

IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN SERVICIOS DE
FONOAUDILOGÍA DE BOGOTÁ

PROYECTO DOCENTE

DIANA FIQUE

DIRECTOR

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA Y FONOAUDILOGÍA
BOGOTÁ D.C., NOVIEMBRE 2011

IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN SERVICIOS DE
FONOAUDIOLOGÍA DE BOGOTÁ

PROYECTO DOCENTE

Asistentes de investigación

Leidy Gómez

Ivonne González

Jesús Rodríguez

Mónica Torres

Diana Fique

Director

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA Y FONOAUDIOLOGÍA
BOGOTÁ D.C., NOVIEMBRE 2011

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

VICERRECTORÍA ACADÉMICA

CENTRO DE INVESTIGACIONES

Los suscritos vicerrectoría académica, Directora del Centro de Investigaciones y Vicedecana de la Facultad de Comunicación Humana y Fonoaudiología, hacen constar que previa revisión y discusión en éste Comité, se le otorgó al trabajo titulado:

“IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN SERVICIOS DE
FONOAUDILOGÍA DE BOGOTÁ”

El concepto de APROBADO.

Para constancia se firma a los catorce días del mes de Diciembre del dos mil once.

Ana María Botero Patiño

Vicerrectora Académico

Patricia López Obando

Directora

Centro de Investigaciones

Sandra Patricia Torres

Vicedecana

Facultad de Comunicación Humana y
Fonoaudiología

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
Introducción	10
Marco metodológico	41
Tipo de estudio	41
Método	42
Participantes	43
Instrumentos	44
Procedimiento	49
Resultados	50
Referencias	90

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición conceptual: Dominios indicadores de calidad	30
Tabla 2. Ficha técnica de indicador. Aspectos generales.	35
Tabla 3. Ficha de indicador. Definición operacional	35
Tabla 4. Ficha de indicador. Variables 1.	36
Tabla 5. Ficha de indicador. Variables 2.	37
Tabla 6. Definición operativa de acuerdo a los dominios del SOGC	46
Tabla 7. Indicadores encontrados durante la revisión documental	74

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Tipo de prestador registrado en los servicios de Fonoaudiología Bogotá D.C. del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.	51
Gráfico 2. Tipo de prestador registrado en los servicios de Fonoaudiología Bogotá D.C., porcentajes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de salud.	51
Gráfico 3. Forma de contactar a los prestadores para la consecución de la muestra.	52
Gráfico 4. Respuesta de prestadores contactados.	53
Gráfico 5. Tipo de prestador registrados, contactados, participantes y excluidos de la investigación.	54
Gráfico 6. Naturaleza de prestadores participantes.	54
Gráfico 7. Tipo de prestadores participante.	54
Gráfico 8. Ubicación de prestadores participantes.	55
Gráfico 9. Tiempo de ejercicio profesional prestadores entrevistados	57
Gráfico 10. Tiempo de vinculación de prestadores entrevistados	58
Gráfico 11. Nivel de formación de prestadores entrevistados	58
Gráfico 12. Especializaciones reportadas por los prestadores entrevistados	59
Gráfico 13. Conocimiento de la legislación relacionada con la calidad	

en la prestación de servicios de salud	59
Gráfico 14. Forma de monitorear la calidad	63
Gráfico 15. Porcentaje de prestadores que usan indicadores de calidad	65
Gráfico 16. Cantidad de indicadores de calidad usados por los prestadores	65
Gráfico 17. Indicadores de calidad usados por los prestadores	66
Gráfico 18. Forma de monitorear la accesibilidad	67
Gráfico 19. Forma de monitorear la oportunidad	68
Gráfico 20. Monitoreo de la calidad técnica	70
Gráfico 21. Riesgos reportados por los prestadores	70
Gráfico 22. Reporte de eventos adversos	72
Gráfico 23. Monitoreo de la satisfacción / lealtad	72
Gráfico 24. Opinión número de indicadores que deben reportar los fonoaudiólogos	73
Gráfico 25. Opinión de indicadores que deben reportar los fonoaudiólogos	74
Gráfico 26. Fichas técnicas y dominios de indicadores de calidad	79
Gráfico 27. Revisión documental, indicadores encontrados, dominios y características de las fichas técnicas	79

INDICE DE ANEXOS

Anexo A. Entrevista

Anexo B. Archivos de audio y transcripciones

Anexo C. Matrices de tabulación de la información de la entrevista y revisión documental.

Anexo D. Modelo de carta radicada

Resumen

IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN SERVICIOS DE FONOAUDIOLOGÍA DE BOGOTÁ

Diana Fique Ortega¹

Corporación Universitaria Iberoamericana

El objetivo de la investigación fue identificar los indicadores de calidad usados en los servicios de fonoaudiología de Bogotá, sus características, indagando el conocimiento del concepto de calidad, indicadores y los dominios. Método: cualitativo, con alcance exploratorio. Participaron 25 prestadores con servicios de fonoaudiología habilitados. Se realizó entrevista abierta y revisión documental. Resultados: los profesionales relacionan los indicadores con parámetros que permiten medir la calidad de los servicios. Se usan indicadores de los cuatro dominios determinados en el anexo de la resolución 1446 de 2006, pero la mayoría no tienen una ficha técnica completa, solo están descritos. Investigación dirigida a la concertación de conceptos vinculados con calidad y la generación de indicadores propios de la profesión queda por ser desarrollada.

¹ Fonoaudióloga Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Administración de Salud, con Énfasis en Seguridad Pontificia Universidad Javeriana. Docente Corporación Universitaria Iberoamericana. dianafique@gmail.com, dd.fiqueo@laibero.net.

Introducción

La fonoaudiología como profesión que desempeña labores en los escenarios de salud, debe cumplir con las políticas establecidas por el Ministerio de la Protección Social relacionadas con la calidad del servicio que ofrece. Por otro lado como lo refiere Cuervo (1999) “Sean cuales fueren las razones, queda claro que promover la calidad de la salud y la educación ya no es una opción. Se trata de una obligación de los proveedores y un derecho de los usuarios” (p.159), “la calidad de la atención fonoaudiológica no puede convertirse en realidad si no existe compromiso institucional para evaluar y mantener esa calidad” (p.183).

Para el desarrollo de esta investigación se identificaron algunas problemáticas vinculadas con el anterior tema, desde los profesionales de fonoaudiología no existe una definición de calidad, además, se desconoce la forma como los profesionales la miden o la existencia, construcción y uso de indicadores. Claro está, que lo anterior puede deberse a las siguientes razones: la primera radica en la falta de formación administrativa haciendo que desde el pregrado se realice mayor énfasis a las labores asistenciales, dejando de lado actividades administrativas que son importantes para planeación y sistematización de datos importantes para realizar un automonitoreo y para cumplir requerimientos de otros entes (Instituciones Prestadoras de Servicios de salud –IPS–, Empresas Promotoras de Salud –EPS– y el Ministerio de la Protección Social –MPS–) . La segunda razón se debe al desconocimiento de

aspectos del marco legal del Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente en relación con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud – SOGC – y a sus componentes en especial con: el Sistema de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y el Sistema de Información para la Calidad y la relación con el ejercicio de la fonoaudiología. La tercera puede deberse a que el tema de indicadores de calidad en fonoaudiología ha sido poco estudiado, se encuentran, de manera general datos cualitativos vinculados con indicadores de calidad para los servicios de salud, específicamente en fonoaudiología la entidad que ha desarrollado investigaciones relacionadas con la calidad de los servicios ha sido la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), se encuentran publicaciones de artículos vinculados con los términos de eficacia, efectividad, eficiencia y práctica basada en la evidencia (PBE), de hace más de 5 años.

En relación con el contexto nacional, en Colombia Cuervo en su libro la profesión de fonoaudiología (1999) dedica un capítulo a la calidad de los servicios fonoaudiológicos, en éste hace una descripción general a nivel internacional y nacional de la situación de la calidad en la profesión. Refiere que la ASHA recomendó la adopción de 10 pasos para establecer procesos de mejoramiento de la calidad desarrollados por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO), entre esos 10 pasos se encuentra la identificación de indicadores de calidad “entendidos como variables relacionadas con la estructura, el proceso y los resultados de la

atención y considerados herramientas útiles para monitorear y evaluar la calidad de funciones clínicas importantes” (p. 184).

Al realizar una revisión de la información relacionada con este tema existe muy poca, además, se encuentra que no hay suficientes registros publicados que permitan medir y establecer perfiles de calidad o lo que se denomina “calidad esperada”. Entonces, es evidente que este tema no ha sido desarrollado ni descrito a profundidad, se debe reconocer profesionalmente que la cuantificación de la calidad es de gran importancia para demostrar los logros de los servicios de fonoaudiología, de no ser así las instituciones no valorarán el ejercicio y no verán al fonoaudiólogo como un profesional necesario que aporta al crecimiento institucional, social y sobre todo no se reconocería ese impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios. Las consecuencias de no hacer evidente la calidad de los servicios fonoaudiológicos de manera cuantitativa llevarán a: una percepción negativa de las acciones y del servicio de fonoaudiología, insatisfacción de los usuarios, dificultades para cuantificar claramente los logros profesionales, realizar poco monitoreo y cualificación de los servicios y a generar pocas acciones de mejoramiento que sean visibles y de alto impacto para la práctica fonoaudiológica.

Las posibles soluciones frente a esta problemática podrían ser: en primer lugar, caracterizar e identificar el estado actual del uso de los indicadores en los servicios de fonoaudiología, a la cual esta investigación aportará significativamente; en segundo lugar, determinar claramente los indicadores

pertinentes que puedan cuantificar la calidad de la práctica fonoaudiológica; en tercer lugar, sensibilizar a los profesionales acerca de la necesidad y utilidad de los indicadores; en cuarto lugar, capacitar a los profesionales en formación y en ejercicio acerca de los sistemas de calidad, auditoría e información, específicamente en el uso de indicadores; y por último, analizar los resultados de los indicadores para generar actividades de mantenimiento y mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios fonoaudiológicos.

En coherencia con lo anterior, esta investigación dará cuenta de las herramientas usadas para evaluar y mantener la calidad de la prestación de servicios y la respuesta profesional de las exigencias nacionales que además tienen un trasfondo internacional.

El interrogante que orientó esta investigación fue: ¿Cuáles son los indicadores usados para calificar la calidad de los servicios de fonoaudiología de Bogotá D.C.?, en torno a esta se plantearon subpreguntas: ¿Cómo conciben la calidad los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas de Bogotá D.C.?, ¿Qué legislación relacionada con calidad en la prestación de los servicios conocen los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas de Bogotá D.C.?, ¿Cómo definen los indicadores de calidad los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en Bogotá D.C.?, ¿Cómo realizan el monitoreo de la calidad acciones o actividades profesionales los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en Bogotá D.C.?, ¿Qué y a quién se reportan los indicadores de calidad de los prestadores de servicios fonoaudiológicos en Bogotá D.C.?, ¿Cuáles son los indicadores de accesibilidad / oportunidad, usados por los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en

Bogotá D.C.?, ¿Cuáles son los indicadores de calidad técnica, usados por los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en Bogotá D.C.?, ¿Cuáles son los indicadores de gerencia del riesgo usados por los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en Bogotá D.C.? y ¿Cuáles son los indicadores de satisfacción – lealtad, usados por los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en Bogotá D.C.?

A continuación se presentará la revisión de la literatura relacionada con los anteriores interrogantes, más exactamente con los conceptos de calidad en salud, indicadores y estos temas desde la práctica fonoaudiológica, citando literatura nacional e internacional.

Definición de calidad

Inicialmente, al hablar del concepto general de calidad implica entenderla como propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor, relacionado también con superioridad o excelencia de acuerdo al Diccionario de la Lengua Española. También es vista como el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas, o también como “el grado en que un producto cumple con las especificaciones técnicas establecidas cuando fue diseñado” (Aenor 2000, citado por Guix 2005).

En un sentido etimológico el concepto de calidad proviene del latín QUALITIS que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud,

excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad entre otras muchas acepciones (Ardón, N. y Jara, M. I. 1998).

Hablar del concepto general de calidad implica entenderla como “el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas”, o también como “el grado en que un producto cumple con las especificaciones técnicas establecidas cuando fue diseñado” de acuerdo al Diccionario de la Lengua Española.

Guix 2005 afirma que en el terreno sanitario, el concepto de la calidad de la asistencia sanitaria, tal como lo entendemos en la actualidad, empezó a ser aplicado, hacia los años cincuenta, también en Estados Unidos. La aparición, en 1951, de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals con un primer planteamiento de parámetros “de calidad” que debían cumplir los hospitales para ser acreditados (condición indispensable hacia la década de 1960 para poder establecer contratos con la seguridad social norteamericana) y el histórico artículo de Avedis Donabedian en el que se planteaban los principios de la calidad asistencial según criterios de estructura, proceso y resultados, publicado el año 1966, dan cuenta de la naturaleza de los sistemas de calidad aplicados a la asistencia sanitaria.

El Instituto de Medicina de EEUU 1972 afirmó que la "asistencia médica de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población” citado en un documento denominado conceptos

generales de calidad de la Universidad de Cádiz , además, la calidad también es vista como “la medida en que los servicios de salud tanto los enfocados a los individuos como a las poblaciones mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional”. (Suñol, R. 1998 citado por Ariza & Daza 2008)

Avedis Donabedian (1979) afirmó que la calidad en salud tiene las siguientes características: es una propiedad y un juicio sobre alguna unidad definida de atención en salud; es el balance entre beneficios y riesgos; no está representada por el estado de salud, sino por la medida en la cual, las mejoras que son posibles en el estado de salud son obtenidas. Este mismo autor en 1984 refiere que la calidad está centrada en la manera de ofrecer o lograr mayores beneficios con menores riesgos posibles para el paciente; la calidad en salud es: “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención" (Conceptos Generales de Calidad, Universidad de Cádiz, 2009). Además, enfatiza en los aspectos en los cuales se centra la evaluación de la calidad que ofrecen los servicios de salud los cuales son: la estructura, el proceso y el resultado.

De acuerdo a Donabedian, citado por Cuba (2008), define tres tipos de calidad: la primera hace referencia al grado de cumplimiento de los objetivos, teniendo en cuenta los componentes científico - técnicos es denominada como calidad absoluta, también es llamada técnica, científica o profesional; la

segunda exige que se tenga en cuenta las expectativas del usuario, basándose que el objetivo de la atención es mejorar el bienestar de éste, ésta es la calidad individualizada; y por último la calidad social que está estrechamente relacionada con el término de eficiencia.

La calidad ha sido vista desde el área de la salud como un indicador de buenas prácticas, sin embargo, en la actualidad, este término está también relacionado con un marcador de satisfacción del usuario. La calidad es un concepto complejo que involucra no solo la percepción de quien ofrece el servicio sino del que lo recibe. Según Losada y Rodríguez (2007) la calidad de los servicios de salud ha tenido una evolución significativa a nivel mundial, a partir de la definición de Donabedian en 1980 y 1988 quien afirmaba que la calidad en salud hacía referencia principalmente a la habilidad de alcanzar objetivos (lograr un estado óptimo de salud) a través del uso de medios legítimos, relegando a un plano inferior la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio recibido. Por otro lado el enfoque de Grönroos en 1984 y retomado por Vandamme y Leunis 1993, en el cual se afirma que el nivel de calidad esta dado por la percepción del paciente sobre la prestación del servicio citado por Losada y Rodríguez (2007).

A nivel mundial entonces, el concepto de calidad ha venido evolucionando a través del desarrollo histórico, adoptando diferentes concepciones dependiendo el sector industrial y desde la perspectiva de la calidad de los productos y los servicios. En lo concerniente a la calidad de los servicios de salud la evolución

se ha dado a partir del fortalecido los sistemas de salud, de la atención integral en salud y los Estados han construido lineamientos para maximizar la calidad de la prestación de estos servicios enmarcados en la política de la seguridad del paciente que se promulga a nivel internacional mediante la alianza mundial desde la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2002

La calidad de los servicios de salud en Colombia ha evolucionado respondiendo de alguna manera a las dinámicas internacionales que promueven cada día el mejoramiento de la prestación de servicios, la medición de la calidad y en especial la seguridad del usuario.

En la Ley 100 de 1993 en el libro correspondiente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se estableció la calidad, como aspecto fundamental para la prestación de los servicios de salud, el control de ésta se orienta a garantizar condiciones de oportunidad, atención personalizada, humanizada, integral y continua, según los estándares nacionales y los procedimientos de la práctica profesional (Ardón, 2003)

A partir del análisis de teorías y conceptos sobre la calidad, el diagnóstico de la situación nacional y la revisión de experiencias nacionales e internacionales se construyó el SOGC del Sistema General de Seguridad Social en Salud, descrito en el decreto 1011 de 2006 en el cual se establecen lineamientos generales tendientes a asegurar y mejorar la calidad del Sistema

de Salud Colombiano. Éste incluye los siguientes componentes: a) Sistema único de habilitación dirigido al cumplimiento de requisitos mínimos obligatorios para garantizar y proteger la vida y la salud de los usuarios con el objetivo de minimizar los principales riesgos de la prestación de servicios de salud; b) Sistema único de acreditación, incluye a EPS y IPS, es proceso voluntario de evaluación de un conjunto de estándares óptimos de proceso; c) Auditoría encaminada al mejoramiento de la calidad de los procesos de atención en salud, mediante la evaluación sistemática de la calidad alcanzada frente a la deseada; d) Sistema de información dirigido principalmente a los usuarios, para facilitar en estos la toma de decisiones, otro objetivo es activar incentivos en los aseguradores y prestadores para continuar mejorando la prestación de los servicios (Ministerio de la protección Social, Kerguelén, 2008).

En respuesta a las exigencias mundiales, en Colombia la calidad y la seguridad del paciente se han asumido como una política, es por esta razón que en el SOGC los lineamientos orientan la prestación de servicios de salud con el objetivo de maximizar la calidad y la seguridad de los mismos. La calidad de la atención de salud es definida desde éste Sistema de acuerdo al diario oficial 46.230, en el artículo 2 como:

La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (pág. 1)

En el artículo 3 se exponen las características del SOGC las cuales son: accesibilidad, referida a la utilización de los servicios de salud por parte de los usuarios; oportunidad, relacionada con la posibilidad que tiene el usuario de obtener el servicio de salud que requiere, sin que se presenten contratiempos que puedan poner en riesgo su salud o vida; seguridad, está orientada a minimizar los riesgos de eventos adversos a través del uso de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas; pertinencia relacionada con la posibilidad que tienen los usuarios de recibir servicios que requieren, utilizando los recursos de acuerdo con la evidencia científica y logrando mayores beneficios que efectos secundarios; y la continuidad tiene que ver con que el usuario reciba una secuencia lógica y racional de actividades basados en conocimientos científicos.

Calidad en salud y servicios fonoaudiológicos

Al realizar la revisión de la literatura relacionada con la calidad en servicios de salud se encuentra gran información, pero específicamente en relación con la calidad de servicios fonoaudiológicos se encuentra la mayor parte en la literatura originada en Estados Unidos y es escasa. Los temas que incluyen los artículos dan cuenta de: concepto general de

calidad para patólogos de habla y lenguaje, efectividad – eficacia de modelos de tratamiento y costo-efectividad.

A nivel internacional, la American Speech Language Hearing Association (ASHA), ha indagado acerca de la calidad de los servicios y la percepción de los usuarios frente a estos. Según Shewan (1989) en el artículo titulado Quality is not a four letter word... mediante una encuesta los miembros de ASHA reportaron la satisfacción del usuario y calidad del servicio, arrojando resultados del estudio positivos, resaltando que los profesionales están teniendo en cuenta las opiniones del usuario sobre la calidad de los servicios recibidos. Además se encuentran investigaciones y publicaciones orientadas a la medición de la calidad en términos de eficacia, eficiencia y efectividad en todas las publicaciones de la ASHA (American Journal of Audiology -AJA-, American Journal of Speech - Language Pathology -AJSLP-, Journal of Speech, Language, and Hearing Research -JSLHR-, Language, Speech, and Hearing Services in Schools -LSHSS-)

Respecto a la calidad de servicios fonoaudiológicos Cuervo (1999) dedica un capítulo completo a establecer los antecedentes de calidad en la profesión a nivel nacional e internacional. En este se encuentra una revisión detallada de la calidad en el ámbito nacional. La calidad es vista como un derecho y ubica como primer referente a la Constitución Política en el artículo 78 en el cual dice que “la ley regulará el control de la calidad de bienes y servicios prestados a la comunidad” (1991). Relacionado con el área de la salud también incluye a la ley

60 de 1993 la cual menciona que la descentralización de las competencias y los recursos favorecen el orden y fortalecer la capacidad de ofrecer servicios de salud de excelente calidad, esta ley también anticipó la conformación de: “un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y proveer su mejoramiento”.

Otro referente legislativo, de acuerdo con Cuervo, es el Decreto 1485 de 1994 “por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección del usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud”, en este incluye entre sus puntos fundamentales la libre escogencia la cual debe basarse en la información que se deberá poner a disposición de los usuarios sobre la calidad de los servicios para que este pueda tomar decisiones. Otro decreto esencial en el tema de calidad citado por esta autora es el 2174 de 1996 el cual organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reformado por el decreto 1011 del 2006.

En esta revisión se caracterizan los componentes de la calidad del servicio fonoaudiológico y se afirma que se usan “modelos adoptados internacionalmente por agencias encargadas de evaluar y acreditar las instituciones y programas de salud” (Cuervo, 1999 p. 159) desde este marco se abordan tres aspectos que determinan la calidad en la atención en salud como: la estructura, los procesos y los resultados, adoptados por la Asociación

Americana de Lenguaje, Habla y Audición (ASHA) con el fin de adelantar procesos de mejoramiento de la calidad. (p. 161).

Otro antecedente importante en Colombia vinculado con la calidad en fonoaudiología es una investigación desarrollada por Roldán, Vargas, Giraldo y Valencia (2001) en la cual evaluaron la calidad en la atención en salud a través de un estudio de caso, de tipo exploratorio - descriptivo. En este revisaron los servicios de nutrición, fisioterapia, terapia respiratoria y fonoaudiología en 6 hospitales públicos. Los resultados demostraron: “una situación preocupante al encontrar valoraciones de la calidad de atención entre insatisfactorias y precarias...abocando el servicio a riesgos éticos y obviamente sobre el deterioro de la calidad” (p.14), además se encontró entre las limitaciones del estudio con “los sistemas de información inadecuados, inoportunos y desactualizados de los cuales no es posible extraer datos reales que se puedan considerar como indicadores confiables” (p. 18). En este estudio se afirmó que es preocupante la situación relacionada con este tema, debido a que existe un desconocimiento de la importancia del quehacer profesional, en la evaluación correspondiente a los servicios de fonoaudiología el resultado fue precario.

Por otra parte en la revista Redes Comunicativas se encuentra un artículo que plasma el producto de mesas de trabajos del encuentro de estudiantes de fonoaudiología realizado en septiembre de 2003 en la Universidad Nacional de Colombia donde se expone la calidad de los servicios fonoaudiológicos como

un ejercicio vigente y legítimo. El objetivo fundamental de este grupo de trabajo fue la socialización y creación de propuestas donde los participantes, expertos y monitores, puedan garantizar la calidad del servicio fonoaudiológico. En este se realizó una revisión de la legislación básica vigente relacionada con salud en Colombia y el SOGC. Se enfatizó en que los aspectos de importancia a tener en cuenta para la calidad se centran en: la estructura que hace posible la prestación del servicio, el proceso que constituye el servicio en sí, y los resultados que genera el servicio. Entre las conclusiones de esta mesa se exponen: la necesidad de generar conciencia social y gremial en torno al tema de calidad, hacer énfasis en el conocimiento de las necesidades e intereses del usuario, se deben evaluar los parámetros en los cuales se está brindando la prestación de los servicios fonoaudiológicos, determinar la responsabilidad como proveedores de servicios del sector salud y la inclusión de este tema en la formación profesional.

Otra investigación vinculada con el tema de calidad de manera implícita es el desarrollado por Ángel, Jiménez y Lizarazo (2004) denominado estudio cuasi -experimental de la eficacia del manejo fonoaudiológico, en pacientes con disfagia, hospitalizados en la clínica Carlos Lleras Restrepo, cuyo objetivo se centró en identificar las fortalezas y debilidades del manejo fonoaudiológico de la disfagia orofaríngea en pacientes/usuarios hospitalizados. Donde se concluyó que la implementación de estrategias fonoaudiológicas que identifiquen y traten la disfagia orofaríngea oportunamente, ayuda a optimizar la calidad de los servicios hospitalarios y favorece la evolución de los pacientes y

la colaboración de sus familiares. Esta investigación es considerada un esfuerzo para dar cuenta de la eficacia de los tratamientos fonoaudiológicos a través del análisis de datos cuantitativos y cualitativos que permiten evidenciar la importancia de los servicios fonoaudiológicos y el impacto en la calidad de vida de los usuarios.

Por último el artículo de Duarte (2009), en el cual se describen los resultados de una investigación descriptiva realizada en la Corporación Universitaria Iberoamericana, la cual se enfocó en la caracterización de dos sistemas de calidad: la norma ISO 9001:2000 y el SOGC, con el fin presentar una propuesta de diseño de un sistema de gestión de calidad en prestación de servicios fonoaudiológicos. Entre las conclusiones dadas en este se encuentran: la importancia de identificar los elementos obligatorios para la prestación de servicios fonoaudiológicos y asimismo, el conocimiento que deben tener los profesionales frente a las normas, requisitos legales, necesidades del usuario con el fin de garantizar la calidad del servicio.

Indicadores de calidad

Los profesionales en salud realizan la descripción de la calidad de la prestación de los servicios con sus características, procedimientos implementados, resultados obtenidos y se indaga además la percepción de los usuarios, pero lo que tiene que ver con los datos cuantitativos existen serias limitaciones.

Los orígenes de la calidad y los indicadores datan de los procesos industriales en las primeras décadas del siglo XX, con la evaluación de los productos manufacturados mediante parámetros establecidos. Posteriormente, economistas y sociólogos aplicaron los conceptos de calidad en la vida humana, buscando índices que permitieran evaluar la calidad de vida de las personas y las sociedades. Y desde una época más reciente, este tema se ha implementado para los sistemas de salud D'Empare (2010).

La calidad en salud generalmente es descrita con una serie de características o cualidades inherentes al servicio de salud expresadas en términos subjetivos, basadas en percepciones de los usuarios y del prestador de salud; pero en la actualidad se le han atribuido, características que deben ser expresadas a través de una serie de indicadores que permiten cuantificar y determinar el carácter objetivo de ésta. De acuerdo con Cuervo, 1999, p. 16,1 la calidad no tiene un carácter unidimensional sino multivariable, esto hace que los componentes medibles de la calidad se hayan venido estudiando y formulando por los diferentes sistemas de salud y uno de los retos consiste en “diseñar indicadores que permitan valorar la calidad de la atención”.

De acuerdo con la Agency for Healthcare Research and Quality (2001) hay dos tipos principales de medidas de calidad: las valoraciones de los consumidores, o satisfacción y medidas de desempeño clínico también llamadas calidad técnica citado por el Servicio de Salud de Castilla. Otro autor Silva (1997), presenta la definición general de un indicador como una

construcción teórica para ser aplicada a un colectivo y producir un número del cual se pretende cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo. Por otro lado, la característica básica de un indicador es su potencialidad para medir un concepto de manera indirecta, según Jiménez (2004).

Según la Organización Mundial de la Salud se han definido los indicadores como "variables que sirven para medir los cambios" y "vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000", citado Arce en el Proyecto sobre Indicadores de Calidad en Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico -OCDE- (2007) afirma además, que los Indicadores de Calidad en Salud permiten a los países industrializados abordar asuntos de política económica y planificación.

Según la Organización Panamericana de la Salud los indicadores se refieren a la "relación entre dos o más variables que intervienen en un mismo proceso", específicamente lo que se refiere a indicadores en la atención en salud la Australian Council on Healthcare Standards, los define como: "una medida de la administración clínica y resultado de la atención". Según López el indicador, siempre hay que relacionarlo con el concepto de estándar, definido como "la medida de lo que es aceptable o de lo que se desea alcanzar, con respecto a una situación determinada" (1995).

En el Instituto Universitario Avedis Donabedian (2009) se define un indicador como un instrumento de medida que se usa para cuantificar aspectos concretos de la calidad asistencial. La construcción de indicadores se realiza a partir de la

identificación de áreas clave de la atención (dimensiones), establecer los criterios de buena práctica deseables y las formas concretas de evaluarlos.

Los objetivos de los indicadores de calidad están relacionados con: la incorporación de la evidencia científica al trabajo diario, aplicación del rigor del método científico al análisis de resultados, diseño y difusión de instrumentos que proporcionen datos validos y fiables. Estos indicadores tienen beneficios en los que se encuentran: la cuantificación de la atención en salud, presentación datos e información válida, fiable y objetiva, permite evaluar y establecer señales de alarma, identifica aspectos de mejora y excelencia, permite la comparación con otras organizaciones y realizar Benchmarking, es decir, medir continuamente los servicios contra los competidores más fuertes o prestadores de salud reconocidos o líderes del sector (Kearns 1983 citado por el Servicio de Salud de Castilla).

De acuerdo con Álvarez (2006) define indicador como: expresión matemática y herramienta para hacer control de la gestión y corresponde a un sistema de información al servicio de un programa para el monitoreo, entonces “son medidas específicas, verificables que permiten caracterizar un fenómeno y los cambios presentados en este después de una actividad” (pág. 18), estos pueden ser expresados en cifras absolutas o relativas , además, poseen estándares que son determinados por organizaciones internacionales, nacionales, por consensos institucional, de acuerdo a requerimiento o necesidades de los usuarios.

Es así como en la ley 100 de 1993 “la calidad en la atención es un factor crítico, al punto que se fija a los proveedores mecanismos para medirla que responda de manera efectiva a las metas en salud y al desafío de la competitividad” (Roldán et al., 2001) Citado por Losada y Rodríguez 2007.

En Colombia los indicadores de calidad están incluidos en los componentes descritos por el SOGC: habilitación, acreditación, auditoría para la calidad y sistemas de información. Para esta investigación son de gran importancia los dos últimos en estos encuentran descritos los indicadores, tema central de este trabajo. Según el artículo 35 de la ley 1011 de 2006:

Las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, *indicadores* y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Lo anterior aplica para todos los servicios de salud incluido el de Fonoaudiología y Terapia de Lenguaje.

En el decreto 1011 en el artículo 3, se adoptan como características de calidad: la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de los servicios de salud, y en la resolución 1446 de 2006 se define el Sistema de

Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. En el anexo técnico de esta resolución se definen los dominios de los indicadores de obligatorio reporte los cuales son: 1. Accesibilidad / Oportunidad, 2. Calidad Técnica, 3. Gerencia del Riesgo y 4. Satisfacción / Lealtad; siendo estos muy consecuentes con las características anteriormente mencionadas. Estos dominios son los ejes tanto para la recolección de los datos de esta investigación y como para el análisis de los hallazgos de los indicadores de calidad en fonoaudiología y sus características generales, la tabla 1 muestra un resumen de la definición de cada uno de estos dominios.

Tabla 1.

Definición conceptual: Dominios indicadores de calidad

DOMINIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
1. Accesibilidad / Oportunidad	Accesibilidad: posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema general de seguridad social en salud, Kerguelén (2008). Oportunidad: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios con respecto a la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios, Kerguelén (2008).
2. Calidad Técnica	Según Avedis Donabedian, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de un modo que rinda los

máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. (Public Health Policy, 1998, citado por Ross, Infante y Zeballos, 2000).

3. Gerencia del Riesgo

Gestión del riesgo: las actuaciones destinadas a evitar o minimizar un riesgo para la salud. Este proceso comprende, si es necesario, la selección y aplicación de las medidas de prevención y control (Ley 7/ de 25 de abril de 2003, de protección de la Salud. España).

Su finalidad es que las organizaciones gestionen los riesgos tanto de su ambiente exterior o interior, con el fin de que de una parte, mitiguen todos aquellos eventos que puedan impactar negativamente el logro de sus objetivos y/o que potencialicen aquellos eventos que puedan impactar positivamente el logro de los mismos, Instituto Nacional de Cancerología (2008).

Incluye en control y reporte de los evento adversos definidos como: “son eventos que ocurren durante el cuidado clínico y resultan en daño físico y psicológico, secundario a iatrogenia y no al curso natural de la enfermedad o a las condiciones propias del paciente” los eventos adversos prevenibles son denominados errores y los que no se pueden prevenir son complicaciones” estrechamente relacionado con el término de “práctica segura la cual hace referencia a toda intervención en estructura, o en el proceso durante la atención en salud, que reduce el riesgo de sufrir un evento adverso” de acuerdo con León (2006).

4. Satisfacción / Lealtad La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud.

La monitorización de este indicador permite identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de los prestadores de servicios de salud.

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad Gómez et al. (2004).

La satisfacción de acuerdo a Corbella 1990, puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario" citado por Massip, Ortiz, Llantá, Peña, e Infante (2008).

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, Secretaría General de Madrid, citado por Massip, Ortiz, Llantá, Peña, e Infante (2008).

Nota. Este cuadro se construyó posterior a una revisión de la literatura con el fin de mostrar la definición de cada dominio de los indicadores de calidad en salud debido a que la resolución no presenta los conceptos sino la descripción operacional.

En el diario oficial número 46.278 (mayo 24, 2006), la Superintendencia Nacional de Salud en la circular externa 00030 del 19 de mayo de 2006 se estableció:

Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (autoevaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario) (pág. 1)

Los indicadores en el SOGC son importantes como una herramienta de recolección de datos y suministro de información para los diferentes actores del sistema pero en especial para el usuario. Los resultados de los indicadores son considerados una medida y la publicación de estos una manera de dar a conocer la situación de calidad de la prestación de los diferentes servicios en las IPS.

Por otro lado Álvarez (2006) afirma que para la presentación de los indicadores se hacen a través de fichas donde son descritos, con el fin de poder ser consultados permanentemente y verificar logros. Esa ficha técnica permite establecer la información más importante de cada uno y contiene los siguientes elementos: “código, nombre, utilidad, definición operacional, fuentes de información, parámetros de comparación, periodicidad, responsable y fecha de elaboración”.

De acuerdo con anexo técnico de la resolución 1446 del 2006 se adoptan los indicadores de monitoria del SOGC, en el cual se evidencian una serie de indicadores de obligatorio reporte con sus fichas técnicas que incluyen: aspectos generales que contienen el nombre, el código, la justificación y el dominio; definición operacional en la que se encuentra el numerador, el denominador, unidad de medición, factor, fórmula de cálculo; variables en las cuales se reporta el origen de la información, fuentes, periodicidad, responsable y vigilancia y control; y por último el análisis donde se incluye el ajuste por riesgo, consideraciones para el análisis, umbral de desempeño no aceptable, estándar/meta, referencias y bibliografía, véase en las tablas 2, 3, 4 y 5 un ejemplo de ficha técnica, de acuerdo a la descripción anteriormente realizada, tomadas del anexo técnico resolución número 1446 de 2006.

Tabla 2.

Ficha técnica de indicador. Aspectos generales.

Nombre	Proporción de vigilancia de Eventos adversos
Código	I.3.3
Justificación	<p>La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos.</p> <p>Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles</p> <p>Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.</p>
Dominio	3. Gerencia del Riesgo

Tabla 3.

Ficha de indicador. Definición operacional

Numerador	Número total de eventos adversos detectados y gestionados
Denominador	Número total de eventos adversos detectados
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal

Tabla 4.

Ficha de indicador. Variables 1.

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos
Periodicidad recomendada (no obligatoria)	Continua	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Entidad territorial	
Vigilancia y control	Supersalud	

Tabla 5.

Ficha de indicador. Variables 2.

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

La búsqueda de la información vinculada con indicadores de calidad en fonoaudiología a nivel nacional, no se encuentran datos que den cuenta del cómo se cuantifica la información de la calidad de la prestación del servicio, ni del uso de esta herramienta. Se encuentra el marco del SOGC que debe ser acogido por todos los prestadores de salud colombianos y específicamente el tema de indicadores se encuentra inmerso en éste en la resolución relacionada con el Sistema de Información para la Calidad.

La fonoaudiología como profesión que presta servicios de salud e inmersa en la dinámica del Sistema de Seguridad Social, debe dar respuesta a las políticas nacionales e internacionales orientadas a mejorar la prestación de servicios dirigidos a sus usuarios, que permitan cualificar pero también cuantificar la calidad de estos. Es por esta razón, este proyecto se orientó a la exploración de la existencia de los indicadores de calidad propios de la profesión.

El impacto será evidente cuando la información recolectada y analizada de los indicadores usados en fonoaudiología sea usada con el fin de: construir una base para futuras investigaciones orientadas a la consolidación y unificación de indicadores que permitirán medir la calidad de los servicios fonoaudiológicos; establecer un punto de partida para generar acciones de mejora y mantenimiento de la prestación de servicios con calidad promoviendo así un mejoramiento continuo de las acciones desarrolladas por el profesional; y por último dar a conocer al gremio la utilidad del uso de este tipo de herramientas para cuantificar la calidad de los servicios.

Esta investigación busca identificar el estado actual del uso de indicadores de calidad de la prestación de servicios fonoaudiológicos. Es importante realizar un análisis del uso de herramientas que permitan medir la percepción de la calidad de los servicios profesionales que presta un fonoaudiólogo(a), especialmente la que tienen los usuarios, otros profesionales y las entidades empleadoras (IPS y EPS).

De acuerdo a lo anterior el objetivo general de la investigación se centro en: identificar los indicadores de calidad usados en los servicios de fonoaudiología de Bogotá D.C. de acuerdo con los componentes definidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y describir sus características generales.

Como objetivos específicos se plantearon:

Conocer la definición de calidad que poseen los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en IPS de la ciudad de Bogotá.

Identificar la legislación que conoce el profesional relacionada con la calidad de la prestación de servicios fonoaudiológicos de la ciudad de Bogotá.

Conocer la definición de indicadores de calidad que poseen los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en IPS de la ciudad de Bogotá.

Identificar la manera como se lleva a cabo el monitoreo la calidad de las acciones o actividades profesionales los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en las IPS de Bogotá D.C.

Identificar a quien y qué indicadores de calidad reportan los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en las IPS de Bogotá D.C.

Identificar los indicadores usados por los servicios fonoaudiológicos de Bogotá D.C. asociados a los componentes de accesibilidad y oportunidad descritos en el SOGC y determinar sus características generales.

Identificar los indicadores usados por los servicios fonoaudiológicos de Bogotá D.C. en relación con la calidad técnica contenida en el SOGC y determinar sus características generales.

Identificar los indicadores usados por los servicios fonoaudiológicos de Bogotá D.C. relacionados con la gerencia del riesgo contenidas en el SOGC y determinar sus características generales.

Identificar los indicadores usados por los servicios fonoaudiológicos de Bogotá D.C. relacionados con las características de satisfacción/lealtad contenidas en el SOGC y determinar sus características generales.

Teniendo en cuenta lo anterior esta investigación se enmarcó en el área de los asuntos profesionales específicamente en lo que corresponde a la calidad en la prestación de servicios fonoaudiológicos. Esta investigación está adscrita al grupo de investigación Desarrollo y Discapacidad de la Comunicación Interpersonal -Estudio y Abordaje-, en la línea de calidad de la atención en comunicación humana interpersonal, de la Facultad de Comunicación Humana y Fonoaudiología de la Corporación Universitaria Iberoamericana.

Marco Metodológico

Tipo de estudio

El alcance de la investigación se determinó partiendo de la revisión de un marco de referencia, indagando acerca de las investigaciones que hasta la actualidad se han desarrollado, siendo estas escasas en este tema. Por esta razón, se enmarca como una investigación que tiene un alcance de tipo exploratorio definido según Hernández, Fernández y Baptista (2006) como un estudio cuyo objetivo es examinar un tema poco estudiado, en el cual la revisión de la literatura refleja que hay muy pocas investigaciones. Para el tema de indicadores de calidad para la fonoaudiología existen pocos antecedentes propios de la profesión y a nivel nacional principalmente, es un tema que ha sido abordado por otras profesiones de la salud y en los cuales ya se han establecido consensos de indicadores para la prestación de servicios de salud con calidad, pero para el caso específico de los servicios fonoaudiológicos no ha sido abordado a profundidad.

Es importante también resaltar que el aporte de esta investigación sería de tipo práctico, de acuerdo a la taxonomía de Méndez (2001), porque pretende aportar a la cualificación del ejercicio profesional en fonoaudiología, a través del análisis de los criterios de calidad exigidos en la política nacional sobre la prestación de servicios de salud.

Método.

Teniendo en cuenta lo anterior, la estrategia metodológica se centró en un enfoque cualitativo, se determinó por poseer las siguientes características: el interés de lo estudiado está alrededor de procesos en el cual tienen las experiencias humanas, se enfoca en significados teniendo en cuenta el cómo la gente piensa o interpreta el mundo, el investigador es un instrumento directo para obtener la información, en este se usan de múltiples técnicas centradas en la escucha y la observación y el componente descriptivo es crucial para el análisis de los resultados, lo anterior de acuerdo con Barragán, Salman, Ayllón, Sanjinés, Langer, Córdoba y Rojas (2003).

En este caso la investigación cumple con las características anteriormente nombradas porque: se pretende examinar la manera cómo los fonoaudiólogos conciben y miden la calidad, siendo este una serie de procesos que hace parte de la experiencia y el quehacer profesional en un escenario clínico; se centra en cómo los profesionales conciben e interpretan los conceptos de calidad e indicadores y el uso de éstos; por otro lado la investigadora y los asistentes fueron los encargados de la obtención de la información en contacto directo con el profesional; se usaron varias técnicas para la recolección de los datos en las que se encuentran una entrevista abierta al profesional y una observación centrada en los documentos de calidad (fichas técnicas), estas serán descritas ampliamente en el apartado de instrumentos; y por último como observarán en el capítulo de resultados la representación de las respuestas y los hallazgos a través del lenguaje, explicando las cualidades dando ideas de las partes,

propiedades o características, para posteriormente relacionarlos en el apartado de discusión con los significados y definiciones construidas socialmente.

En esta investigación se evidencia un diseño sistemático según la definición de Strauss y Corbin, (citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2006) en tanto que emplea un sistema de análisis de datos basado en la codificación selectiva de la información con el propósito de asociarlos a las categorías analíticas previamente establecidas que a manera general son: calidad, indicadores, y los dominios de accesibilidad/oportunidad, calidad técnica, seguridad y satisfacción lealtad.

Participantes.

Población: Prestadores de servicios de salud fonoaudiológicos de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Prestadores Independientes de la ciudad de Bogotá D.C. que tengan habilitados el servicio de fonoaudiología.

Muestra: de acuerdo con el enfoque de la investigación la muestra es definida como un grupo de unidades de análisis, “sobre las cuales se habrán de recolectar datos, sin que necesariamente sean estadísticamente representativas de la población que se estudia” (Gómez 2006). El tamaño de la muestra mínimo sugerido para este tipo de estudio estaría entre 30 y 40 Prestadores según Hernández, Fernández y Baptista (2006).

Los criterios de selección fueron: Prestadores independientes e IPS de la ciudad de Bogotá que tengan habilitados los servicios de fonoaudiología. Se escogieron con base en el registro de prestadores de servicios de salud del Ministerio de la Protección Social y de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, y posterior autorización de recolección de datos mediante grabación de: entrevista y revisión documental.

Se uso la selección gradual bajo criterio de conveniencia mencionado por Patton citado por Flick (2007), está relacionado con la selección de las unidades que son los de más fácil acceso. La anterior decisión se tomó por la dificultad en la obtención inicial de una muestra significativa aleatoria debido a las bajas respuestas de los profesionales contactados y otras razones que serán descritas en la sección de resultados.

Instrumentos.

Para el desarrollo de la investigación fue necesario contar con herramientas que permitieran captar los datos fundamentales para el estudio y facilitar su recuperación, teniendo en cuenta, que era necesario recopilar la información desde dos diferentes fuentes: fonoaudiólogo y documentos con ficha técnica de indicadores.

Entre las modalidades o instrumentos para la obtención de datos se seleccionaron entonces: la entrevista y la observación.

La entrevista es el principal instrumento usado para la recolección de los datos de esta investigación. De acuerdo con Barragán et al. (2003) son “conversaciones cuya finalidad es obtener información en torno a un tema”. El

tipo de entrevista usada es la dirigida la cual sigue un procedimiento previamente establecido a través de una guía de preguntas preparadas de antemano, Pardinás (2005).

Se seleccionó este instrumento puesto que: permite averiguar hechos no observables, conceptos y puntos de vista, no presenta limitaciones espaciotemporales y se centran en temas específicos. Aunque cabe anotar que es una situación artificial y depende en gran medida de la veracidad del entrevistado. El tipo de pregunta usada fue la abierta, caracterizada por no contener ninguna indicación particular de la respuesta. Este tipo de preguntas son usadas en fases exploratorias para indagar sobre un problema con pocos antecedentes y al cual se dificulta construir respuestas para la construcción de preguntas cerradas de acuerdo con Heinemann (2003).

Para ésta investigación la herramienta estuvo dirigida a los profesionales en fonoaudiología seleccionados de los prestadores que cumplían los requisitos ya mencionados. Se elaboró entonces, un guión que orientó el desarrollo de ésta, véase en anexo A – Entrevista –, en la cual se elaboraron 26 preguntas enmarcadas en tres categorías que estas a su vez fueron usadas para el análisis y la presentación de la información las cuales son: práctica profesional, conocimientos acerca de calidad, y comprensión de los indicadores y sus dominios según el SOGC. Cada entrevista debió ser audio grabada y transcrita podrán consultarlas en el anexo B que compone este informe.

Otro instrumento fue la observación para esta investigación es considerada como una técnica adicional a la entrevista con el fin de

complementar la información de los indicadores de calidad y verificar la ficha técnica de estos. La observación como instrumento también es considerado adecuado por Bonilla & Rodríguez (1997) para acceder al conocimiento, en especial observar con sentido de indagación científica, focalizando la atención intencionalmente, tratando de captar elementos importantes y la manera como se exponen. Se observaron entonces los registros y documentos institucionales relacionados con el tema de la calidad y los indicadores, que podían reposar en el servicio, en la unidad encargada o en la intranet.

Para el análisis de la información se construyó, junto con la asesora metodológica, una tabla con el fin de determinar la definición operativa de los conceptos que incluyen los dominios de acuerdo al SOGC, con el fin de guiar la observación durante la revisión documental.

Tabla 6.

Definición operativa de acuerdo a los dominios del SOGC

CONCEPTO	DEFINICIÓN OPERATIVA
1. Accesibilidad / Oportunidad	Criterio que usa la institución para evaluar la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de fonoaudiología. Criterio que usa la institución para evaluar la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios fonoaudiológicos sin retrasos y que ponga en riesgo su calidad de vida
2. Calidad Técnica	Criterios que tiene la institución para evaluar la aplicación de la ciencia y tecnología fonoaudiológica que rinda los máximos beneficios con mínimos riesgos.

3. Gerencia del Riesgo	Criterios que siguen las instituciones para evitar, monitorear y realizar seguimiento a eventos adversos en la práctica fonoaudiológica.
4. Satisfacción / Lealtad	Criterios que tiene la institución para evaluar la percepción de la satisfacción del usuario con el servicio de fonoaudiología

Con el fin facilitar la recuperación de la información se decidió realizar una descripción de los documentos encontrados, registrándolos a través de una audio grabación que luego fue transcrita, permitiendo conservar así los detalles de lo observado, reduciendo la pérdida de información relevante.

En cuanto al análisis de la información se uso el denominado análisis de contenido, en el cual se trata de descubrir los significados de un documento (textos, transcripciones de entrevistas, historias de vida o libros), usando la clasificación y codificando los diferentes elementos en categorías de acuerdo con Mayer y Quellet 1991 citado por Tójar (2006), en el anexo C véase la tabulación de la información de la entrevista y revisión documental.

Algunos aspectos Éticos

En la investigación los aspectos relacionados con la ética son muy importantes, tienen que ver con asegurar que los participantes estén protegidos de acuerdo al estudio que se realice, y además, que los resultados de este sirvan a las necesidades de los implicados, así como a la sociedad en general,

y por otro lado lo que implica la difusión de estos ante la comunidad científica de acuerdo con Argimon y Jiménez 2004.

La necesidad de la investigación es un llamado social, pero las implicaciones de realizarla ameritan un alto grado de responsabilidad y respeto, más aún si el campo está relacionado con el sector salud y con las personas. Para este estudio en particular el objetivo está centrado en indagar acciones, conocimientos y manejo de tipo administrativo, no se incluyen a sujetos para realizar algún tipo de experimentación. Las especificaciones de la investigación se dieron a conocer para cada uno de los prestadores mediante una carta véase anexo D.

Teniendo en cuenta entonces el objetivo de esta investigación, los participantes son profesionales en fonoaudiología que laboran en un contexto particular, el estudio respetará al profesional y a la institución en la cual se desempeña, no pretende generar críticas, ni cuestionar su quehacer, ni hacer comparaciones, ni divulgar la información de manera irresponsable, solo se centrará en reconocer lo que hace y cómo se hace para hacer un análisis de la situación actual para generar un punto de partida y promover el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios fonoaudiológicos.

Por lo anterior, la información suministrada será utilizada exclusivamente con fines académicos propios de la investigación, y se guardará la identidad de las instituciones y las personas que suministran los datos. Los resultados de la investigación serán socializados posteriormente a los profesionales y a las

instituciones participantes.

Procedimiento.

La investigación se desarrolló en 3 fases, de acuerdo a lineamientos institucionales de la Corporación Universitaria Iberoamericana: la primera fase se enfatizó en la elaboración y fortalecimiento del marco de referencia y marco metodológico, al tiempo que se diseñaron los instrumentos de recolección de los datos, que se desarrolló en el primer semestre de 2010; en la segunda fase se recopilaron y tabularon los datos, se inició en el segundo semestre de 2010 y se culminó en el segundo semestre de 2011 (Octubre); y la última fase incluyó el análisis de información la construcción del informe final donde se consolidaron los hallazgos, análisis y conclusiones de la investigación la cual se desarrollo entre los meses de septiembre a diciembre de 2011.

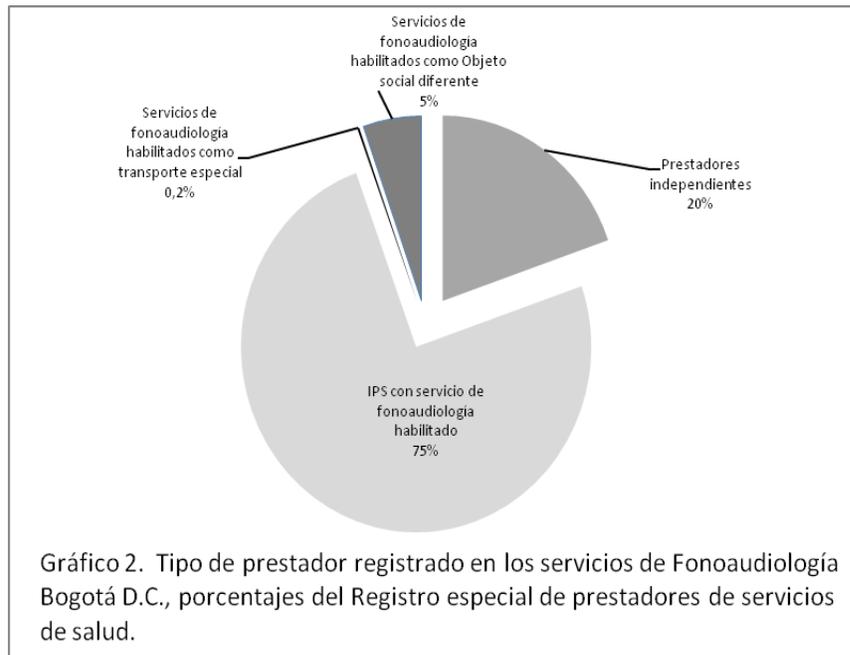
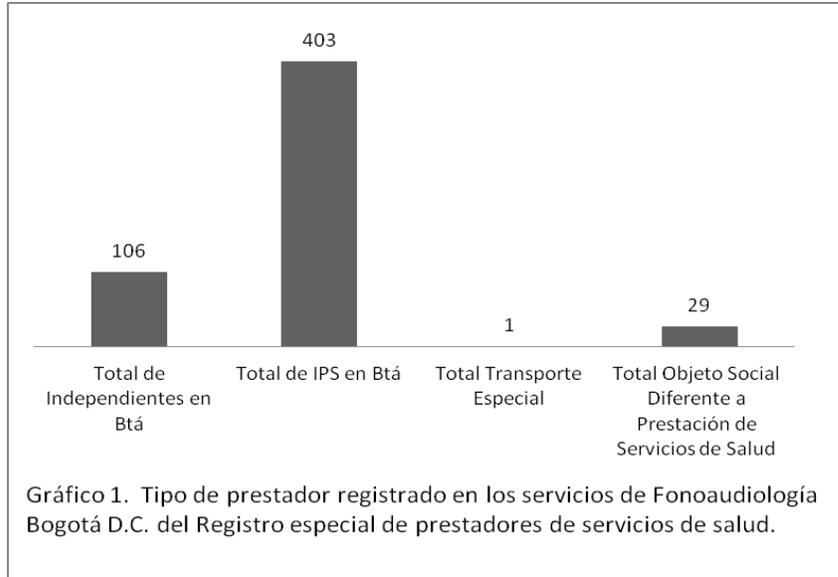
Resultados

La información que se presenta en éste capítulo describe los hallazgos de la investigación obtenidos mediante una serie de procedimientos en los que se incluyen: búsqueda, selección, caracterización de prestadores y servicios de fonoaudiología habilitados contactados y la muestra usada, recolección de datos a partir de la aplicación de entrevista y revisión documental, elaboración de matriz de análisis para cada instrumento, transcripción de la información obtenida, tabulación de éstas y análisis de resultados.

La búsqueda de los prestadores y servicios que componen la muestra partió de la base de datos suministrada por el Ministerio de la Protección Social Dirección Calidad de Servicios, a través del registro especial de prestadores de servicios de salud vigente, según la información reportada por las Entidades Territoriales, consultada durante el 2010 y 2011. Al realizar la búsqueda del registro actual de servicios habilitados de fonoaudiología y/o terapia de lenguaje se encuentra un listado de 2520 a nivel nacional, se delimitó la búsqueda a la ciudad de Bogotá D.C. encontrándose 539 dato que corresponde al 21% del registro nacional.

De estos registros se revisaron las características de los servicios fonoaudiológicos distritales que son presentados en los gráficos 1 y 2, tanto las cantidades como los porcentajes correspondientes a los tipos de prestadores que en su mayoría son Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) 403 que corresponde a un 74,8%, seguidos de prestadores independientes

106, instituciones de objeto social diferente a la prestación de servicios de salud 29 y por último los que se clasifican como transporte especial.



Para ésta investigación se seleccionó una muestra de 140 correspondiente al 26% de los prestadores registrados en Bogotá, compuestas

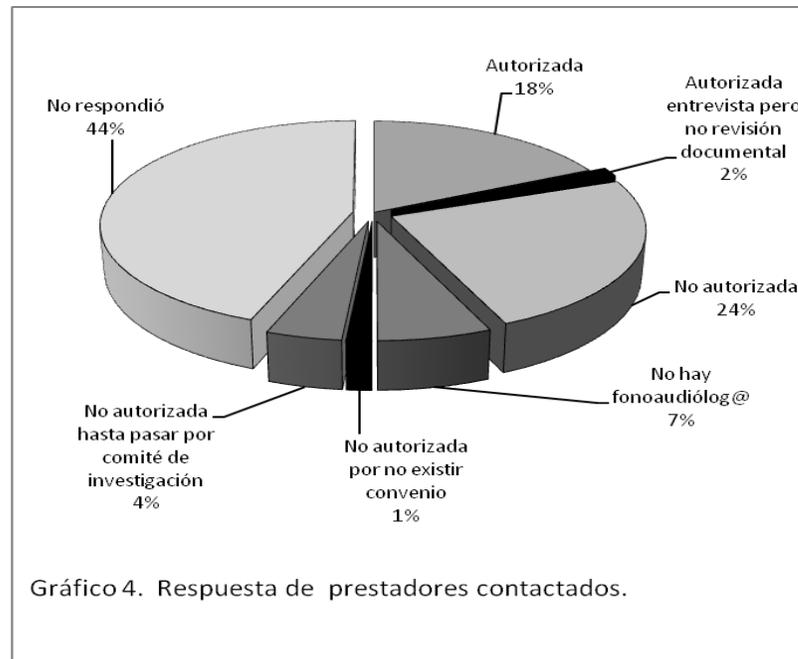
por referidos y prestadores escogidos al azar de la base de datos anteriormente mencionada, con el fin de ser contactadas para corroborar la presencia de profesionales de fonoaudiología, interés en la participación como unidades de análisis de investigación, características relacionadas con tipo de prestador, naturaleza, ubicación por localidad, nivel de atención y complejidad.

Se revisó en la base de datos las características del prestador, se realizó contacto a través de correo electrónico, telefónico y carta. A los 140 prestadores se envió información a través de correo electrónico, a 35 además de este se contacto se realizó telefónicamente también y a 40 se contactó a través de mail, teléfono y se entregó carta directamente, véase gráfico 3.



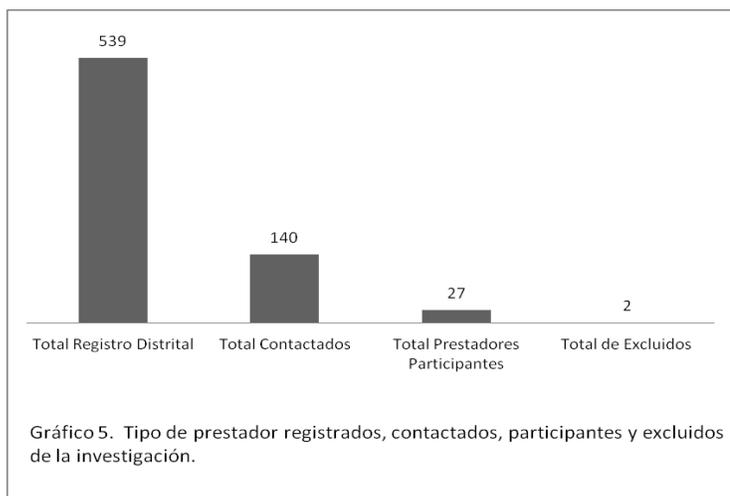
Se obtuvo las siguientes contestaciones solo a través del mail: 18 respondieron pero expresaron que no se encontraban interesados en la investigación y no autorizaron, 2 no contaban con el profesional en la actualidad, 4 autorizaron, 41 no respondieron. Se decide por un lado realizar

seguimientos a nivel telefónico, por otro elaborar cartas y entregarlas directamente a los prestadores, así se obtuvo mayor respuesta. Se logró entonces de los 140 prestadores contactados 25 autorizaron la realización de la entrevista y la revisión documental, 2 autorizaron la entrevista pero no la revisión documental, 34 no autorizaron, 9 prestadores reportan no tener el profesional de fonoaudiología en la actualidad, 2 de estos refieren que asiste esporádicamente, 2 no autorizan por no existir convenio, 6 no autorizan hasta pasar por comité de investigación y 62 no respondieron, los porcentajes se encuentran en el gráfico 4.

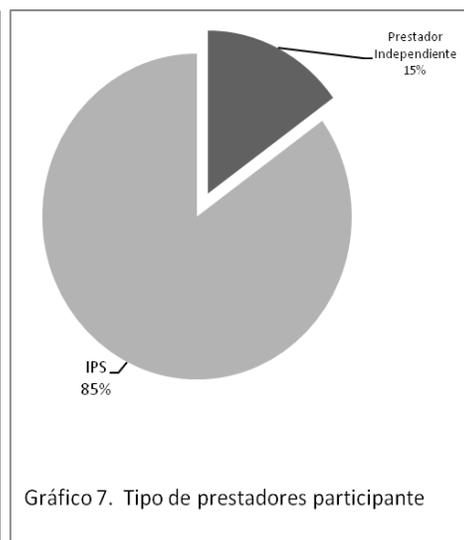
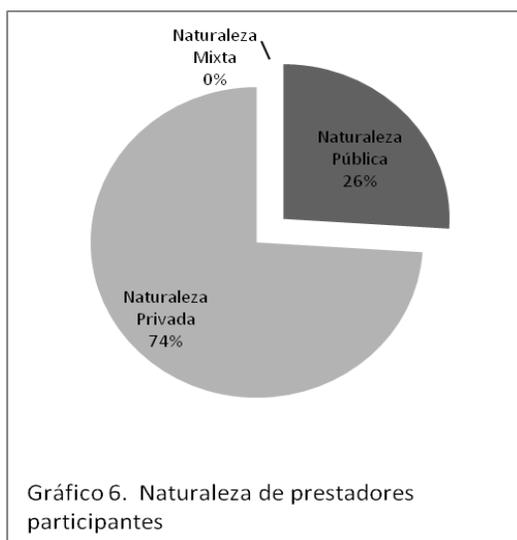


Se logró recolectar datos de 27 prestadores, correspondiente al 5% del registro Distrital, de los cuales 2 fueron excluidos debido a que no se logró obtener autorización para la revisión documental, véase en el gráfico 5 el número de prestadores que se encuentran en el registro distrital, los

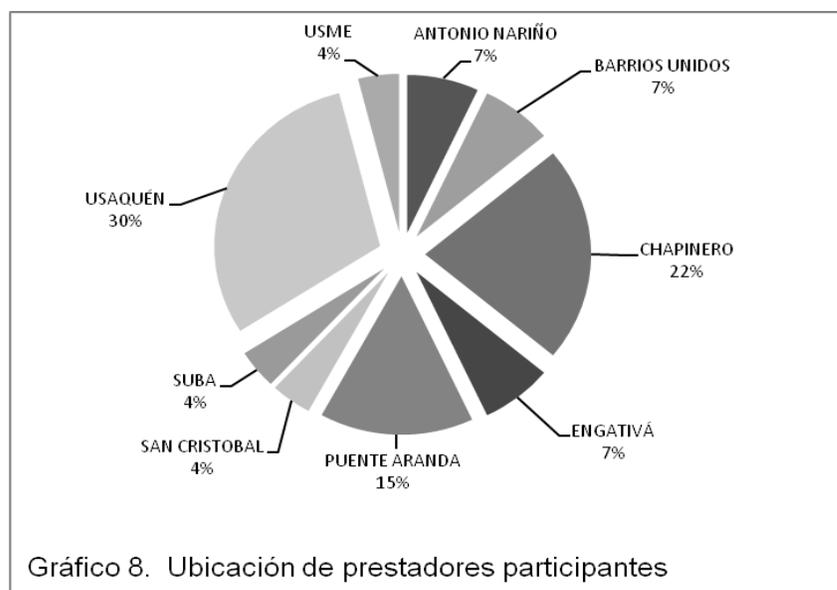
contactados, los participantes y los excluidos.



Las características de los participantes se presentan a continuación e incluyen: naturaleza, tipo de prestador, nivel de atención en salud, nivel de complejidad y ubicación por localidad. En relación con la naturaleza 20 prestadores, la mayoría de participantes son privados, 7 son públicos y ninguno de carácter mixto, véase gráfico 6. De acuerdo al tipo de prestador solo participaron 23 IPS y 4 Independientes, véase gráfico 7.



De las IPS el nivel de atención en salud con mayor número de participantes fue el I con un 78% (18 instituciones), seguida del III con un 17% (4 instituciones) y con la mínima cantidad el nivel II. El nivel de complejidad del servicio reportado por los prestadores fue bajo en el 100% de los participantes. La ubicación de los prestadores participantes se concentró en la localidad de Usaquén, Chapinero, Puente Aranda con 8, 6 y 4 participantes respectivamente; en Antonio Nariño, Engativá y Barrios Unidos participaron 2 en cada una de éstas; y Usme, Suba y San Cristóbal 1 en cada una de éstas localidades, véase los porcentajes en el gráfico 8.



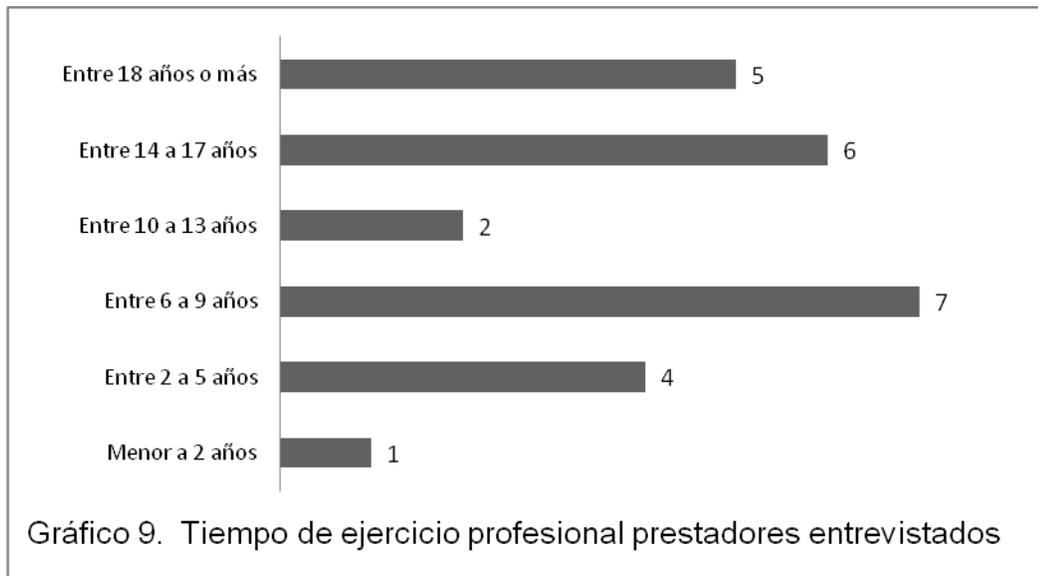
Posterior a la autorización y conocimiento por parte de los prestadores del objetivo y alcance de la investigación se realizó a cada uno la entrevista y la revisión documental, en una sola sesión, se solicitó a cada participante permiso para grabar tanto la entrevista y el relato de la descripción documental para facilitar la recuperación y análisis de la información. En el caso de 2

prestadores se realizó entrevista con el profesional pero al solicitar el acceso a los documentos relacionados con los indicadores estos no se encontraban en el servicio sino en otra unidad, la cual no autorizó la revisión, por esta razón estas muestras fueron excluidas del estudio. Cada uno de los datos recolectados fue transcrito por los auxiliares de investigación y tabulado en la matriz de análisis. Por lo anterior, los resultados que se presentarán a continuación corresponden a 25 muestras.

La entrevista como se describió en el apartado correspondiente a la descripción de la metodología y los instrumentos constaba de 26 preguntas enmarcadas en tres categorías que estas a su vez fueron usadas para el análisis y la presentación de la información las cuales son: práctica profesional, conocimientos acerca de calidad y conocimientos acerca indicadores y sus dominios. Para el análisis de la información recolectada se construyó unas matrices con el fin de seleccionar datos, analizar los contenidos y codificando la información en categorías para la identificación de temas, vocabulario, conceptos y proposiciones, el lector podrá encontrar está últimas en el anexo C de este informe.

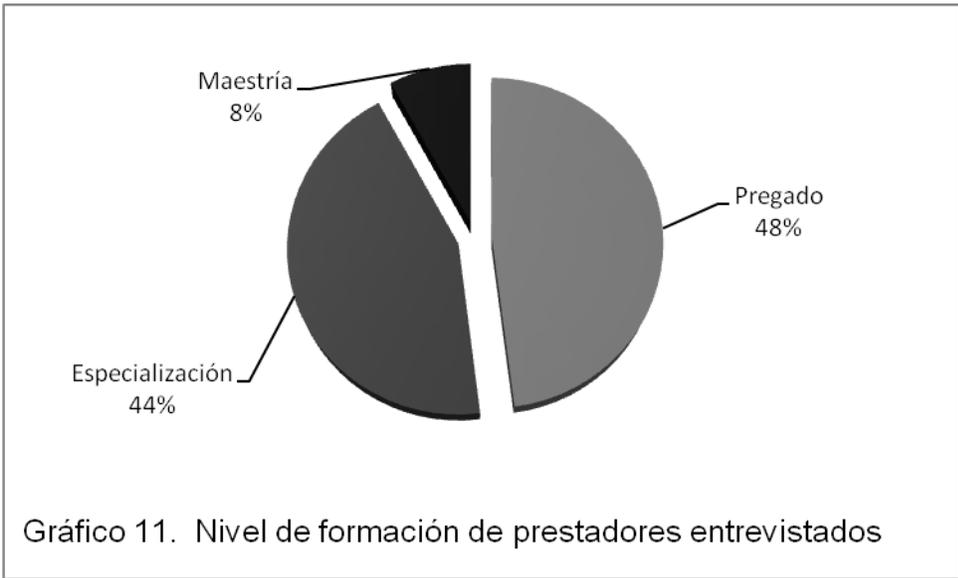
Resultados de la entrevista. El 100% de las entrevistadas fueron mujeres. Durante la ejecución de la entrevista las profesionales presentaron buena disposición e interés por la temática indagada, al finalizar la sesión, algunas solicitaron información acerca de la legislación y expresaron la necesidad de conocer los resultados de la investigación y socializarlos.

De acuerdo a la categoría de análisis vinculada con la práctica profesional se indagaron cuatro aspectos: tiempo de ejercicio profesional, tiempo de vinculación en IPS o como prestador independiente, perfil profesional (formación profesional y áreas de desempeño). En cuanto al tiempo de ejercicio la mayoría de las entrevistadas expresó que tiene más de 6 años de experiencia, encontrando entre los 6 a 9 años al 28%, seguido de 14 a 17 años con 24% y más de 18 el 20%, en el gráfico 9 se encuentran los valores específicos. El tiempo de vinculación de los prestadores entrevistados se encuentra entre los 6 a 9 años correspondiente a un 32%, seguido de 2 a 5 años con un 28% y entre los 10 a 13 años – 14 y 17 años un 16% en el gráfico 10 se encuentran los valores específicos.





El perfil profesional de las fonoaudiólogas entrevistadas en cuanto a la formación académica se caracterizó: 12 solo tienen título de pregrado, a nivel posgradual se encontró que 11 cursaron especializaciones y 2 maestrías, en los gráficos 11 y 12 se presenta la distribución porcentual, además, las especializaciones cursadas, en la que destaca la audiolología en el 24% de las entrevistadas y siendo el 50% la especialidad reportada.

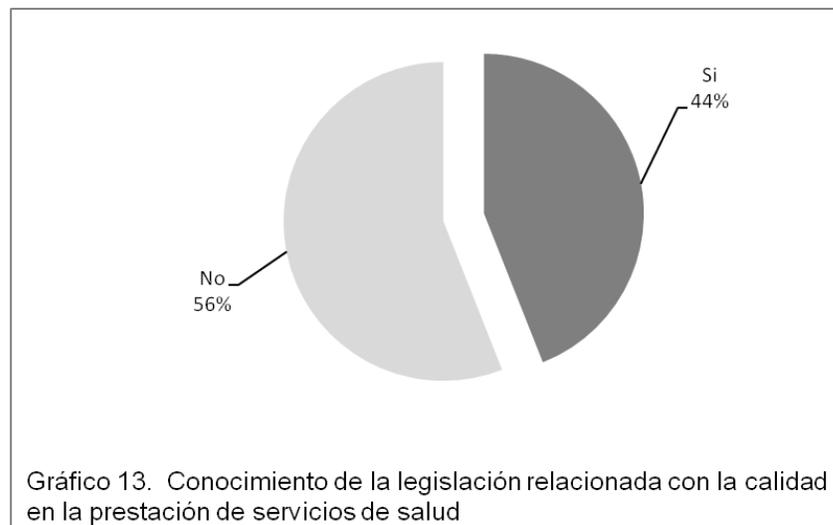




En relación con las áreas de desempeño de las profesionales fue difícil clasificar la información, debido a la variedad de respuestas. Se encontró que reportan desempeño 5 de ellas en 3 áreas, 2 en 2 áreas, 15 en 1 área y 3 refieren que en todas. Del grupo de las que reportó 3 áreas hacen referencia a: habla, lenguaje, audición, comunicación aumentativa/alternativa, alimentación, asistencial, docencia, clínica, hospitalizados y consulta externa. Del grupo que reporta trabajar en 2 áreas se encontraron respuestas como: miofuncional, clínica, lenguaje y comunicación adulta. De los 15 entrevistados que reportaron desempeño solo en un área se encontró: 7 en audiolgía, 2 miofuncional, 1 asistencial, 1 coordinadora, 1 deglución atípica, 1 en lenguaje y 2 en terapia de lenguaje. En el caso de las respuestas dadas como “todas las áreas” se solicitó ampliación de la información a las entrevistadas correspondientes y refirieron: lenguaje, habla y audición; todas las modalidades, comprensión, expresión, lectoescritura, audiolgía; y supervisora de calidad.

En cuanto los conocimientos acerca de calidad. En esta categoría se incluyeron preguntas vinculadas con: legislación en la atención de salud en Colombia, concepción de la calidad en fonoaudiología, tipo de información reportada relacionada con calidad, monitoreo de acciones profesionales usadas por los profesionales y las IPS.

14 fonoaudiólogas aseguran no conocer sobre la legislación en atención en salud, pero 11 expresan que si, véase los porcentajes en el gráfico 13. Es curioso encontrar entre las respuestas de no, que a pesar de esto refieren el contenido de algunas, esto se evidenció al momento de complementar las respuestas con expresiones como: “no, pero algo relacionado con historias clínicas, ¿el decreto 1011?”, “no, creo que las normas ISO”, “PAMEC”, “habilitación”, “ley 100”. 11 de las entrevistadas afirman conocer la legislación, 3 de ellas no las nombran y el restante adicionan el título o contenido de algunas como: decreto 1011, ley 100 de 1993, indicadores y habilitación.



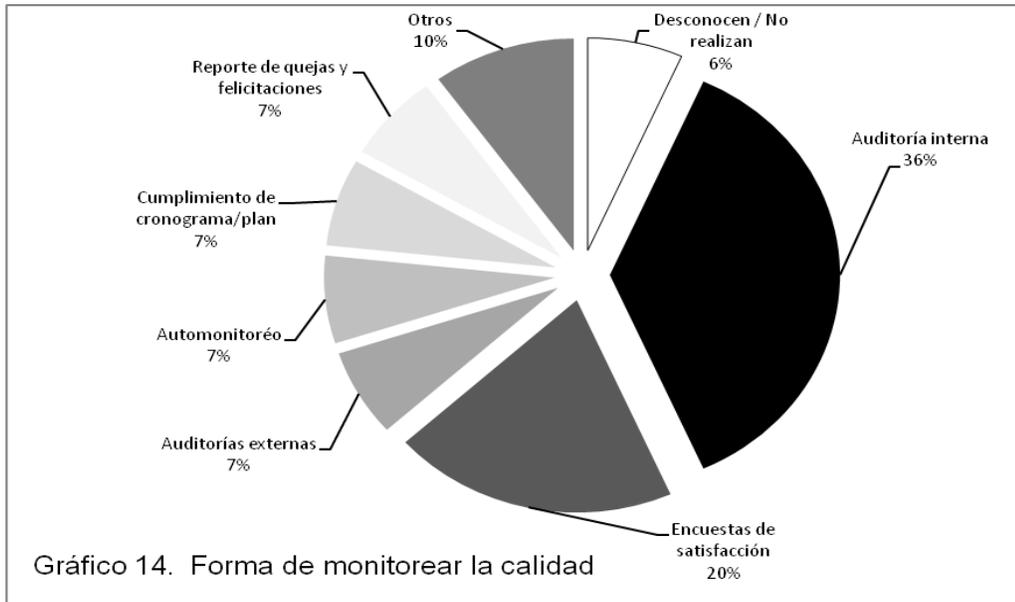
Al indagar sobre el concepto de calidad en fonoaudiología en las entrevistas se encontraron en 7 refieren que la calidad tiene que ver con eficacia - cumplimiento o adecuado tratamiento, en la misma cantidad nombran que está relacionada con la atención oportuna, 5 profesionales afirman que está vinculada con el logro o el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios, 4 manifiestan que también incluye tener en cuenta las necesidades del usuario, 3 expresan que está vinculada con la satisfacción del usuario y sus familias o como lo expreso una de las entrevistadas "interrelación tanto en los servicios que presta el profesional, como lo percibe el usuario", 3 mencionan los aspectos éticos como elementos que constituyen éste concepto, 3 indican que es prestar un servicio humano, 2 incluyen el dar información con claridad, 2 comprenden el valor del respeto, 2 refieren lograr o brindar un bienestar comunicativo, 2 hablaron de niveles óptimos de atención, 2 prestar un servicio integral, 2 ofrecer un servicio profesional, 2 enuncian que es "ejercer con conocimiento"- "no improvisado, ni empírico... uso de guías de manejo", 2 mencionan a la historia clínica que debe llevarse completa o hacer un manejo adecuado de ésta. En la mínima proporción respondieron con términos y características como: eficiencia, calidad vinculada a cómo el servicio ayuda al usuario, la manera prestar el servicio, realizar seguimientos, modificar la comunicación en el usuario, mejorar desempeño social, educativo, laboral del usuario, potencializar y fortalecer habilidades favorezcan desde las capacidades de cada individuo, implementar protocolos actualizados,

cumplimiento del decreto 1011 y resoluciones, mejora continua, colaborarle a la persona o a la comunidad que lo necesita y excelencia del profesional en todas las áreas.

Como resultados de la pregunta relacionada con el reporte de las acciones fonoaudiológicas, tipo de reporte, frecuencia y a quién se realiza este tipo de reportes. Se encontró que el 100% reporta las acciones profesionales. Los tipos de reportes encontrados fueron: 19 prestadores a firman realizar estadísticas (# de usuarios atendidos y características de estos), 15 refieren registrar sus acciones a través de la historia clínica o registros diarios, 3 indicaron que reportan eventos adversos, 3 miden los logros de los tratamientos, 2 hablan de los RIPS, 1 nombró evoluciones mensuales, trimestrales o semestrales y satisfacción de los usuarios. La frecuencia con la que se reportan estos registros son: diarias, mensuales, quincenales, semestrales o anuales. Esta información se reporta en 11 casos a la coordinador(a) o líder de proceso, 5 a la oficina de calidad, contabilidad o estadística, 3 reporta a dirección de la institución, 2 la información se queda en el servicio, 2 a la secretaria y 1 a través de la intranet.

Al indagar sobre los procedimientos para el monitoreo de la calidad en los prestadores se evidenció que 2 de los 25 desconocen o no cuentan con éstos en la institución, el restante de las entrevistadas nombran procedimientos como: 11 auditoría interna, 6 a través de encuestas de satisfacción, 2 auditorías externas de entidades como EPS con las cuales tienen contratos, 2 hablan de realizar automonitoreo, 2 evaluaciones de cumplimiento de

cronograma o planes de trabajo, 2 usan el reporte de quejas y felicitaciones, en la mínima cantidad (gráfico se muestra como otros) también mencionan comité de historias clínicas, evaluación de pares y juntas de diagnóstico, véase los porcentajes en el gráfico 14.

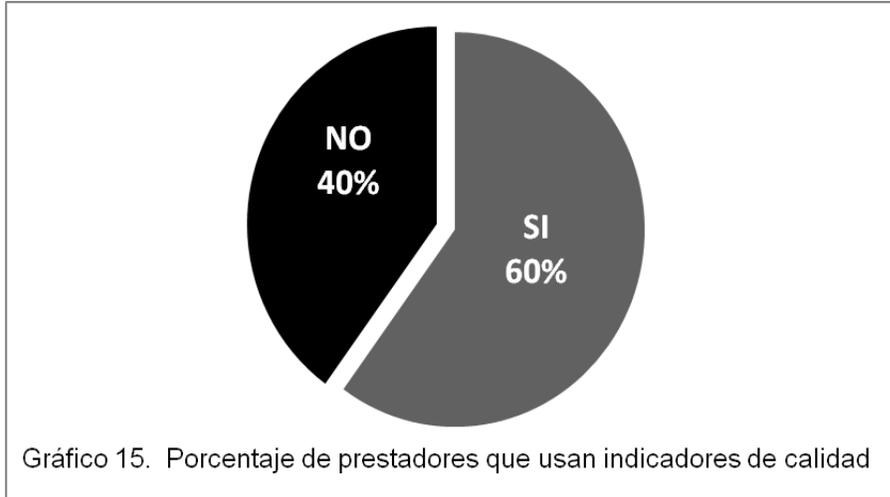


Conocimientos acerca indicadores y sus dominios. En esta categoría se realizaron preguntas orientadas a conocer el concepto de indicadores de calidad que manejan los prestadores, el uso de estos en la práctica profesional, características de los indicadores que usan o reportan, participación en la construcción de estos, existencia de ficha técnica, utilidad de la información arrojada, se indagó además, la manera cómo se realiza el monitoreo de acuerdo a los diferentes dominios accesibilidad, oportunidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y satisfacción lealtad, por último se indagó

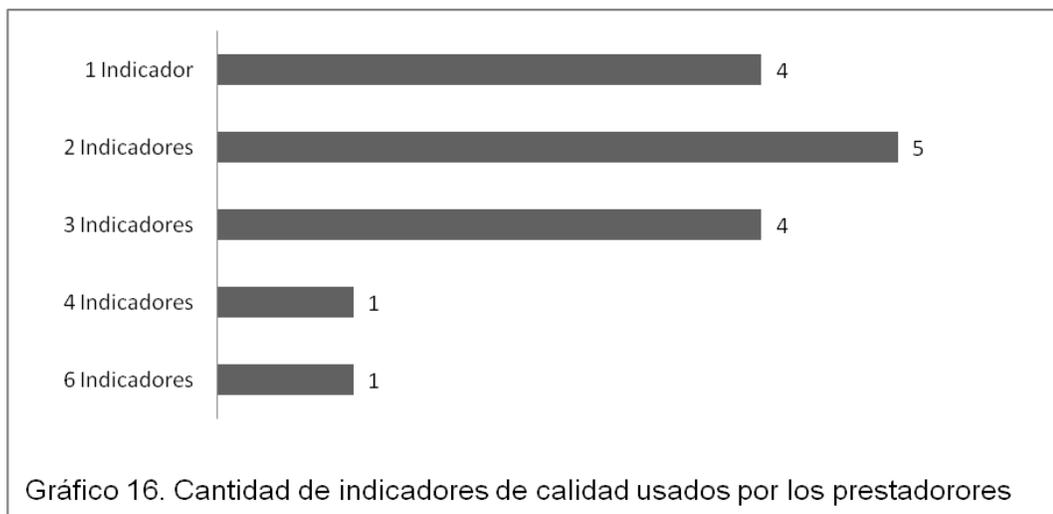
la opinión de los prestadores frente a los indicadores de calidad que deberían reportar los fonoaudiólogos.

El concepto de indicadores de calidad para las profesionales indagadas se centra en que tiene que ver con un parámetro para medir, una meta o un rango en esto coinciden 7 personas, 6 afirman que es medir la calidad del servicio, 5 lo relacionan con el alcance de metas - “algo” que se debe cumplir o evaluar - eficacia, 3 indican que estos contienen datos de carácter cualitativo y cuantitativo 2 incluyen los términos de oportunidad, eficiencia, efectividad y satisfacción; en la mínima cantidad se encuentran expresiones como: “vinculado con las evoluciones visibles de los usuarios”, “sirve para determinar la ocurrencia de un aspecto”, “es hacer las cosas como deben ser”, “una premisa que indica si algo funciona”, “determinar tanto la forma de evaluarlos como de encontrar resultados en cada uno de los ítems de la misma calidad”, “es una estadística que dice si se está bien o si está mal en cuanto a la prestación del servicio”.

Respecto al uso de los indicadores 15 dicen usarlos y 1 indica que están iniciando el proceso de implementación. 10 entrevistadas aseguran no usarlos, véase los porcentajes en el gráfico 15.



La cantidad de indicadores por prestador y los más reportados o usados se muestran en los gráficos 16 y 17 respectivamente. Se encontró que el uso de indicadores es reducido y en algunos casos reportan de 1 a 3 siendo los más nombrados los satisfacción, oportunidad y seguridad. En cuanto a la participación de las fonoaudiólogas en la formulación y elaboración del indicador 9 afirmaron haber estado en el proceso de las 15 que reportaron el uso, es decir, un 60%.

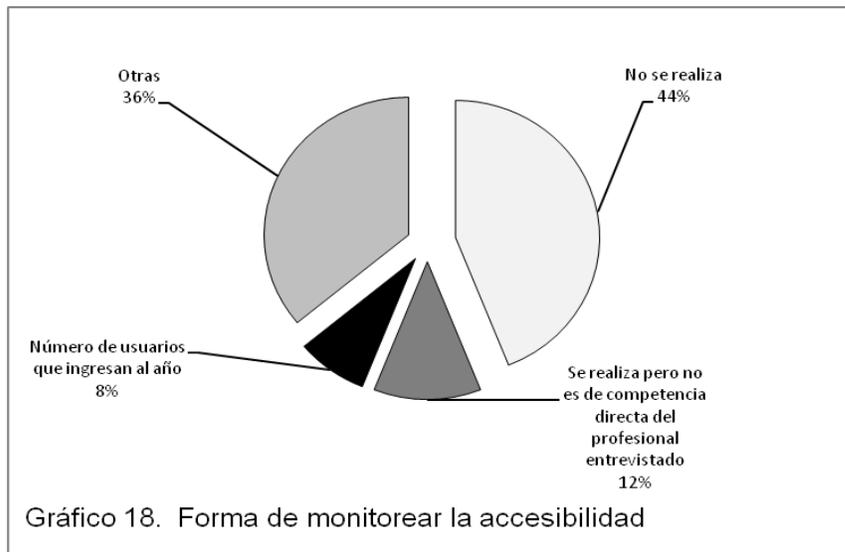




Al indagar sobre la existencia de ficha técnica del indicador 10 prestadores afirman poseerla y 5 restantes no. En cuanto a la utilidad de la información arrojada por los indicadores manifestaron que sirve para: “constatar la eficiencia del servicio”, “conocer la asistencia de los usuarios y avance”, “saber cómo están los procesos”, “medir, comparar, mejoramiento continuo”, “realizar ajustes, mejoramiento continuo”, “mejorar, realizar autoevaluación”, “acciones para corregir, mejorar la calidad”, “conocer el desempeño, número de pacientes atendidos”, “iniciando el proceso aún no refiere la utilidad”, “informa acerca del cumplimiento de metas y evolución de los usuarios” “mejorar la calidad de los servicio” “medir y tomar medidas para mejorar”, “mejorar en los indicadores que no se cumplan”, “número de pacientes atendidos, si las citas se dan en tiempos prudentes y si el usuario está satisfecho”, “retroalimentación de cómo está el servicio, aspectos a mejorar”.

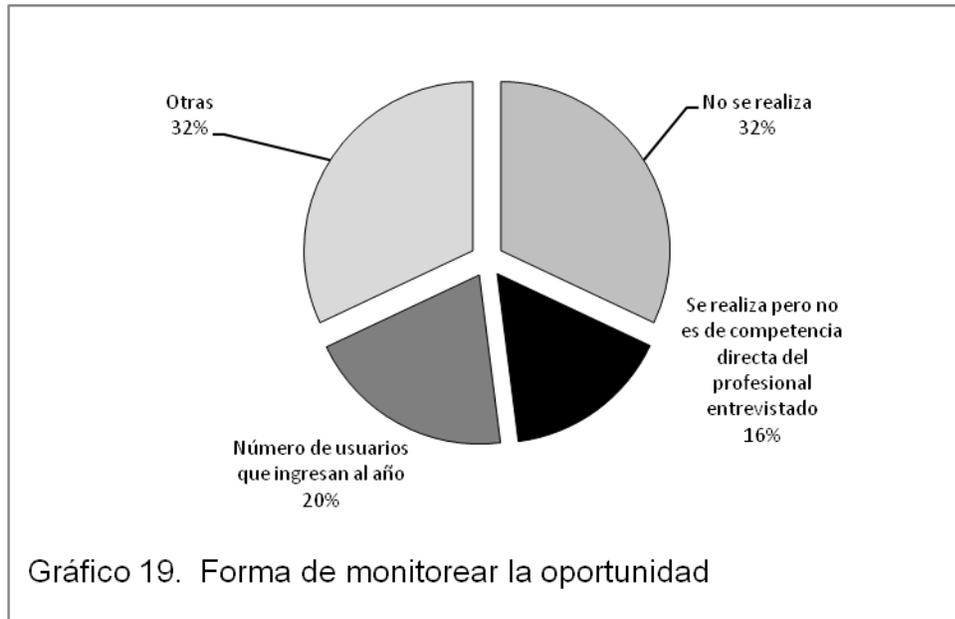
Sobre la manera como se realiza el monitoreo de algunos indicadores independientemente de haber reportado el uso de éstos las respuestas fueron

en relación con la accesibilidad: 11 no la realizan, 3 si se realiza pero no es de competencia directa del profesional entrevistado, 2 lo realizan a partir del número de usuarios que ingresan al año, otras respuestas en la mínima proporción fueron dadas en las que se encuentran: acceso a pacientes que no tienen como pagar, a través de encuesta, establecer cuáles son las barreras de acceso, “formato de referencia o contra referencia... sabemos cuántas personas vinieron a solicitar el servicio y no se les pudo brindar pero se les hizo la referencia para que su EPS autorizara”, uso de lista de espera, reporte de satisfacción, “se observan las necesidades del mercado y/o comunidad con respecto a los servicios que se prestan”, seguimiento a remisiones, tiene que ver con el entorno físico (véase los porcentajes en el gráfico 18).



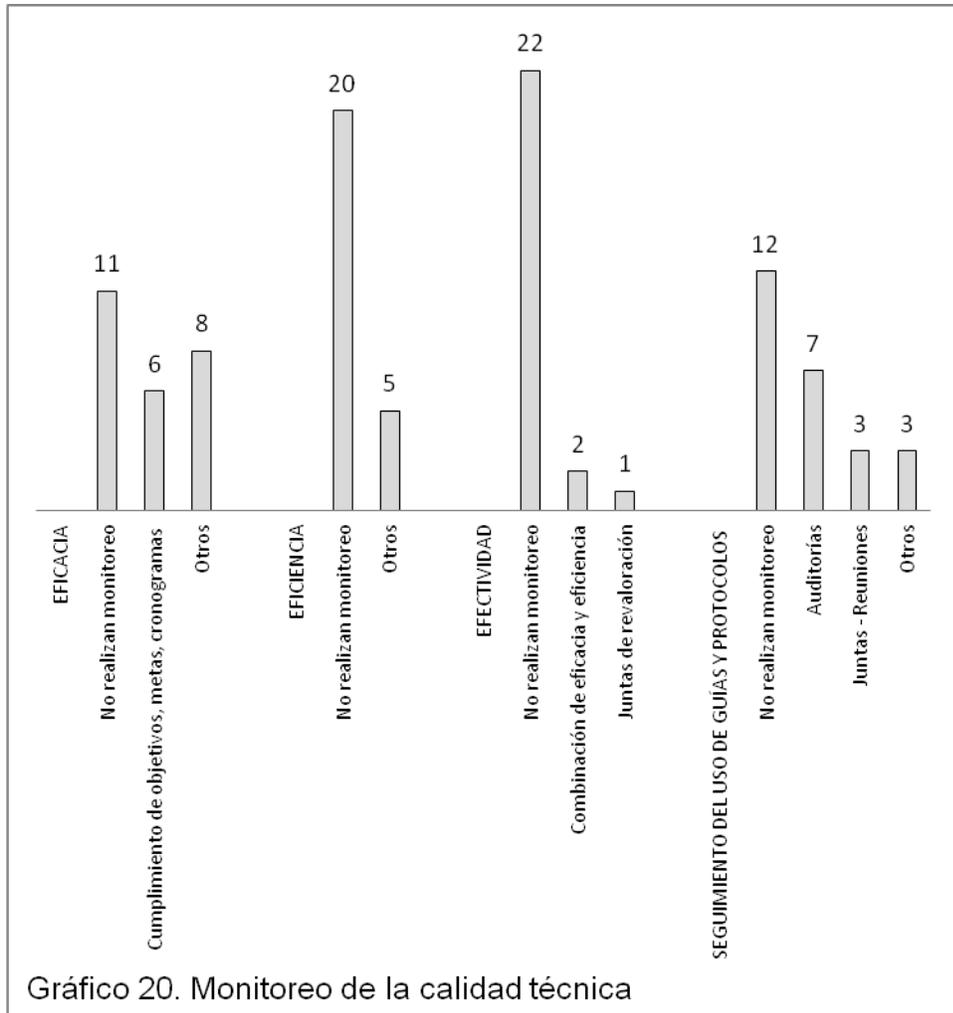
En el monitoreo de la oportunidad se encontró: 8 no la realizan, 5 evalúan los tiempos de asignación de cita y espera, 4 si se realiza pero no es

de competencia del profesional entrevistado, en la mínima cantidad refieren: a través del indicador, encuesta, verificar cuándo realmente el usuario tiene acceso a los servicios, espacio que tengamos para la cita y fonoaudiólogos disponibles, horario de asignación de citas, no se mide pero se describe la asignación de cita, respeto por los horarios, y en la satisfacción (véase los porcentajes en el gráfico 19).



Respecto a la calidad técnica se indagó sobre monitoreo de la eficacia, eficiencia, efectividad, seguimiento al uso de protocolos - guías de manejo (véase los resultados en el gráfico 20). Se encontraron entre las respuestas relacionadas con la eficacia que 11 no realizan ningún tipo de monitoreo, 6 entrevistadas lo realizan mediante el cumplimiento de objetivos usando las siguientes expresiones: “uso de cuadro comparativo de evolución y gráficas de avance de tratamiento”, “cumplimiento de cronograma”, “cumplimiento de

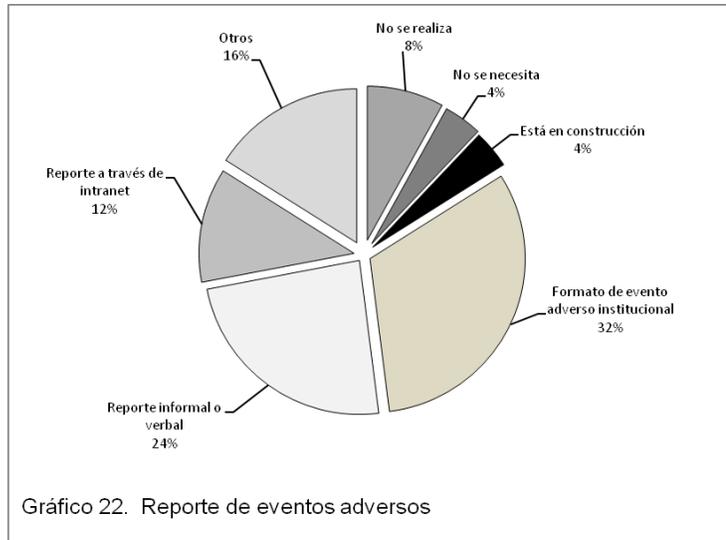
objetivos”, “monitoreo de metas mensualmente”, “logros alcanzados e informes de revaloración”, “encuestas, estudio de caso y revaloraciones”, “evolución clínica”; el restante de las participantes usan otro tipo monitoreo como “historia clínica y RIPS”, “verificando si se resuelve la dificultad”, “resultados de la terapia”, “revisando si se está haciendo lo que en verdad sirva”, “evaluando tiempo vs resultados”, a través de la “reincidencia de un paciente” y “si se realiza pero de manera subjetiva”. En cuanto la eficiencia 20 no realizan el monitoreo de ésta, el restante refiere que lo hace verificando “que lo que se está haciendo en verdad sirva”, “mejor opción para resolver la dificultad”, “relación de tiempo y trabajo bien hecho”, “tiene que ver con el tiempo” y el “uso de recursos para satisfacer necesidades”. La efectividad no es monitoreada en 22 prestadores y 2 afirman que lo realizan mediante “la combinación de eficacia y la eficiencia” y 1 a través de juntas de revaloración. El seguimiento del uso de guías y protocolos se realiza en a través de auditorías en 7 instituciones, 3 usan juntas técnicas, de equipo, o reuniones de adhesión de tratamiento, también reportaron uso de casos clínicos, guía metodológica, automonitoreo; 12 prestadores dicen no usar ningún tipo de monitoreo.



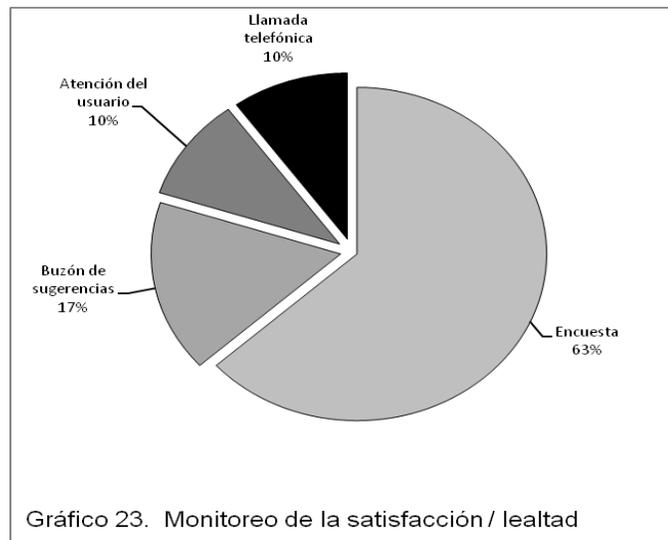
Frente al monitoreo de la gerencia del riesgo se preguntó si las acciones que implementan los profesionales generan riesgos para los usuarios y si se realiza reporte de eventos adverso. Las respuestas fueron: 19 aseguraron que si existen riesgos (véase los reportados en el gráfico 21), 6 refieren que las acciones del fonoaudiólogo no tienen riesgo alguno.



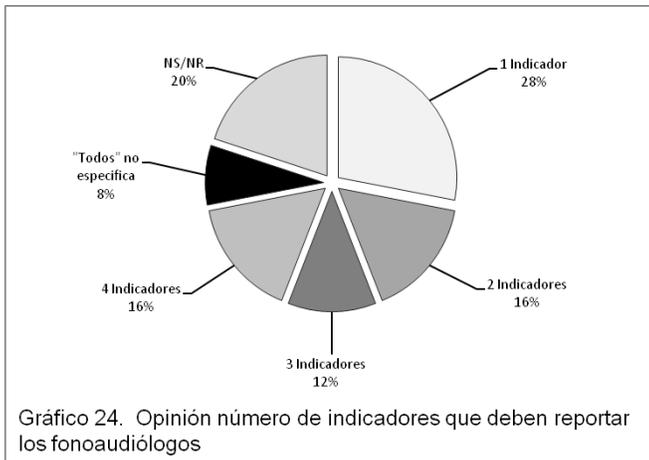
Lo que tiene que ver con el reporte del evento adverso 2 refirieron que no se realiza, 1 que no hay necesidad, 1 se encuentra en construcción, las restantes 21 entrevistadas si lo realizan a través de: 8 formato de evento adverso institucional, 6 reporte informal o verbal a la coordinadora o profesional de turno, 3 reporte de evento adverso a través de intranet, y otros a través de: comité de salud ocupacional, ficha de registro y reporte a la Secretaría de Salud, existe un protocolo pero no especifica, se reporta al 123; en el gráfico 22 se muestran los porcentajes respectivos.



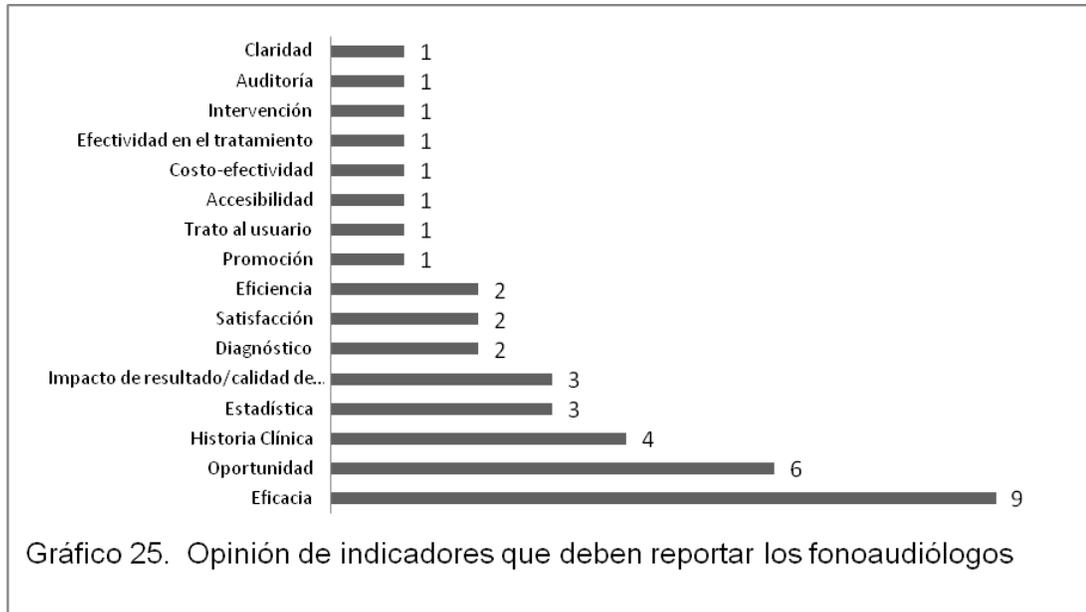
El dominio de satisfacción / lealtad es el más monitoreado. De acuerdo a la entrevista se reporta que solo un prestador no lo realiza. Los demás mencionan que si se efectúa y la manera cómo se lleva a cabo es a través de: encuestas 19, buzón de sugerencias 5, atención del usuario 3, llamada telefónica 3; 6 entrevistadas refieren usar 2 formas de monitoreo anteriormente nombradas (véase los porcentajes en el gráfico 23).



La última pregunta de la entrevista indagaba la opinión de los prestadores frente a los indicadores de calidad que deberían reportar los fonoaudiólogos. El gráfico 24 muestra los resultados, se evidencia que la mayoría refiere el reporte de solo un indicador y otro porcentaje significativo (20%) no sabe o no responde. De acuerdo con los entrevistados los indicadores que debería reportar el fonoaudiólogo serían: eficacia, oportunidad, historia clínica, estadística, impacto de resultados y en la calidad de vida; en menor proporción diagnóstico, satisfacción, eficiencia, entre otros (véase gráfico 25 para ver las cantidades correspondientes).



1 Indicador	7
2 Indicadores	4
3 Indicadores	3
4 Indicadores	4
"Todos" no específica	2
NS/NR	5



Resultados de la revisión documental. Se realizó posterior a la entrevista, el relato de la descripción fue grabada, transcrita, se clasificaron y se analizaron los datos, teniendo en cuenta las características de las fichas técnicas que sugiere el Ministerio en el sistema de información para la calidad (ver en anexo C). Se hallaron variedad de documentos de indicadores, en la tabla 7, se muestra los indicadores encontrados durante la revisión documental.

Tabla 7.
Indicadores encontrados durante la revisión documental

	Auditoría de historia clínica
	Oportunidad en consulta externa
IPS 1	Adherencia al tratamiento
	Eficacia del tratamiento
	Oportunidad en la atención en hospitalización
	Encuesta de satisfacción
IPS 2	Oportunidad en asignación de citas
	Proporción de cancelación de citas programadas

	Accesibilidad a los servicios
	Pertenencia (Dx. coherente con el motivo de consulta)
	Proporción de vigilancia de eventos adversos
	Satisfacción global
	Resolución de quejas
IPS 3	No hay indicadores
	Porcentaje de variación de números de sesiones de terapias
	Porcentaje de cumplimiento de programación de sesiones de terapia
IPS 4	Eficacia
	Reporte de eventos adversos
	Oportunidad en la asignación de citas
	Número de pacientes atendidos día por área
	Numero de sesiones realizadas por hora
IPS 5	Rendimiento
	Ordenes no atendidas en un periodo determinado
	Índice de satisfacción del usuario
	Satisfacción del usuario
	Actividades contratantes
	Queja de usuarios
	Quejas de actividades
	Satisfacción del usuario en consulta externa
	Oportunidad en la asignación de las citas
	Adherencia de profesionales, de protocolo para el adecuado diligenciamiento de historias clínicas
IPS 8	Lesiones a pacientes derivados del tratamiento terapéutico
	Fallas de efectividad en tratamiento de rehabilitación
IPS 9	Seguimiento al riesgo
	Reingresos en terapia
	Cumplimiento de objetivos de tratamiento
	Cumplimiento de objetivos del plan de egreso
IPS 10	Calidad en el registro de la terapia
IPS 11	Proporción de dominio de eventos adversos.
	Porcentajes de satisfacción del paciente
	Oportunidad/accesibilidad
	Declaración de derechos y deberes

IPS 12	No hay indicadores
IPS 13	Indicadores de riesgo
	Índice de satisfacción
IPS 14	Oportunidad
	Número de pacientes atendidos día por área
	Número de sesiones realizadas por hora
	Rendimiento
	Ordenes no atendidas en un periodo determinado
IPS 15	Índice de satisfacción del usuario
	Auditoría interna
IPS 16	Oportunidad de la cita
IPS 17	No hay indicadores
	Indicadores de evaluación
	Indicadores de intervención
IPS 18	Indicadores de reevaluación
	Número de pacientes atendidos día por área
	Número de sesiones realizadas por hora
	Rendimiento
	Ordenes no atendidas en un periodo determinado
IPS 19	Índice de satisfacción del usuario
	Atención al usuario
	Seguridad de usuarios (pacientes).
	Evaluación y seguimiento de adherencia y aplicación de los profesionales a protocolos, procesos,
IPS 20	procedimientos.
	Eficacia
	Cobertura de atención
IPS 21	Satisfacción del cliente
	Accesibilidad
	Oportunidad
	Seguridad
	Continuidad
	Proporción de pacientes sin evaluación médica
	Complicaciones servicio terapéutico,
IPS 22	Complicaciones por seriedad de patología

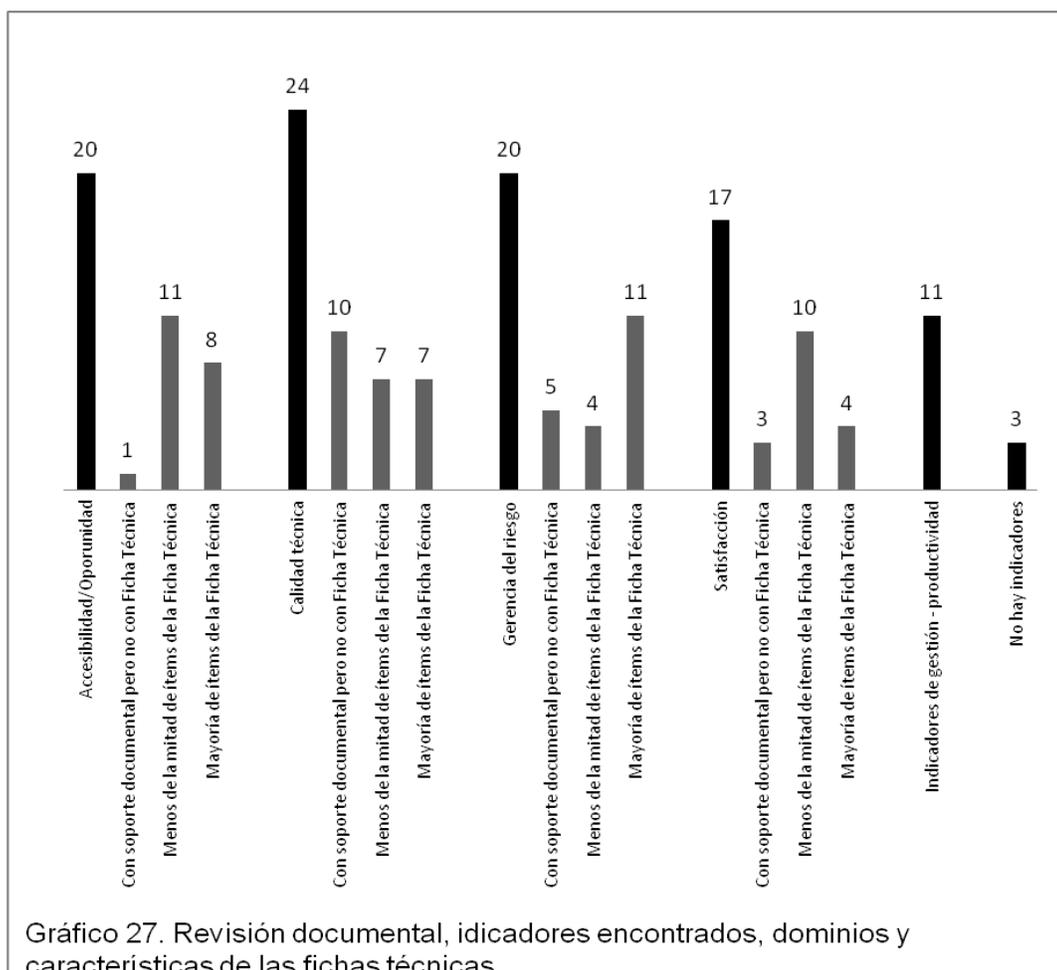
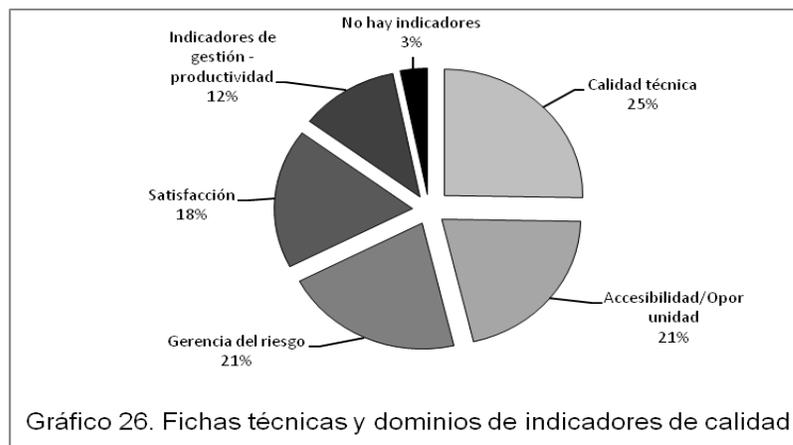
	Proporción de vigilancia de eventos adversos
	Tasa de satisfacción global
	Reporte de residuos
	Calibración de equipos
IPS 23	Seguimiento a riesgo
	Auditoría de historia clínica
	Adherencia de la intervención de las historias clínicas
	Satisfacción del servicio
IPS 24	Gerencia del riesgo
IPS 25	Seguimiento a riesgos
IPS 26	Oportunidad, seguridad, adherencia a protocolos y guías
	Adherencia a planes de rehabilitación
	Cumplimiento a plan terapéutico de ingreso
	Cumplimiento de plan terapéutico de manejo
	Cumplimiento a plan terapéutico de egreso
	Complicaciones terapéuticas derivadas de los procedimientos realizados en el centro de rehabilitación
	Lesiones y autolesiones de usuarios con discapacidad cognitiva
	Empeoramiento o ausencia de mejora por deficiencia en la oportunidad de implementación o plan terapéutico
	Seguridad en los centros de rehabilitación (seguimiento a eventos adversos)
IPS 27	Oportunidad en la asignación de citas en el centro de rehabilitación

Durante la revisión documental se encontró que en 3 instituciones no hay indicadores y por ende no existen fichas técnicas, en las 22 restantes se hallaron 11 textos vinculados con indicadores de gestión y productividad, en el cual se expresaban una serie de datos estadísticos y consolidados sobre el número de usuarios atendidos por día y por hora; 17 fichas y documentos muestran el análisis que realizan las instituciones frente a la satisfacción de los usuarios realizadas a través de la aplicación de encuestas, recepción de felicitaciones y quejas; 20 indicadores encontrados se relacionan con la

gerencia del riesgo en los que se encuentran reporte y seguimiento de eventos adversos, manejo de residuos y fallas en la efectividad en tratamiento de rehabilitación; 20 tienen que ver con el dominio de accesibilidad y oportunidad se encontró cobertura del servicio, oportunidad en la atención de consulta externa, hospitalización y asignación de citas; y por último el mayor número de indicadores corresponde al dominio denominado calidad técnica, 24 documentos contienen seguimiento y verificación de auditorías a historias clínicas, adherencia y eficacia del tratamiento, cumplimiento de planes terapéuticos y objetivos, calibración de equipos y continuidad, véase en el gráfico 25 los porcentajes. Cabe aclarar que la clasificación bajo los dominios se realizó para presentar de manera organizada la información de los 92 textos encontrados solo 36 (39%) incluyen de manera explícita en la ficha técnica el dominio al cual pertenecen.

Respecto a las fichas técnicas se verificó que contuvieran: aspectos generales como el nombre, el código, la justificación y el dominio; definición operacional en la cual se encuentra el numerador, el denominador, unidad de medición, factor, fórmula de cálculo; variables en las cuales se reporta el origen de la información, fuentes, periodicidad, responsable y vigilancia y control; y por último el análisis donde se incluye el ajuste por riesgo, consideraciones para el análisis, umbral de desempeño no aceptable, estándar/meta, referencias y bibliografía. Los resultados al respecto fueron: 43 fichas contienen menos de la mitad de ítems nombrados anteriormente, 30 contiene la mayoría de éstos y 19 se encuentra soporte documental pero no con los ítems de la ficha técnica

propuesta por el Ministerio. El grafico 26 está la distribución porcentual de lo anterior y el grafico 27 muestra la clasificación de los documentos revisados y sus características.



En general los resultados permitieron dar respuesta a todas las preguntas planteadas al iniciar la investigación, en el capítulo que se presenta a continuación dedicado a la discusión de realizarán los análisis de cada una de estas frente a la literatura revisada y la legislación nacional vigente de la calidad de la prestación de servicios de salud.

Discusión

Para el desarrollo de ésta investigación se identificó inicialmente que existía poca información a nivel nacional frente al tema relacionado con los indicadores de calidad en fonoaudiología, además, no se encontraron datos que den cuenta del cómo se cuantifica la calidad en los servicios fonoaudiológicos, razón por la cual se exploró la existencia de los indicadores de calidad propios de la profesión, incluyendo también el concepto de calidad que poseen los fonoaudiólogos, el conocimiento frente a las leyes vigentes vinculadas con la prestación de servicios de salud, la manera cómo realizan el monitoreo de las acciones profesionales y el uso de indicadores de acuerdo a los dominios establecidos en el sistema de información para la calidad.

De acuerdo a las características de los prestadores nombradas en el capítulo de resultados no se evidenciaron diferencias significativas entre tipos de prestadores (públicos, privados, IPS o particulares), ni los años de desempeño profesional frente a los conocimientos del tema de la calidad de los servicios y los indicadores. El tiempo de vinculación del profesional a una institución específica por el contrario, sí mostró que el entrevistado poseía mayor apropiación, conocimiento, manejo de los procesos y documentos relacionados con la calidad. La experiencia y la formación profesional vinculada con lo administrativo también fue otro factor que influyó en las respuestas, notándose en el manejo de los conceptos y el conocimiento de leyes.

Al indagar sobre las áreas de desempeño reportadas por las fonoaudiólogas se encontró que no se nombran solamente las que se encuentran en la ley 376 de 1997 (habla, lenguaje, audición), incluyen además, miofuncional, disfagia y deglución. También se evidenció que existe confusión entre áreas, cargos, roles, escenarios y deficiencias, debido que algunas respuestas dadas correspondían al cargo que actualmente desempeñaban (Ej. Coordinadora), a roles (Ej. docencia y asistencial), escenario de desempeño (Ej. clínica) y deficiencias (Desordenes de comunicación adulta, deglución atípica).

En cuanto a la definición de la calidad en el escenario salud implica de acuerdo con Mendoza (2002), conocimientos científicos al día, tecnología, buen juicio, uso de recursos necesarios, ética respetando la autonomía y la diversidad cultural, todo lo anterior bajo un ambiente digno, complementando esta definición Malagón y Londoño (2006) refieren que la calidad es el conjunto de mecanismos con los cuales se asegura la máxima eficiencia y el mayor grado de bienestar para el paciente y su completa satisfacción. Para la legislación colombiana el SOGC la calidad de la atención de salud en Colombia es definida en el artículo 2 incluye características como: accesible, equitativa, con nivel profesional óptimo, balance entre beneficios, riesgos y costos, y satisfacción de usuarios. En las profesionales de fonoaudiología indagadas relacionan esta definición con la ejecución y cumplimiento de planes de intervención, con el aporte a la calidad de vida de los usuarios y a satisfacer las necesidades de éste, pero en menor proporción se incluyen aspectos

relacionados con la ética, servicios integrales, ejecutar procesos y procedimientos con bases científicas. Cómo evidencia la definición resultado de la investigación está centrada en el usuario, cumple algunas características de las cuales habla la ley pero deja de lado características muy importantes mencionadas por los autores citados.

Por otro lado, el desconocimiento de las leyes que se vinculan con la calidad en prestación de servicios de salud en Colombia es notorio, más de la mitad manifiesta no saber, pero conocen algunos temas generales como por ejemplo la habilitación, acreditación y auditoría pero no especifican las leyes vigentes que regulan el tema de calidad e indicadores. En la política vigente el SOGC en el decreto 1011 de 2006 se encuentra el marco general y en la resolución 1446 de 2006 se define el Sistema de Información para la Calidad en el cual se encuentran los indicadores de obligatorio reporte. Cabe aclarar que en ninguna parte de la legislación nombrada aparece explícitamente que el fonoaudiólogo deba acogerse a esta, pero si habla de manera genérica de los prestadores de servicios de salud, razón por la cual el contenido de esta es de incumbencia del fonoaudiólogo y el desconocimiento no exonera al profesional a no cumplirla o a ser eximido de responsabilidades legales y penales.

Los profesionales entrevistados relacionan el tema de indicadores con medidas o parámetros que permiten cuantificar la calidad de los servicios y contienen metas, datos cuantitativos y cualitativos. Las anteriores características son coherentes con la definición propuesta con el Instituto Universitario Avedis Donabedian (2009) que define un indicador como un

instrumento de medida que se usa para cuantificar aspectos concretos de la calidad asistencial, en la que se identifican áreas clave de la atención (dimensiones) y establecer los criterios de buena práctica deseables y las formas concretas de evaluarlos. Se evidencia que los prestadores son consientes que la calidad es medible y que se puede realizar a través de indicadores, pero son poco usados. Se limitan al monitoreo de las acciones profesionales generalmente a través del uso de auditorías internas y externas, encuestas de satisfacción, automonitoreo y cumplimiento de planes de trabajo, pero a manera de descripción, pocos son los que tienen datos cuantitativos o planes de mejoramiento basados en el análisis de los resultados de los indicadores calidad.

Lo que corresponde al uso de indicadores de calidad en la entrevista 10 refieren no usarlos y 15 si y los más nombrados se relacionan con satisfacción, oportunidad y seguridad. En la revisión documental solo en 3 prestadores de los 25 no se encontraron indicadores de calidad, de acuerdo con los dominios y las características de las fichas técnicas.

Se encontraron que en la accesibilidad / oportunidad se reporta: la cobertura del servicio, oportunidad en la atención de consulta externa, hospitalización y asignación de citas; la mayoría de estos registros no cumplen con los ítems de una ficha técnica de indicadores.

Frente a la calidad técnica el mayor número de indicadores corresponde a este dominio, los documentos encontrados contienen seguimiento y

verificación de auditorías a historias clínicas, adherencia y eficacia del tratamiento, cumplimiento de planes terapéuticos y objetivos, calibración de equipos y continuidad, entre otros; la mayoría de estos registros no cumplen con los ítems de una ficha técnica, se encuentra documentos que describen el indicador pero no la operacionalización.

En el seguimiento a riesgos se encuentran el reporte de eventos adversos y el manejo de residuos principalmente; de los indicadores reportados la mayoría poseen la ficha técnica y contienen gran parte de los ítems requeridos.

Y en cuanto a al dominio de satisfacción es uno de los indicadores más nombrados y desarrollados, al cual se le reporta mayor seguimiento a través de encuestas, quejas y felicitaciones; la mayoría de estos registros no cumplen con los ítems de una ficha técnica de indicadores, se encuentra documentos que describen a manera como se recogen los datos pero no como se obtiene el dato cuantitativo para el posterior análisis. Cabe agregar que estos se reportan a una coordinadora, líder de los procesos o a la unidad encargada, denominada frecuentemente como oficina de calidad que consolida la información y la publica en algunos casos.

Es curioso encontrar que de acuerdo a lo anterior los datos de las entrevistadas no coinciden con la revisión documental. Esto puede ser porque: los indicadores se encuentran descritos pero no operacinalizados, la legislación solo obliga a realizar reporte del dominio de seguimiento a riesgo para los

fonoaudiólogos por esta razón es el que posee las fichas técnicas más completas, los indicadores son genéricos y los profesionales no los ven como indicadores propios del servicio sino un dato de carácter institucional, los profesionales desconocen las fichas técnicas y se limitan a dar una serie de datos que son el insumo de los indicadores que finalmente los termina consolidando el personal o la unidad encargada y no se realiza retroalimentación a los profesionales involucrados y por último, los fonoaudiólogos desconocen el uso de indicadores y por esta razón no se reconoce la importancia y la utilidad de éstos en el mejoramiento de la calidad.

Las dificultades que interfirieron en el desarrollo de la investigación se centran en: 1) la falta de colaboración de algunos profesionales que aunque enviando correo, realizando contacto telefónico y directo no respondieron a la solicitud de la investigación; 2) al corroborar información de la base de datos del Ministerio se encontró correos errados, servicios habilitados sin profesionales en la actualidad; 3) dificultad en la autorización de las entrevistas y en especial de la revisión documental, cabe aclarar que las barreras estaban dadas por la institución más no por los profesionales quienes fueron muy colaboradores, dichas barreras están relacionadas con la presentación del proyecto a comités y el tiempo que toman para la revisión y aprobación que puede durar meses, negativa de permiso por parte de las unidades encargadas de la documentación refiriendo confidencialidad de la información o problemas con la disponibilidad de tiempo; 4) El seguimiento de correspondencia y

recolección de los datos se afectó, debido que durante los periodos intersemestrales no existe continuidad en la contratación del investigador y los asistentes se encuentran en vacaciones. Lo anterior interfirió en la consecución de las 30 muestras inicialmente programadas, se logró realizar la entrevista a 27 prestadores pero finalmente se realizó la investigación con 25 debido a que dos instituciones no permitieron la revisión documental.

A manera de conclusión. Esta investigación permitió dar a conocer los indicadores de calidad y el uso de estos en un grupo de prestadores de servicios de salud de la ciudad de Bogotá, también mostró el nivel de conocimiento que poseen del tema de la calidad. Los profesionales refieren hacer monitoria de sus acciones profesionales a través de diversos mecanismos, pero no realizan cuantificación rigurosa, no reconocen la utilidad de los indicadores como herramienta para: consolidar información, construir marcos de referencia de calidad óptima o esperada, determinar dificultades o desaciertos con el fin de constituirse como punto de partida para generar acciones correctivas o preventivas para mejorar la calidad continuamente.

Es claro que las instituciones y las entidades de control exigen reportes a los profesionales no solamente sobre la productividad, sino también sobre la accesibilidad, oportunidad, calidad técnica, seguridad y satisfacción del paciente, pero un frecuente error es que estos registros son consolidados por la unidad encargada, a veces sin socializar los resultados al prestador correspondiente, convirtiendo al fonoaudiólogo como un simple ejecutor de acciones que deben ser reportadas en tiempos determinados, que transmite

una serie de información a otros para ser analizada, pero rara vez es retroalimentada.

Por otro lado algunos profesionales no conocen la legislación y la implicación de esta, no saben claramente o no han participado en la construcción de los indicadores, desconocen la existencia de fichas técnicas de los indicadores. Es obligación de todo prestador de salud estar al tanto de las políticas nacionales vinculadas con el sector y que conduzcan al mejoramiento de las condiciones y procesos que garanticen la calidad de los servicios de salud. El fonoaudiólogo debe velar por la calidad de los servicios que presta mantenido el equilibrio entre los costos y los beneficios, preservando la ética, ejecutando procedimientos con bases científicas, satisfaciendo las necesidades y aportando a la calidad de vida de los usuarios.

La falta de formación administrativa básica, la desinformación acerca de la legislación vigente, el desconocimiento de la política de calidad orientada a la seguridad del paciente, la cualificación y no cuantificación de las acciones profesionales, no permiten hacer más visible la labor del fonoaudiólogo(a), es decir, tener mayor reconocimiento en el sistema de salud colombiano, esto genera de alguna manera una percepción de bajo impacto de la labor profesional.

Finalmente, esta investigación puede ser un punto de partida para otras que apunten al desarrollo de problemáticas identificadas. Los estudios que podrían ser desarrollados son: la elaboración de una definición de la calidad de

la prestación de servicios fonoaudiológicos con consenso académico y gremial que cumplan con los requerimientos legales actuales, realizar un estudio para la construcción y la implementación de indicadores de calidad propios de la fonoaudiología, otro tema para indagar es lo que tiene que ver con los riesgos inherentes a la prestación de servicios fonoaudiológicos que en esta investigación llama la atención que una proporción de los profesionales no es consciente de éstos en su práctica independiente el área en la cual se esté desempeñando.

Se debe continuar entonces, fortaleciendo los procesos que estén orientados al mejoramiento de la calidad, fomentar la investigación que conduzca principalmente a la concertación de conceptos vinculados con calidad, la seguridad del paciente/usuario y la generación de indicadores propios de la profesión.

Referencias

- Álvarez, F. (2006). Instrumentos de auditoría médica. Bogotá D.C. Ecoe Editores.
- Ángel, L., Jiménez, A., y Lizarazo A. (2004). Estudio cuasi -experimental de la eficacia del manejo fonoaudiológico, en pacientes con disfagia, hospitalizados en la clínica Carlos Lleras Restrepo. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. 52(3): 179-191
- Arce H. (2007). Proyecto sobre Indicadores de Calidad en Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Disponible en: <http://www.masenfermeria.com.ar/descargas/academico/indicadores%20qocde.pdf>
- Ardón, N. (2003). Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención. Bogotá, 2003. Informe de investigación. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Posgrados en Administración de Salud y Seguridad Social
- Ariza, C., Daza R. (2008). Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Colombia
- Argimon, J., & Jiménez, J. (2004). Fundamentos de la investigación en atención Primaria y Perspectivas de Futuro. Capítulo 1. Fundamentos de investigación. División de Evaluación de Servicios Sanitarios. Servei

Catalá de la Salut

Barragán, R., Salman, T., Ayllón, V., Snjinés, J., Langer, E., Córdoba, J., y Rojas, R. (2003). Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación. Tercera edición. Editorial Offset Boliviana Ltda.

Bonilla, E & Rodríguez P., (1997). Más allá del dilema de los métodos. Bogotá D.C. Editorial Norma-

Constitución Política de la República de Colombia (1991). Disponible en: <http://web.presidencia.gov.co/constitucion/index.pdf>

Congreso de la República de Colombia,(1997). Ley 376 de 1997. Por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia. Diario Oficial No. 43.079 de Julio de 1997.

Congreso Nacional de la República de Colombia. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993. Disponible en: http://www.lexbase.com/INT/Ley_100_de_1993b.htm

Cuervo, C. (1999). La profesión de fonoaudiología Colombia en perspectiva internacional. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Cuba, M., (2008). Calidad en los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios. Revista Cubana de Farmacia, Ciudad de la Habana, v.42 n.3. Recuperado en marzo 2010. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/>

D'Empare G. (2010). Calidad de Atención Médica y Principios Éticos. Acta

Bioethica. Chile. v.16 n.2 . Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2010000200004

Donabedian, A. (1979). The quality of medical care: a concept in search of a definition. The Journal of Family practice. Aug; v 9 n 2, 277-84.

Donabedian, A. (1984) "La Calidad de la atención Médica", En: La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D.F.

Duarte, A. (2009). Diseño de un sistema de gestión de calidad en prestación de servicios fonoaudiológicos. Revista Colombiana de Rehabilitación. v.8 fasc.1 p.57 – 65.

Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. 2ª edición. Ediciones Morata. España.

Frenk J. (2000). In memoriam Avedis Donabedian, M.D., M.P.H. 1919-2000. Salud pública. México. Noviembre vol.42 no.6

Gómez, M. (2006). Introducción a la metodología de la investigación científica. 1ª edición. Editorial Brujas. Argentina.

Gómez, J., Pérez, A., Moya M., Reyes, M. (2004). Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 20 No. 3. Habana, Cuba.

Guix, J. (2005). Calidad en salud pública. Gaceta Sanitaria Barcelona, España.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000400010&script=sci_art_text

Heinemann, K. (2003). Introducción a la metodología de la investigación empírica. 1ª edición.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación (4ª edición) Ed. México: Mc Graw Hill

Instituto Universitario Avedis Donabedian. Página: indicadores. Recuperado en septiembre 2009 <http://fad.onmedic.net/default.aspx?tabid=61>

Instituto Nacional de Cancerología (2008). Sistema desempeño Institucional. Recuperado noviembre 2010. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=458&conID=793>

Jiménez, R. (2004) Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Revista cubana de Salud Pública. Sociedad Cubana de administración en Salud. La Habana, Cuba. Vol. 30 No. 1 enero - marzo, 17 – 36.

Kerguelén, C. (2008). Calidad en salud en Colombia, los principios. Programa de Apoyo a la reforma de Salud en Colombia -PARS-. Ministerio de la Protección Social.

Kols, A., Sherman, J., & Robey, B., (1998). Principios de la administración de la calidad. Publicado por el Population Information Program, Center for

Communication Programs. The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA. Volumen XXVI, Número 3, Serie J, Número 47. Recuperado en abril 2010. <http://info.k4health.org/pr/prs/sj47/j47chap4.shtml>

León, A., (2006). Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos. Colección ciencias físicas, exactas, y naturales. Calidad en la atención en salud. Cali, Colombia. Editorial Universidad del Valle.

López V. (1995). Indicadores de calidad. Universidad Autónoma de Mexico. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Indicadores-De-Calidad/1729306.html>

Losada, M. y Rodríguez, A. (2007) Calidad del servicio de salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Cuadernos de Administración. Pontificia Universidad Javeriana. Págs. 237 – 258, julio - diciembre. Bogotá.

Massip C., Ortiz R., Llantá M., Peña M., y Infante I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm

Méndez, C. (2001) Diseño y desarrollo del proceso de investigación. Colombia: Editorial Mc Graw Hill.

Ministerio de Protección Social. (2006) Decreto 1011 de 2006. “Por el cual se

establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Disponible en: http://www.eevvm.com.co/dmdocuments/decreto_1011_de_2006__3_de_abril_.pdf

Ministerio de Protección Social. (2006) Resolución número 1446 de 2006. “por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>

Ministerio de Protección Social. (2006) Resolución número 1445 de 2006. Anexo técnico 1 “Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”.

Observatorio de la calidad de la Atención en Salud. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud. Actualización a junio 2011. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BIBLIOTECA%20NACIONAL%20DE%20INDICADORES%20JUNIO%202011.pdf>

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, reúne a los países industrializados en asuntos de política económica y planificación (2007). Recuperado en septiembre 2009 de <http://www.itaes.org.ar/Articulos/IndicadoresQOCDE.pdf>

Organización Mundial de la salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2002. Calidad de la atención: Seguridad del Paciente. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/s/s_wha55.html

Pardinas, F. (2005). Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. 38ª edición. Siglo XXI editores. México.

Protección de la salud, Cataluña. Ley 7 de 2003, 25 de abril. Recuperado el 10 abril 2011. Disponible en: http://www.secex.org/vario/inc/leyes/ley_7_2003.pdf

Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=calidad

Roldán, Vargas, Giraldo & Valencia (2001). Evaluación de la Calidad en la Atención en Salud, un Estudio de Caso. Colombia Médica. Universidad del Valle. Editora Médica del Valle. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/283/28332104.pdf>

Ross A., Infante, A., Zeballos, J. (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública 8 (1/2). Recuperado el 10 de abril de 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dbi/es/ART-Ross.pdf>

Servicio de Salud de Castilla- La Mancha. Manual de calidad asistencial.

Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/Calidad/Manual_Calidad_Asisntencial-SESCAM_SCLM.pdf

Shewan, C. M. (1989). Quality is not a four letter word.... American Speech-Language-Hearing Association, 31(8), 51-55

Silva, L. (1997). Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, España.

Suárez J. (2004). Memoria de un encuentro: Mesas de trabajo. Calidad de los servicios fonoaudiológicos: un ejercicio legítimo y vigente. Redes comunicativas. Asociación de estudiantes de Fonoaudiología Universidad Nacional de Colombia. Vol. 4, No. 1, enero – julio.

Superintendencia Nacional de Salud. Circular externa 00030 del 19 de mayo de 2006. Diario oficial número 46.278 mayo 24, 2006.

Tójar, J. (2006). Investigación cualitativa. Comprender y actuar. Editorial la Muralla. España

Universidad de Cádiz. Conceptos Generales de Calidad. Recuperado en marzo 2009. Disponible en: http://rodin.uca.es:8081/xmlui/bitstream/handle/10498/6905/TEMA_1.pdf?sequence=1

Varo, J, (1995). La calidad de la atención médica. Recuperado en marzo de 2009. <http://www.sepeap.es/hemeroteca/EDUKINA/artukulo/VOL104/M1041405.pdf>.