

La medición de la calidad en la



Acreditación en salud

Por: **Carlos Edgar Rodríguez,**
Md. Director de Acreditación
en Salud, ICONTEC

A propósito del número 100 de Normas y Calidad, decidimos abordar un tema altamente complejo y controversial: la medición de la calidad de la atención en salud en la perspectiva de la acreditación en salud. Una aproximación genérica y sin muchas ambiciones al tema implica analizar varias perspectivas, en las que podemos ir de lo general a lo particular. En esta forma, una es la medición global de la calidad de la atención, un asunto que habla de la generalidad evaluativa de la calidad de la atención en salud y otra completamente diferente la evaluación específica de ciertos atributos de la calidad que puedan presentarse en términos de indicadores de estructura, proceso o resultado y que den cuenta de la calidad de la atención en salud en términos específicos y comparativos. Se presentan a continuación a manera de resumen y como ilustración genérica al tema, los diferentes ámbitos de evaluación y de medida, intentando dar algunas explicaciones y ejemplos:

1. Las consideraciones generales que terceros, especialmente usuarios, hagan sobre una

institución, por el hecho de estar acreditada, constituye un elemento clave del efecto de la evaluación de la calidad, pues en últimas, uno de los pilares de la acreditación en salud, es justamente la información sobre calidad que una institución trasmite al público en general, en razón de que posee un sello que otras instituciones similares no tienen. La definición inicial del Sistema de Acreditación en Salud, tal como se estableció en la Ley 100 de 1993 señala: "el gobierno nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento" (artículo 186 Ley 100 de 1993). La intención inicial, de generar un sistema de información al usuario que lo faculte para tomar decisiones ilustradas y escoger la mejor atención posible, ha sido ratificada en otras leyes en especial la Ley 1438 de 2011.

Desde esta orientación, la acreditación constituye una información valiosa para cualquier persona que necesite utilizar los servicios de salud



y que podría, como en el caso de las estrellas de los hoteles, optar por instituciones con mayor reconocimiento, dado que han sido certificadas en el cumplimiento de niveles superiores de calidad. Esta pauta indicativa de la calidad de las instituciones acreditadas, no se refiere en particular a un tópico concreto, sino a la suma de logros en múltiples áreas, las cuales han sido evaluadas con un rigor metodológico y que han mejorado luego de un arduo y largo proceso de preparación, todo lo cual invita a pensar a priori en una mejor calidad del servicio, en comparación con instituciones que aún no tengan el sello de acreditadas.

La posibilidad de consultar "información objetiva", no es el centro del mensaje de la medición de la calidad en este caso y por eso no se pone a disposición del público. Para que el usuario considere que una institución es mejor que otra, debe basarse aquí, en la generalidad aprendida sobre el significado del sello otorgado, que desde luego es resultado de un comportamiento mejor de indicadores en estructura, procesos y resultados. Parte de la credibilidad depende del nombre y reputación del organismo que verifica la conformidad con los estándares, del alto nivel técnico que se presume y de los reconocimientos internacionales, todo lo cual le permite confiar en la institución que elige, desde luego si dicha posibilidad es propiciada por el asegurador al cual está afiliado y especialmente si la difusión de las ventajas y calidades del modelo han generado el conocimiento necesario para elegir, un tema en el que se requiere un fuerte impulso de educación para los consumidores de servicios de salud en Colombia. De allí, entre otras, la importancia de publicitar el modelo y brindarle el reconocimiento y posicionamiento que

merecen tanto el sistema como las instituciones que obtienen el logro. Es claro que si las propias autoridades dan poca importancia al sistema y no lo promocionan, se pierde a la larga uno de los mayores efectos potenciadores de la evaluación de la calidad, el empoderamiento de los usuarios para que elijan libremente la institución en la que quieren ser atendidos y que dicha decisión dependa de información e ilustración sobre quiénes son los mejores.

2. Las calificaciones de los diferentes grupos de estándares: actualmente, el modelo de acreditación en salud se basa en la evaluación del grado de cumplimiento de 158 estándares de calidad, asistenciales y de apoyo, que deben ser cumplidos en los diferentes frentes de trabajo de las instituciones de salud, en particular de las IPS. El modelo actual de la acreditación entrega como resultado a las instituciones, una calificación global para cada uno de los grupos de estándares asistenciales y de apoyo (direccionamiento, gerencia, talento humano, ambiente físico, sistemas de información, entre otros) con lo cual la institución puede conocer en forma general su comportamiento frente al cumplimiento de estándares y plantear oportunidades de mejoramiento a partir de las brechas mayores. Es natural que el buen resultado en cada grupo de estándares depende del cumplimiento de requisitos de estructura, proceso y resultado, de la comprensión del estándar (enfoque) de su implementación (despliegue interno y externo) y de la presentación de resultados. Las calificaciones de cada grupo deben mejorar a partir del cierre de brechas de la primera visita, lo cual es corroborado por el organismo de acreditación en las visitas de seguimiento. En este sentido el modelo de acreditación en salud ofrece un valor agregado importante en términos de mejoramiento continuo y de transformación de la cultura organizacional en el largo plazo.

3. Las calificaciones de cada estándar: el modelo de la acreditación contempla la calificación de cada estándar, información que, sin embargo, se ha decidido no entregar desagregada, habida cuenta de las implicaciones que podrían tener las controversias relacionadas con la comparación sobre resultados individuales por estándar y las posibles diferencias de enfoque evaluativo, entre evaluados y evaluadores. En este punto es importante señalar, que las instituciones realizan auto evaluaciones por estándar, lo cual les permite monitorear su mejoramiento en detalle y servirse del informe de resultados de la evaluación, para analizar si sus calificaciones han pecado por exceso o defecto, a partir de los hallazgos de los evaluadores y utilizar el aporte de la visión externa independiente y autónoma para generar nuevas oportunidades de mejoramiento.



El otro aspecto técnico a tener en cuenta, es que la comparación de calificaciones para cada estándar, se ve limitada por el cambio de versiones de los estándares, que en el caso de nuestro modelo implica, hasta la fecha, tres modelos con diferente número de estándares en cada versión, con limitadas posibilidades de homologación.

Aparte estos elementos generales de la medición de la calidad de la atención en salud, incluidos en la acreditación en salud, ICONTEC ha desarrollado mecanismos de captura de información en relación a los indicadores asistenciales, no solo aquellos de monitoreo del SGC, sino de aquellos que tienen impacto sobre el paciente; este proceso inició durante el año 2005 obteniendo datos durante el proceso evaluativo en campo, posteriormente se diseñó un instrumento cuyo objetivo fue generar monitoreo y control de la IPS, desde el ente acreditador. ICONTEC ha definido indicadores claves que son objeto de seguimiento durante las evaluaciones. A continuación se hacen algunos comentarios sobre los bloques principales de información solicitada.

4. La información sobre población atendida: permite monitorear el comportamiento a lo largo del tiempo de la atención prestada y la relación de las instituciones con el aseguramiento de la población objeto de su atención.

5. La información sobre estructura, producción y eficiencia técnica: Incluye indicadores de uso como el porcentaje ocupacional general y por servicios, el número de camas, el giro cama, los promedios de estancia; la producción de servicios global, por ejemplo cirugías, consultas generales y especializadas, tratamientos terminados, cobertura de programas de promoción y prevención. Esta información permite analizar la

suficiencia institucional, relacionar la capacidad instalada con la producción de servicios y evaluar la eficiencia general de la institución.

6. La información sobre infección asociada al cuidado de la salud: Esta información relaciona las infecciones intrahospitalarias con los egresos, de acuerdo con la complejidad institucional y con indicadores específicos como la tasa de infección de vías urinarias asociada al uso de sonda vesical o la neumonía asociada al uso de ventilador, entre otros. También se monitorea aquí la profilaxis antibiótica, la adherencia al lavado de manos y demás pautas internacionales para la prevención de infecciones.

7. La información sobre guías de práctica clínica: Esta información permite evaluar los adelantos institucionales en materia de desarrollo de guías de manejo y especialmente de la adherencia a las mismas por parte de los profesionales que deben aplicarlas.

8. La información sobre la historia clínica: Permite evaluar aspectos relacionados con el diligenciamiento completo de la historia clínica y los avances en materia de historia clínica electrónica, capacidad instalada de equipos y su relación con las camas hospitalarias.

9. La información sobre la oportunidad de la atención: Relaciona las mediciones de oportunidad en diferentes servicios como consulta externa, especialidades, entrega de resultados de laboratorio e imágenes, aspectos que permiten correlacionar la capacidad instalada con la suficiencia de la oferta.

10. La información sobre quejas: que incluye el volumen de quejas, el tiempo de res-

puesta, las investigaciones de entes de vigilancia y control entre otros aspectos que dan cuenta del desarrollo de los sistemas de información y atención al usuario.

11. Los indicadores de la resolución 1043 de 2006: que incluye entre otros, análisis de mortalidad y complicaciones por ejemplo quirúrgicas y que deberán modificarse a la luz de la nueva reglamentación sobre el tema, en especial el efecto de las resoluciones 1441 de 2013 y 1552 de 2013.

12. Los indicadores de la Resolución 1446 de 2006: incluyendo el reporte y vigilancia de eventos adversos y trazadores de calidad de la atención.

13. La información de talento humano: en la que se analiza el volumen de personal contratado, el tipo de contratación, la rotación, las mediciones de clima laboral, la incidencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, el ausentismo, la cobertura de programas de inducción y demás aspectos de gerencia del talento humano que se correlacionan con la calidad de la prestación de los servicios.

14. La información financiera: en la que se analizan parámetros generales como activos, patrimonio, ventas, capital de trabajo, indicadores financieros, cartera y demás elementos que den cuenta del desempeño institucional en este frente.

Como se desprende de la descripción de estos indicadores, el modelo de acreditación en salud plantea el monitoreo obligatorio en el tiempo (para periodos de cuatro años) de algunos indicadores de seguridad de la atención, otros de suficiencia de servicio, algunos más relacionados con la experiencia de los usuarios con la atención recibida y su satisfacción y otros más relacionados con el talento humano y el comportamiento financiero. Si bien estos elementos permiten mostrar resultados de avances en la estructura de prestación y en los procesos, salvo algunas excepciones, está pendiente en la agenda el avance hacia las mediciones de resultados de efectividad clínica y la utilización de herramientas que permitan comparar a las instituciones de acuerdo con el peso de las patologías atendidas; el apoyo del gobierno al sistema de acreditación para difundir en forma masiva su significado e importancia en la toma de decisiones de los usuarios, el desarrollo de incentivos, la unificación de sistemas de información y el uso de sistemas de información que permitan comparaciones automáticas, constituyen retos futuros de un modelo de medición de la calidad de la atención.

En los cuadros anexos se presentan algunos resultados seleccionados que dan cuenta de los logros del sistema de acreditación en salud y pueden servir de orientación a usuarios y demás interesados en el tema.

INDICADOR	RESULTADO 2012	%	PAIS
1. Total Camas Acreditadas	5503	7,53%	73063
2. Total Camas Cuidado Intensivo	1320	14,2%	9294
3. Egresos Totales	217.882	12%	1794000
4. No Cirugías Totales	209.154	20%	996.000
5. Total Urgencias Atendidas	1.431.441	12%	11.841.000

INDICADOR	RESULTADO 2012
6. Total Consultas Externas	2.907.895
7. No Trabajadores Instituciones Acreditadas	32.507
8. Promedio Porcentaje de Ocupación	83%
9. Adherencia Lavado de Manos	77%
10. Adherencia al Uso de Guías de Manejo	85,2%
11. No Quirófanos Acreditados	205
12. Cobertura Historia Clínica Electrónica	86%
13. Cancelación de cirugía por causa institucional	2,8%
14. Profilaxis Antibiótica	79%
15. Proporción de Vigilancia de Eventos Adversos	94%