

Del total de la muestra (1.800 HC), se desestimó a 16 por falta de consistencia en la información.

Para conocer la calidad del proceso de atención se evaluó:

1. La calidad de la historia clínica¹⁶. A partir del análisis de¹⁰:

a) tres formularios y una hoja de evolución que constituyen la HC del niño menor de 6 años. Los formularios son: 1) historia clínica de ingreso del menor de 6 años; 2) gráfica de crecimiento y desarrollo, y 3) plan de acción para la prevención y promoción de la salud mental materno-infantil para niños menores de 1 año y la hoja de evolución que deben registrar el médico y la nutricionista; b) el plantel profesional, para lo cual se clasificaron los servicios con:

Equipo 1: médico, enfermero nutricionista y psicólogo (completo)

Equipo 2: médico, enfermero, nutricionista

Equipo 3: médico, enfermero y psicólogo

Equipo 4: médico y enfermero

Se valoró la HC teniendo en cuenta 2 aspectos, el primer aspecto estudiado fue:

– *Utilización del registro*: se clasificó a las HC en completas e incompletas según presentaran los formularios, hoja de evolución, registro de datos e integración del equipo de salud.

– *Calidad de la información recogida*: se clasificaron los formularios y hojas en: a) HC de ingreso del niño menor de 6 años (buena, regular y mala); b) gráfica de crecimiento y desarrollo (continua y discontinua); c) plan de acción para la prevención y promoción de la salud mental materno-infantil (niños < 1 año) (completa e incompleta); d) hoja de evolución del médico y nutricionista (adecuada e inadecuada), y e) legibilidad de la HC (totalmente legible, parcialmente legible e ilegible).

En función de la información anterior se categorizó la calidad de la HC según la edad del niño en: a) HC adecuada; b) HC medianamente adecuada, y c) HC inadecuada.

2. Tratamiento de la enfermedades agudas más prevalentes de la infancia. Las enfermedades seleccionadas por su alta prevalencia fueron la diarrea y las IRA:

– *Diarrea*: para valorar su tratamiento se consideró los aspectos siguientes: signos y síntomas básicos; diagnóstico; tratamiento y seguimiento.

– *IRA*: para valorar su tratamiento se consideró los aspectos siguientes: signos y síntomas básicos; diagnóstico; tratamiento y seguimiento.

Para evaluar finalmente el tratamiento de ambas enfermedades se categorizó a cada una de ellas en: *a)* adecuado; *b)* medianamente adecuado, y *c)* inadecuado.

3. Actividades desarrolladas por el programa de nutrición. Para valorar las actividades desarrolladas por el programa de nutrición se consideró: *a)* el registro de las acciones del control nutricional en las HC y la frecuencia de estos realizadas a partir de la primera consulta del año 2002, y *b)* el tratamiento de la desnutrición. La evaluación se realizó a partir de las normas vigentes del programa de nutrición, considerando las acciones siguientes: determinación de peso, talla y cálculo de edad; evaluación del estado nutricional mediante gráficas vigentes; valoración de crecimiento y desarrollo; educación para la salud y alimentaria; búsqueda de signos y síntomas de enfermedad; control del calendario de vacunación; indicaciones alimentarias; identificación de factores de riesgos de desnutrición; apoyo alimentario; derivación de los niños con enfermedad para atención profesional; administración de suplemento de hierro en la desnutrición.

El *Registro de las acciones del control nutricional* se clasificó en: completo, medianamente completo e incompleto.

Para valorar la *frecuencia mínima del control nutricional* realizado durante el período de estudio desde la primera consulta del año, se la clasificó en: adecuado, medianamente adecuado e inadecuado.

Para valorar la *calidad del control nutricional* se tuvo en cuenta el registro de las acciones propuestas por el programa y la frecuencia de los controles realizados durante el año de estudio, y se clasificó en: adecuado, medianamente adecuado e inadecuado.

Tratamiento de la desnutrición. Para valorar su tratamiento, se tomó en cuenta la norma del programa de nutrición.

Los aspectos que hay que tener mínimamente en cuenta en el tratamiento de la desnutrición en la HC del niño son: el diagnóstico médico, y el tratamiento y seguimiento, que se clasificaron en adecuado, medianamente adecuado e inadecuado.

Para valorar el tratamiento de la desnutrición se estableció las categorías siguientes: adecuadas, medianamente adecuadas e inadecuadas.

Para el análisis de datos se utilizó una estadística descriptiva e inferencial y se calculó los porcentajes, la χ^2 y regresión logística con el programa estadístico informático SPSS.

Resultados

En los centros de salud del primer nivel de atención, en la utilización del registro del total de HC analizadas (1.784) sólo el 56,6% se encontró completo y el 43,4%, incompleto.

Al aplicar la regresión logística, teniendo como variable dependiente la utilización de las HC de niños menores de un año, se observó que el formulario del Plan de acción para la prevención y promoción de la salud mental materno-infantil,

la hoja de evolución del profesional nutricionista y la gráfica de crecimiento afectaron significativamente ($p < 0,05$) a la utilización del registro. En los niños mayores, la significación estadística ($p < 0,05$) fue para la hoja de evolución de la nutricionista y la gráfica de crecimiento y desarrollo.

En la calidad de la información recogida de las HC, lo que más la afectó fue la hoja del Plan de acción para la prevención y promoción de la salud mental materno-infantil (niño < 1 año), registrada en el 76,2% de forma incompleta. El registro inadecuado en la hoja de evolución por el profesional médico fue del 44,9%, la HC de ingreso del niño menor de 6 años mal registrada fue del 36,6% y en el 35,4% la gráfica de la evolución del crecimiento del niño realizado durante el período de estudio fue discontinua. En cuanto a la legibilidad se evaluó, particularmente, la del profesional nutricionista y médico que registraron la hoja de evolución de forma legible o parcialmente legibles en un 99 y un 97%, respectivamente.

Al analizar la calidad de las HC según la edad del niño, se observó que en ambos casos la mayoría fue inadecuada (tabla 1).

Al aplicar la regresión logística, en niños menores de un año se encontró que en la calidad de las HC influye significativamente ($p < 0,05$) la hoja de Plan de acción para la prevención y promoción de la salud mental materno-infantil registrada por el psicólogo; es decir, si mejora el registro de ésta, mejora la calidad global de las HC. Mientras que en los niños mayores de un año no se encontró diferencia significativa ($p < 0,05$); es decir la hoja o formularios influyen de igual manera. Al considerar el plantel profesional, la calidad global de la HC no se relacionó significativamente ($p < 0,05$) con las variables independientes agregadas en la ecuación.

Del total de HC evaluadas, el 10% (179) de los niños presentó algún tipo de diarrea, y un 64,8% correspondió a niños con algún tipo de IRA.

Del análisis de las HC de niños con diarrea se desprende que el registro del tratamiento de esta enfermedad es inadecuado en el 94,4%, medianamente adecuado en el 4,4% y sólo en el 1,1% es adecuado. En el tratamiento inadecuado de la diarrea, el registro inadecuado de los signos y síntomas tiene mayor peso en niños menores y mayores de un año.

Al analizar los aspectos mencionados en la tabla 2, para las IRA se encontró una tendencia igual que la diarrea, el registro inadecuado que prevaleció en las HC fue para la exploración de signos y síntomas básicos.

Al analizar el tratamiento de los niños con IRA, se encontró que de las 1.157 HC evaluadas, el 97,0% reveló un tratamiento inadecuado, el 2,2%, adecuado, y el 0,6%, medianamente adecuado. El tratamiento inadecuado de la IRA se observó en ambos grupos etáreos.

Del total de las HC analizadas, en el 80,1% se registró las acciones del control nutricional en forma incompleta, en el 15,6% medianamente completa y en un 4,3%, completa.

Al analizar la frecuencia mínima con que se realizó los controles nutricionales, se encontró que el 50,1% (894) son inadecuados. Según la edad del niño, los mayores porcentajes de controles inadecuados corresponden a niños mayores de 2 años.

Tabla 1. Calidad de las historias clínicas según la edad del niño. Centros de salud del primer nivel de atención. Salta (Argentina) (2002-2003)

Calidad de las historias clínicas	Niños < 1 año (n = 758) (%)	Niños 1-6 años (n = 1.026) (%)
Adecuadas	5,0	2,6
Medianamente adecuadas	12,9	12,9
Inadecuadas	82,0	84,4

Tabla 2. Aspectos considerados en el registro de historias clínicas de niños con diarrea e IRA. Centros de salud del primer nivel de atención. Salta (Argentina) (2002-2003)

Registro inadecuado	Enfermedad	
	Diarrea (%)	IRA (%)
Signos y síntomas	87,7	94,5
Tratamiento	53,0	45,6
Seguimiento	32,9	35,2
Diagnóstico	6,1	19,8

IRA: infección respiratoria aguda

En relación con la frecuencia mínima de los controles antropométricos, en el 39,1% de las HC no se cumplía la norma adecuadamente.

De la frecuencia mínima de consultas médicas realizadas, el 42,3% eran inadecuadas.

Al estudiar las consultas nutricionales, se evaluó 1.193 HC de CS que contaban con el profesional en nutrición y se encontró que el 67,5% realizaban controles inadecuados.

Los controles antropométricos inadecuados y sin registro representaron un 77,5%, las consultas de los profesionales médicos y nutricionistas inadecuadas y sin registro representaron un 77,2 y un 69,9% respectivamente de las HC.

Al analizar la calidad del control nutricional del programa de nutrición en función del registro de las acciones propuestas y los controles realizados en el período de estudio, se observó que del total de historias evaluadas el 85,1% presentó la calidad de control nutricional inadecuada, el 12,5%, medianamente adecuada, y el 2,3%, adecuada.

Al aplicar la regresión logística para evaluar la calidad del control nutricional, tomando como variables independientes el registro de las acciones y la frecuencia mínima de los controles nutricionales, se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) para esta última.

Considerando el plantel profesional con nutricionista, al aplicar la regresión logística se encontró resultados idénticos. Para los CS sin nutricionista se encontró diferencia significativa ($p < 0,05$) para la frecuencia mínima de consultas médicas.

Al relacionar la calidad del control nutricional con la edad del niño, se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) para la prueba de la χ^2 .

Según lo registrado en las HC de niños desnutridos (196), fueron inadecuados: el examen previo al diagnóstico (57,9%), el tratamiento (57,4%) y el seguimiento (40,8%).

Al analizar el tratamiento de la desnutrición, el 83,59% fue inadecuado, el 13,3%, medianamente adecuado, y el 3,0%, adecuado. Considerando el tratamiento inadecuado de la desnutrición, el examen previo al diagnóstico y el tratamiento fueron los que se registraron frecuentemente de forma inadecuada en ambos grupos de edad.

Al tener en cuenta el plantel profesional (con/sin nutricionista) se encontró diferencia significativa ($p < 0,05$) para la prueba de la χ^2 .

Discusión

Si bien para analizar la calidad de la asistencia de la atención a niños menores de 6 años se utilizó el enfoque de proceso aplicando la auditoría externa de las HC, se constató que este instrumento no se completa en casi un 50% de los casos, y en un importante porcentaje de los casos registrados se observó dificultades en el registro del proceso asistencial. Esto evidenció la falta de comunicación entre los profesionales responsables de la atención de estos niños y la falta de aplicación de las normativas existentes en algunos formularios que constituyen la HC.

Si analizamos el tratamiento de las enfermedades agudas más prevalentes, se observó entre un 94 y 97% del tratamiento categorizado como inadecuado, contrariamente a otros autores⁴, en los que las IRA se encuentran como problema más frecuente, relacionado a las condiciones socioeconómicas de la población, ya que los niños que asisten a estos centros corresponden al subsector público y son carentes de recursos. Este tratamiento inadecuado, además, puede considerarse como parte de la falta de un registro adecuado, más que a la atención en sí, ya que se observa una ausencia de unificación de criterios entre los profesionales, falta de costumbre para registrar la consulta adecuadamente e, incluso, en la forma de abreviar algunos términos. En ambas enfermedades los signos y síntomas básicos son los que presentaron un mayor registro inadecuado, lo que nos lleva a pensar que más que un problema asistencial hay un problema de registro, el cual por consiguiente influye en el análisis del tratamiento de la enfermedad de modo global.

Al evaluar el cumplimiento de las actividades del programa de nutrición, se observó un alto porcentaje con una calidad inadecuada, a partir del registro incompleto de las acciones normativizadas del control nutricional y frecuencias de éstas. El tratamiento de la desnutrición se encontró con resultados similares.

Sería conveniente analizar la formación y/o capacitación de los profesionales en la estrategia de la atención primaria, ya que la mayoría de los profesionales médicos responsables de la atención de los niños está especializada en pediatría. También convendría analizar las horas asignadas a los profe-

sionales nutricionistas en los distintos centros, ya que la mayoría de ellos atienden 2 o más CS, con el fin de valorar más puntualmente sus actividades y funciones. En este estudio se encontró que la consulta de los niños disminuye con la edad, contrariamente a otros estudios publicados⁴.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es conocer la demanda real de los pacientes a estos servicios, con la consiguiente presión asistencial que estarían influyendo en el registro de las HC. Si bien se argumenta que en el momento de evaluar las HC la calidad del registro desempeña un papel más importante que la asistencia¹⁷, ambas son un instrumento fundamental para la evaluación de la atención de los pacientes, el rendimiento del personal y los recursos utilizados, sintetizan los esfuerzos de la institución y reflejan la calidad del trabajo realizado, imprescindibles para el seguimiento de la calidad^{4,9,18,19}.

Si bien consideramos que todos los criterios establecidos en este estudio, junto a los ya normativizados en estos servicios, deben registrarse en su totalidad, se cree que la falta de registro de éstos obedece a una ausencia de concienciación por parte de los profesionales de salud sobre la importancia de dicho registro, de la aplicación de las normativas vigentes y de la necesidad de unificar unos criterios mínimos en la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia⁴.

Por lo ante expuesto, se considera imprescindible implementar programas de garantía de calidad de forma mixta, para lo que el primer nivel de responsabilidad debe ser el interno y, desde lo externo, estimular la garantía de una calidad interna.

Agradecimientos

A la Dirección de Primer Nivel de Atención de Salta-Capital (Argentina). A todo el personal de los centros de salud seleccionados para la realización del estudio. A los Dres. Ángel Otero Puime y María Teresa Martínez del Olmo, por su asesoramiento técnico, y a la Prof.^a Laura Moreno por colaborar en la traducción del resumen del presente trabajo.

Bibliografía

- Otero Puime A, Saturno Hernández PJ, Marquet Palomer R. Mejora de la calidad en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 4.^a ed. Vol. 1. Madrid: Elsevier; 1999.
- Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios: conceptos y metodología. 1.^a ed. española. Barcelona: Masson SA; 1988.
- Paz Rodríguez Pérez. Calidad Asistencial: Marco teórico y Desarrollo Histórico. En: Lázaro y de Mercado P, Marín León I, editores. Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Escuela de Servicios de Salud. 1.^a ed. Madrid: 1999. p. 31-43.
- García Boró S, Sierra García B, Marín García D, Díaz Olalla JM, Otero Puime A. Evaluación de la calidad del proceso en equipos de atención primaria. MEDIFAM. 1993;3:17-24.
- Rosell Aguilar I. Planificación Sanitaria. En: Curso de Atención Primaria. Asturias: Colegio Oficial de Médicos de Asturias y Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. INSA-LUD; 1999-2000. p. 28-35.
- Agra Varela Y, García Boro S, Magrinyà Rull P. Manual de Garantía de Calidad en Atención Primaria. Madrid: Dirección General de Planificación, Formación e investigación. Consejería de Salud Comunidad de Madrid; 1994.
- Donabedian A. Evaluación de la Calidad de Atención Médica. En: Investigación sobre servicios de salud: una antología. Publicación Científica N.º 534. Washington: OPS; 1992. p. 382-404.
- Kroeger A, Luna R. Aspectos programáticos de la atención primaria de salud a nivel nacional e internacional. En: Atención Primaria de la Salud: principios y métodos. 2.^a ed. Pax México: OPS; 1992; cap. III. p. 49-76.
- OPS. Registros Médicos y de Salud. Módulo de aprendizajes. Módulo N.º 3. Evaluación Técnica de las historias clínicas. Serie Paltex. Para técnicos, médicos y auxiliares N.º. 17. Washington, OPS, S/F.
- Basterretxea Oiarzabal J, Irsuta Argoitia M, Laskano Gladós I, Gametxo Goikoetxea Rivera E. Programa de Garantía de Calidad de las Historias Clínicas. SEMERGEN. Bizkaia. 2001;27: 237-40.
- Moreno E, et al. Calidad de la atención primaria: aporte metodológico para su evaluación. Proyecto Uni-Tucumán. Facultad de Medicina Tucumán, UNT; 1998.
- Salta. Ministerio de Salud Pública. Informe del 4.º trimestre 2001 de Dirección Primer Nivel de Atención. Salta: Ministerio de Salud Pública; 2001.
- Bouchet B. Proyecto de Garantía de Calidad: guía para la administración de salud. Vigilancia de la Calidad de Atención Primaria. EEUU. USAID. S/F. Disponible en: www.minsa.gob.pe/psnb/línea 05/02o5A3Rchss.htm
- OMS/UNICEF. Componentes de la estrategia AIEPI. Módulo N.º 2. Evaluación, Detección y Tratamiento de problemas alimentarios y de nutrición en la niñez, en el marco de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). OPS/OMS/UNICEF; 2003. p. 6-58.
- OMS/UNICEF. Curso de capacitación: atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). OPS/OMS/UNICEF; 1998.
- Lewkowicz Stegmann LA, Fox EC, Villamayor Alemán J. Programa de calidad de las Historias Clínicas M. Hospital Zonal "Virgen M Carmen" de Zárate. Revista de la Asociación Médica Argentina 2002;4:16-22.
- De los Santos Briones S, Cruz-Lavadores DM, Chávez-Chan M. El Estudio de materiales de autoinstrucción como estrategia para incrementar el cumplimiento en la integración del expediente clínico. Biomed (México). 2003;14:227-37.
- OPS. Registros Médicos y de Salud. Módulo de Aprendizajes. Módulo N.º 1. Registro de Salud e Historias Clínicas. Serie Paltex. Para técnicos, médicos y auxiliares. N.º 17. Washington, OPS, S/F.
- Jiménez-Pérez D. La historia clínica: aspectos éticos y legales. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:66-8.