

IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN SERVICIOS DE FONOAUDILOGÍA DE BOGOTÁ

Diana Fique Ortega¹

Fecha de Recepción: 30 de marzo de 2012
Fecha de Aprobación: 01 de octubre de 2012

Resumen

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. El método fue cualitativo, con alcance exploratorio. Participaron 25 prestadores con servicios de fonoaudiología habilitados. Se realizó entrevista abierta y revisión documental. Los resultados muestran que 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.

Palabras clave: fonoaudiología, indicadores de calidad, accesibilidad a servicios de salud.

IDENTIFICATION OF QUALITY INDICATORS IN BOGOTA SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGY SERVICES

Abstract

The objective of the research was to identify quality indicators used in speech therapy services in Bogota, characteristics, investigating the knowledge of the concept of quality indicators and domains. Method: qualitative, exploratory scoped. Participants were 25 providers with audiology services enabled. We conducted open interviews and document review. Results: professionals with parameters related indicators that measure the quality of services. Used indicators of the four domains identified in the annex to resolution 1446 of 2006, but most do not have a full sheet, just are described. Investigation led to the conclusion of related concepts and generating quality indicators of the profession remains to be developed.

Key words: speech language pathology, quality indicators, health care, health services accessibility.

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 investigación que se presenta a continuación surge de la identificación de problemáticas vinculadas con el tema de la calidad y la manera como es cuantificada por los profesionales de fonoaudiología. Al realizar búsqueda de la literatura no existe una definición de calidad propia para la profesión, además, se desconoce la forma como los profesionales miden o la existencia, construcción y uso de indicadores.

Lo anterior puede estar asociado 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 como son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

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: el Sistema de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y el Sistema de Información para la Calidad y la relación de estos 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).

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” (Shewan, 1989).

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 cre-

cimiento institucional, social y sobre todo no se reconocería ese impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.

Las posibles consecuencias de no hacer evidente la calidad de los servicios fonoaudiológicos de manera cuantitativa serían: una percepción negativa de las acciones y del servicio de fonoaudiología, insatisfacción de los usuarios, dificultades para cuantificar claramente los logros profesionales, poco monitoreo y cualificación de los servicios y escasas acciones de mejoramiento que sean visibles y de alto impacto para la práctica fonoaudiológica.

La fonoaudiología como profesión que desempeña labores en los escenarios de salud, debe cumplir con las políticas establecidas por el MSPS 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).

De acuerdo con la problemática anteriormente descrita el interrogante que orientó la 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.?

Marco de referencia

A continuación se presentará una breve la revisión de la literatura relacionada con los anteriores interrogantes, específicamente con los conceptos de calidad en salud, indicadores y estos temas desde la práctica fonoaudiológica.

Definición de calidad

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, & Jara, 1998; Real Academia de la Lengua).

De acuerdo con 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 Donabedian en el que se planteaban los principios de la calidad asistencial según criterios de estructura, proceso y resultados, publicado el año 1979, dan cuenta de la naturaleza de los sistemas de calidad aplicados a la asistencia sanitaria (Donabedian, 1984).

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.

En la calidad de los servicios de salud la evolución se ha dado a partir del fortalecimiento de los sistemas de salud, de la atención integral en salud y la construcción de lineamientos estatales e institucionales 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.

En Colombia, ha evolucionado el tema de la calidad en salud 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).

En la actualidad el decreto 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGC) establece lineamientos generales tendientes a asegurar y mejorar la calidad del Sistema de Salud Colombiano. Éste incluye los 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 las EPS e 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).

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 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.

Calidad en salud y servicios fonoaudiológicos

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-).

A nivel nacional se encuentra como antecedentes a Cuervo (1999) quien 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 con-

formación 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”. Incluye además otros referentes legislativos y conceptuales.

Otro antecedente 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”, además reportó entre las limitaciones del estudio “los sistemas de información inadecuados, inoportunos y desactualizados de los cuales no es posible extraer datos reales que se puedan considerar como indicadores confiables”. 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, en el cual se expone la calidad de los servicios fonoaudiológicos como un ejercicio vigente y legítimo (Suárez, 2004). El objetivo fundamental de este grupo de trabajo fue la socialización y creación de propuestas donde los participantes, expertos y monitores, pudieran 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 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).

Según López (1995) 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”.

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.

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.

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.

La resolución 1446 de 2006 hace referencia al Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sis-

tema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, en el anexo técnico de esta 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. A continuación la definición de cada uno de ellos:

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).

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).

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). Incluye en control y reporte de los evento adversos definidos como: “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” León (2006). También contiene el concepto 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).

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).

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 de acuerdo con anexo técnico de la resolución 1446 del 2006: 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, 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.

En cuanto al término de indicadores, se evidencia que 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.

MATERIALES Y MÉTODO

Esta investigación se enmarca con 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, 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.

Participantes

25 Prestadores independientes e IPS de la ciudad de Bogotá con los servicios de fonoaudiología habilitados. Se escogieron con base en el registro de prestadores de servicios de salud del MSPS y de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, y posterior a la 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), que 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 inicialmente.

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: fonaudiólogo 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 fue la dirigida la cual sigue un procedimiento previamente establecido a través de una guía de preguntas preparadas de antemano, Pardinás (2005). 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).

Esta herramienta estuvo dirigida a los profesionales en fonaudiología seleccionados de los prestadores que cumplían los requisitos ya mencionados. Se elaboró entonces, un guión con 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.

Otro instrumento usado fue la observación para esta investigación 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.

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. 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.

Procedimiento

La investigación se desarrolló en 3 fases: 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 esto se realizó durante 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 llevo a cabo entre los meses de septiembre a diciembre de 2011.

RESULTADOS

La búsqueda de los prestadores y servicios que componen la muestra partió de la base de datos suministrada por el MSPS - 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 fonaudiología 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.

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. Se logró entonces de los 140 prestadores contactados 25 autorizaran 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.

Se logró recolectar datos de 27 prestadores, correspondiente al 5% del registro Distrital, de los cuales 2 fueron excluidos debido a que no pudo obtener autorización para la revisión documental.

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. Para el análisis de la información recolectada se construyó unas matrices con el fin de seleccionar datos, analizar los contenidos y codificación de la información en categorías para la identificación de temas, vocabulario, conceptos y proposiciones.

El 100% de las entrevistadas fueron mujeres. Durante la ejecución de la entrevista las profesio-

sionales 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.

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 1 se encuentran los valores específicos.

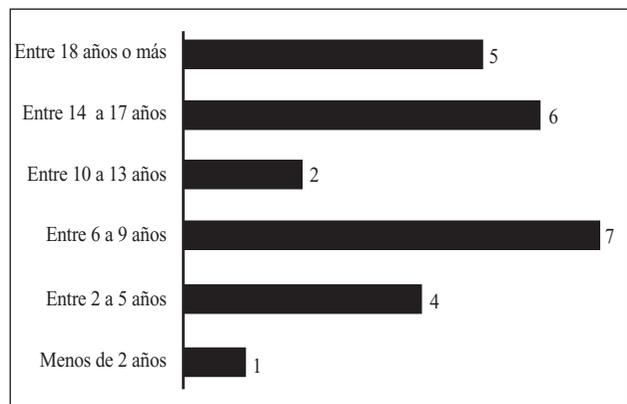


Gráfico 1. Tiempo de ejercicio profesional de los prestadores.

El perfil profesional de las fonoaudiólogas entrevistadas en cuanto a la formación académica fue: 12 solo tienen título de pregrado, a nivel posgradual se encontró que 11 cursaron especializaciones y 2 maestrías. Las especializaciones cursadas, se destaca la audiología en el 24% véase en el gráfico 2 las otras.

En relación con las áreas de desempeño de las profesionales fue difícil clasificar la información, debido a la variedad de respuestas. Se encontró

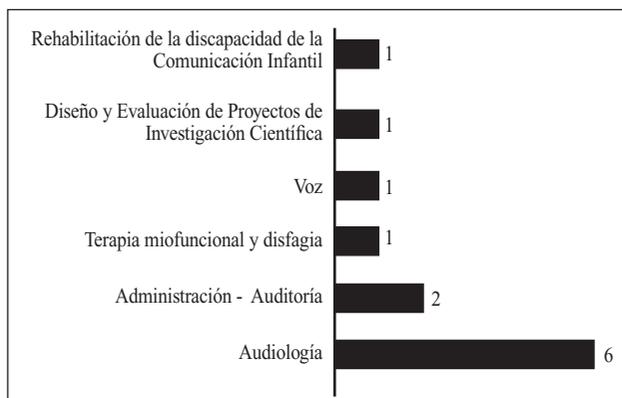


Gráfico 2. Especializaciones reportadas por las entrevistadas.

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, 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.

De las entrevistadas 14 fonoaudiólogas aseguran no conocer sobre la legislación en atención en salud, pero 11 expresan que sí. 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 7 refieren que ésta tiene que ver con la eficacia, el cumplimiento o adecuado tratamiento, en la misma cantidad nombran que está relacionada con la atención oportuna, 5 profesionales afirman que se vincula al 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 relación con la satisfacción del usuario y sus familias, 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 buen manejo de la historia clínica.

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; se encontró que el 100% reporta las acciones profesionales. Los tipos de reportes encontrados fueron: 19 prestadores afirman 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. La frecuencia de estos reportes varían en cada prestadores siendo para algunas diarias, mensuales, quincenales, semestrales y 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 secretaría 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 ha-

blan 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 se mencionan comité de historias clínicas, evaluación de pares y juntas de diagnóstico.

En la categoría de conocimientos acerca indicadores y sus dominios 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 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 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 indicadores 15 afirman usarlos y 1 indica que están iniciando el proceso de implementación, 10 aseguran no usarlos. Se encontró que el uso es reducido y en algunos casos reportan de 1 a 3 indicadores siendo los más nombrados: 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: el 44% no la realiza, 12% se realiza pero no es de competencia directa del profesional, 8% a través de la cuantificación de los usuarios que ingresan anualmente, 38% refieren otras ejemplo acceso a pacientes con dificultades económicas, encuestas, identificando barreras de acceso, uso de listas de espera y seguimiento a remisiones.

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 que se realiza a través: del indicador, encuesta, verificar cuándo realmente el usuario tiene acceso a los servicios, espacio que tengamos para la cita y fonoaudiólogas disponibles, horario de asignación de citas, no se mide pero se describe la asignación de cita, respeto por los horarios, y en la satisfacción.

En 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 3.

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 y 6 refieren que las acciones implementadas por los fonoaudiólogos no generan 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: formato de evento adverso institucional, reporte informal o verbal a la coordinadora o pro-

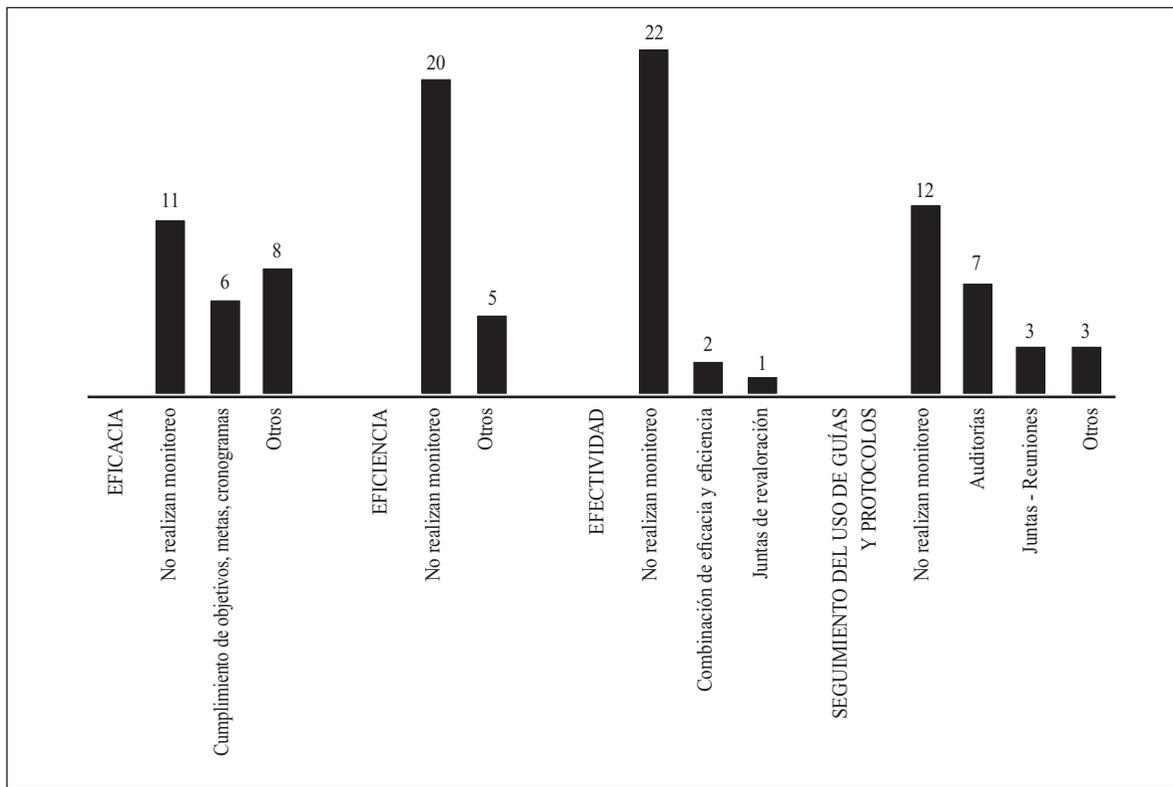


Gráfico 3. Resultados sobre calidad técnica.

fesional de turno, a través de intranet, mediante el comité de salud ocupacional, ficha de registro y reporte a la Secretaría de Salud y a la línea de atención de urgencias 123.

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, buzón de sugerencias, atención del usuario o llamada telefónica.

La última pregunta de la entrevista indagaba la opinión de los prestadores frente a los indicadores de calidad que deberían reportar los fonoaudiólogos. Se evidencia que la mayoría refiere el reporte de solo un indicador y otro porcentaje significativo (20%) no sabe o no responde, véase gráfico 4. 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 5.

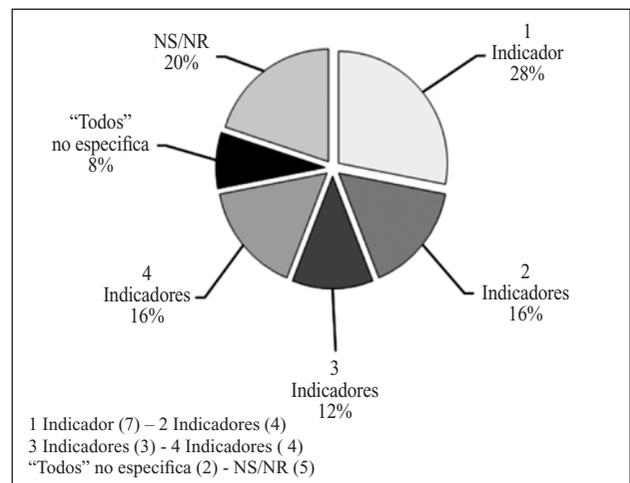


Gráfico 4. Opinión número de indicadores que deben reportar los fonoaudiólogos.

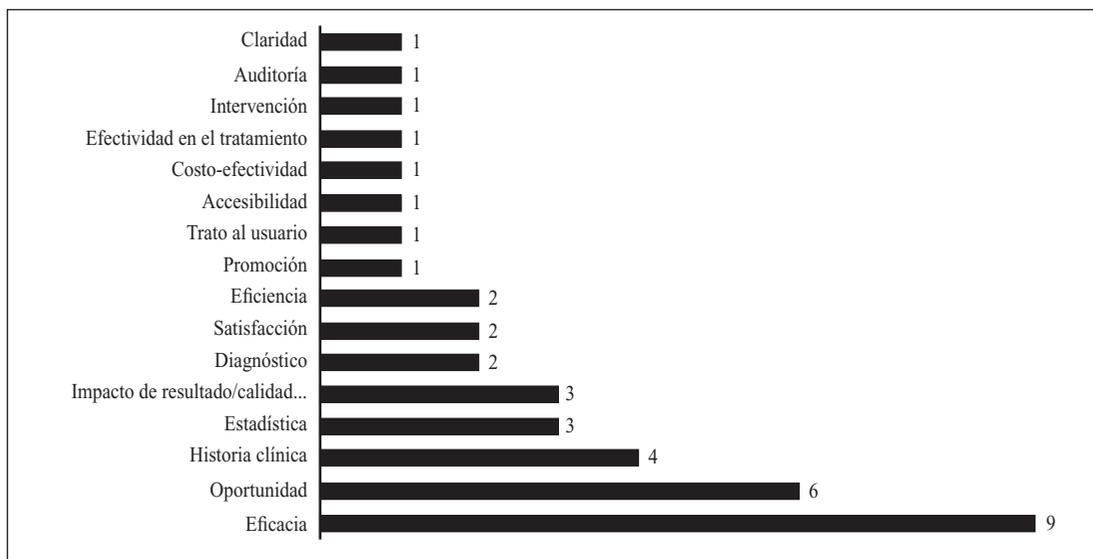


Gráfico 5. Opinión número de indicadores que deben reportar los fonoaudiólogos.

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.

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.

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. 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 los ítems descritos en el marco de referencia de acuerdo al anexo de la resolución 1446, 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 MSPS.

En general los resultados permitieron dar respuesta a todas las preguntas planteadas al iniciar

la investigación, a continuación en la discusión de realizan 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

De acuerdo a las características de los prestadores nombradas en los 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. La experiencia y la formación profesional vinculada con lo administrativo también influyó en las respuestas, notándose en el manejo de los conceptos de calidad e indicadores 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 (Desórdenes de comunicación adulta, deglución atípica).

El tema del concepto de la calidad en las profesionales de fonoaudiología indagadas lo vincularon 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. Aunque es claro que en

este tipo de estudio no es posible realizar generalizaciones, este concepto desde la fonoaudiología está centrada en el usuario, cumple algunas características de las cuales habla la ley pero deja de lado otras muy importantes mencionadas por los autores citados como lo son: 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, Galán y Potón (2006) refieren que la calidad es el conjunto de mecanismos con los cuales se asegura la máxima eficiencia.

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. 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 de-

fine 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, en contraste con la revisión documental solo en 3 prestadores de los 25 no se encontraron indicadores de calidad. La mayor documentación encontrada corresponde al dominio de calidad técnica y satisfacción pero no cumplen con los ítems que debe poseer la ficha técnica, mientras que el dominio de accesibilidad y oportunidad también es monitoreado en menor proporción pero las fichas no cumplen con las características, en cuanto al de gestión del riesgo es poco mencionado pero las fichas técnicas cumplen con las características requeridas.

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 operacionalizados, 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 indi-

cadores 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.

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 que 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 manteniendo 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 a la solución 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, seguridad del paciente/usuario y la generación de indicadores propios de la profesión.

Agradecimientos

A cada uno de los profesionales y a la institución a la cual pertenecen, que abrieron sus puertas para socializar sus conocimientos y contarnos algo de su práctica profesional.

REFERENCIAS

- Álvarez, F. (2006). Instrumentos de auditoría médica. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.
- Ángel, L., Jiménez, A., y Lizarazo A. (2004). Estudio cuasiexperimental 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.
- Ardón, N. & Jara, M. (1998). Interpretación de la conceptualización de la calidad y calidad en salud y de las metodologías existentes a nivel internacional para evaluar la calidad en los Servicios de salud (documento de trabajo). Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Ardón, N. (2004). 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). Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

- Barragán, R., Salman, T., Ayllón, V., Sanjinés, J., Langer, E., Córdoba, J., & Rojas, R. (2003). Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación (3 Ed). La Paz, Bolivia: Editorial Offset Boliviana Ltda.
- Cuba, M., (2008). Calidad en los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios. Revista Cubana de Farmacia. 42 (3) Recuperado el 9 de marzo 2010, en http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=54123&id_seccion=738&id_ejemplar=5483&id_revista=59
- Cuervo, C. (1998). La profesión de fonoaudiología Colombia en perspectiva internacional. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- D'Empare G. (2010). Calidad de Atención Médica y Principios Éticos. Acta Bioethica. 16(2): 124-132 . Disponible de: 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. 9(2): 277-84.
- Donabedian, A. (1984). La Calidad de la atención Médica. México D.F., México: La Prensa Médica Mexicana, S.A.
- Duarte, A. (2009). Diseño de un sistema de gestión de calidad en prestación de servicios fonoaudiológicos. Rev. Colomb. Rehabil. 8(1): 57-65.
- Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa (2ª ed.). Madrid, España: Ediciones Morata S.L.
- Guix, J. (2005). Calidad en salud pública. Gaceta Sanitaria. 19(4):325-332. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000400010&script=sci_arttext
- Heinemann, K. (2003). Introducción a la metodología de la investigación empírica (1ª ed). Barcelona, España: Paidotribo.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación (4ª ed.) México D. F., México: Mc Graw Hill.
- Universidad Autónoma de Barcelona, España, Instituto Universitario Avedism Donabedian (s.f.). Indicadores. Recuperado el 9 septiembre 2009 en <http://fad.onmedic.net/default.aspx?tabid=61>
- Kerguelén, C. (2008). Calidad en salud en Colombia, los principios. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social - MPS.
- León, A., (2006). Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos. Cali, Colombia: Editorial Universidad del Valle.
- López V. (s.f.). Indicadores de calidad. Universidad Autónoma de México. Disponible en: https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fcourses.campusvirtualsp.org%2Fpluginfile.php%2F15610%2Fmod_folder%2Fcontent%2F1%2FGerencia_y_Administracion%2FGestion_de_Calidad%2FIndicadores_de_Calidad.pdf%3Fforcedownload%3D1&ei=fXFxUfvTBIGQ9QSlj4HABQ&usq=AFQjCNHPtRjzVN-Ux8oks6iTEdzONo-wJw&bvm=bv.45373924,d.eWU
- Malagón G., Galán R., y Potón G. (2006). Garantía de calidad en salud (2 ed.). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.

- Massip C., Ortiz R., Llantá M., Peña M., y Infante I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev. Cubana Salud pública*. 34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000400013&script=sci_arttext
- Mendoza, J. (2002). Apertura: En J.F.Patiño & G. Carrasquilla (Eds), *La calidad de la atención en salud*. Bogotá, Colombia: Academia Nal de Medicina.
- Decreto 1011-2006. (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. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección social.
- Resolución 1446-2006. (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. Bogotá, Colombia: Ministerio de Protección Social.
- OMS (2002). 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 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 ed). México D.F., México: Siglo XXI editores.
- Ley 7-2003 (2003). Protección de la salud. Cataluña, España: El Rey Juan Carlos I. Recuperado el 10 abril 2011, en http://www.secex.org/vario/inc/leyes/ley_7_2003.pdf
- Real Academia Española (2012). *Diccionario de la Lengua Española* [versión online]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=calidad
- República de Colombia (1991). *Constitución Política de Colombia* (Artículo 78). Bogotá, Colombia: Asamblea Nacional Constituyente.
- Ley 60-1993 (1993). Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política. Bogotá, Colombia: Congreso de la Republica.
- Ley 376-1997 (1997). Por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología (Diario Oficial No. 43.079). Bogotá, Colombia: Congreso de la Republica.
- Ley 100-1993 (1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral. Bogotá, Colombia: Congreso Nacional de la República.
- Roldán, P., Vargas, C., Giraldo, C., Valencia, G. García, C., & Salamanca L. (2001). Evaluación de la calidad en la atención en salud: un estudio de caso. *Colombia Médica* 32 (1): 14-18. Disponible en: <http://redalyc.uaem0ex.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 [versión online]. *Revista Panam. de Salud Pública* 8(1-2). Recuperado el 10 de abril de 2011, en: <http://www.paho.org/spanish/dbi/es/ART-Ross.pdf>
- Shewan, M. (1989). Quality is not a four letter word... *ASHA*. 31(8), 51-55.
- Suárez J. (2004). Calidad de los servicios fonoaudiológicos: un ejercicio legítimo y vigente. *Redes comunicativas* 4(1).