

Orientaciones sobre las Exigencias de Habilitación en la Acreditación en Salud

Por:

Dr. Carlos Edgar Rodríguez

Director Nacional de Acreditación en Salud

ICONTEC

cerodriguez@icontec.org

De acuerdo con el artículo 227 de la Ley 100 que facultó al Gobierno Nacional para expedir las normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud, nuestro país ha desarrollado los componentes de Habilitación, Auditoria, Sistema de Información para la calidad y Acreditación en Salud, que definidos en sucesivos decretos desde el año 1994, han constituido un conjunto de elementos que deben ser promovidos por el Gobierno y cumplidos por las instituciones. Esto con el fin de garantizar condiciones de calidad a los usuarios, propiciar una atención integral y segura a los pacientes en la que se de el mejor balance posible entre riesgos y beneficios y facultarlos para que elijan los mejores servicios disponibles en el mercado.

El decreto 1011 de 2006 recoge la experiencia de los derogados 1918 de 1994, 2174 de 1996 y 2309 de 2002. En complemento las resoluciones 1043, 1445 y 1446 de 2006 recopilan y mejoran reglamentaciones previas y especifican los requisitos en materia de habilitación, acreditación en salud y sistemas de información, en ese orden. Los avances del sistema son variables según el componente que se analice, es evidente que el país ha desarrollado una concepción teórica frente al tema, apoyada en instrumentos legislativos y que hay avances en materia de cumplimiento de requisitos; el balance de resultados es más difícil de analizar y debe implicar un consenso entre los diferentes responsables tanto en el nivel político como en el operativo, para saber que se ha hecho y que falta por hacer. La presente reseña aborda algunos aspectos obligatorios que las instituciones en proceso de preparación para la acreditación deben tener en cuenta.

De los cuatro componentes del sistema mencionados anteriormente, tres son de carácter obligatorio; la Acreditación en Salud se considera de carácter voluntario. Para acceder a la Acreditación en Salud se ha definido como requisito el cumplimiento previo de la habilitación, el programa de auditoria y el sistema de información para la calidad, aparte la demostración explícita del

cumplimiento de otras obligaciones legales importantes para la calidad de la atención, contenidas en normas relacionadas con el sistema obligatorio y que reglamentan elementos de estructura y proceso, tales como la resolución 4445 de 1996 sobre condiciones de infraestructura o la resolución 1995 de 1999 sobre historia clínica, entre otras.

La habilitación define los requisitos para ser parte del sistema, tanto en la prestación de servicios de salud como en el aseguramiento de la población. El enfoque de los estándares de habilitación ha madurado a partir de su concepción inicial que tomó como base los requisitos de la Ley novena de 1979 y se ha concentrado cada vez más en la definición de aquellos requisitos esenciales para la prestación, sin los cuales la atención es insegura o genera riesgos mayores que los beneficios posibles; en este orden, la habilitación plantea exigencias tanto de estructura como de proceso, el componente acreditación se orienta más a los procesos y los resultados.

En Colombia la habilitación se inicia con el proceso de inscripción (declaración de servicios) en el que cada prestador describe en un formulario, bajo la gravedad del juramento, que los servicios que presta y declara cumplen los requisitos establecidos en la resolución 1043 de 2006 y sus anexos técnicos en los cuales se describen con un grado de detalle variable los requerimientos mínimos para cada servicio. La autoridad competente para verificar el cumplimiento es la Dirección Territorial de Salud y se han definido sanciones para quien incumpla las condiciones que se compromete a cumplir.

El modelo de habilitación tiene ventajas en comparación con otros modelos de licenciamiento en el mundo; por ejemplo el hecho de ser un modelo único nacional, hace posible consolidar información general y conocer aspectos tan importantes como la oferta total de servicios del país y evitar lo que ocurre con frecuencia en otros países, en los cuales cada región establece parámetros mínimos diferentes.

La descripción y definición de requisitos ha sido objeto de ajustes orientados a precisar o generalizar, según necesidad, en algunos casos hay excesos y en otros deficiencias o desactualización de los requisitos; en general, cada vez hay mayor coherencia en la definición de este tipo de requisitos y las instituciones conocen cada vez más el sistema, con lo cual es previsible que se cumplan mejor dichos requerimientos. La desventaja principal del sistema es la imposibilidad de realizar visitas de verificación, previas a la autorización del servicio; los retrasos en la programación de visitas explican porque algunos servicios pueden ser prestados, con solamente haberse inscrito, sin que una autoridad constate el cumplimiento real de requisitos. Otra dificultad notoria se

refiere a la alta rotación de personal que realiza las verificaciones y a la imposibilidad de garantizar continuidad en los procesos de formación al personal encargado de la verificación para garantizar una evaluación idónea del cumplimiento de requisitos.

Un aspecto esencial de la habilitación es el denominado registro especial de prestadores, consolidado a partir de la información que sobre la habilitación se consigna en los formularios de inscripción del sistema. La base de datos de prestadores contiene información sobre inscripción, novedades, monitorización y reporte de las visitas de verificación y mecanismos de consulta. Esta herramienta es vital para conocer la oferta de servicios de salud del país, la consolidación final la hace el Ministerio de Protección Social. Dado que los reportes son generados por los entes territoriales, la oportunidad y la calidad de los mismos incide en la eficiencia de la herramienta.

En cuanto al componente auditoría, se orienta al mejoramiento de la calidad, parte de la definición de prioridades con base en aquellos aspectos de estructura o procesos que estén generando mayores riesgos para los usuarios y resultados negativos de la atención en salud. El PAMEC (programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad) es la expresión de las acciones que va a desarrollar la institución para cerrar las brechas de calidad. En el año 2006 se estableció que este plan es de carácter obligatorio y debe estar orientado hacia el cumplimiento de los estándares de la acreditación en salud.

El sistema de información para la calidad está orientado a la generación de indicadores y datos útiles para que el sistema conozca el grado de calidad de sus instituciones y para que los usuarios puedan, a partir de información concreta, tomar decisiones ilustradas. La generación de información sobre la calidad ofrecida es un elemento fundamental en el desarrollo de la competencia por calidad, a la vez es deseable que el usuario asuma un rol más activo, que ejerza sus derechos, cumpla con sus obligaciones y contribuya con sus decisiones a que se eleve la calidad de los servicios ofrecidos. Recientemente se han definido indicadores trazadores que permiten a las instituciones de salud comprender los eventos adversos, registrarlos y especialmente desarrollar medidas para prevenirlos. Otro aporte en esta línea es el desarrollo del “ranking” de instituciones, que independiente de las discusiones sobre metodología, constituye un avance en la consolidación de información sobre la calidad.

A partir de este recuento, debe decirse que la Acreditación en Salud implica un cumplimiento a fondo de requisitos legales. El listado de requisitos incluye los tres componentes obligatorios: en el caso de la habilitación la institución debe

presentar el certificado de verificación expedido por la autoridad correspondiente, en el caso de la auditoría, el PAMEC con el enfoque de mejoramiento propuesto en los estándares de acreditación en salud y en el caso del sistema de información, la consolidación de información y las tendencias de los indicadores descritos en la resolución 1446.

Por otra parte es importante tener claros algunos de los requisitos adicionales planteados como puerta de entrada del Sistema de Acreditación en Salud. De especial interés y actualidad resulta la necesidad de haber avanzado lo suficiente en la construcción de una política institucional de seguridad de paciente. Aunque el tema no tiene por ahora una reglamentación específica, es importante resaltar los componentes básicos de clasificación, reporte, registro, intervención y prevención de los eventos adversos, las estrategias para comunicación y participación activa de los usuarios, el desarrollo de listas de chequeo y controles redundantes, la priorización de intervenciones en servicios críticos y demás aspectos a los que se les ha dado difusión en los últimos años. Las estrategias de la Organización Mundial de la Salud, especialmente frente a la prevención de infecciones resultan aspectos claves a implementar. Este requisito muestra en forma concreta el interés de la acreditación en salud por la seguridad del paciente como base de la atención de calidad y ha contribuido a desarrollar el tema en nuestro país.

Otras obligaciones legales incluyen el cumplimiento de lo establecido en el decreto 2200 y en el decreto 4725 de 2005 en los cuales se fijan requisitos en materia de funcionamiento del servicio farmacéutico y de gestión de tecnología. Debe tenerse en cuenta que para acceder a la acreditación en salud las instituciones deben mostrar avances reales en materia de tecnovigilancia y farmacovigilancia. Otros aspectos claves en la prestación del servicio, como las buenas prácticas de esterilización contenidas en la resolución 02183 de 2004 deben formar parte de los desarrollos previos a la presentación a la acreditación.

En igual forma debe demostrarse el cumplimiento de las normas relativas a los sistemas de información y atención al usuario en especial lo contemplado en el decreto 1757 de 1994. De interés y actualidad son los aspectos sobre gestión integral de residuos hospitalarios contenidos en el decreto 2676 de 2000 y en el manual de procedimientos para ese efecto establecidos en la resolución 1164 de 2002.

Por otra parte si una institución en salud se quiere acreditar, debe revisar el grado de cumplimiento y el funcionamiento real de los comités de carácter obligatorio. En este aspecto debe resaltarse la necesidad de conformar y demostrar la funcionalidad de los comités de ética hospitalaria y de ética de la

investigación, dadas las implicaciones que tienen en el abordaje de la dimensión interpersonal de la atención y del respeto de la dignidad de la persona, aspectos que forman parte integral de la acreditación en salud.

Finalmente algunas consideraciones sobre las obligaciones en materia de habilitación. En el caso de las novedades, que son todos aquellos que eventos que modifiquen, adicionen o substituyan lo registrado en el formulario de inscripción, debe tenerse en cuenta la obligación de reporte a través del formulario de novedades adoptado por la circular 0045 de 2006. Esta condición aplica también a las instituciones acreditadas. Es importante tener en cuenta que cada Dirección de Salud debe programar la visita al 25% de la red de su jurisdicción en cada año, de tal forma que en la vigencia de la habilitación, que es de cuatro años se visite toda la red; cuando dicha condición no se cumpla y una institución tenga el grado de desarrollo suficiente para presentarse a la acreditación en salud debe solicitarse la priorización de la visita. Otro aspecto a tener en cuenta en el caso de instituciones con sedes integradas en red, es que las sedes que componen el objeto social de la entidad, cuenten todas con la verificación correspondiente.