

**OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE
FONOAUDILOGÍA EN IPS DE LA CIUDAD DE POPAYÁN. 2012**

MARTIN CERÓN ESP.

DIRECTOR

AUGUSTO MUÑOZ CAICEDO MSP.

ASESOR METODOLÓGICO

ISABEL BONILLA GUZMÁN

DIEGO M. MUÑOZ SOTELO

CINDY VANESSA LOZANO

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE FONOAUDILOGÍA

POPAYÁN 2012

**OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE
FONOAUDIOLÓGIA EN IPS DE LA CIUDAD DE POPAYÁN. 2012**

MARTIN CERÓN ESP.

DIRECTOR

AUGUSTO MUÑOZ CAICEDO MSP.

ASESOR METODOLÓGICO

ISABEL BONILLA GUZMÁN

DIEGO M. MUÑOZ SOTELO

CINDY VANESSA LOZANO

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE FONOAUDIOLÓGIA

POPAYÁN 2012

TABLA DE CONTENIDO.

1. PROBLEMA
 - 1.1 ÁREA PROBLEMÁTICA
 - 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA
2. ANTECEDENTES
3. JUSTIFICACIÓN
4. OBJETIVOS
5. MARCO TEÓRICO
 - 5.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD
 - 5.1.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN
 - 5.1.2 AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD
 - 5.1.3 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN
 - 5.1.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD
 - 5.2 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
 - 5.2.1 PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
 - 5.2.2 DEFINICIONES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE
 - 5.2.3 EL MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO
 - 5.2.4 LAS BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO

6. METODOLOGÍA
 - 6.1 TIPO DE ESTUDIO
 - 6.2 POBLACIÓN
 - 6.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
7. PROCEDIMIENTO
8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS
9. DISCUSIÓN
10. CONCLUSIONES
11. RECOMENDACIONES
12. BIBLIOGRAFIA
13. ANEXOS

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Ciclo PHVA.....	25
Figura 2. Modelo conceptual de política de seguridad del paciente.....	36
Figura 3. Modelo explicativo (reason human error: model and management).....	39

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Operacionalización de variables.....	47
Tabla 2. Características generales del prestador de servicios.....	52
Tabla 3. Relación de eventos adversos y procesos administrativos.....	54
Tabla 3. Relación de eventos adversos y procesos clínicos.....	56
Tabla 4. Incidentes en la prestación del servicio de fonoaudiología.....	59

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo describir la ocurrencia de eventos adversos en la prestación del servicio de Fonoaudiología en IPS de la ciudad de Popayán.

Esta es una investigación descriptiva, retrospectiva de corte transversal. La población objeto de estudio se constituyó en 47 IPS ubicadas en el área urbana de Popayán, las cuales tienen habilitado el servicio de fonoaudiología y participaron voluntariamente del estudio. Para la recolección de información se utilizó un documento tipo encuesta denominado formato de diligenciamiento para detección de eventos adversos e incidentes, se analizaron los resultados con el paquete estadístico SPSS Versión 19.

Los resultados mostraron que los prestadores del servicio de Fonoaudiología son en su mayoría de carácter privado, representando aproximadamente una tercera parte del total de prestadores encuestadas. Aproximadamente uno de cada cuatro de los prestadores del servicio de Fonoaudiología tienen relación contractual con todos los regímenes de salud, el otro 21,2 % contratan exclusivamente con régimen contributivo. Aproximadamente 5 de cada 10 instituciones prestan servicios del nivel I de complejidad y 3 de cada 5 instituciones tiene el servicio de fonoaudiología habilitado y verificado y del total (47) solo 3 están en proceso de acreditación.

Con respecto a la política de seguridad del paciente, 7 de cada 10 instituciones encuestadas la tienen formulada y 18 de cada 30 la tienen implementada. Aproximadamente 9 de cada 10 instituciones explican al paciente los riesgos que conllevan los procedimientos que se le practican, y el 61.7 % de las instituciones diligencian el formato de consentimiento informado.

En relación al conocimiento de conceptos básicos dentro de la política de seguridad del paciente el 80,9% de los fonoaudiólogos encuestados dicen conocer que es un evento adverso, el 87% de ellos dicen haber adquirido tal conocimiento en capacitaciones brindadas por la institución en la que laboran actualmente. 1 De cada 10 fonoaudiólogos encuestados dice haber presentado un evento adverso durante la prestación del servicio, de estos eventos reportados, 3 de cada 5 han ocurrido por caídas, siendo la técnica inapropiada una de las causas más frecuentes de la ocurrencia del evento con un porcentaje del 60 %, y obteniendo el área del lenguaje un mayor porcentaje de prevalencia con el 60%. El 66 % de los fonoaudiólogos encuestados reconoce que existe un formato de reporte de eventos adversos dentro de la institución prestadora de servicios, pero solo un 23.4 % hace gestión del evento.

En cuanto a los incidentes, tan solo un 27,6% de los fonoaudiólogos encuestados dicen conocer que es un incidente, el 95% de ellos dicen haber adquirido tal conocimiento en capacitaciones brindadas por la institución en la que laboran actualmente. Por otra parte 1 de cada 5 fonoaudiólogos encuestados dice haber presentado un incidente durante la prestación del servicio, de estos incidentes reportados, el 60% han ocurrido por caídas, siendo los errores humanos y fallas en el sistema las causas más frecuentes de la ocurrencia del incidente con un 50 %, y obteniendo el área del lenguaje un mayor porcentaje de prevalencia con el 60%.

En el estudio se concluye que los eventos adversos que se han registrado en la prestación del servicio de fonoaudiología en las IPS de Popayán son una minoría, lo que no implica que la atención fonoaudiológica sea más segura que la atención en otras áreas de la salud, sino que por el contrario puede deberse al desconocimiento de la política de seguridad del paciente por parte de los profesionales y ausencia de la llamada cultura del reporte.

1. PROBLEMA

1.1 ÁREA PROBLEMÁTICA

La publicación realizada en el año 2000 del Instituto de Medicina de Estados Unidos “Error humano: construyendo un sistema de salud más seguro”, puso en manifiesto la necesidad que tienen los sistemas de salud de trabajar para reducir el problema de falta de seguridad en la atención médica que se ha vuelto frecuente y que puede acarrear graves consecuencias a la salud física y mental de los pacientes, además de representar una carga económica importante para la sociedad. (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Se han encontrado múltiples definiciones sobre que es evento adverso, sin embargo en esta investigación se adoptó la definición según el estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), donde lo especifica como todo accidente imprevisto e inesperado que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia del paciente en las instituciones prestadoras del servicio, derivado de la asistencia médica y no de la enfermedad de base del paciente. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), estima que a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas inadecuadas o atención insegura; no hay claridad sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, pero se piensa que estas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a las limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos.

Según la investigación de seguridad del paciente realizada por la OMS en el año 2008, se han encontrado estudios en la atención de casos agudos que indican que entre un 7% y 10% de los

pacientes experimenta algún evento adverso relacionado con los medicamentos. De ellos, aproximadamente un 28% a un 56% son prevenibles (May, Chomalí & Garib, 2003). Por otro lado un informe del Instituto de Medicina de USA estimó que los “errores médicos” causan entre 44.000 y 98.000 defunciones cada año en los hospitales de los Estados Unidos de América, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA. (Hernando Gaitán, 2008)

Se estima que eventos relacionados con falta de seguridad del paciente han costado en algunos países entre US\$ 6 mil millones y US\$ 29 mil millones por año. A nivel nacional se sabe que el estado pagó desde 2005 el equivalente a US\$1,68 millones de dólares por concepto de errores médicos, cirugías sin consentimiento y diagnósticos falsos (Ministerio de la Protección Social, 2008).

En el año 2002, la OMS reconoce la seguridad del paciente como un problema de Salud Pública y se inician una serie de investigaciones a nivel mundial, relacionadas con la identificación de eventos adversos en salud. A raíz de los resultados de estas investigaciones se crea la alianza mundial para la seguridad del paciente con el fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. (Gaitán, 2008).

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (SOGC, 2001). Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Existen pocos antecedentes en Latinoamérica sobre la prevalencia de EA. Sin embargo, durante 2007, cinco países de la región participaron en el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos, cuyos resultados indican que aproximadamente uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre de un EA y que más de la mitad pudieron haber sido prevenidos. Los EA más frecuentes son las infecciones nosocomiales con un 38% y los relacionados con los procedimientos ejecutados con un 26.4% (Ministerio de sanidad y política social, 2010).

A pesar de conocer datos estadísticos sobre eventos adversos en diferentes disciplinas de la salud, no se cuenta con investigaciones que permitan conocer información de estos eventos en la profesión de Fonoaudiología. El servicio de Fonoaudiología se presta en el sur occidente Colombiano desde hace 15 años, en Popayán existen 58 prestadores del servicio incluidos los profesionales independientes y hasta ahora no se han encontrado reportes de eventos adversos y mucho menos la gestión de dichos eventos para mejorar la calidad en la atención al paciente que es atendido por el profesional de Fonoaudiología.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Qué eventos adversos ocurren en la prestación del servicio de Fonoaudiología en IPS de la ciudad de Popayán?

2. ANTECEDENTES

Al revisar la literatura Colombiana sobre eventos adversos en la atención en salud, la mayoría muestran resultados en profesiones como Medicina, Enfermería y Odontología y no se halla información sobre eventos adversos en Fonoaudiología.

A nivel internacional

En el año 2010 Alessandra Tomazi & María Chollopetz de Brasil, realizaron el trabajo denominado: “Eventos adversos relacionados con el uso de catéteres venosos centrales en recién nacidos hospitalizados”. Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva, el cual tuvo como objetivo identificar los eventos adversos relacionados con el uso de catéteres venosos centrales (CVC), en 167 recién nacidos internados en una unidad neonatal. Se encontró mayor incidencia de eventos adversos mecánicos, predominando la oclusión (19,44%) y la ruptura del catéter (8,8%). El estudio sugiere que, para mayor seguridad del uso de CVC, es importante que sea utilizada la técnica correcta de inserción del catéter y el acompañamiento por un equipo especializado, atento a la prevención de eventos adversos.

En el año 2009, la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, realizaron un estudio titulado prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, cuyo objetivo fue mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente. Complementariamente, realizaron un seguimiento para estimar la incidencia de EA en 5 países de Latinoamérica con tamaño de muestra de 2000 pacientes en cada país con muestreo no aleatorio; se estudiaron 40 episodios de hospitalización por hospital, 200 por país y 800 para todo el proyecto. El estudio encontró que la incidencia de los EA es del 19,8%. Por otra parte

identificó la gravedad de los EA, ya que la mayoría de los pacientes (61,2%) prolongaron la hospitalización unos 10,4 días de media (Tomazi & Chollopetz, 2010).

En el año 2001 Vincent C, Neale G & Woloshynowych M. realizaron el trabajo llamado “Identificación de sucesos adversos mediante la revisión de historias clínicas”. Se realizó una investigación retrospectiva revisando 1.014 historias que contenían información clínica y de cuidados médicos y de enfermería de dos hospitales de agudos pertenecientes al área del Gran Londres. El cual tuvo como objetivo Determinar la factibilidad de detectar sucesos adversos (SA) mediante la revisión de historias clínicas (HC) en los hospitales británicos y hacer una estimación preliminar de la incidencia y costes de dichos sucesos. El cual tuvo como resultados: La proporción de SA encontrados fue del 11,7% (119), que se dieron en 110 pacientes (10,8%) de todos los revisados. En el 66% de los pacientes que presentaron SA las repercusiones fueron leves y la recuperación duró menos de un mes, pero en siete casos (6%) las lesiones o daños producidos fueron permanentes y en nueve pacientes (8%) las complicaciones contribuyeron a su defunción. El estudio sugiere que un 10% de los pacientes ingresados en las especialidades estudiadas presentaron algún tipo de SA y casi la mitad de ellos hubieran podido evitarse con una atención adecuada. Las consecuencias en términos de salud son muy importantes y la repercusión económica, aun teniendo sólo en cuenta los costes por estancias “extra”, es significativa.

A nivel nacional

En el 2006, Hernando Gaitán Duarte y un grupo de evaluación de tecnologías y políticas en salud, realizaron el estudio sobre la incidencia y la evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. El objetivo fue determinar la

incidencia, clasificación, evitabilidad e impacto de los Eventos Adversos (EA), para establecer su importancia como problema en algunos hospitales en Colombia. Se utilizó una metodología cohorte prospectiva en 6.688 pacientes hospitalizados, encontrando 505 pacientes con eventos de tamización positivos, 310 sujetos presentaron al menos un evento adverso; se consideró evitable el evento adverso en 189 sujetos, ocurrió discapacidad permanente en 1,3 %, la mortalidad asociada al evento adverso fue de 6,4 % y se incrementó la hospitalización como consecuencia del EA un total de 1072 días.

En Bogotá en el año 2008, se realizó un estudio retrospectivo titulado eventos adversos durante la atención de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), elaborado por Diana Bernal y Natalia Garzón; el objetivo fue determinar cuáles son los eventos adversos durante la atención de enfermería en UCI. Los resultados demostraron que el EA más reportado, son los que tienen que ver con medicamentos con un 41%; seguido de líneas y catéteres con un 19%, dispositivos, 16%, baño 9%, ventilación y balance de líquidos 6 % y paro cardiorrespiratorio 3%. Se concluyó que la aparición de eventos adversos está relacionada con un profesional de enfermería con déficit de conocimientos, inexperiencia, desmotivación y sobrecarga laboral, y que utiliza materiales y equipamientos que no poseen las adecuadas condiciones, además con un equipo de trabajo que tiene malas relaciones interpersonales (Garzón & Bernal, 2008).

3. JUSTIFICACIÓN

El primer elemento que constituye la esencia del concepto del evento adverso es el daño al paciente. Este primer elemento es fácil de determinar cuando el daño es evidente en caso de una incapacidad de una persona o en casos extremos, una incapacidad permanente mayor (daño cerebral, pérdida de un órgano o de una función corporal) o inclusive la muerte (Gaitán et al, 2008). Sin embargo, existen otros tipos de daños que es preciso contemplar cuando se analiza una situación clínica y que se enmarcan como un evento adverso de menor gravedad, donde el daño no es permanente, o no existen secuelas y otro aún más complicado de identificar, donde no hay un límite claro entre su origen en la atención en salud o su origen en la enfermedad de base (Secretaría Departamental del Cauca, 2011).

La OMS, en el año 2002 reconoce la seguridad del paciente como un problema de Salud Pública, se inician una serie de investigaciones a nivel mundial relacionadas con la identificación de eventos adversos en salud, siendo esta un campo de investigación de gran relevancia en países desarrollados (Gaitán, 2008). En Colombia se han realizado investigaciones en las disciplinas de Medicina, Enfermería y Odontología principalmente y no se encontraron investigaciones de este tipo en el área de Fonoaudiología. En la ciudad de Popayán existen múltiples prestadores que han implementado dentro de su portafolio los servicios el de Fonoaudiología, por esto, conocer y poder establecer que predispone a la aparición de errores, sus consecuencias, y las acciones tomadas frente a ellos en el marco laboral de esta profesión, constituye una medida con la que se pretende ahondar en el tema de manera que se facilite su comprensión y determinación. Los resultados encontrados pueden ser utilizados en el proceso de prevención para evitar la aparición

de los eventos adversos y mejorar la calidad de la atención basados en un sistema de prevención inicial de riesgos.

Además, permitirá que los diferentes actores conozcan los potenciales riesgos, lo cual debe orientar hacia la implementación de una serie de actividades enfocadas a su minimización y brindar una atención más segura para el paciente, dicho estudio aportará a la construcción de hipótesis y nuevas investigaciones sobre eventos adversos con el fin último de implementar acciones que mejoren la seguridad del paciente que consulta al Fonoaudiólogo, favoreciendo a los usuarios y al profesional de la salud.

El aporte de esta investigación al programa de Fonoaudiología, se basa en la posibilidad de profundizar las temáticas que incluyan el conocimiento, manejo y prevención del evento adverso en la profesión.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la ocurrencia de eventos adversos en la prestación del servicio de Fonoaudiología en IPS de la ciudad de Popayán. 2012

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar de manera general los prestadores del servicio de fonoaudiología.
2. Identificar los eventos adversos relacionados con procesos administrativos.
3. Identificar los eventos adversos relacionados con procesos clínicos.
4. Identificar los incidentes relacionados con la prestación de servicios de Fonoaudiología.

5. MARCO TEÓRICO

En la presente investigación se abordarán aspectos generales del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud Colombiano, sus cuatro componentes que lo integran y la Política de Seguridad del Paciente.

5.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

La ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud. Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La medida está contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002 y se define como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y centran los esfuerzos en el bienestar del usuario (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud y minimizar la ocurrencia de eventos adversos, el SOGCS establece que se debe cumplir con las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. **Oportunidad.** Es la 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 en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. (SOGCS, 2009)

El (SOGCS) Está integrado por cuatro componentes: Sistema Único de habilitación, sistema Único de Acreditación, Auditoría para el mejoramiento de la calidad y Sistemas de Información para la calidad.

5.1.1. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

El sistema de habilitación, es un componente obligatorio del sistema de garantía de calidad y constituye la herramienta definida para autorizar el ingreso y la permanencia de los prestadores de servicios de salud en el sistema de salud. Su propósito fundamental es la protección de los usuarios de los potenciales riesgos propios de la prestación de servicios de salud como por ejemplo la ocurrencia de Eventos Adversos (E.A) e incidentes.

Fue definido formalmente como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud.

5.1.2. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en el SOGC y se entiende como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad que concuerdan con la intencionalidad de los estándares de acreditación y son superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación” (Ministerio de la Protección Social, 2006).

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplica opera en los siguientes niveles:

1. ***Autocontrol.*** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
2. ***Auditoría Interna.*** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

3. ***Auditoría Externa.*** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa. (SOGCS, 2007)

Es importante resaltar que, el contexto en el cual se desarrolla la auditoría está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales:

5.1.2.1. ATENCIÓN EN SALUD

La auditoría en particular y el SOGC en general de nuestro país, apuntan específicamente hacia la atención en salud definida como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”.

5.1.2.2. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Se define 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”.

5.1.2.3. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

Este punto comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección. El mejoramiento continuo de la calidad debe ser visto

como un proceso de Autocontrol, centrado en el paciente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes. Además este proceso es una inversión económica relativamente pequeña, comparativamente inferior a la de otros enfoques, por cuanto implica una filosofía de vida laboral, personal y social, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos aislados son pequeños, el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de constituir un modelo de bajo riesgo.

Una buena forma de representar el enfoque del Mejoramiento Continuo es el ciclo de mejoramiento o PHVA. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud. Lo anterior se puede apreciar en la siguiente figura:

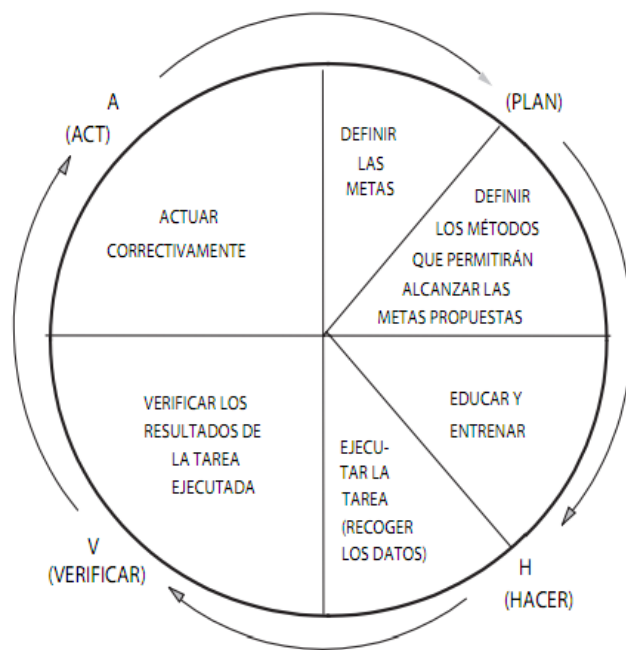


FIGURA 1. Ciclo PHVA

CICLO PHVA:

- **Planear (P):** Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.
- **Hacer (H):** Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o “cómos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.
- **Verificar (V):** Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.
- **Actuar (A):** En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

Las acciones de auditoría se desarrollan identificando las oportunidades de mejora, priorizando, haciendo análisis causal, implantando las acciones de mejora y reevaluando, lo cual

quiere decir que las acciones de auditoría deben responder a un plan de mejora en el cual la fase de verificar se transforma en actuar en un continuo que repite cuantas veces sea necesario el ciclo de mejora hasta garantizar al usuario la prestación de servicios con calidad. Esta es su relación con el ciclo PHVA.

5.1.3. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. Es un requisito para acceder a la acreditación, contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación.

El Sistema Único de Acreditación se orientará por los siguientes principios:

1. **Confidencialidad.** La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

2. **Eficiencia.** Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

3. **Gradualidad.** El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

La Entidad Acreditadora aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto proponga la Unidad Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de la Protección Social, los cuales deberán revisarse y ajustarse, en caso de ser necesario, por lo menos cada 3 años. (SOGCS, 2007)

5.1.4. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

El Ministerio de la Protección Social diseñó un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector, que al mismo tiempo permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el SOGCS.

El Sistema de Información para la Calidad, tiene los siguientes objetivos:

1. **Monitorear.** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
2. **Orientar.** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
3. **Referenciar.** Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
4. **Estimular.** Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

Y cuenta con unos principios, los cuales son:

1. **Gradualidad.** La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
2. **Sencillez.** La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.

3. **Focalización.** La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.
4. **Validez y confiabilidad.** La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
5. **Participación.** En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. **Eficiencia.** Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada (SOGCS, 2007).

Para que un sistema de atención en salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar directamente al paciente, ni a la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos

asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias por tal motivo es importante detallar sobre este tema.

5.2 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Colombia desarrolla una Política de Seguridad del Paciente, impulsada por el SOGCS, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de los ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba de ello son los niveles alcanzados en los programas de trasplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros.

Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente

seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles.

Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, como lo es la rehabilitación de un paciente desde el área de fonoaudiología, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino mas bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar, ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

5.2.1. PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos.

Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

1. ***Enfoque de atención centrado en el usuario:*** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
2. ***Cultura de Seguridad:*** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
3. ***Integración con el SOGC:*** La política de seguridad del paciente es parte integral del SOGC, y es transversal a todos sus componentes.

4. **Multicausalidad:** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

5. **Validez:** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

6. **Alianza con el paciente y su familia:** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

7. **Alianza con el profesional de la salud:** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

De igual forma es necesario establecer objetivos que orienten cual es el propósito de la política de seguridad del paciente, estos objetivos son:

1. Direcccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
5. Homologar la terminología a utilizar en el país.
6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.
8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente

El siguiente gráfico muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en la política de seguridad del paciente, y a continuación se incluyen las

definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del SOGC.

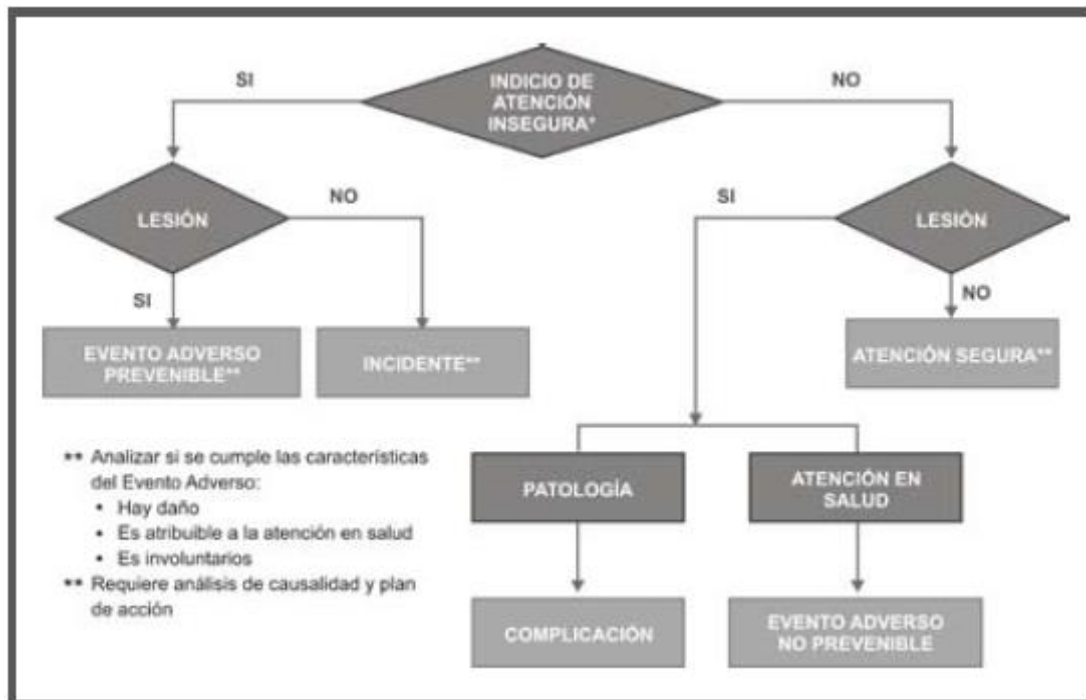


FIGURA 2. Modelo conceptual de la política de seguridad del paciente

5.2.2. GENERALIDADES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE

A continuación se abordarán las definiciones para contextualizar lo relacionado a la Política de Seguridad del Paciente:

Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Atención en Salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Indicio de Atención Insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Falla de la Atención en Salud: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Evento Adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

- Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Complicación: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Barrera de Seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Sistema de Gestión del Evento Adverso: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

Acciones de Reducción de Riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal. (SOGCS, 2001)

Para efectos del desarrollo de este proyecto de investigación, ampliaremos la definición de evento adverso y toda la información necesaria.

6.2.3. EL MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO

Ante la ocurrencia de un evento adverso, se tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

El siguiente gráfico ilustra este modelo:

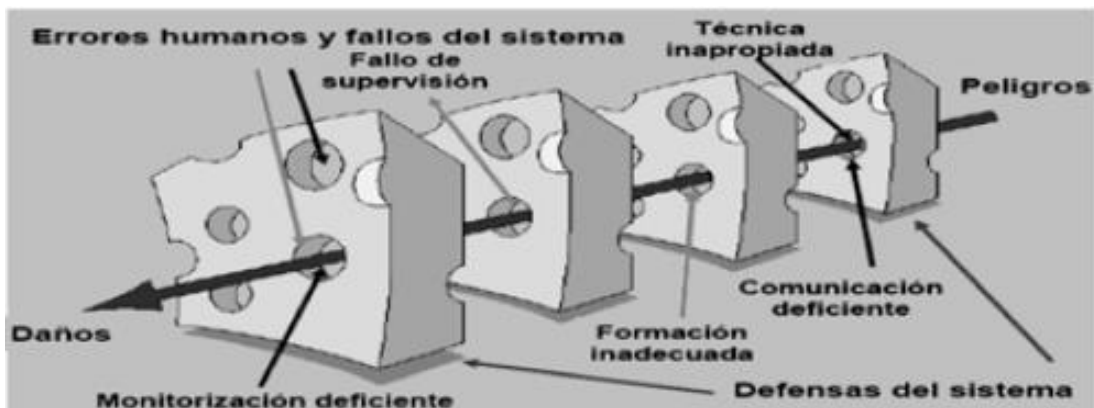


FIGURA 3. Modelo explicativo (Reason J. Human error: model and management. BMJ 2000)

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

5.2.4. LAS BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas a garantizar una atención limpia en salud.
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.

- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar la caída de pacientes.
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes.
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología.

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual el ministerio de la protección social recomienda la utilización del protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud.

Para identificar los eventos adversos ocurridos durante la prestación del servicio de Fonoaudiología, es necesario conocer algunas definiciones que nos permitirán analizar la relación entre la profesión de Fonoaudiología y sus posibles incidentes o eventos adversos.

El Fonoaudiólogo es un profesional de la salud y/o educación, que realiza la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento fonoaudiológico en diferentes áreas de la comunicación: lenguaje, habla, voz y audición, razón por la que cumple un papel fundamental en el desarrollo de diferentes áreas de la comunicación, que en últimas permean la participación de las personas en muchos –ámbitos de la vida diaria, en distintas etapas de la vida.

Para efectos legales, la ley 376 de 1997, define la Fonoaudiología en Colombia como: “Profesión autónoma e independiente de nivel superior universitario con carácter científico. Sus miembros se interesan por cultivar el intelecto, ejercer la academia y prestar los servicios relacionados con su objeto de estudio. Los procesos comunicativos del hombre, los desórdenes

del lenguaje, el habla y la audición, las variaciones y las diferencias comunicativas, y el bienestar comunicativo del individuo, de los grupos humanos y de las poblaciones”. (Ministerio de la Protección Social, 1997)

Toda profesión tiene áreas de interés particular, hecho que no escapa a la Fonoaudiología que centrada en la comunicación humana, centra su atención en los procesos que subyacen a esta. Además el profesional en Fonoaudiología desarrolla diferentes programas en investigación, docencia, administración, asistencia y asesoría en las siguientes áreas de desempeño profesional, lenguaje, habla y audición (Canales, 2009).

- **Lenguaje:** La participación del Fonoaudiólogo en la intervención del lenguaje oral según Bossa & Barros (2001) esta “no solo la observación, evaluación y trabajo en el lenguaje, sino también la interpretación de los datos obtenidos, la comprensión de la relación de esa área en todo el desarrollo del niño, además de la indicación de la mejor conducta que hay que adecuar.”
- **Habla:** Según Torres (2005), Es la manifestación oral de la comunicación y la característica específica del ser humano que facilita la expresión del pensamiento y la interacción con otros seres humanos; implica y supone el funcionamiento coordinado de los procesos físicos de respiración, fonación, resonancia y articulación fonética para dar como resultado una producción sonora, perceptible por el oído de acuerdo con las leyes de la acústica, en la que se evidencian sus características perceptuales y la secuencia de sus características que constituyen los aspectos suprasegmentales (prosodia, ritmo y fluidez)”

- **Audición:** La función básica del Fonoaudiólogo es evaluar, diagnosticar, prevenir, rehabilitar y reeducar, a través de técnicas y procedimientos objetivos y subjetivos propios de la profesión, con el fin de mejorar la calidad de vida y adecuados a las características del paciente con deficiencia auditiva (Canales, 2009).

Al conocer cuál es el desempeño de un profesional en Fonoaudiología, podemos identificar fácilmente que, como en cualquier profesión de la salud se pueden presentar eventos adversos descritos y de reporte obligatorio por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dentro de los eventos que se relacionan con esta profesión podemos encontrar:

Caídas: Entre los eventos adversos hospitalarios, uno de los más importantes es la caída accidental en los pacientes hospitalizados, independiente de las consecuencias de esta. Las caídas intrahospitalarias prolongan las estancias hospitalarias generando más riesgo para adquisición de enfermedades nosocomiales, mayor riesgo de delirium hiperactivo que a su vez nuevamente expone al paciente a riesgo de caídas y también incremento en los costos económicos de la hospitalización. (Yardany & Méndez, 2010)

Bronco Aspiración: Consiste en la aspiración accidental de líquidos o alimentos por las vías respiratorias. Puede ocurrir también en una persona inconsciente o en un bebé, cuando sobreviene un vómito o regurgitación, la comida queda acumulada en la boca y es llevada hacia los bronquios al momento de aspirar, lo que obstruye las vías respiratorias. La bronco aspiración puede presentarse como consecuencia de padecimientos que dejen al enfermo en un estado de inconsciencia o incapaz de moverse. También suele ocurrir con los bebés, o con los niños pequeños, ya que comúnmente se llevan a la boca todo objeto que encuentran a la mano. Sobre

todo cuando se trata de cosas pequeñas que pueden obstruir las vías respiratorias y provocar asfixia en caso de no ser expulsadas a tiempo.

Cuerpo Extraño: Llamamos cuerpo extraño a todo objeto que no siendo propio sino procedente del exterior, viene a introducirse o albergarse en nuestro organismo. De esta manera, y en función de la localización y naturaleza del mismo, se producirán distintas alteraciones o síntomas en nuestro cuerpo.

En el conducto auditivo externo pueden introducirse voluntariamente (normalmente en niños) o accidentalmente, toda serie de cuerpos extraños, algunos tolerados durante muchísimo tiempo. Estos se pueden clasificar en dos grupos: no vivientes y vivientes. Los primeros cuando son voluminosos pueden producir disminución de la agudeza auditiva, ruidos y sensación de presión. Si se trata de restos vegetales a veces pasan desapercibidos hasta que germinan o cuando por el calor y la humedad aumentan de tamaño.

Los cuerpos extraños vivos son generalmente insectos, que se introducen a veces durante el sueño, pudiendo producir supuraciones crónicas.

Únicamente se extraerán aquellos cuerpos extraños que se visualicen perfectamente, quedando prohibidas las maniobras de extracción a ciegas con palitos u otros objetos que podrían perforar la membrana del tímpano. Se proibirá el empleo de pinzas, que pueden no hacer presa en el cuerpo extraño introduciéndolo más profundamente (López, 2001).

Infección Nosocomial: Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado, ni estaba en periodo de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

Las infecciones nosocomiales agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente y, en algunos casos, pueden ocasionar trastornos discapacitantes que reducen la calidad de la vida. Son una de las principales causas de defunción (OMS, 2003).

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se desarrolló un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

6.2 POBLACIÓN

La población estuvo constituida inicialmente por 63 prestadores de servicios de Fonoaudiología que estaban registrados en la Secretaria Departamental de Salud del Cauca y que cumplieran los criterios de inclusión, de estas 63, solo se encontraron 47 prestadores, en algunos casos por doble inscripción, no existencia y no prestación del servicio de Fonoaudiología a pesar de estar inscrito.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Prestadores ubicados dentro del área urbana de la ciudad de Popayán que deseen participar en el estudio.
- Prestadores que tengan habilitado el servicio de Fonoaudiología.

6.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó el consentimiento informado (**ANEXO 1**). Un documento tipo encuesta, elaborado para detección de eventos adversos e incidentes. (**ANEXO 2**), el cual fue sometido a revisión de expertos y prueba piloto para garantizar la confiabilidad de los datos.

6.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Prestador de servicios de salud.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Publica ✓ Privada ✓ Prof. independiente
Tipo de contratación.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contributivo ✓ Subsidiado ✓ Vinculados ✓ Regímenes especiales ✓ Todos
Ubicación geográfica del prestador del servicio.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Centro ✓ Norte ✓ Sur ✓ Oriente ✓ Occidente
Tiempo de prestación del servicio en la institución	Cuantitativo	Razón	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Numérica
Tiempo de prestación del servicio de fonoaudiología	Cuantitativo	Razón	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Numérica
Servicios fono audiológicos prestados	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1er nivel ✓ 2do nivel ✓ 3er nivel ✓ 4to nivel
Condiciones de calidad del servicio de fonoaudiología	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Habilitado-verificado ✓ Habilitado sin verificar ✓ En proceso de acreditación ✓ Sin habilitar

Promedio de procedimientos realizados en el último mes del servicio de fonoaudiología.	Cuantitativa	Razón	✓ Numérica
El prestador del servicio tiene formulada la política de seguridad del paciente.	Cualitativa	Nominal	✓ Si ✓ No
El prestador del servicio ha implementado la política de seguridad del paciente.	Cualitativa	Nominal	✓ Si ✓ No
Área de trabajo de fonoaudiología	Cualitativa	Nominal	✓ Lenguaje ✓ Habla ✓ Audición ✓ Todas
Conocimiento del evento adverso	Cualitativo	Nominal	✓ Si ✓ No
Conocimiento de incidente	Cualitativa	Nominal	✓ Si ✓ No
Presencia de evento adverso	Cualitativa	Nominal	✓ Si ✓ No
Cantidad de eventos adversos.	Cuantitativa	Razón	✓ Numérica
Presencia de incidente	Cualitativa	Nominal	✓ Si ✓ No
Tipo de evento adverso	Cualitativa	Nominal	✓ Traumas ✓ Bronco aspiración ✓ Cuerpo extraño en vías respiratorias superiores. ✓ Infección

			<p>nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipoxia ✓ Apneas ✓ Desaturación de O2 ✓ Rompimiento de membrana timpánica ✓ Cuerpo extraño en canal auditivo externo. ✓ Cambios fisiológicos y/o psicológico en cabina sonoamortiguada ✓ Otro/cual
Gestión de los eventos adversos	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No
Causas del evento adverso	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Traumas por caídas. ✓ Ruptura o lesión de tejidos en el C.A.E. ✓ Bronco aspiración ✓ Obstrucción de vía aérea superior por objeto extraño. ✓ Desaturación por manipulación ✓ Lesión en mucosas bucales. ✓ Rompimiento de membrana timpánica. ✓ Diagnostico errado. ✓ Infección nosocomial ✓ Obstrucción del canal auditivo

			externo por cuerpo extraño. ✓ Cambios fisiológicos y/o psicológico en cabina sonoamortiguada.
Promedio de procedimientos.	Cuantitativa	Razón	Numérica
Número de usuarios que presentaron el evento adverso	Cuantitativa		Numérica

7. PROCEDIMIENTO

Inicialmente se elaboró el instrumento tipo encuesta para obtener información sobre las características generales del prestador, eventos adversos desde lo administrativo, lo clínico y los incidentes presentados en la atención, este instrumento se sometió a juicio de expertos y posteriormente se aplicó en tres prestadores como prueba piloto, se realizaron ajustes antes de ser aplicado a la población objeto de estudio, previa autorización por parte de los directores y firma del consentimiento de los prestadores a estudiar. Por último se llevó a cabo la sistematización de los resultados en una base de datos utilizando el paquete de datos SPSS Versión 19. (StatisticPaquetSocilitySciencs).

8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PRESTADOR

	n=47	%
Naturaleza del prestador		
Pública	8	6,4
Privada	36	77,2
Mixta	3	6,4
Tipo de contratación		
Contributivo	10	21,2
Todos los regímenes	37	78,8
Ubicación geográfica del prestador		
Centro	10	21,3
Norte	24	51,1
Sur	11	23,4
Oriente	2	4,2
Nivel de complejidad		
Nivel I	24	51,0
Nivel II	21	44,6
Nivel III	2	6,4
Condiciones de calidad		
Habilitado-verificado	35	83,6
Habilitado-sin verificar	11	10,1
En proceso de acreditación	1	2,3

La tabla 1, muestra que los prestadores del servicio de Fonoaudiología son en su mayoría de carácter privado, representando aproximadamente una tercera parte del total de prestadores encuestadas. Aproximadamente uno de cada cuatro de los prestadores del servicio de Fonoaudiología tienen relación contractual con todos los regímenes de salud, el otro 21,2 % contratan exclusivamente con régimen contributivo. En cuanto a la ubicación geográfica, la mayoría de instituciones estudiadas, se encuentran en la zona norte de Popayán y una minoría en el oriente de esta ciudad. Aproximadamente 5 de cada 10 instituciones prestan servicios del nivel I de complejidad y Aproximadamente 3 de cada 5 instituciones tiene el servicio de fonoaudiología habilitado y verificado y del total (47) solo 3 están en proceso de acreditación.

TABLA 2. RELACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS

	n=47	%
Formulación de la política de seguridad del paciente		
Si	20	70
No	27	30
Implementación de la política de seguridad del paciente		
Si	18	38,2
No	12	25,5
Explicación de los riesgos que conllevan los procedimientos		
Si	41	87,2
No	6	12,8
Diligenciamiento de consentimiento informado		
Si	29	61,7
No	18	38,3

Con respecto a la política de seguridad del paciente, 7 de cada 10 instituciones encuestadas la tienen formulada y aproximadamente 1 de cada 3 la tienen implementada. Aproximadamente 9 de cada 10 instituciones explican al paciente los riesgos que conllevan los procedimientos que se le practican, y el 61.7 % de las instituciones diligencian el formato de consentimiento informado.

TABLA 3. RELACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y PROCESOS CLÍNICOS

	n=47	%
Conocimiento de EA		
Si	38	80,9
No	9	19,1
Adquisición del conocimiento		
Capacitaciones brindadas por el prestador	41	87,2
Capacitaciones externas a la institución	4	8,5
No aplica	2	4,2
Motivo del desconocimiento		
La institución no ha realizado capacitaciones al respecto	2	4,3
No aplica	45	95,7
Presencia de eventos adversos		
No	42	88,1
Si	5	11,9
Evento adverso presentado		
Traumas por caídas.	3	60,0
Obstrucción del canal auditivo externo por cuerpo extraño.	1	20,0
Trauma físico	1	20,0
Total	5	100,0
Área de ocurrencia del evento		
Lenguaje.	3	60,0
Habla.	1	20,0
Audición	1	20,0
Total	5	100,0
Causa del evento		
Técnica inapropiada.	2	40,0
Errores humanos y fallos del sistema.	3	60,0
Total	5	100,0

Existencia de formato de reporte de eventos adversos		
Si	31	66,0
No	16	34,0
Gestión del evento		
Si	0	0,0
No	47	100,0
Repercusión legal		
Si	0	0,0
No	47	100,0
Repercusión económica		
Si	0	0,0
No	47	100,0

Según los resultados el 80,9% de los fonoaudiólogos encuestados dicen conocer que es un evento adverso, 8 de cada 10 encuestados refirieron haber adquirido tal conocimiento en capacitaciones brindadas por la institución en la que laboran actualmente. Aproximadamente 1 de cada 10 fonoaudiólogos encuestados, manifestó que dentro su labor profesional, ocurrió un evento adverso, la mayoría (60,0%) de los eventos presentados, corresponden a caídas del paciente, siendo los errores humanos y fallos del sistema la causa más frecuentes. El área donde más se presentaron eventos adversos, fue el área del lenguaje con un 60%. 6 de cada 10 Fonoaudiólogos encuestados reconoce que existe un formato de reporte de eventos adversos dentro de la institución prestadora de servicios. En cuanto a la gestión del evento adverso, el 100% de los encuestados respondió que no la realiza.

TABLA 4. INCIDENTES EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FONOAUDILOGÍA

	n=47	%
Conocimiento sobre que es un incidente		
Si	13	27,6
No	34	72,4
Adquisición del conocimiento		
Capacitaciones brindadas por la institución	6	12,7
Capacitaciones externas a la institución	7	14,8
Motivo del desconocimiento		
La institución no ha realizado capacitaciones	34	72,4
Presencia de incidentes		
Si	10	21,2
No	37	78,7
Incidente presentado		
Caídas	6	12,7
Obstrucción de vía aérea superior por cuerpo extraño.	2	4,2
Obstrucción del canal auditivo externo por cuerpo extraño.	2	4,2
Área en la cual ocurrió el incidente		
Audición	2	4,2
Lenguaje	6	12,7
Habla	2	4,2
Causa del incidente		
Comunicación deficiente.	2	4,2
Técnica inapropiada.	3	6,3
Errores humanos y fallas en el sistema.	5	10,6

En la tabla 4, Según los resultados tan solo un 27,6% de los fonoaudiólogos encuestados dicen conocer que es un incidente, el 95% de ellos dicen haber adquirido tal conocimiento en capacitaciones brindadas por la institución en la que laboran actualmente. 1 De cada 5 fonoaudiólogos encuestados dice haber presentado un incidente durante la prestación del servicio, de estos incidentes reportados, el 60% han ocurrido por caídas, siendo los errores humanos y fallas en el sistema las causas más frecuentes de la ocurrencia del incidente con un 50%, y siendo en el área del lenguaje donde se presentan con mayor frecuencia con un porcentaje del 60%.

9. DISCUSIÓN

El estudio muestra que la mayoría de prestadores que tienen en su portafolio, el servicio de Fonoaudiología, son de carácter privado lo que coincide con los datos estadísticos aportados por el área de calidad de la Secretaria Departamental de Salud del Cauca, que indican que se registran en mayor número instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter privado que instituciones de naturaleza pública (Gobernación del Cauca, 2011). Respecto a la relación contractual de las instituciones involucradas, el estudio muestra que en su mayoría contratan con régimen contributivo, esto coincide con afirmaciones del Ministerio de Protección Social plasmadas en la encuesta de evaluación de los servicios de las EPS, que indican que las personas afiliadas al régimen contributivo utilizan más los servicios de rehabilitación que los afiliados a otros regímenes. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)

En relación a la ubicación geográfica es importante resaltar que en la ciudad de Popayán, la zona norte se ha denotado con el tiempo, como la zona que concentra la mayoría de los prestadores, y la ubicación de las mismas en este sector, podría deberse a la cercanía con la facultad ciencias de la salud de la universidad del Cauca e instituciones de III nivel de complejidad (Secretaria de Salud Municipal, 2008-2011).

De acuerdo a los resultados sobre el nivel de complejidad de los prestadores estudiados, se puede decir que los datos encontrados, concuerdan con cifras aportadas por la Secretaria Departamental de Salud del Cauca que indican que en general el mayor porcentaje de I.P.S registradas prestan servicios de I nivel de complejidad (Gobernación del Cauca, 2012).

Según los datos aportados por los prestadores encuestados, el 83.6 % aseguran que están habilitados y verificados, lo cual no es coherente con otros datos aportados dentro de la misma encuesta que indican que solo un 23% realizan gestión del evento adverso. Lo anterior llama la atención debido a que este proceso, es uno de los requisitos para que una institución prestadora de servicios de salud sea verificada.

Según decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. La política de Prestación de Servicios tiene tres ejes que actúan de manera armónica y complementaria: Accesibilidad, calidad, eficiencia. Dentro de la calidad, las características de los servicios prestados en salud deben tener 5 principios: continuidad, oportunidad, accesibilidad pertinencia y seguridad; este último entendido como: el conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica.(SOGCS, 2001) En el presente estudio los resultados arrojan cifras alarmantes que violan estos principios, puesto que aproximadamente solo en 1 de cada 2 prestadores estudiados, tienen formulada la política de seguridad del paciente y tan solo en un 38 % de estas la ha implementado y realiza acciones de cumplimiento normativo.

El componente de habilitación, es obligatorio dentro del sistema de garantía de calidad en salud y constituye la herramienta definida para autorizar el ingreso y la permanencia de los prestadores de servicios en el sistema de salud. Su propósito fundamental es la protección de los usuarios de los potenciales riesgos propios de la prestación de servicios de salud como por ejemplo la ocurrencia de E.A. e incidentes, de ahí la importancia de las capacitaciones al personal de la institución (Ministerio de la Protección Social, 2006), lo cual concuerda con los resultados del presente estudio en los cuales el 80.9% de los encuestados dice conocer sobre los

eventos adversos y el 87% indico haber adquirido el conocimiento en capacitaciones brindadas por el prestador. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, aproximadamente 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales, hecho que concuerda con los resultados del presente estudio en el cual se demuestra que 1 de cada 10 fonoaudiólogos refiere la ocurrencia de un evento adverso dentro de la prestación del servicio. Con respecto a la causa de estos eventos, según los resultados del estudio, los errores humanos y fallas en el sistema fueron los principales causantes, resultado que concuerdan con la OMS la cual plantea que la iatrogenia (Dícese de toda alteración del estado del paciente producida por el médico), sería la tercera causa de muerte en EE. UU (Kohn et al., 2000). Después de las afecciones cardíacas y las enfermedades cerebro vasculares. Es de resaltar que todas las actividades a las que está sometido el individuo, bien sean realizadas por fonoaudiólogos o por cualquier otro profesional del equipo de salud, conllevan implícitamente un riesgo en la ocurrencia de un EA ya que es imposible evitar completamente el daño al paciente, toda acción humana sobrelleva un margen de error. Pero esto es discutible ya que la ocurrencia de los EA no es de origen exclusivo del error humano, según la literatura se encuentra que la mayoría de los eventos adversos son originados por errores en los sistemas que llevan a una mala práctica o que no tienen los mecanismos incluidos en los procesos, que eviten la ocurrencia de los mismos (Kohn et al., 2000), lo cual es relevante resaltar ya que de los 5 eventos adversos reportados según los fonoaudiólogos encuestados a ninguno se le realizó la respectiva gestión, lo cual demuestra la poca importancia que se le da a la ocurrencia de un evento adverso dentro de las instituciones de salud, ya sea por negligencia o por desconocimiento de la reglamentación dentro de los planteamientos del Ministerio de Salud y Protección social. Con respecto a si los eventos adversos trajeron consigo repercusiones legales o gastos económicos para la institución

prestadora de servicios de salud o para el profesional involucrado, no se obtuvieron datos específicos, por la poca información que manejan sobre el tema los profesionales de la salud y los administrativos de las instituciones.

Vincent C, Neale G & Woloshynowych M. (2001), publicaron resultados de su estudio titulado “Identificación de sucesos adversos mediante la revisión de historias clínicas”, el cual consistió en la revisión de 1.014 historias clínicas escogidas al azar. Estos autores encontraron que un 10% de los pacientes ingresados en las especialidades estudiadas presentaron algún tipo de EA y casi la mitad de ellos hubieran podido evitarse con una atención adecuada. Las consecuencias en términos de salud son muy importantes y la repercusión económica, aun teniendo sólo en cuenta los costos por estancias “una cantidad importante de lesiones infringidas a pacientes por la atención médica, y que muchas de estas lesiones son producto de atención subestándar”, y concluyeron diciendo que “la reducción de estos eventos requeriría identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias”. Los incidentes son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura, son un indicador fundamental de su calidad. En el presente estudio encontramos que solo 13 de los fonoaudiólogos encuestados, saben que es un incidente y que de ellos, 6 adquirieron tal conocimiento en capacitaciones brindadas por la institución prestadora y 7 en capacitaciones externas a la Institución. Lo anterior se constituye en un dato importante ya que según los resultados, las IPS no se han preocupado por la formulación de la política de seguridad del paciente, a pesar de que afirman lo contrario. Con respecto a la ocurrencia de incidentes podemos decir que hay una elevada tasa de ocurrencia de estos, con un porcentaje del 21,2%. Gaitán et al. (2006) en su estudio demostraron que existe una prevalencia de 7,6% de eventos adversos y que el 66% de estos pudieron haber sido prevenidos, quedando claro que los incidentes siendo un llamado de alerta deben ser reportados y

gestionados de manera adecuada para así tomar medidas para la prevención de la ocurrencia de E.A. De los 10 incidentes reportados, el 60 % ocurrió en el área del lenguaje, coincidiendo con el área de mayor consulta en Fonoaudiología según los RIPS de la Universidad del Cauca (2012). Y siendo los errores humanos y fallas en el sistema su principal causa dato que concuerda con el planteamiento del estudio eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos realizado por Diana Carolina Bernal Ruiz, Natalia Garzón Zea (2008) en el cual demuestran la prevalencia de eventos adversos por causa de errores humanos y fallas en el sistema.

10. CONCLUSIONES.

- La mayoría de prestadores del servicio de fonoaudiología de la ciudad de Popayán son de carácter privado y del nivel I de atención que prestan sus servicios a usuarios de todos los regímenes de seguridad social, la ubicación geográfica en su mayoría se encuentra en la zona norte de la ciudad. En lo relacionado a condiciones de habilitación se encontró que todas están inscritas legalmente en Secretaría Departamental de Salud, que a pesar de referir que ya fueron verificadas ninguna presentó algún tipo de soporte que permitiera corroborarlo.
- Los prestadores encuestados en su mayoría refirieron no tener implementada la política de seguridad del paciente, sin embargo dicen tener información sobre eventos adversos e incidentes, conocimiento adquirido por medio de capacitaciones realizadas por las instituciones donde prestan sus servicios. En lo relacionado a información previa al paciente sobre los riesgos que conlleva la atención, todos los prestadores refirieron hacerlo, pero sin soporte físico por medio de la firma del consentimiento informado por parte del profesional y el usuario que va a ser atendido.
- Los eventos adversos presentados dentro de la prestación del servicio fonoaudiológico han sido pocos, con un registro de 5 en total, lo que no implica que la atención fonoaudiológica sea más segura que la atención en otras áreas de la salud, sino que por el contrario puede deberse al desconocimiento de la política de seguridad del paciente por parte de los profesionales y ausencia de la llamada cultura del reporte.
- En relación al conocimiento sobre que es un incidente, del total de fonoaudiólogos que respondieron que sí, ninguno acertó en la definición correcta, lo que indica el

desconocimiento sobre el tema, en cuanto a los incidentes más presentados en el desempeño profesional de cada fonoaudiólogo se encontró que las caídas fueron las más frecuentes lo que sugiere que la presencia de estos incidentes se deben más a fallos del sistema que a errores humanos.

11. RECOMENDACIONES.

- Se recomienda a los prestadores del el servicio de Fonoaudiología que fomenten la importancia de la cultura del reporte en los profesionales en salud, para minimizar la ocurrencia de eventos adversos e incidentes.
- Dar continuidad a este tipo de investigaciones, ya que este estudio es pionero en el área de Fonoaudiología y brinda herramientas para mejorar la calidad de prestación del servicio.
- Teniendo en cuenta que los eventos adversos e incidentes son 100% prevenibles, las instituciones deben tomar acciones que impulsen a mejorar los estándares de calidad en la atención y promuevan seguridad en los procesos de atención.
- Teniendo en cuenta que la implementación de la política de seguridad del paciente es de obligatorio cumplimiento de acuerdo al decreto 1011 de 2006 se sugiere a las instituciones involucradas en este estudio cumplir con la norma establecida.

12. BIBLIOGRAFÍA.

1. Kohn LT, Corrigan J & Donaldson. (2000). *Building a safer health system Ebrary Inc. To err is human* Washington: National Academy Press.
Recuperado de: www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371.
2. Ministerio de sanidad y política social. (2010). *Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*.
Recuperado de: ww.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf.
3. OMS. (2008). *La investigación en seguridad del paciente*. Recuperado de www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_esp.pdf.
4. May, Chomalí & Garib. (2003). *Gestión de riesgos en la gestión de salud: hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad*.
5. Gaitán, H. (2008). Los eventos adversos en la atención en salud. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 59 NO 4 272. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPDF.RED.jsp?;Cv=195214333001>.
6. Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. Recuperado de <http://www.minproteccionsocial.gov.co>.

7. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad-SOGC. (2001). Recuperado de:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/paginas/SistemaObligatoriodeGarantiadeCalidad-SOGC.aspx>.
8. Ministerio de la protección social (2006). *Decreto número 1011*. Recuperado de
http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2006/abril/03/dec1011030406.pdf.
Visitado el 10 de Octubre de 2011.
9. Sistema obligatorio de garantía de calidad. (2007). *Pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud*. Recuperado de:
http://www.saludcordoba.gov.co/archivos_de__descarga/auditoria.pdf
10. Ministerio de la Protección Social (2006). *Resolución Número 1446 de 2006: Anexo técnico*. Recuperado de:
<http://www.alcaldia de Bogotá.gov.co/sisjur/normas/norma1.jsp?i=19975>.
11. Ministerio de la protección social (1997). *Ley 376 de 1997*. Recuperado de
http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105005_archivo_pdf.pdf Visitado el 14 de octubre de 2011.
12. Yardany, R. & Méndez, F.. (2010). *Factores de riesgo de caídas intrahospitalarias en pacientes de 65 años o mayores en la Fundación Cardioinfantil*. Universidad Del Rosario Bogotá. Recuperado de:

<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/2268/1/74186593.pdf>

13. Bronco aspiración (s. f.). Artículo Online de Consultorio de salud. Recuperado de:
<http://www.salud.com/enfermedades/broncoaspiracion.asp>.
14. Fernández, J. (2001). *Cuerpos extraños*.. Recuperado de:
http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/cuerpos_extranos.htm.
15. Organización mundial de la Salud. (2003). *Prevención de las infecciones nosocomiales: Guía práctica*. Recuperado de: <http://www.who.int/csr/resources/publications>
16. Canales, S. (2009). *¿Qué hace un Fonoaudiólogo?* Centro de Salud Mental. Recuperado en:
<http://centrosaludmental.wordpress.com/>
17. Gaitán, et al. (2008). *Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia*. Revista salud pública .Vol. 10 (2): Págs. 215-226.
18. Gobernación del Cauca. (2011). Área de calidad Secretaria Departamental de Salud del Cauca.

19. Ministerio de salud y protección social, oficina de calidad. (2012). *Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS*. Recuperado de. [www.minsalud@gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

20. Secretaria de salud municipal. (2008-2011). *Plan de salud del municipio de Popayán*. Recuperado en: http://popayan-cauca.gov.co/apc-aa-files/66356563383661643934386531336632/Plan_de_salud_del_municipio.pdf

21. Universidad del Cauca. Facultad Ciencias de la Salud. Programa de Fonoaudiología (2012). *Base de datos de registro individual de prestación de servicios*.

22. Garzón, N. & Bernal, D. (2008). Eventos adversos en la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos. Recuperado de. <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>

23. Tomazi, A.; Franceschi, M. & Chollopetz, C. (2010). *Eventos adversos relacionados con el uso de catéteres venosos centrales en recién nacidos hospitalizados*. Revista Latino-Am.Enfermagen. Recuperado de. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_09.pdf

24. Vincent C, Neale G & Woloshynowych, M. (2001). *Identificación de sucesos adversos mediante la revisión de historias clínicas*. Recuperado de. <http://www.iiss.es/gcs/gestion10.pdf>