

**LA AUDITORIA DE SALUD PARA LA GESTION DEL EVENTO ADVERSO EN  
COLOMBIA DURANTE EL PERIODO 2011 AL 2021**

**PRESENTADO A LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA COMO  
REQUISITO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN AUDITORIA  
EN SALUD**

**FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL DEPORTE  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD  
BOGOTA D.C.**

**2021**

**LA AUDITORIA DE SALUD PARA LA GESTION DEL EVENTO ADVERSO EN  
COLOMBIA DURANTE EL PERIODO 2011 AL 2021**

**POR**

**JORGE GREGORIO DE LA HOZ VIZCAÍNO**

**FERNANDO ANTONIO DIEZ GUERRERO**

**JERSON ASBEL CELIS BEDOYA**

**TUTOR**

**ERIKA BIBIANA RODRÍGUEZ GALLO**

**FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL DEPORTE  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD  
BOGOTA D.C.**

**2021**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo es dedicado primeramente a Dios quien nos dio la sabiduría y paciencia para culminar este proyecto, también, con mucho amor y cariño a aquellas personas que han hecho parte de este proceso que hoy culminamos con mucho esfuerzo, a nuestros padres, hijos, esposas quienes con su apoyo incondicional siempre estuvieron presentes en los momentos difíciles y con sus consejos nos alentaron a seguir y no desfallecer.

También una mención a aquellas personas que perdimos este año y que desde el cielo nos cuidan y brindan su amor, así como lo hacían cuando estaban con nosotros. A nuestros amigos y compañeros que estuvieron presentes brindando su apoyo y compartiendo conocimientos sin condiciones y sin esperar nada a cambio.

## Tabla de contenido

Introducción.....	8
Descripción del problema .....	10
Justificación .....	13
Objetivos.....	17
Objetivo general .....	17
Objetivos específicos .....	17
Metodología.....	18
Estrategias de búsqueda.....	18
CAPITULO I .....	20
La auditoría en salud en el contexto colombiano durante el periodo 2011 al 2021 .....	20
Decreto 1011 de 2006.....	28
Ley 1122 de 2007 .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Resolución 2003 de 2014.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Resolución 3100 de 2019.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
CAPITULO II.....	32
Comportamiento del evento adverso en Colombia durante el periodo 2011 al 2021 .....	32
Estudio IBEAS en 5 países de Latinoamérica: Argentina, Colombia, Costa Rica, Mexico y Perú .....	33
CAPITULO III .....	47
Utilidad de la auditoría en salud como herramienta para la gestión del evento en el contexto colombiano durante ...	47
Conclusiones.....	52
Referencias bibliográficas .....	54

## **Listas de Tablas**

Tabla 1 Criterios de búsqueda.....	19
Tabla 2 Tipo de EA.....	45

## **Listas de Figuras**

Figura 1 Modelo conceptual de la política de seguridad del paciente.....	23
Figura 2 Estructura del SOGC para los niveles de auditoria.....	28
Figura 3 Eventos adverso a nivel mundial.....	32
Figura 4 Distribución de los eventos adversos y subtipos.....	33
Figura 5 Estadística de pacientes y numero de eventos adverso.....	34
Figura 6 Suficiencia de la información de la Historia Médica.....	35
Figura 7 Tipo de incidencia del Evento adverso.....	36
Figura 8 Eventos adversos por especialidad.....	37
Figura 9 Edades afectadas por eventos adversos.....	38
Figura 10 EA en Colombia 2006-2009.....	38
Figura 11 Evitabilidad según grado de severidad de los EA.....	43
Figura 12 Factores para el diagnóstico médico.....	43
Figura 13 Factores que agravan la posibilidad de un EA.....	44
Figura 10 EA en Colombia 2006-2009.....	38

## **Resumen**

Los sistemas de salud a nivel mundial representan uno de los marcos fundamentales que promueven el bienestar colectivo debido que aun cuando sea una persona con condiciones económicas favorables en caso de presentarse una emergencia será trasladado al primer centro de salud más cercano al lugar del suceso, por ello la importancia de contar con un sistema sanitario que garantice la calidad en la atención al paciente.

El presente trabajo tiene como objetivo Describir el papel de la auditoría en salud para la gestión del evento adverso en Colombia con base en referentes normativos y conceptuales durante el periodo 2011- 2021, para lo cual se busca caracterizar la auditoría en salud en el contexto colombiano, identificar el comportamiento del evento adverso en Colombia y establecer la utilidad de la auditoría en salud como herramienta para la gestión del evento.

A través de una búsqueda sistemática se concluyó que la estandarización de los procesos representa una herramienta para evitar errores humanos junto con una buena historia médica que permita al profesional actuar sin ninguna duda al momento de realizar un diagnóstico.

Palabras claves: calidad, estandarización, evento adverso, sistema de salud.

## **Abstract**

Health systems worldwide represent one of the fundamental frameworks that promote collective well-being because even when a person is a person with favorable economic conditions in the event of an emergency, they will be transferred to the first health center closest to the place of the event, for This is the importance of having a health system that guarantees quality in patient care.

The present work aims to describe the role of the health audit for the management of the adverse event in Colombia based on normative and conceptual references during the period 2011-2021, for which it seeks to characterize the health audit in the Colombian context, identify the behavior of the adverse event in Colombia and establish the usefulness of the health audit as a tool for managing the event.

Through a systematic search, it was concluded that the standardization of the processes represents a tool to avoid human errors together with a good medical history that allows the professional to act without any doubt when making a diagnosis.

**Keywords:** quality, standardization, adverse event, health system.

## **Introducción**

La auditoría de salud es un sistema de estandarización de procesos que busca evaluar la gestión no solo de los profesionales que prestan un servicio sanitario a un usuario que posee alguna necesidad y que afecta su calidad de vida, sino que es una serie de elementos cuyo propósito es brindar la mejor calidad de servicio posible a través de recursos limitados.

En Colombia se ha tratado mucho el tema del sistema sanitario como una preocupación enfocada a garantizar el derecho a la vida que expresa la constitución política del país, por ello se ha encargado de crear todo un marco normativo que evite la aparición de eventos adversos que pongan en riesgo no solo la salud de la víctima sino la aparición de segundas víctimas que disminuyan la mano de obra profesional que tanto se necesita en el país.

Debido a la complejidad que puede resultar de evaluar los sistemas de salud desde el punto de vista de los procesos que intervienen para la prestación del servicio, así como la estructura, la tecnología en fin factores que pueden jugar a favor o en contra de los pacientes que acuden a una consulta médica buscando respuestas sobre la problemática que los afecta y que pudieran verse involucrados como protagonistas de un evento adverso, este trabajo busca ser una puerta abierta en la cual se refleje la situación de dicho sistema en los últimos diez años.

A través de una revisión documental que incluirá artículos, estudios descriptivos, revisiones sistemáticas de tesis, leyes, decretos y publicaciones entre los años 2011 y 2021; así como analizar las características y factores relacionados con la auditoría en salud para la prevención de eventos adversos.

Por lo tanto, el objetivo principal de esta investigación será describir el papel de la auditoría en salud para la gestión del evento adverso en Colombia con base en referentes



normativos y conceptuales, para establecer estrategias que conlleven a la identificación de oportunidades de mejoramiento continuo, la satisfacción del usuario, la oportuna atención a los pacientes y la reducción de posibles eventos adversos

## **Descripción del problema**

El sistema de salud está compuesto no solo de una serie de profesionales dispuestos a realizar todo lo humanamente posible para determinar la causa de una enfermedad o realizar un diagnóstico posterior a un accidente o incluso servir de guía para sobrellevar ciertas circunstancias de la vida que afectan la salud de cualquier persona sino también son seres humanos con necesidades propias, problemas propios, rutinas, costumbres en fin seres que pueden cometer errores u omisiones en la ejecución de su labor lógicamente de manera involuntaria pero que sucede.

En este mismo contexto, existen controles aplicables a las labores no solo de los profesionales de la salud sino también de todas las ramas, que se deberían de poner en práctica de manera continua cada vez que se comienza a ejecutar cualquier tipo de consulta y es lo que se conoce como auditoria de salud. En el año 1993 se crea la ley 100, que busca normar las auditorias médicas a través de un seguimiento metódico, consecuente y habitual sobre la calidad de la atención prestada al paciente en cualquier institución.

Al evaluar el entorno de la auditoria de salud se tienen estudios como el de Páez (2015) que expuso en su investigación la buena voluntad del Estado al tratar de promover el cumplimiento de los deberes de los profesionales a través de la creación de parámetros en los sistemas con la finalidad de minimizar la aparición de eventos adversos que causen secuelas tanto a los pacientes como a dichos profesionales.

Seguidamente, Cardozo y otros (2018) a través de su investigación concluye que el papel del auditor de salud se debe enfocar en minimizar los riesgos asociados a la omisión de procedimientos que traen como consecuencia daños a la salud del paciente, exposición innecesaria de los usuarios a situaciones que comprometen su bienestar, entre otros. Siendo sus esfuerzos encaminados a la participación activa de los procesos de planeación, organización y verificación de los servicios de salud ajustando con sus acciones en la prevención y corrección de desviaciones de estándares establecidos para bien de todos.

Por ultimo Gómez y otros (2020) estableció la importancia de la auditoria en los diferentes niveles de la prestación de servicio como un elemento capaz de garantizar estrategias que apoyen y controlen no solo la calidad del servicio prestado sino también los costos acarreados a esa labor conformando así sistema macro. También aporta una idea bastante relevante y es la de trabajar en la percepción que se tiene sobre el auditor de salud no como una persona que busca las fallas y los culpables sino alguien capaz de ubicar los puntos débiles para trabajar en ellos y mejorarlos para bien no solo del paciente sino de la sociedad en general.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) estima que decenas de millones de pacientes son afectados con lesiones incapacitantes o la muerte, a raíz de algún evento adverso ocurrido en un centro de asistencia sanitaria, por lo que creo una serie de medidas para el año 2004 con el nombre de Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con la finalidad de fomentar la prevención de eventos adversos a través de la investigación y profundización del mismo evaluando las distorsiones y mejorando las condiciones para en lo posible evitarlos.

En Colombia se creó un sistema de seguridad del que garantiza la calidad de la atención a la salud a través de los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” como consecuencia de las mejoras obtenidas en Hospitales como Florence Nightingale logrando una disminución en sus tasas de mortalidad de 32% a solo un 2% luego de aplicar este tipo de instrumentos que buscan garantizar estándares de atención que deberán servir de orientación a los trabajadores de la salud (Revista Medicina, 2008).

Y es que, la existencia de los eventos adversos son situaciones a las que todos se encuentran expuestos, pero no existe un parámetro o una guía que sirva como herramienta de enfoque al momento en que este se presenta y debido a lo fundamental del tipo de sector que se trabaja como es la salud, la vida de otros seres humanos la importancia de estos estudios sube a parámetros bastante altos. A fin de evitar esta problemática se crea la siguiente herramienta como una guía de consulta que permita la gestión del evento adverso como parte de la auditoria de salud tomando en cuenta experiencias pasadas.

### **Pregunta de investigación**

Lo anterior permite la realización de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo contribuye la auditoria de Salud para la gestión del evento adverso en Colombia durante el periodo 2011-2021?

## **Justificación**

Debido a la complejidad que puede resultar de evaluar el sistema de salud desde el punto de vista de los procesos que intervienen para la prestación del servicio, así como la estructura, la tecnología en fin factores que pueden jugar a favor o en contra de los pacientes que acuden a una consulta médica buscando respuestas sobre la problemática que los afecta y que pudieran verse involucrados como protagonistas de un evento adverso. Por ello es importante evaluar las situaciones que se encuentran detrás de cada profesional que presta servicios a fin de determinar herramientas preventivas para estas situaciones.

Otra de las razones planteadas para el desarrollo de este trabajo es pensar en la seguridad del paciente como lo plantea la OMS (2010) a través del grupo Ibea que plantea lo siguiente: El evento adverso está presente en cualquier momento, ya que viene a ser parte de los riesgos propios que forman parte del entorno en el que se desarrolla la vida, por ello las estimaciones que se manejan son para uno de cada diez pacientes que será afectado por un incidente capaz de perjudicar aún más su estado de salud. La estadística anterior es manejada por países desarrollados que poseen un mejor control de los casos presentados a lo largo de cualquier servicio de salud. En el caso de los países subdesarrollados lamentablemente no se pueden evidenciar el 100% de las apariciones de estos incidentes por no llevar un registro adecuado del mismo.

Este mismo estudio manifiesta que en un día normal se presentan a nivel mundial 1.4 millones de personas que sufren por ejemplo una infección contraída en una institución sanitaria,

así como uno de cada diez ingresos a las salas de emergencia son consecuencia de alguna reacción de tipo medicamentosa.

Las situaciones anteriores despiertan ciertas alarmas por la aparición tan acentuada de estos eventos, pero lo más desalentador es que pudieron haberse evitado si se tomaran medidas de control o estandarización de los servicios prestados. A veces el llenado de la historia clínica donde de manera sistemática se mantenga el control de los exámenes, consultas y procedimientos aplicados en un paciente pudiera evitar volver a aplicar el mismo medicamento que en algún momento causo un evento adverso.

A nivel privado se maneja de manera más detallada los costos de cada uno de los elementos que se encuentran detrás de una prestación de servicio, por lo que, son los indicados para informar que el incremento de los días de hospitalización de un paciente, uso de insumos, medicamentos tienden a subir en caso de que el médico tratante haya cometido algún error en el diagnóstico de manera involuntaria.

En este mismo orden de ideas lo anterior señala solo los costos a nivel del paciente perjudicado, pero también se incrementan las ausencias laborales, el uso de consultas médicas entre personal de salud, psicólogos, grupos de apoyo que deberían de formar parte de las principales alternativas que se le brindan al personal causante del evento adverso en aras de que el mismo se recupere y pueda regresar a sus labores normales.

Por todo lo expuesto anteriormente se habla de que a nivel mundial se deberían de realizar gestiones que permitan disminuir la aparición de esta problemática. Debe existir un compromiso de todos los involucrados a fin de que se pueda crear un sistema de salud fortalecido donde incluso los pacientes formen parte para evitar cualquier desviación de los estándares comunes y conocidos (OMS, 2010, p.10).

Lo anterior permite crear en nuestros sentidos la necesidad de estudiar el papel de la Auditoria de Salud en la formulación de estrategias, medidas, políticas e incluso instrucciones que promuevan garantizar la mejor atención del paciente y por consiguiente la calidad de los servicios que se prestan.

Desde el punto de vista legal, es importante informar la legislación vigente tanto para apoyar con ciertas herramientas que promueven la puesta en práctica de buenas técnicas de auditoria en salud para evitar la aparición de un error humano, así como también aquellas leyes que protegen a la persona afectada y como afectan al profesional protagonista de esta situación.

Así mismo la siguiente monografía promueve la investigación de bibliografías que traten este tipo de temáticas y que se encuentran al alcance de todos los que bien quieran adquirir nuevos conocimientos que apoyen y promuevan la lectura educativa como fuente de herramientas académicas.

El presente trabajo también presenta una importancia metodológica, ya que refleja cómo se realiza una monografía de compilación, así como los criterios de aceptación de la información

encontrada, la manera como se debe presentar los capítulos, la continuidad de cada fragmento, citación de autores entre otros que permitan la adquisición de nuevos conocimientos metodológicos.

En cuanto al punto de vista ético es importante analizar las conductas de las personas que han vivido esta situación en aras de sacar conclusiones propias por lo que esta investigación refleja el día a día de muchos profesionales que anteriormente fueron estudiantes y que probablemente al conocer este tema fueran realizado algo distinto para evitar vivir estas situaciones tan complicadas para el paciente, la familia, el entorno y por supuesto el individuo que la protagonizo.

Desde el punto de vista de la investigación crea un precedente sobre un tema tan importante y que para muchos resultara un poco ajeno por la misma resistencia de admitir la vulnerabilidad humana pero que se encuentra allí en el mundo laboral por lo que cualquiera está expuesto a vivirlo, por lo que es mejor estar preparados y documentarse para tratar de minimizar accidentes o contagios innecesarios.

En cuanto a la comunidad universitaria y el desarrollo de la carrera este trabajo permite poner en práctica los conocimientos adquiridos para el servicio de la comunidad y el colectivo a través de un trabajo que servirá de guía para los demás compañeros.



## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Describir el papel de la auditoría en salud para la gestión del evento adverso en Colombia con base en referentes normativos y conceptuales durante el periodo 2011- 2021.

### **Objetivos específicos**

1. Caracterizar la auditoría en salud en el contexto colombiano durante el periodo 2011 al 2021 de acuerdo a los estudios y referentes normativos
2. Identificar el comportamiento del evento adverso en Colombia durante el periodo 2011 al 2021
3. Establecer la utilidad de la auditoría en salud como herramienta para la gestión del evento en el contexto colombiano durante el periodo 2011 al 2021.

## **Metodología**

Este trabajo se desarrolla como una monografía de compilación que, según Ugaz, M (2017) se trata de un tema elegido que posteriormente es analizado y del cual se redacta una presentación crítica de la bibliografía que la acompaña.

### **Estrategias de búsqueda.**

Se basó en la metodología de Scoping Review que establece los siguientes parámetros:

1. Definir la pregunta de investigación
2. Detectar los estudios relevantes
3. Elección de los estudios.
4. Extracción de datos
5. Separación de la información más relevante para la investigación a través de la matriz de sistematización y análisis de la información.

Para ello se usaron las bases de datos como Dialnet, PubMed, Redalyc, Scielo, Sciencedirect así como búsqueda manual de las bibliografías contenidas en las publicaciones seleccionadas para verificar la existencia de otros artículos relevantes. Así mismo se limitó la búsqueda en el periodo 2011 – 2021 en idioma español e inglés.

Es importante señalar que, como criterio general del análisis de la revisión, se tuvo en cuenta el aporte que suministra la investigación al tema a tratar, por lo cual, se seleccionaron los estudios que coincidían con el tema. También, en los textos consultados para la presente revisión, se tuvo en cuenta de manera indistinta los aportes en cuanto a investigaciones sobre calidad de historias médicas y salas de emergencias.

Los términos que se emplearon fueron:

**Tabla Nro. 1 Criterios de búsqueda**

Criterio	Termino
Idioma	Español – Ingles
Palabras claves	Evento adverso // Adverse event Auditoria de la salud // Health audit
Periodo	2011-2021

Fuente: Elaboración propia.

## CAPITULO I

### **La auditoría en salud en el contexto colombiano durante el periodo 2011 al 2021**

La auditoría en salud en Colombia durante los últimos 10 años ha presentado una serie de cambios, con el propósito de buscar la calidad de la prestación de los servicios de salud y la rentabilidad y sostenibilidad de las entidades e instituciones que participan, lo que ha permitido, en parte que el sistema de prestación de servicio y atención al paciente se realice de manera más organizada a través de la estandarización de los procesos y actividades y la evaluación de los mismos, con el fin de identificar fallas en el desempeño organizacional y con base en esto tomar decisiones para el mejoramiento de atención en salud y la eficiente destinación de recursos.

Y es que, existen muchos tipos de auditoria inmersos dentro de la auditoria en salud, por ejemplo la auditoria clínica que se trata de la comparación de los procedimientos de atención ejecutados en la prestación de un servicio y el marco normativo, los estándares y por su puesto las desviaciones encontradas que forman parte de criterios a tomar en cuenta para la mejora continua (Karasik, 2016). En otras palabras es una revisión sistemática de los procedimientos y las desviaciones encontradas para la evaluación del proceso y no de quien lo ejecuta (Fonseca, 2009). Lo anterior pudiera responder preguntas como: ¿Qué atención se brinda?, ¿Se hizo lo que se proyectó hacer?, ¿Qué se debió haber hecho?, ¿Se hizo lo que se debió hacer?, ¿Se puede mejorar lo que se hace?

Para Karasik (2016) el objetivo de la auditoria clínica entre otros es garantizar la calificación técnica de los profesionales que ejecutan la labor, dar empleo eficiente de los

recursos y satisfacer las demandas y exigencias de los pacientes e incluso familiares, por ello se convierte en una herramienta de gestión que al ser aplicada en distintas áreas como asistencia, administración, finanzas, docente e incluso de investigación mejora la calidad del servicio. También, Gómez (2020) hace referencia a todas las modalidades de tasación de los actos clínicos sin descuidar los aspectos organizacionales que pueden incidir en la prestación del servicio.

Lo anterior sugiere que el sistema de salud no implica solo la atención integral del paciente, sino una serie de actividades que promuevan la prestación del servicio de manera adecuada cumpliendo con las expectativas del paciente teniendo a la mano los recursos para hacerlo sin que esto perjudique la atención del paciente siguiente debido a que los recursos estarían garantizados en cada servicio.

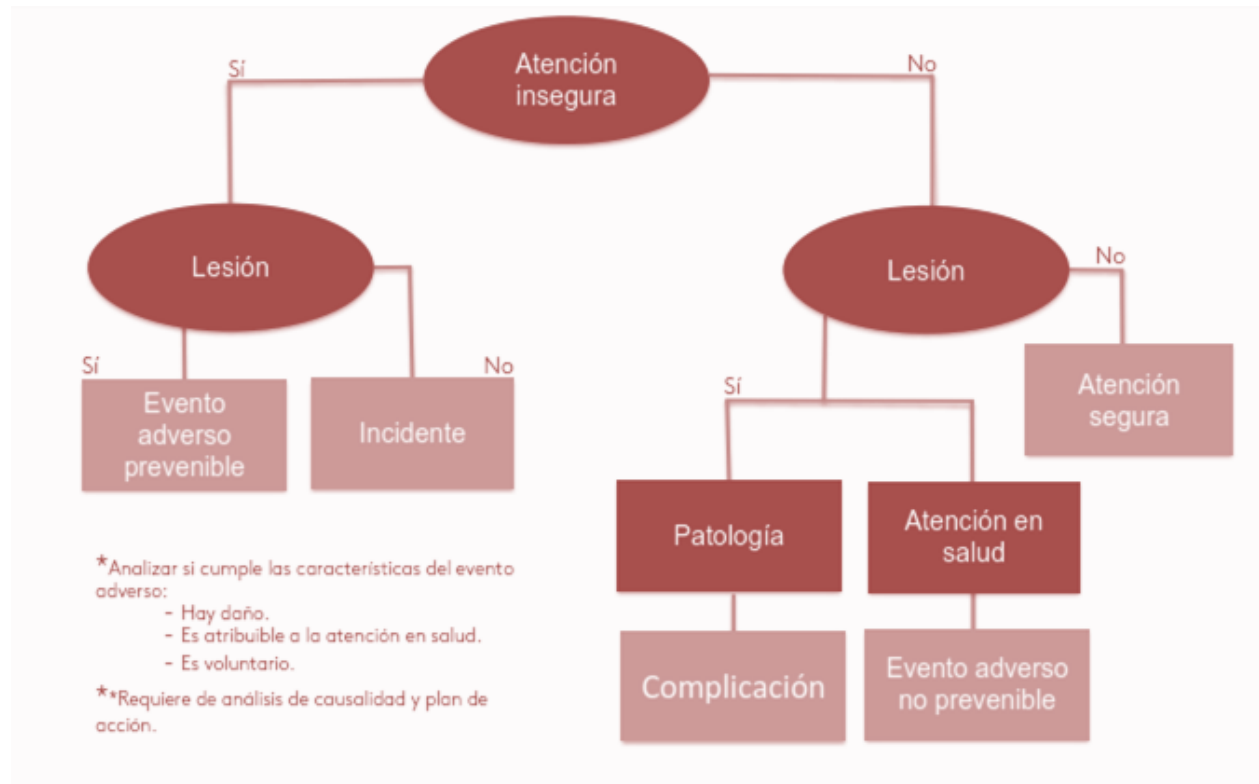
Por ello, Bustos (2004) incluye siete características básicas que buscan definir el concepto de calidad que se busca brindar en cualquier institución de salud como lo son:

- ❖ Congruencia: principalmente basada en la oportunidad en la que se presta el servicio.
- ❖ Secuencia: referida a que el servicio debe ser consecuente evitando interrupciones que puedan generar retrasos en el diagnóstico del paciente.
- ❖ Relación técnica y científica: se evidencia al existir una congruencia entre los elementos de la prestación del servicio como historias médicas, exámenes, tratamientos que sean fundamentados en el conocimiento científico y universal.

- ❖ Oportunidad: se refiere al momento adecuado en el que se recibe la ayuda para la resolución del problema de salud del paciente.
  
- ❖ Uso adecuado de los recursos de manera proporcional para cada actor.
  
- ❖ Impacto: referida al grado de satisfacción que el paciente se lleva luego de recibido el servicio.
  
- ❖ Beneficio: es el fin del sistema referente al valor con el que se cataloga el servicio sanitario.

A continuación, se presenta el modelo conceptual de la política de seguridad del paciente (Figura 1), la cual es una manera gráfica de detallar que debe hacer el paciente en caso de recibir una lesión por parte del Sistema de garantía de Calidad, la cual integra no solo los requerimientos internacionales sino los propios del país colombiano.

Figura 1 Modelo conceptual de la política de seguridad del paciente



Fuente: Ministerio de la Protección Social, (2011)

La política propone la creación de procesos de atención que disminuyan la aparición de un evento adverso, pero también una ruta a seguir en la investigación de la aparición del evento adverso a manera de que se pueda determinar la intención o no del prestador del servicio en la ocurrencia del mismo. A continuación se señala el marco normativo que se encuentra en el entorno del evento adverso y la calidad de servicios de salud.

## **Auditoria de salud en Colombia**

El gobierno nacional se ha encargado de crear una serie de normas que buscan brindar al paciente condiciones ideales que permitan a cada uno recibir la misma calidad de servicio tanto en entidades de carácter público como privado, claro ejemplo son las pautas de auditoria para el mejoramiento en la calidad de atención para la salud (2007) que establece una serie de principios que se deben tener claros si se quiere realizar algún tipo de servicio en Salud dentro de Colombia.

Los profesionales de la salud deben tener en cuenta tres tipos de acciones a tener en cuenta para una buena auditoria de gestión, estos son:

- a) Acciones preventivas: Esta auditoria se realiza sobre los procedimientos prioritarios dentro de la entidad, es decir aquellos sin los cuales no se puede prestar el servicio (Art.34, Decreto 1011 de 2006)

La finalidad de estas es la estandarización de los procesos, para realizar un autocontrol periódico de los mismos. Entre las acciones preventivas se pueden señalar el ajuste de los procedimientos para evitar un evento adverso, concertación precontractual entre las EPS e IPS sobre los pasos que se seguirán en una auditoria externa.

- b) Acciones de seguimiento: se trata de una serie de procesos, tareas y/o mecanismos que se deben realizar para garantizar la calidad (Art.34, Decreto 1011 de 2006). Este grupo de acciones se enfocan mas a los controles que se deben realizar en lo posible durante la



prestación del servicio a fin de conocer el desempeño del mismo. Desde el punto de vista legal estas acciones deben hacerse de manera periódica ya que se trata de controles de primer orden, siendo la auditoria una acción de segundo orden ya que controla la ejecución de las acciones preventivas no conduciendo de manera obligatoria a la imposición de conductas.

Entre algunas acciones de seguimiento se tienen las evaluaciones sobre resultados que se realiza de forma interna, la adherencia de las normas éticas, revisiones de uso, encuestas de satisfacción del cliente interno y externo realizadas por la EPS de las personas atendidas por la IPS, efectividad, eficiencia, continuidad de los procesos, entre otros.

Aun cuando lo anterior se cumpla a cabalidad, no garantiza la eliminación de desviaciones de manera total, pero si se pueden prever situaciones originadas por estas desviaciones y las acciones a tomar en aras de solucionarlas.

- c) Acciones coyunturales: hace referencia a los procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y la prevención de su recurrencia” (Art.34, Decreto 1011 de 2006)
- Algunos ejemplos de estas situaciones son: incremento de la demanda, frecuencia de casos de alto costo, entre otros.

Las acciones representan algo continuo en el tiempo es decir, las acciones preventivas deberán generar acciones de seguimiento y estas a su vez pueden desencadenar acciones coyunturales o preventivas, y las acciones coyunturales generan la planeación de acciones preventivas de forma tal que el ciclo de mejoramiento se cierre.

A continuación se presenta un resumen del proceso de auditoría según el tipo de entidad:

### **Auditorías para las entidades Administradoras De Planes De Beneficios (EAPB)**

Para el mejoramiento de la calidad se realizaran auditorias de los procesos prioritarios definidos por el sistema como lo son:

#### ✓ Autoevaluación de la Red de prestadores

Se refiere a la auditoria que permita a la empresa conocer su desempeño y contribuir con el cumplimiento de la calidad que espera el sistema con respecto a:

- Suficiencia.
- Referencia y contrareferencia.
- Estado de las IPS así como de los profesionales independientes que la integran.

#### ✓ Atención al Usuario

Debido a que el norte del Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad es enfocado en el usuario, se establece un mecanismo explícito y sistematizado, que permite verificar la satisfacción del cliente no solo desde el punto de vista posterior a la prestación del servicio, sino que sea capaz de anticipar las necesidades y expectativas del cliente antes de recibir el servicio

como lo son: accesibilidad, oportunidad y pago, adherencia y fidelización, entre otros. Es importante que todos los procesos de auditoría que se realicen cumplan con los procesos propios de este tipo de actividades y sobre todo sea basado en evidencias.

### **Auditorías para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**

Para los prestadores de salud es prioridad dos cosas. Primero evaluar la satisfacción del cliente y segundo abordar los problemas de calidad de la organización a fin de que el servicio sea el esperado.

#### ✓ Autoevaluación

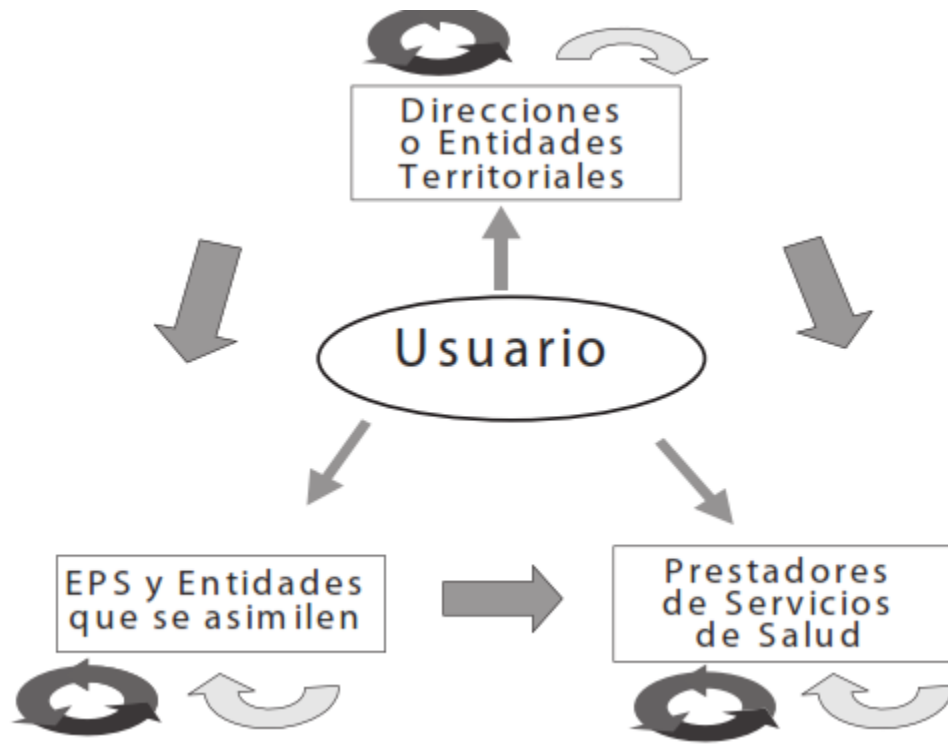
Las instituciones deben tomar el patrón de lo establecido por las leyes colombianas como la Resolución 1043 de 2006 que establece las condiciones que deben cumplir para habilitar e implementar las auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención. Así mismo la autoevaluación debe cumplir con la Resolución 1445 de 2006 y la 1446 de 2006 en cuanto a los indicadores. Es importante señalar que también puede incluir cualquier herramienta o sistema que le permita obtener los objetivos anteriores siempre que los mismos estén informados, sean conocidos y documentados.

#### ✓ Auditoría de la Atención al Usuario

Este punto es similar a los objetivos que deben ser evaluados por los EAPB pero se debe tener especial atención en: la accesibilidad, oportunidades de servicios, comunicación entre profesionales, etc.

## Auditoria externa de las entidades administradoras de planes de beneficios

Figura 2: Estructura del SOGC para los niveles de auditoria



Fuente: Pautas del mejoramiento de la calidad de la atención en Salud, 2007

Como se puede observar en la figura anterior están los tres actores básicos del sistema de salud colombiano, también una serie de ciclos en cada uno de ellos que se refieren a las autoevaluaciones que cada uno debe realizar, también en el centro el usuario que es capaz de decidir a qué actor dirigirse y por lo que todos deben estar preparados para garantizar la prestación del mejor servicio en caso de que el mismo lo solicite.

El proceso de auditoria externa es verificar las evidencias y los procesos analizados en la auditoria interna y autocontrol. Se dice que es una auditoria de segundo orden porque la interna es considerada de primer orden. Este tipo de auditoría busca facilitar el desarrollo de un sistema o controlar la calidad de uno ya instalado en la institución auditada.

Para lograr el crecimiento de un buen programa de auditoria se deberán tener claro los siguientes objetivos:

- a. Definir la calidad deseada y esperada
- b. Precisar las metodologías de evaluación
- c. Limitar la monitorización.
- d. Indicadores que se van a evaluar
- e. Información para retroalimentación
- f. Lograr confianza basada en el ganar-ganar.

Es importante señalar que en Colombia el sistema de salud busca garantizar la mejor calidad en la prestación de cualquier servicio de salud a través de auditorías de calidad que evalúen los procedimientos a realizar y no a las personas que lo realizan.

### **Marco vigente: Decreto 780 de 2016**

A través de este decreto el Ministerio de Salud y Protección Social reúne y resume las normas anteriormente existentes en el sector de la salud, a fin de compilar en un solo instrumento jurídico las normativas que rigen este sector.

Este decreto contiene entre otros temas un capítulo completo que trata la afiliación de los interesados al Sistema General de Seguridad Social en salud tanto para el régimen de contribución como el subsidiado, también el sistema de información transaccional que es una base de datos de los afiliados al mismo. Así mismo trata sobre los aportes de los patrones, planes adicionales a la atención contributiva, convenios y cajas de compensaciones familiares, flujo

financiero de los recursos para el régimen subsidiado: comenzando del origen del financiamiento hasta su pago.

Entre los componentes del Sistema obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) se presentan:

- a. Sistema Único de Habilitación: el cual norma los requisitos, procedimientos y actividades que sirven para garantizar el cumplimiento de las condiciones mínimas para la prestación de los servicios.
- b. Auditoría de la calidad de la atención en salud: es propio de cada institución y se debe realizar mediante una continua auditoría de autocontrol, interna y externa, como proceso obligatorio para los actores del sistema.

El proceso de auditoría para el mejoramiento continuo debe incluir siguientes niveles:

1. Autocontrol: cada funcionario mide, planea, ejecuta, verifica y ajusta las operaciones para que se realicen de acuerdo con los estándares de calidad.
2. Auditoría interna: es la evaluación realizada por la misma institución, por un área externa al proceso que se audita, con el fin de aportar para que se logre la cultura del autocontrol.
3. Auditoría externa: es la evaluación que realiza un externo a la institución, con el fin de verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol.

Es importante señalar que el resultado esperado de la ejecución de los niveles de auditoria genere acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales.

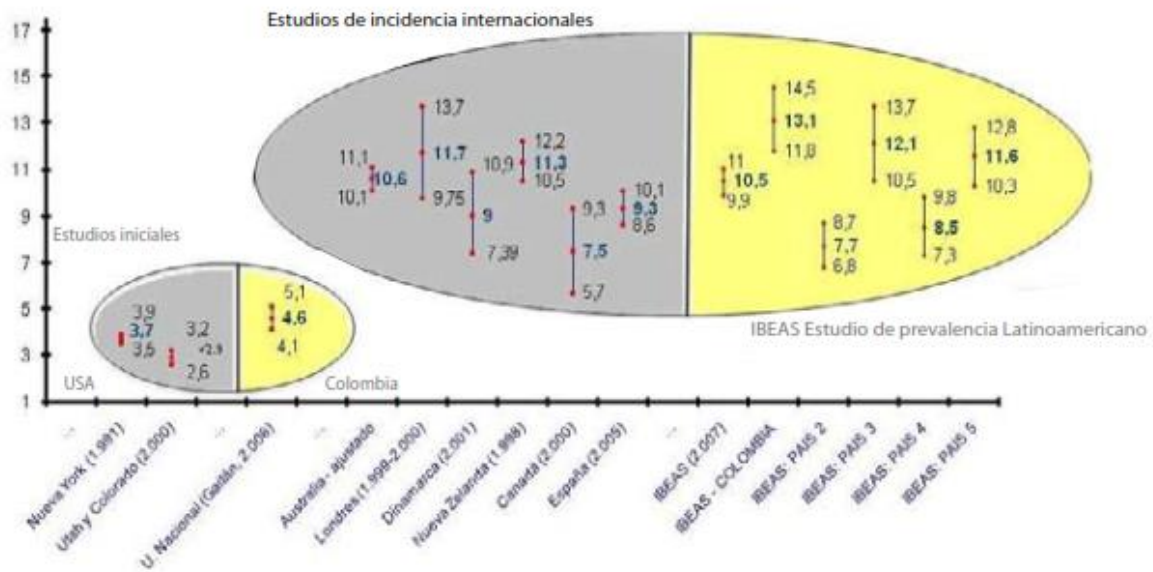
- c. *Sistema único de acreditación* se refiere a una valoración externa que se realiza de manera voluntaria a fin de exponer la calidad de excelencia que posee a los ojos de otras instituciones prestadoras de servicios. Lo anterior es una herramienta que mejora la eficiencia, competitividad y efectividad en el desempeño de las actividades del sistema de seguridad social lo que debería de traducirse en la satisfacción de las necesidades del usuario.
  
- d. *Sistema de Información para la Calidad*. Tiene como objetivos la monitorización, orientación, estimulación y referenciarían la calidad de los servicios de salud.

## CAPITULO II

### Comportamiento del evento adverso en Colombia durante el periodo 2011 al 2021

Para fines de estudio se presenta el contexto alrededor de los estudios de eventos adversos a nivel internacional para posteriormente describir el nacional.

Figura 3 Eventos adverso a nivel mundial



Fuentes: Observatorio de calidad en Salud, (s/a)

El gráfico anterior muestra como de manera proporcional se evalúan los eventos adversos en varios países (entre esos Colombia) en comparación con los EEUU y aunque el país desarrollado en la primera grafica presentaba un numero de estudios mayor a lo largos de los años esto ha disminuido presentándose en la segunda grafica una prevalencia casi del 50-50 esta vez tomando como base a Latinoamérica y los países internacionales.

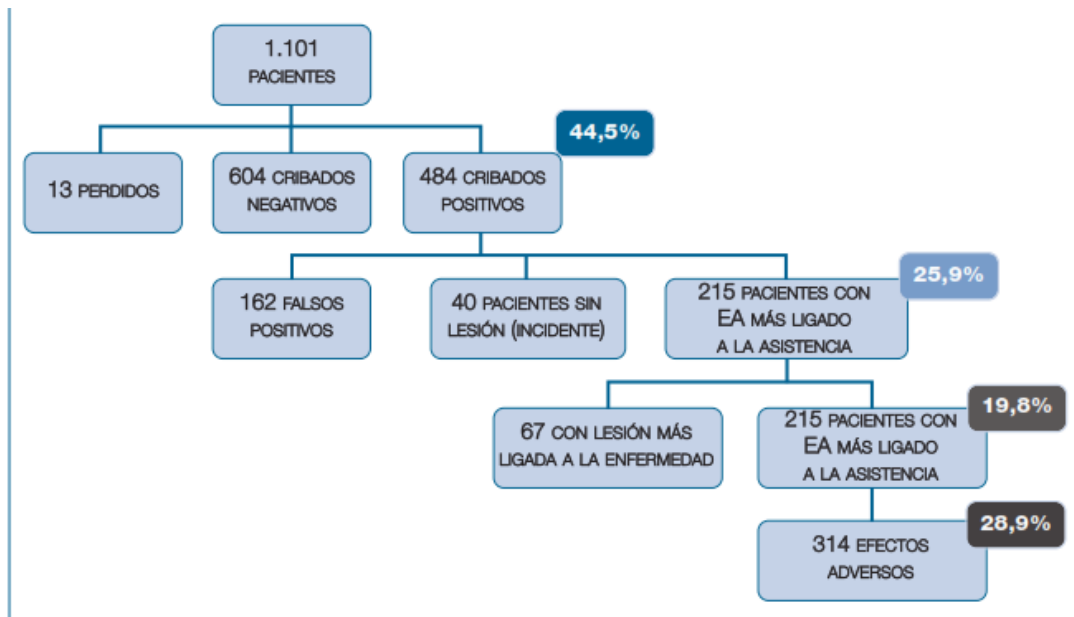


## Estudio IBEAS en 5 países de Latinoamérica: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú

La muestra seleccionada consistió en 11.555 pacientes censados como ingresados en un total de 58 hospitales incluidos en el estudio. Las divergencias entre el número de pacientes censados y el número de pacientes finalmente incluidos en el estudio posiblemente respondían a las altas dadas el mismo día del estudio. Sólo en 47 pacientes que sí estaban hospitalizados no se pudo realizar la guía de cribado (por no disponibilidad de la historia clínica, por ejemplo). La proporción de pérdidas del estudio fue un 2,5%.

Los datos anteriores sugieren un estudio bastante completo debido a la cantidad de pacientes de la muestra y la disposición de los mismos en participar en el estudio por lo que para fines académicos se tomaran como números validos los comportamientos aquí mostrados.

Figura 4 Distribución de los eventos adversos y subtipos



Fuente: Informe IBEAS(s/a)

Como se observa en la figura 4 de los 1101 pacientes pertenecientes a la muestra 215 sufrieron un evento adverso referente a la prestación de servicio lo que representa un 19.52% es decir que de cada 100 pacientes 20 protagonizaran un evento adverso al recibir el servicio sanitario, por lo cual son números que deben llamar la atención ya que estas personas a pesar de representar solo un segmento de la población es mayor el daño si se evalúa que estas personas recibieron un efecto involuntario de un profesional de la salud que es una población más limitada.

Con lo anterior se quiere resaltar que 20 profesionales de la salud son segundas víctimas que pudieran estar viviendo situaciones negativas que afecten su desempeño como profesional para la atención a otros pacientes.

Figura 5 Estadística de pacientes y número de eventos adversos

	0 EA	1 EA	2 ó más EA
País 1	160 (68,1%)	61 (26,0%)	14 (6,0%)
País 2	252 (87,5%)	31 (10,8%)	5 (1,7%)
País 3	107 (63,7%)	32 (19,0%)	29 (17,3%)
País 4	155 (88,6%)	15 (8,6%)	5 (2,9%)
País 5	199 (89,6%)	20 (9,0%)	3 (1,4%)
Total	873 (80,2%)	159 (14,6%)	56 (5,1%)

Fuente: Informe IBEAS (2015)

En la figura 5 se observa que en los países de estudio Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú refleja de manera individual la cantidad de eventos adversos ocurridos por paciente de los cuales en líneas generales el 80.20% de los pacientes manifiestan no haber sido víctimas de un evento adverso, el 14.60% han tenido un evento adverso y un 5.1% han tenido 2 o

más eventos adversos. En el caso de Colombia la estadística es un poco más favorable con solo 10.8% de los pacientes han vivido un evento adverso y 1.705 dos o más eventos adversos.

Figura 6 Suficiencia de la información de la Historia Medica

	¿LA HC PROPORCIONA LA INFORMACIÓN SUFICIENTE PARA VALORAR EL EA?		Total
	No	Sí	Nº
País 1	3 (3,8%)	76 (96,2%)	79
País 2	4 (12,1%)	29 (87,9%)	33
País 3	23 (37,1%)	39 (62,8%)	62
País 4	2 (10,5%)	17 (89,5%)	19
País 5	7 (26,9%)	19 (73,1%)	26
Total	39 (17,8%)	180 (82,2%)	219

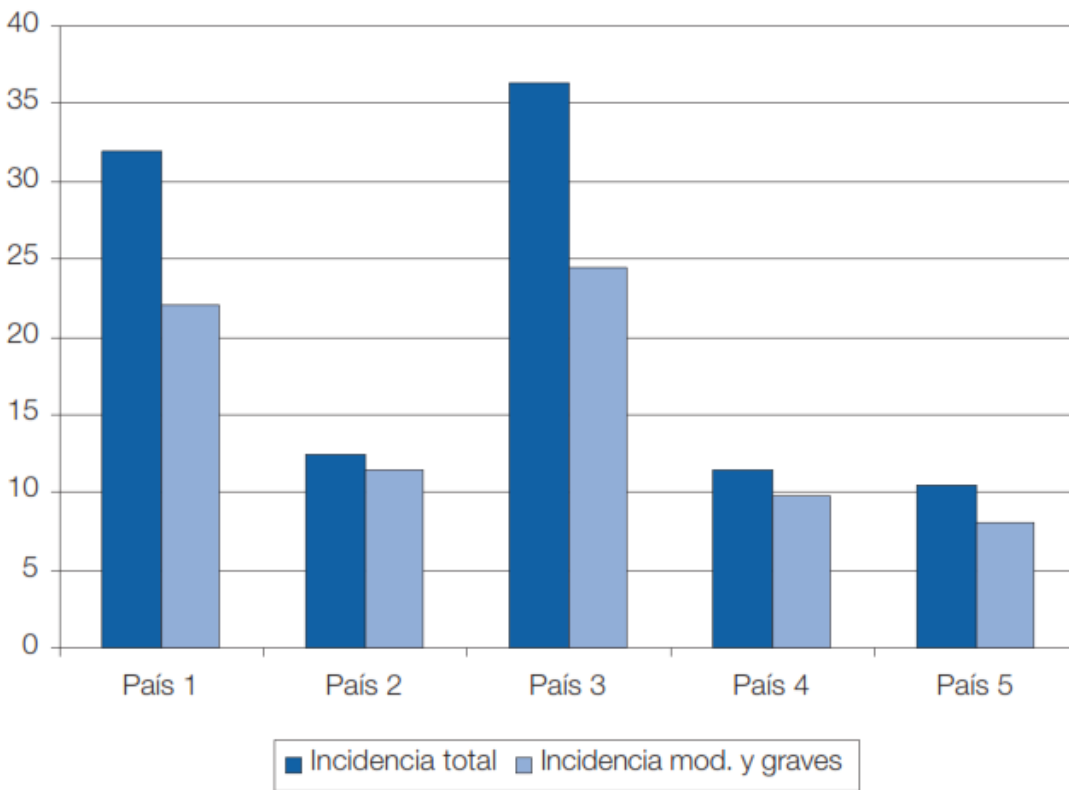
Fuente: Informe IBEAS (2015)

En la figura 6 muestra la manera como se evalúa la calidad de la historia médica en la valoración de un evento adverso. Se tienen de la encuesta las siguientes versiones:

El argumento más utilizado (y a priori más plausible) es que en una historia de baja calidad no se van a encontrar indicadas explícitamente las complicaciones que sufren los pacientes, por lo que la incidencia sería baja (esto reforzaría el hecho de que Argentina haya sido el que más EA ha encontrado, ya que la calidad de sus registros es la mejor). Sin embargo, es posible que lo que suceda es que sí estén indicadas las complicaciones pero se incluya poca información clínica del paciente o de cómo se le asistió, con lo que el revisor podría tender a juzgar esa complicación como un EA, de acuerdo con la premisa “Si no está en la historia, es que no se ha hecho”. Esta última asunción explicaría una incidencia elevada en Costa Rica.

Al explorar este punto, se observa que no existe una correlación entre la calidad percibida de la HC y la media en el juicio sobre la causalidad de aquellos sucesos que provocan lesión y están relacionados con la asistencia en alguna medida. De hecho, Costa Rica (peor calidad de la HC) es el que ha puntuado, de media, más bajo en la escala de causalidad de los EA y Argentina (mejor calidad de la HC) ha sido el segundo en puntuar más bajo. Un aspecto a destacar es que la media es muy elevada en todos los países. Al observar la figura 7, se evidencia que los revisores han juzgado los EA como no relacionados con la asistencia en absoluto o, aquellos que estaban relacionados con la asistencia, con una puntuación alta.

Figura 7 Tipo de incidencia del Evento adverso



Fuente: Informe IBEAS (2015)

De la figura 6 resalta la comparación entre los eventos adversos totales y el efecto moderado a graves que tuvo. Al comparar los 5 países se observa que la incidencia en el país 2 es casi tan alta como la cantidad de eventos adversos ocurridos lo que evidencia que la gravedad de las lesiones causadas a los pacientes es bastante significativa.

Figura 8: Eventos adversos por especialidad

	Especialidad médica	Quirúrgica y ginecología	Ostetricia	Pediatría	UTI y afines	p-valor ( $\chi^2$ )	Urgente	Progr.	p-valor ( $\chi^2$ )
Pais 1	21	44	1	6	3	= 0,021	58	15	= 0,225
	27,3%	42,3%	7,7%	20,0%	27,3%		30,4%	40,5%	
Pais 2	9	16	0	6	5	= 0,011	29	4	= 0,182
	12,3%	13,6%	,0%	12,0%	38,5%		15,0%	7,8%	
Pais 3	29	19	1	2	10	< 0,001	39	9	= 0,931
	35,4%	44,2%	6,3%	13,3%	83,3%		34,2%	33,3%	
Pais 4	4	11	2	3		= 0,110	16	4	= 0,656
	6,9%	14,5%	6,5%	30,0%			12,0%	9,5%	
Pais 5	11	8	2	1	1	= 0,682	16	4	= 0,520
	13,6%	8,5%	13,3%	4,3%	11,1%		16,8%	12,1%	
TOTAL	74	98	6	18	19	< 0,001	158	36	= 0,398
	19,9%	22,5%	5,5%	14,1%	42,2%		21,8%	18,9%	

p-valores asociados a la comparación de la Incidencia de EA por especialidad y tipo de ingreso para cada país.

Fuente: Informe IBEAS (2015)

La figura 8 muestra las especialidades donde se presentaron los eventos adversos en los países investigados, resaltando la UTI con mayor porcentaje de eventos adversos con un 42.2% del total evaluado, en segundo lugar el área quirúrgica y ginecológica (partos), en tercer lugar el área de urgencias.

Lo anterior demuestra que las áreas que presentan mayor cantidad de eventos adversos tienen que ver con áreas de decisiones rápidas y respuestas inmediatas donde cada segundo cuenta a la hora de solventar algún tipo de problema sanitario.

Figura 9: Edades afectadas por eventos adversos

	< 1 año	1-15 años	16-45 años	46-65 años	>65 años	p-valor (lineal)	Mujer	Hombre	p-valor (χ²)
Pais 1	6	27	20	19	3	= 0,316	31	44	= 0,727
	33,3%	36,5%	39,2%	26,8%	12,5%		30,7%	32,8%	
Pais 2	1	4	11	10	4	= 0,718	13	23	= 0,061
	25,0%	13,8%	8,7%	17,5%	12,1%		8,9%	16,2%	
Pais 3	0	1	17	17	24	= 0,018	30	31	= 0,873
	,0%	33,3%	30,4%	32,7%	53,3%		35,7%	36,9%	
Pais 4	1	2	7	4	2	= 0,380	12	8	= 0,912
	25,0%	11,1%	10,1%	11,4%	6,3%		11,7%	11,1%	
Pais 5	0	1	10	1	1	= 0,174	13	10	= 0,569
	0,0%	5,3%	4,0%	0,6%	1,1%		11,5%	9,2%	
Total	2	13	71	52	61	= 0,038	99	116	= 0,166
	20,0%	16,5%	17,9%	20,9%	24,4%		18,1%	21,4%	

p-valores asociados a la comparación de la incidencia de EA por edad y sexo para cada país.

Fuente: Informe IBEAS (2015)

En la figura 9 la evaluación que presenta es la edad del paciente afectado por el evento adverso siendo los mayores de 65 años los más afectados y de sexo masculino. En cuanto al segundo lugar se tienen las personas entre 40-65 años y en tercer lugar los niños menores de 1 año.

En el caso colombiano, los estudios evaluados fueron los siguientes:

Existen ciertas concordancias en algunos estudios sobre el papel de los profesionales de la salud deben promover para enfrentar los eventos adversos (EA), a continuación se muestran algunos estudios:

Para el año 2006 se tiene una evaluación realizada a 3 instituciones generales en Colombia excluyendo los pacientes psiquiátricos resultando lo siguiente:

Muestra: 6.688 pacientes durante el periodo de vigilancia (1072 días).

Eventos adversos (EA) 505 pacientes de los que 310 presentaron al menos un (EA) durante su hospitalización. De los cuales 189 se consideraron evitables. Un 1.3% resultaron con discapacidad permanente y 20 (6.4%) fallecieron. (Duarte y otros 2006). El aporte que el anterior resultado da al trabajo es la cantidad de eventos adversos evidenciados por un tercero que no es incluidos dentro de los organismos públicos a fin de que los mismos sean tomados en cuenta y se realice tanto la investigación que requiere y se tomen medidas que eviten la aparición de los mismos.

Para el año 2012 se realizó la evaluación de los EA relacionados al área de anestesiología, teniendo como resultado una incidencia de 278 procesos con EA de los cuales el 67% ocurrió durante procedimientos programados y bajo anestesia general, 18% en cuidados post-anestésicos el desenlace de los EA estudiados fueron porcentualmente la muerte 50.3%, lesión cerebral 22.3% con fallas durante la valoración pre-anestésica así como consentimiento informado, adherencia a formatos, comunicación con el paciente o familiares (Bocanegra, 2016). Es importante señalar que en el caso de eventos donde se utilice la anestesia la probabilidad de desenlaces con mayor afectación o la muerte es mucho mayor en comparación a cualquier otro procedimiento cotidiano por lo que este en particular debería ser una de las áreas más controladas a fin de evitar el menor detalle posible que traiga consigo un EA.

Rodríguez (2014) reconoce que el tema de seguridad del paciente no es algo novedoso a nivel de prestadores de salud de Colombia ni del mundo, aunado a que no se ha podido crear una cultura que obligue al personal sanitario a reportar los casos de eventos adversos un poco porque los mismos no son investigados de manera que se pueda determinar los factores que los promueven y otro poco por la responsabilidad leal que esto puede traer al personal lo que los lleva a no emitir reportes que permitan el levantamiento de estadísticas reales de la periodicidad y cuantificación de los EA.

En el 2017 se realizó un estudio de 337 historias clínicas de un Hospital Pediátrico de tercer nivel de las cuales un 50,1% es decir 169 de las mismas pudieron evidenciar la presencia de un evento adverso, posteriormente se realizó su caracterización teniendo como resultado el siguiente: 59 casos 34.9% sufrieron alguna lesión, de los cuales 39 fueron consecuencia de la asistencia sanitaria y 16 relacionado a su enfermedad. Los otros 57 casos presentaron EA sin lesiones (Parra y otros, 2017). El aporte de este proyecto es fundamental ya que es un hospital pediátrico que trabaja con niños, lo que alarma al saber que un 50.1% de las historias evaluadas presentaban EA lo que es un porcentaje bastante alto al tratarse de atención primaria y la población tan vulnerable a la que se le presta el servicio.

Cruz (2018) presenta un trabajo sobre los EA presentados por el uso de corticosteroides y a pesar de encontrar 551 casos reportados en el Programa Nacional de Farmacovigilancia entre 2005-2016 se pudo observar falta de conocimiento por parte de las personas encargadas de llenar este reporte lo que impidió analizar cada uno de los casos clínicos reportados. Lo anterior



evidencia falta de un auditor capaz de hacer cumplir con los protocolos básicos que deberían existir en caso de EA.

De igual forma, Cabana (2018) trato el tema de EA en la administración de medicamentos detectando una predisposición del personal que conllevan a cometer errores de este tipo teniendo como consecuencia una larga permanencia hospitalaria del paciente; pero a raíz de estos EA se han tomado medidas correctivas como: protocolos, sesiones clínicas, cursos, identificación con manillas, comunicación efectiva, capacitación farmacológica e incluso modificar la carga laboral en aras de evitar la ocurrencia de estos.

Para el año 2021 como consecuencia de la pandemia de coronavirus se evaluaron los eventos adversos relacionados con la aplicación de la vacuna y los datos suministrados por el Ministerio de salud son los siguientes:

Periodo 17/02/2021 al 15/06/2021

Muestra: 13.390.951 dosis de las cuales 9.410.833 (1era. Dosis) – 3.980.118 (2da. Dosis)

Resultados por edad:

Individuos entre 30 y 39 años 1.640 casos (19.9%)

Individuos entre 20 y 29 años 1.467 casos (17.8%)

Individuos entre 60 y 69 años 1.118 (14.3%)

Los datos anteriores señalan que 62 personas de cada 100mil dosis aplicadas presentan eventos adversos (Edicionmedica, 2021), es decir que la aparición de eventos adversos es mínimo en comparación a la cantidad de dosis aplicadas lo que podría evaluarse como un

numero aceptable sobre todo si los eventos adversos evidenciados fueron dolor de cabeza con un 8%, mareos 6.6% y fiebre con un 5.3%.

Por su parte el Observatorio de Calidad de la Atención en salud publica los Eventos adversos sucedidos en Colombia durante el periodo 2006-2009 por cada uno de los departamentos del país (Ver anexo 1). En el mismo boletín se evidencia un perfil comparativo de la gravedad de los EA en los hospitales de Colombia teniendo los siguientes resultados:

Figura 10 EA en Colombia periodo 2006-2009

Colombia		
1. Severidad del evento adverso:		
-	Leves y moderados	84.3%
-	Graves	15.8%
2. Evitabilidad:		
-	Evitables	58.6%
3. Incapacidad:		
-	Leve o ninguna	76.1%
4. Prolongación de la estancia :		13.0 días

Fuente: Estudio IBEAS, (s/a)

Como se puede observar la severidad de los eventos adversos fueron en su mayoría leves a moderados con un 84.3%. En cuanto a la Evitabilidad fue un 58.6% lo que representa un punto a considerar para las auditorias de seguimiento de estos EA a fin de tomar acciones que permitan minimizar este número. En cuanto al daño ocasionado un 76.1% fue leve a ninguno y los días de prolongación de la estancia fue en promedio de 13 días.

Seguidamente, se presenta el nivel de Evitabilidad para cada tipo de EA presentado teniendo los siguientes resultados:

Figura 11 Evitabilidad según grado de severidad de los EA

Colombia				
Evitabilidad	Leve	Moderado	Grave	Total
No evitable	48,7%	34,5%	52,9%	41,4%
Evitable	51,3%	65,5%	47,1%	58,6%

Fuente: Estudio IBEAS, (s/a)

El estudio de Ibeas plantea los siguientes resultados:

Figura 12 Factores para el diagnóstico medico

Colombia	
1. Calidad de la historia clinica	92.0%
2. Eficiencia del Cribado	
- Positividad de la Guia de Cribado	39.0%
- Valor Predictivo Positivo	33.7%
3. Concordancia entre evaluadores	
- Indice kappa:	0.62

Fuente: Estudio IBEAS, (s/a)

Las figuras anteriores pudieran dar fe de que como consecuencia de las auditorias solicitadas por la reglamentación vigente existe menor afectación en las entidades que manejan auditorias de formas periódicas en comparación a las que no lo realizan como se puede observar en los siguientes indicios: La prevalencia identificada en la instituciones certificadas fue de 16.3% (evidencia de mayor gestión), en las instituciones no acreditadas lo fue de 10.7%.

La calidad de la historia clínica, en términos de la información que aporta para la detección del evento adverso, que está directamente ligado a la búsqueda activa del evento que se dé en la institución. La eficiencia del cribado (o pruebas diagnósticas), fue de 39% en

contraposición con este mismo estudio que evaluó cinco países en desarrollo teniendo como resultado solo 30.9% siendo el valor predictivo positivo de la prueba de cribado.

En base a lo anterior, se puede afirmar que el mayor desarrollo de los programas de seguridad del paciente en los hospitales de Colombia permitió disponer a estas instituciones de una mejor capacidad para identificar el evento adverso lo que permite inferir que en las instituciones participantes existían condiciones de atención más segura. (Ministerio de la Protección social, s/a)

También se pudieron evaluar ciertos factores que pueden significar un mayor riesgo de padecer eventos adversos, aun cuando no están proporcionalmente ligados a la frecuencia de estos, sino más relacionados a las características de la población estudiada como se evidencian a continuación:

Figura 13 Factores que agravan la posibilidad de un EA

Colombia	
<b>Incrementan el riesgo de ocurrencia del Evento Adverso:</b>	
- Mayor edad	49 (edad mediana)
- Hospitalización en UCIs	6,4%
- Mayor tiempo de estancia hospitalizado**	5 días
- Hospitalización en servicios quirúrgicos	31,1%
<b>Disminuyen en el riesgo de ocurrencia del Evento Adverso</b>	
- Mayor Proporción de mujeres en la muestra*	47,6%
- Pacientes en obstetricia	6,0%
- Pacientes en Pediatría	19,1%

Fuente: Estudio IBEAS, (s/a)

Por último, el estudio presentado en el boletín 2 del Ministerio de la Protección social, (s/a) describe las clases de EA observados y los detalla a continuación:

Tabla 2 Tipo de EA

Orden	TIPO DE EA	Nº	%	%(ACUM)
1	Infección de herida quirúrgica	30	8,3%	8,3%
2	Otras complicaciones tras intervención quirúrgica o procedimiento	30	8,3%	16,7%
3	Otro tipo de infección nosocomial o infección nosocomial sin especificar	29	8,1%	24,7%
4	Neumonía nosocomial	26	7,2%	31,9%
5	Otros relacionados con los cuidados	26	7,2%	39,2%
6	Flebitis	24	6,7%	45,8%
7	Úlcera por presión	23	6,4%	52,2%
8	Sepsis y shock séptico	18	5,0%	57,2%
9	Hemorragia o hematoma relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento	16	4,4%	61,7%
10	ITU nosocomial	14	3,9%	65,6%
11	Bacteriemia asociada a dispositivo	12	3,3%	68,9%
12	Otros relacionados con infección nosocomial	10	2,8%	71,7%
13	Retraso en el diagnóstico	10	2,8%	74,4%
14	Neutropenia	8	2,2%	76,7%
15	Dehiscencia de suturas	7	1,9%	78,6%
16	Lesión en un órgano durante un procedimiento	6	1,7%	80,3%
17	Intervención quirúrgica ineficaz o incompleta	5	1,4%	81,7%
18	Otros relacionados con un procedimiento	5	1,4%	83,1%
19	Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	5	1,4%	84,4%
20	Complicaciones neonatales por parto	4	1,1%	85,6%
21	Desequilibrio de electrolitos	4	1,1%	86,7%
22	Error diagnóstico	4	1,1%	87,8%
23	Quemaduras, erosiones y contusiones (incluyendo fracturas consecuentes)	4	1,1%	88,9%
24	Suspensión de la IQ	4	1,1%	90,0%
25	Tratamiento médico ineficaz	4	1,1%	91,1%
26	EAP e Insuficiencia respiratoria	2	0,6%	91,7%
27	Eventración o evisceración	2	0,6%	92,2%
28	Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor	2	0,6%	92,8%
29	Mal control de la glucemia	2	0,6%	93,3%
30	Nauseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	2	0,6%	93,9%
31	Neumotórax	2	0,6%	94,4%
32	Otros efectos secundarios de fármacos	2	0,6%	95,0%
33	Otros relacionados con la medicación	2	0,6%	95,6%
34	Agravamiento de la función renal	1	0,3%	95,8%
35	Hemorragia por anticoagulación	1	0,3%	96,1%
36	Otras consecuencias de la inmovilización prolongada	1	0,3%	96,4%
37	Pendiente de especificar	2	0,6%	96,9%
38	Otros Es	11	3,1%	100,0%
<b>Total</b>		<b>360</b>		

Fuente: Estudio IBEAS, (s/a)

Al observar la tabla anterior se presentan 38 patologías que resultaron consecuencia de un Evento Adverso la misma se encuentra ordenada por el número de personas afectadas siendo las más comunes las infecciones de heridas quirúrgicas, complicaciones por procedimientos o complicaciones post operatorias, infecciones nosocomial o infecciones adquiridas durante la estancia hospitalaria, neumonía adquirida durante la estancia hospitalaria y las menos comunes

hemorragias por anticoagulación, agravamientos de la función renal o efectos causados por la medicación o fármacos.

## CAPITULO III

### **Utilidad de la auditoría en salud como herramienta para la gestión del evento en el contexto colombiano durante**

La auditoría puede ser vista como un proceso que planea, sistematiza, documenta un evento a fin de obtener evidencias suficientes para demostrar la efectividad o desviaciones encontradas en la elaboración o prestación de un servicio. El auditor en salud es una garantía de cumplimiento de los procesos y procedimientos necesarios para la adecuada atención al paciente, el uso adecuado de los recursos y la retroalimentación de las quejas y reclamos para controlar y tomar acciones para minimizarlos. La auditoría identifica las fallas o deficiencias ocurridas en el desarrollo de un proceso para mejorar el aprovechamiento de los recursos lo que se traduce en mejora asistencial en la prestación de los servicios (Acosta, 2019). En relación al evento adverso el autor señala que de los casos presentados en la UCI el 95% son prevenibles lo que compromete aún más la implementación de medidas en esta área tan delicada.

En este mismo contexto la auditoria se puede clasificar según su función como las siguientes:

- Auditoria Clínica. La auditoría clínica hace referencia a todas aquellas modalidades de evaluación de los actos clínicos que, por lo mismo, buscan garantizar la calidad de la atención que se le brinda a los usuarios de una entidad de salud. El sentido planteado, la auditoría clínica se ocupa de la parte más técnica de la prestación de los servicios de salud, pero, obviamente, sin descuidar los aspectos de la organización que pueden incidir en ellos. (Ayala, 2017)

- Auditoria Médica: Es la evaluación sistemática de la atención en salud enfocada en tres componentes: Estructura, Proceso y Resultado, que hacen parte del Sistema de Garantía de Calidad de las instituciones que prestan servicios de salud. (Donavedian,1960)
- Auditoria Medica: Evaluación sistemática de la calidad de la atención de la salud realizada por profesionales utilizando diferentes vías de abordaje, con el objeto de contribuir a la educación médica y a brindar la mejor atención del paciente y de la población. (Schiavone,1995)
- Auditoria de la Calidad en Salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. (Isabu, 2019)
- Auditoria Concurrente: Actividad donde se verifica en forma presencial la calidad de prestación de los servicios de salud, efectuada al interior de las áreas asistenciales, durante el ejercicio profesional, realizada por personal entrenado en la evaluación de los procesos establecidos. (Aplisalud, 2020).
- Auditoria de Oficio o Programada: Derivada del acompañamiento institucional que se realiza a los prestadores por parte de las aseguradoras con el propósito de verificar las condiciones de habilitación en salud y las pautas contractuales que se hayan pactado. (Isabu, 2019)



Como consecuencia de la evolución del concepto de salud en Colombia desde la promulgación de la Ley 100 de 1993 y la Ley 1751 de 2015 o Estatutaria de la Salud se ha incrementado el rol del auditor de salud de manera exponencial. Y es que el auditor posee una serie de conocimientos en la prestación de los servicios, los regímenes de afiliación, los niveles de atención, los planes de beneficios, las características de la población y la normatividad sanitaria vigente lo que aporta un valor adicional que se adquiere solo con la presencia de este en cualquier negociación.

Otra labor fundamental que ejerce el auditor de salud es la optimización y racionalización de los recursos limitados con los que cuenta para lograr un equilibrio financiero sin descuidar la calidad de servicio que es el norte de su profesión. Como una evidencia de lo anterior se pudo constatar el estudio de Soto (2020), el cual expone que a nivel mundial entre el 7 y 10% de los pacientes hospitalizados experimentan algún EA relacionado con medicamentos. Debido a su labor como gerente de salud, en su maestría quiso estimar los costos asociados a la atención de los EA dentro de una compleja institución, teniendo como resultado que aun cuando la prevalencia los EA fueron del 0.62% de los pacientes egresados, los costos causados representaron el 17% de la facturación total de los pacientes durante su hospitalización.

El auditor también es capaz de evaluar sistemáticamente el proceso administrativo de facturación a fin de ubicar desviaciones en las mismas que afecten el mantenimiento de los prestadores de servicio en el tiempo; para lo cual cuenta además con sus papeles de trabajo o registros clínicos que a través de una evaluación técnico – científica valora la concordancia de los soportes y el servicio prestado al paciente. Olarte (2018) realizó para su maestría una

auditoria para detectar desviaciones en la facturación de un Hospital teniendo como resultado que el control de los procesos debe ser una constante que permita estandarizar para evitar errores que a nivel administrativo se traduce en pérdidas para la empresa y a su vez en la calidad de los servicios.

Así mismo, el auditor es capaz de realizar autoevaluaciones de estándares para la habilitación, certificación y acreditación en salud en pro de velar por el cumplimiento de las condiciones de seguridad de los servicios sanitarios.

Adicional a lo anterior el campo de la auditoria permite la evaluación del sistema de manera continua e integral a fin de verificar la calidad, la ejecución de atenciones dentro del mismo centro de salud a manera de verificar el uso adecuado de los recursos, cumplimiento de la norma, pertinencia de las guías y protocolos establecidos y no para sancionar en caso de desviaciones sino para lograr fortalecerlas en pro del bien común.

Por lo anterior, el auditor ha fortalecido su participación en el sistema que le dio cabida a su profesión como lo es la salud del paciente a través de la puesta en marcha de todos los conocimientos adquiridos no solo en su carrera profesional sino como usuario de las instituciones sanitarias.

En el caso específico de los eventos adversos el auditor de salud puede:

1. Crear lineamientos que permitan el cumplimiento de los protocolos establecidos para la prestación del servicio.

2. Llevar un registro estadístico de los servicios prestados, los costos incurridos y el uso de los recursos a través del tiempo.
3. Verificar el uso de formatos que permitan garantizar la equidad del servicio prestado a todos los pacientes atendidos.
4. Formular las políticas de calidad que garanticen respuestas a acontecimientos diarios que se puedan presentar.
5. Realizar evaluación de los puestos de trabajo para evaluar los riesgos que pudieran afectar la calidad del servicio prestado e incluso la satisfacción del profesional que ejerce sus labores dentro de la institución.
6. En caso de que aún se presenten eventos adversos luego del cumplimiento y formulación de los criterios anteriormente expuestos puede establecer una ruta de actividades, procedimientos o acciones a seguir tanto para subsanar cualquier efecto negativo que haya causado de manera involuntaria el profesional de salud como también los canales a seguir para fortalecer el autoestima y la afectación que pueda sentir el prestador del servicio.
7. Crear una política a seguir por el profesional causante del evento adverso en aras de garantizar su recuperación de manera integral.
8. Garantizar que todas estas actividades estén incluidas dentro del presupuesto de gastos de la institución de salud para que no falten los recursos de apoyo a estas situaciones.
9. Llevar un registro del evento adverso desde el momento que ocurre hasta el cierre de la inconformidad por parte del paciente y la recuperación del prestador de servicio.

## Conclusiones

Desde el punto de vista legislativo las reformas sanitarias realizadas en Colombia buscan en todo momento la equidad en la prestación de servicio así como la inclusión de todas las personas que en algún momento necesiten asistir a una institución sanitaria, resulta atractiva las políticas e instrumentos que al enfocar las necesidades y demandas prioritarias de salud de la población; por lo que en líneas generales son relevantes e innovadoras en relación con los demás objetivos centrales de eficiencia y calidad que orientan la respuesta organizada en salud y están consagrados en la Constitución.

Los eventos adversos representan daños involuntarios realizados a un paciente o usuario de algún centro de salud como consecuencia de un descuido, estrés, entre otros y que afectan en distintos grados al paciente, pero no solo es víctima quien recibe el evento adverso sino también el profesional que se enfrenta a sentimientos capaces de frenar su ida personal y profesional.

En Colombia existe un sistema de salud completo capaz de promover la auditoria de los sistemas que se encuentran alrededor del usuario o paciente en aras de que el mismo obtenga la mejor atención y en caso de alguna desviación la misma pueda ser corregida y tomada como oportunidad de mejora en la búsqueda de la mejor calidad del servicio.

Las estadísticas evaluadas en un estudio publicado por el Ministerio de Protección social refleja como las infecciones intrahospitalarias bien sea de heridas, neumonías y otros son los eventos adversos más observados en la investigación realizada. También se observa que las

instituciones certificadas con un SOGC reflejan una menor cantidad de EA que las que no lo tienen lo que pudieran ser consecuencia de los controles realizados.

La estandarización de los procesos representa una herramienta para evitar errores humanos aunados a una buena historia médica que permita al profesional actúe sin ninguna duda al momento de realizar un diagnóstico.

La auditoría de salud es el profesional idóneo para: Controlar los estándares de servicio, Evitar a través de estrategias la aparición del evento adverso, Prevenir a través de mecanismos condiciones que susciten la aparición de eventos negativos, Tratar a las personas afectadas por un evento adverso, Mejorar los procesos, procedimientos que forman parte del entorno donde se presta el servicio.

## Referencias bibliográficas

1. Acosta, A (2018). La auditoría en el cumplimiento de la política de Seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos, Revisión desde un análisis de la literatura periodo 2009-2019. Universidad de Santiago de Cali. Recuperado en:  
<https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/4624/LA%20AUDITOR%203%20EN%20EL%20CUMPLIMIENTO%20.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
2. Aplisalud (2020). Auditoria clínica concurrente. Recuperado en:  
<https://aplisalud.com/servicios/auditoria-clinica-concurrente>
3. Ayala, M (2017). Salud Pública. Recuperado en:  
<http://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/otorrinolaringologia/1084-7-01-3-047>
4. Bocanegra, J (2016). Caracterización y análisis de eventos adversos en procesos cerrados de anesthesiólogos apoderados por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) en Colombia entre 1993 y 2012. Recuperado de:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334716300454>
5. Bustos, A (2004). La Auditoria Médica en el Marco de la Ley 100 de 1993, Algunos Tópicos controversiales. Bogotá: Editorial Distribuidora Ltda.
6. Cabana, Y (2018). Eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos. Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperado de:  
<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/4757>
7. Cardozo, Z y otros (2018). El papel del auditor de salud en Colombia como gestor de la Calidad y la seguridad del paciente. Universidad Santo Tomás especialización en Auditoría de Salud.

8. Cruz, A (2018). Caracterización de eventos adversos con medicamentos corticosteroides reportados al Programa Nacional de Farmacovigilancia en Colombia (2005-2016). Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales – U.D.C.A. recuperado de:  
<https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/998/DOC.%20FINAL%20TRABAJO%20DE%20GRADO%20CORTICOSTEROIDES..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Decreto 780 de 2016. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
10. Duarte y otros (2006). Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006. Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia Bogotá - DF – Colombia. Recuperado en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2008.v10n2/215-226/es/>
11. Edicionmedica, (2021). Min Salud presenta nuevo boletín de farmacovigilancia sobre efectos adversos de la vacunación COVID-19. Recuperado en:  
<https://www.edicionmedica.com.co/secciones/salud-publica/minsalud-presenta-nuevo-boletin-de-farmacovigilancia-sobre-efectos-adversos-de-la-vacunacion-covid-19-1363>
12. Fonseca, LJA (2009). Auditoria médica. Med Int México.
13. Gerven, E., Deweer, D., Scott, S. D., Panella, N., Euweno, M., Semeus, W., & Vanhaecht, K. (2016, 20 abril). Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. Pubmed.gov.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27106771/>
14. Gómez, I y otros (2020). Desarrollo de la auditoria en salud en Colombia en los últimos 10 años. Universidad Cooperativa de Colombia. Trabajo para optar al título de Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud.

15. Isabu, 2019. Manual de auditoria de la calidad en salud. Recuperado en: <http://www.isabu.gov.co/isabu/wp-content/uploads/2019/08/M-1400-03-Manual-de-Auditoria-de-Calidad-en-Salud-del-ISABU-V.2-1.pdf>
16. Karasik, S (2016). Auditoria clínica: Herramienta de gestión en la calidad de la atención médica. recuperado de: [https://www.revistaremis.com/files/remis\\_2016\\_s1\\_041-042.pdf](https://www.revistaremis.com/files/remis_2016_s1_041-042.pdf)
17. Olarte (2018). Auditoría al Proceso de Facturación del Servicio de Hospitalización del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, Cundinamarca. Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperado en: [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7128/1/2018\\_auditoria\\_proceso\\_facturacion.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7128/1/2018_auditoria_proceso_facturacion.pdf)
18. Ministerio de la Protección social (s/a). Boletín #2 Seguridad del Paciente. Informe Ibeas Sistema de información para la calidad.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza mundial para la seguridad del paciente: la investigación en seguridad del paciente, mayor conocimiento para la atención más segura. Francia: OMS; 2008. p. 11. Disponible en [http://who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf) [Consultado el 28 de marzo de 2015].
20. OMS. Organización Mundial de la Salud. Ibeas: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica [en línea]. 2010, p. 1-10.
21. Parra, C y otros, (2017). Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá. Recuperado en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2017000200286](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2017000200286)



22. Páez, C (2015). *Situación actual de la auditoria medica en Colombia*. Universidad Militar Nueva Granada. [Online].; 2015 [cited 2018 Enero 17. Available from:<http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/7203/1/auditoria%20medica%20en%20colombia.pdf>.
23. Revista Medicina (2008). Lineamientos para la Implementación de Políticas de seguridad del paciente en la República de Colombia. Recuperado en:  
<https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/download/81-2/378>
24. Rodríguez, Y (2014). Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado en:  
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/47253>
25. Rodriquez, J Susan D. Scott, When Clinicians Drop Out and Start Over after Adverse Events, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*,2018,137-145.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1553725017302830>
26. Soto, D (2020). Costos directos médicos asociados a la atención de eventos adversos a medicamentos en una institución de alto nivel de complejidad en el Valle de Aburra, 2017. Universidad de Antioquia. Recuperado de:  
<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/16851>
27. Ugaz, M (2017). La Monografía. Calameo website:  
<https://es.calameo.com/books/0049541320ea19e2cba38>

Anexo 1

Tabla 3: Evento Adverso 2006-2009 por departamentos

Cuadro 6  
PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Departamento	2006-2		2007-1		2007-2		2008-1		2008-2		2009-1																
	PS	Numero	Departamento	Caño	PS	Numero	Departamento	Caño	PS	Numero	Departamento	Caño															
1	Asunción	128	5977	24227	23	144	1427	9234	155	123	23776	4020	594	187	32033	11238	29	366	32655	149229	218	231	9473	13270	231		
2	Itapúa	1	0	1	0	2	12	14	827	2	28	34	824	5	214	217	885	6	121	122	892	4	194	198	98	98	
3	Paraguarí	21	222	2999	38	36	247	1828	421	41	422	2033	22	69	1947	3925	54	29	3546	7146	46	28	4213	3654	117		
4	Misiones	130	8910	8769	83	181	5977	4924	139	194	6242	4215	153	246	3927	32822	29	212	28272	28223	39	300	12782	22790	5		
5	Boquerón	22	1277	2355	24	21	122	157	821	38	285	1856	38	38	207	1855	25	42	1268	5885	214	42	1025	3419	30		
6	Itapúa	32	342	3329	42	36	229	321	825	37	284	1275	23	53	525	28241	22	28	998	22220	42	83	521	2885	32		
7	Boquerón	24	202	2091	38,4	25	1159	1270	813	27	1198	1213	82,2	36	1923	2472	22,4	54	1566	2088	22	59	1942	1895	9,8		
8	Paraguarí	1	1	1	100					5	822	816	84,8	8	1289	4229	28,6	6	592	4287	132	19	1286	6270	19,1		
9	Caazapa	17	302	12197	21	11	189	518	33	17	865	217	84,4	12	305	341	82,7	20	495	528	91,4	16	1423	1427	98,8		
10	Caazapa	10	148	182	86,1	13	110	521	20,7	11	218	1977	11	11	555	8866	6,4	17	329	6282	52	21	210	10186	0,7		
11	Caazapa	9	194	4210	33	9	185	2291	6,4	16	197	1265	12	28	207	20781	1,4	53	425	102729	0	44	102848	102710	99,1		
12	Caazapa	3	27	27	100					1	0	7	0					4	66	27	82,7	3	8	12	82,7		
13	Caazapa	24	238	2388	11,7	23	202	202	20,2	19	449	449	99	19	207	8291	37	42	2405	27441	113	41	588	2213	13,7		
14	Caazapa	46	1833	13422	9,7	52	1830	2216	21,3	44	1225	1824	82,3	53	4824	28938	15,6	21	2024	24194	123	88	3028	24381	14,2		
15	Caazapa	1	3	3	100					1	1	1	100	1	1	1	100						1	3	3	100	
16	Caazapa	1	1	1	2	50	2	4	82,3	3	24	109	87,9	2	66	101	65,4	4	111	111	100	4	58	100	53,6		
17	Caazapa	26	529	522	88	29	411	1888	20,1	32	1189	1299	88,1	30	888	13292	25	42	1226	9185	1,9	42	1581	13271	11,5		
18	Caazapa	10	59	2221	1	11	388	427	82,7	6	281	285	82,1	4	889	1831	81,7	19	842	9271	85,6	21	1588	4824	22,4		
19	Caazapa	12	249	278	87,4	8	427	428	88,8	8	66	66	97,1	11	205	540	99,1	26	583	10288	57	23	246	2880	1,1		
20	Caazapa	19	247	2349	11	12	247	465	51,9	21	202	2218	3,6	27	1887	12422	8,6	36	212	11282	81	34	1229	11288	10,7		
21	Caazapa	26	388	2897	5	16	316	2212	14,4	17	598	2898	20	31	1289	8885	20	30	1912	4216	21,8	31	816	827	10,1		
22	Caazapa	16	82	5187	1,9	17	340	228	42,7	21	1284	1888	84,9	28	1120	3291	31,9	41	1486	3846	35,6	37	628	4218	13,5		
23	Caazapa	4	282	285	88,3	3	4	5	82	4	227	826	28,2	3	20	27	21	5	16	20	82	4	52	52	92,9		
24	Caazapa	16	112	2321	4,3	13	389	389	88	11	326	414	82,8	21	284	286	101	29	287	649	11,8	28	288	4429	17,7		
25	Caazapa	23	888	5243	13,3	17	1289	1101	82,2	17	1388	1910	82,8	30	1488	6192	21,2	42	1482	28214	51	33	1281	1548	2,8		
26	Caazapa																										
27	Caazapa																										
28	Caazapa	56	1215	1218	82,3	56	1291	1212	82,3	40	1289	1482	21,1	52	2216	2128	62,3	28	8208	32187	82,1	87	2221	4229	58,4		
29	Caazapa	14	281	2846	1	13	285	219	82,8	17	197	821	87,5	17	888	11285	6,9	28	3819	5206	82,4	32	2288	6423	89,5		
30	Caazapa	18	194	4283	4	21	345	2488	14	19	428	282	82,4	27	2283	3846	42,8	42	2289	12288	19,6	44	485	14813	33,9		
31	Caazapa	27	2233	28977	6	29	888	1881	82,6	81	2288	12214	21,6	113	3822	18886	2	92	5425	211420	2,6	109	4212	20286	2,2		
32	Caazapa	1	7	7	100					1	3	3	100	1	0	100	0	2	2	1	50	1	1	0	100	0	
33	Caazapa																										

Fuente: Boletín 2 Observatorio de Calidad en Salud