

Sistema de Información de la Calidad

Un avance para la atención en salud

Por: Carlos Edgar Rodríguez H,
Director Sistema Único de Acreditación, ICONTEC(*).

Uno de los elementos más importantes que plantea el desarrollo de un sistema gestión de la calidad es la generación de información veraz, oportuna, técnica y confiable, que permita a quienes participan de dicho sistema interactuar con él, retroalimentarlo y contribuir a su mejoramiento.

En el caso del sector salud, uno de los problemas tradicionales ha sido justamente carecer de información adecuada y oportuna, sobre temas de enorme importancia práctica, como la consolidación de información sobre la mortalidad según causas, la morbilidad (principales causas de enfermar) y más aun sobre elementos de tanta importancia como la calidad misma del sistema o el impacto de las intervenciones del sector sobre la población. Para ser justos, no se trata de que no existieran los mecanismos, pues desde el antiguo Sistema Nacional de Salud (1975) contábamos con el llamado sistema de información de salud, SIS, sobre el cual habría que decir más bien, que aunque se registraba información, el proceso de recolección, consolidación y toma de decisiones, carecía de eficiencia y en muchos casos, la información terminaba archivada sin cumplir los objetivos previstos.

La situación del sistema de información en salud se hizo mucho más compleja con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, contenido en la Ley 100 de 1993, que introdujo nuevos conceptos de atención y protección a los sujetos, nuevos actores, en especial en el sector del aseguramiento y sin duda mayor complejidad en el marco de las transacciones entre los responsables de la salud. Se puede afirmar que en los primeros años de implementación del nuevo sistema, empeoró la ya limitada capacidad del mismo, para responder a los intereses de sus propios actores. Gobierno, instituciones y usuarios padecemos un vacío de información de gran importancia para la toma de decisiones y la orientación del propio sistema. Los ejemplos de esta situación son múltiples, pero se pueden citar, las inconsistencias en la información epidemiológica o las diferencias en los datos de cobertura.

A la vez, es evidente que en esta materia, las necesidades del sistema y la presión por conocer sus efectos, han forzado en los últimos años, múltiples avances. Baste decir que hace apenas una década, muchas instituciones de salud tanto del sector público como del privado, carecían de sistemas de información, de herramientas de software, de hardware o de personal capacitado para atender las crecientes necesidades del sistema.

Después de superar etapas difíciles en esa materia, las instituciones de hoy cuentan con recursos, experiencia y mejores condiciones para enfrentar los retos de información que el sistema propone. Después de la implementación traumática de los Registros individuales de la atención en salud, RIAS, pasamos a los Registros individuales de prestación de servicios, RIPS, y podemos afirmar hoy que la información sobre las atenciones en salud a los usuarios del sistema se está registrando con mayor eficiencia que antes. Otro tanto se puede afirmar sobre los registros de información financiera, a partir de los datos de un sistema de facturación de servicios que en la mayoría de las instituciones ha evolucionado hasta la automatización.

Sin duda el camino por recorrer es todavía largo. La consolidación de la información, sobre todo en los niveles centrales es un tema complejo, sin respuestas claras; las falencias de algunos de los actores responsables inciden en la eficiencia de todos, por tanto la posibilidad de tomar decisiones acertadas que orienten el sistema como un todo, a partir de la información general en tiempo real, es todavía una ilusión. Un reto mayor aun lo constituye la necesidad de unificar los diferentes subsistemas de información en uno solo denominado del sector de la protección social, tarea en la cual el Ministerio viene adelantando una importante labor. Es importante resaltar la evolución en este campo que incluye hoy, disponer de información que antes no imaginábamos poder tener y la consolidación de datos que pueden ayudar a definir mejor las políticas de salud. Ejemplos de ello son, sin duda, la consolidación de bases de datos de personas pertenecientes a los diferentes regímenes de la seguridad social, la unificación de formularios de pago, los reportes de información general sobre afiliados por parte de las aseguradoras, la consolidación de información sobre la oferta a partir de la habilitación y la mejora evidente en el reporte de enfermedades de notificación obligatoria después de una etapa de crisis en el reporte, entre otros.

Hemos podido constatar estos avances con la implementación del Sistema Único de Acreditación, tanto en el sector de prestadores, en el que se notan avances importantes en materia de historia clínica, indicadores generales de gestión, sistematización de datos, entre otros, como en el sector de aseguradoras en el que, durante la prueba piloto realizada en 2005, pudimos evaluar notorios avances en el sistema de información propio del aseguramiento (recaudo, compensación), como en el de la información propia sobre los usuarios, en especial la descripción de los factores de riesgo, aspecto de importancia crítica en la definición de un modelo de atención que dé respuesta integral a las necesidades de salud de sus afiliados.

Todos estos avances requieren la unificación de criterios de información, la consolidación y el reporte oportuno, la difusión a la población general de información que dé cuenta de los avances del sistema o de sus fallas y sobretodo, avanzar hacia un modelo que indague más allá del número de atenciones o sus costos y que permita conocer la calidad de dichas atenciones.

Sistema de Información para la Calidad

Desde este punto de vista, vemos como un logro importante para el sistema de salud, la implementación por parte del Gobierno Nacional de la Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006, en la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud. Era esta una necesidad sentida del sistema, que recoge varios esfuerzos previos y resuelve vacíos que es necesario llenar si queremos que los componentes del sistema de garantía de calidad se desarrollen.

La resolución, en síntesis, define y establece las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita seguir y evaluar la gestión de la calidad en todas las instituciones, en especial las IPS (instituciones prestadoras de servicios de salud) las EPS (entidades promotoras de salud) las ARS (administradores del régimen subsidiado), las EMP (entidades de medicina prepagada), así como las Entidades Territoriales de Salud, de carácter Departamental, Distrital y Municipal.

A la vez, la resolución propone dentro de su objeto, desarrollar los elementos para brindar información que permita al usuario hacer uso del principio de libre elección para decidir dónde quiere ser atendido, con base en la calidad que las instituciones ofrezcan. Por otra parte, la resolución pretende que se desarrollen los insumos necesarios para la referenciación por calidad, de tal manera que a partir de dichos insumos se pueda materializar una verdadera política de incentivos basados en el prestigio.

En la resolución se definen indicadores, trazadores y sus fichas técnicas, los cuales son de obligatorio cumplimiento, de tal forma que sea posible realizar el proceso de monitoreo de la calidad. En este esquema se incluye también a las instituciones que han obtenido la Acreditación en Salud, para lo cual el organismo de acreditación ICONTEC y el Ministerio de la Protección Social deberán implementar los indicadores de seguimiento, que permitan verificar que las condiciones por las cuales la institución obtuvo la acreditación se mantienen. Esta definición es un elemento fundamental para el Sistema de Acreditación en Salud, por cuanto brindará elementos para el seguimiento y permitirá el desarrollo de información para el público acerca de las instituciones acreditadas.

Sin duda, uno de los elementos más importantes lo constituye la formalización del monitoreo de los indicadores de seguimiento a riesgo definidos en la habilitación y la implementación del seguimiento de eventos adversos, el cual es hoy un reto de mucha importancia para las instituciones de salud, por cuanto implica desarrollar una verdadera política de reporte de los eventos adversos, orientados a su prevención. Como se sabe, los eventos adversos son un tema clave en la implementación de sistemas de la calidad para el sector salud, pues su eje es la seguridad misma del paciente y todo aquello que contribuya a que no se presenten situaciones durante la atención en salud que lo pongan en riesgo.

Uno de los avances de la Acreditación en Salud en Colombia, en cuanto a su estímulo a la calidad general del sistema, ha sido justamente la exigencia de tener dicho reporte como un requisito para presentar la solicitud, lo cual implica un notorio compromiso de las instituciones acreditadas con la seguridad del paciente y por tanto con el mejoramiento continuo de la calidad. La resolución, incorpora en su anexo técnico un listado de posibles eventos adversos, a los cuales según el tipo de institución, se les deberá hacer seguimiento.

De igual manera, se define que el reporte deberá hacerse a la Superintendencia Nacional de Salud, lo cual aporta significativamente para la unificación de criterios y funciones, en un tema en el cual se ha notado habitualmente dispersión y duplicidad de esfuerzos. De hecho, la Superintendencia expidió recientemente la circular 00030 del 19 de mayo que deroga una serie de circulares previas (001 de 1996, 023 de 2005, 028 de 2006) y que imparte instrucciones en materia de indicadores de la calidad, de tal forma que sea posible evaluar oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia, entre otras.

Es evidente que la resolución 1446 y la circular 00030, constituyen pasos valiosos en la unificación de criterios para desarrollar el sistema de información sobre la calidad en salud. La definición de cortes semestrales en el reporte y no trimestrales como estaba previsto antes, puede hacer más eficiente el sistema, la definición concreta del tipo de indicadores y el listado de posibles eventos adversos por reportar son avances notables que contribuirán a conocer las causas más frecuentes de problemas de calidad y sobre todo a su prevención.

Otro elemento positivo, es la integración de este sistema de información para la calidad, con los demás componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad, especialmente con el componente de auditoría, denominado hoy Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC), con lo cual creemos se avanza en el sentido de ofrecer herramientas y una mirada más global a la auditoría, habitualmente restringida a aspectos de transacción y no de mejoramiento de la calidad.

Finalmente desde el punto de vista de la Acreditación en Salud, desarrollaremos durante los próximos meses, en acuerdo con el Ministerio, una propuesta técnica en la que se especifiquen aspectos de la calidad, que muestren el mayor desarrollo de las instituciones acreditadas. Diferentes temas, entre ellos, la necesidad de organizar verdaderos sistemas de referenciación que deberíamos llamar comparativa y no competitiva, las adaptaciones según grado de complejidad de la información y el avance hacia indicadores que superen el simple reporte de los efectos de estancia y nos permitan analizar los resultados según los riesgos atendidos, constituyen retos valiosos para el sistema, en beneficio sobre todo de los usuarios.

(*) Medico Cirujano, Especialista en Administración de Servicios de Salud y Gerencia Social, Magíster en Bioética. Director Nacional de Acreditación en salud ICONTEC