



Requisitos de entrada a la **Acreditación** en Salud

Por: **Carlos Édgar Rodríguez H.**,
Md. Magíster
Bioética,
director
Acreditación
en Salud.

En los últimos años hemos realizado una enorme campaña de difusión sobre el Sistema Único de Acreditación en Colombia, su enfoque y su filosofía, los principios y preceptos que lo guían y el contexto en el que debe operar. Hemos resaltado la importancia del mejoramiento continuo, la atención centrada en el usuario y su familia, el respeto de derechos como la información, el consentimiento informado o la privacidad, entre otros, y en general hemos explicado todos los elementos que componen esta herramienta de innegable utilidad para las instituciones, pero sobre todo para los pacientes.

Como resultado del trabajo conjunto de información al sector salud, realizado por ICONTEC, el Ministerio de la Protección Social, los esfuerzos de universidades, empresas dedicadas a la asesoría y demás interesados en los

procesos de calidad del sector, hemos visto el despegue de múltiples instituciones de salud, que en la actualidad se encuentran en el proceso de preparación para la presentación formal ante el organismo acreditador.

Es importante, en ese contexto, resaltar los pasos contenidos en la ruta crítica del proceso, que podríamos dividir en dos partes claramente diferenciadas, la etapa de preparación, en la que la institución compara su realidad con los estándares establecidos y desarrolla un proceso de mejoramiento continuo, el cual debe ser documentado y medido, de acuerdo con el modelo propuesto. Una vez la institución considera que ha obtenido el nivel de calidad global requerido para obtener la acreditación, debe proceder a la presentación formal. En esta etapa debe demostrar, a través de dife-

rentes documentos, que está preparada y que puede ser objeto de la visita por parte de los evaluadores. Todo este proceso ha sido presentado de manera general al público y puede ser consultado en la página web. www.acreditacionensalud.org.co.

Los requisitos

En esta ocasión y con el fin de ampliar la información, sobre el particular nos referiremos a algunos de los requisitos generales documentales, exigidos a las instituciones para poder hacer su presentación y haremos algunos comentarios sobre las condiciones e intenciones de la información requerida, la cual forma parte integral del proceso y condiciona la presentación.

Portafolio de servicios. Es el documento en el que las instituciones señalan los servicios que prestan. Dicho documento debe corresponder con exactitud a la realidad de la institución y a la declaración de servicios habilitada ante el ente territorial correspondiente. Debe agrupar la información de toda la institución, de tal forma que incluya datos sobre sedes, si es el caso, de acuerdo con lo establecido en el proceso de acreditación, acerca del alcance de sedes.

Certificado de habilitación. Es el certificado de cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en la resolución 1043 de 2006 y sus anexos técnicos. Es importante enfatizar que corresponde al certificado expedido por el ente territorial y no a la inscripción de los servicios (declaración) ante el mismo. Para el caso de las instituciones que ya habían obtenido este certificado antes de la expedición de la resolución 1043 de 2006, según lo estipulado en esa misma norma, se entenderá que cumple el requisito. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que la acreditación, incluye el cumplimiento de requisitos superiores a los establecidos en la resolución 1043 y por tanto una institución que incumpla dichos requisitos arriesgará la evaluación, pues si durante la misma detectáramos incumplimientos del sistema de habilitación, tal cual lo establece la resolución 1445, nos veríamos en la obligación de suspender la visita.

Por otra parte, en el caso de entidades administradoras de planes de beneficios, este requisito deberá ser expedido por la Superintendencia Nacional de Salud y referirse a normas actuales.

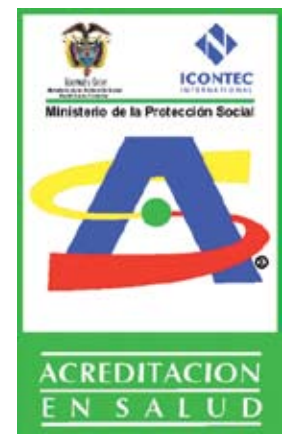
Relación de Guías de Manejo. Es un elemento fundamental para la evaluación, pues los estándares de acreditación en salud hacen énfasis en que la atención clínica brindada a los pacientes debe sustentarse en la mejor evidencia

científica y, por tanto, las guías son elementos de demostración práctica en el tema. Debe tenerse en cuenta que se utiliza el término “relación” para significar que pedimos un listado de las guías más frecuentemente utilizadas, sobre todo aquellas relacionadas con el perfil epidemiológico, de los pacientes atendidos por la institución. Es importante señalar que la evaluación indagará aspectos relacionados con los mecanismos de búsqueda, consenso, implementación, uso, adecuación, actualización y retroalimentación de las guías. La información de la autoevaluación debe aportar elementos en esa línea.

Resumen del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad. En este requisito se debe incluir no solo el plan, sino los documentos que lo soportan, los responsables, los procesos prioritarios asistenciales, la historia del proceso de auditoría, los indicadores y los principales logros del mismo. Es importante señalar que el llamado PAMEC forma parte de los requisitos obligatorios de la habilitación. La importancia de esta solicitud en la acreditación se relaciona con la articulación entre la habilitación y la acreditación, dado que el enfoque de la auditoría debe ser el cumplimiento de requisitos superiores de calidad y el seguimiento a riesgos.

Descripción de los mecanismos que les permiten conocer, adoptar y cumplir la reglamentación vigente. La filosofía de la acreditación en salud es el cumplimiento de estándares superiores a los considerados obligatorios. En este sentido, el reto de las instituciones es demostrar que no solo cumplen las normas básicas, sino que su sistema de gestión de la calidad ha superado dicha etapa. En este orden de ideas, se requiere la presentación de los procesos a través de los cuales, la institución, conoce y adopta el marco normativo y vigila su permanente cumplimiento. A manera de ejemplo, las normas sobre historia clínica, manejo de desechos hospitalarios, conformación de comité de ética hospitalaria, comité de investigaciones, en el caso de que la institución realice investigación y demás normas aplicables, se deben tener en cuenta para el proceso de acreditación.

Relación de los indicadores de calidad que aplican. Una de las exigencias más importantes de la acreditación es que el sistema de gestión de la calidad no solo se refiera a elementos de estructura sino, y sobre todo que se centre en el desarrollo de procesos y en el análisis de los resultados de la gestión clínica. Para ello es necesario implementar sistemas de medición de la calidad, de tal forma que los indicadores utilizados permitan demostrar la evolución y el



comportamiento histórico de las principales variables de la calidad. Debe tenerse en cuenta, como base, el contenido de la resolución 1446 de 2006, más todos aquellos elementos que comprueban el énfasis en niveles superiores de calidad.

Relación de los eventos adversos y reporte de incidentes de los últimos tres meses. Este requisito busca valorar los avances de la institución, en el desarrollo de una política de seguridad de paciente, incluyendo los mecanismos utilizados para la clasificación, reporte, registro, intervención y promoción de los eventos adversos. Sin duda, uno de los logros más importantes del modelo de acreditación en salud en Colombia ha sido promover la discusión sobre la importancia de una política de seguridad de paciente. Evaluar este aspecto constituye una parte crítica, para conocer los logros en materia de calidad de las organizaciones de salud, pues de nada valdría tener desarrollada una gran infraestructura o describir los procesos que se realizan, si las intervenciones no son seguras o se agrega riesgo a los pacientes. Es importante tener en cuenta que la exigencia no se refiere solamente a un listado de eventos, sino que in-

cluye los aspectos de lo que constituye la política de seguridad de paciente de la institución.

Debe resaltarse que la evidencia de presentación de eventos adversos no significa que se juzgue de manera negativa a una institución, se trata más bien de evaluar el abordaje que se da en la institución a este tipo de situaciones que son posibles y constituyen riesgos reales de la prestación de servicios de salud. Las instituciones deben tener en cuenta, para este requisito, que la resolución 1446 de 2006 incluye un listado de posibles eventos adversos trazadores, que deben ser monitoreados en forma permanente.

Descripción del manual de atención al usuario interno y externo. Debe tenerse en cuenta, la obligación legal de contar con un sistema de información y atención al usuario externo y describir los mecanismos y herramientas utilizadas para garantizar información a los usuarios, por ejemplo, líneas de atención y buzones, entre otros. A la vez, debe describirse como se informa a los clientes internos, con lo cual se busca evaluar aspectos de despliegue de mucha importancia en el cumplimiento de los estándares de acreditación.

Aspectos de control legal. En este punto se debe consignar la información sobre investigaciones o sanciones a la institución relacionadas con la prestación de los servicios. Es importante describir la situación que generó la investigación o sanción, el estado actual y las acciones de mejoramiento establecidas para corregir la situación y prevenirla.

Además de los anteriores requisitos, las instituciones deben describir con precisión los procesos implementados para el cumplimiento de los estándares, los planes de mejoramiento de la calidad y, en general, hacer un informe de auto evaluación suficientemente generoso en información, de tal forma que el organismo acreditador conozca en detalle los desarrollos obtenidos en el proceso de preparación para la acreditación, y no simplemente la calificación obtenida. La presentación del informe de auto evaluación cuenta con una serie de recomendaciones prácticas que se pueden consultar en la página web.

Finalmente debe tenerse en cuenta que, aunque el eje de la evaluación externa de la acreditación es el paciente y su familia, se solicitan documentos de carácter administrativo y financiero de carácter básico, por ejemplo el balance y el estado de pérdidas y ganancias, con el fin de que la evaluación de los estándares administrativos de soporte cuente con elementos precisos de información sobre la entidad en esos aspectos. 