

El pasado 12 de Marzo, se publicó en el Diario Oficial de Galicia (nº 50), el Decreto 52/2001 de 22 de febrero por el que se regula la acreditación de los centros hospitalarios de la Comunidad autónoma de Galicia, que afecta tanto a los hospitales públicos propios de la red SEGAS (Servicio Galego de Saúde), como a los hospitales que mantienen o desean mantener conciertos con este organismo. Así mismo voluntariamente pueden hacerlo otros centros "como garantía del nivel de calidad que poseen.

El primer hospital público que va a someterse a este proceso, el próximo 15 de Octubre, es el Complejo Hospitalario "Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos", de Ferrol. Durante las próximas líneas vamos a exponer la situación del centro en el momento de enfrentarse a este hecho y algunas reflexiones personales sobre este proceso.

El Gran Diccionario Enciclopédico de la editorial Plaza y Janés, define acreditar como "Dar seguridad de que una persona o cosa es lo que representa. La Enciclopedia Universal Sopena de 1963 añade otra definición interesante " Hacer digna de crédito una cosa, probar su certeza o realidad".

Sin embargo quisiera introducir la definición del término "Acreditación" que aparece en el Real Decreto del Ministerio de Industria, 2200/1995 de 28 de diciembre y que define el proceso de acreditación como: sistema con el cual se garantiza que los organismos certificadores tienen capacidad y reconocimiento tanto técnico como profesional. Decreto que desarrolló la creación de la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), de acuerdo con los criterios de la Comisión Europea reflejados en el documento "Principios de la Acreditación en Europa": " Se ha considerado conveniente que en cada país miembro de la U.E. haya una entidad acreditadora que garantice ante el resto de los Estados la capacidad técnica y profesional de los organismos notificados (Entidades de Certificación, Laboratorio de Ensayo, Laboratorios de Calibración y Entidades Auditoras y de Inspección), así como su independencia e imparcialidad.

A su vez ENAC, define la Acreditación como el procedimiento mediante el cual un Organismo autorizado reconoce que una organización es competente para la realización de una determinada actividad de evaluación de la conformidad.

La Orden de 10 de Julio de 1991 sobre la acreditación de centros hospitalarios de Cataluña, no menciona el objeto de la acreditación sino quién está obligado a solicitarla y superarla y para que.

Sin embargo el Decreto de la Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, de nuestra Comunidad si define el objeto de la acreditación: “ El artículo 4 del Decreto 99/1984, de 7 de Junio, sobre centros, servicios y establecimientos sanitarios, determina que a esta consellería le corresponde establecer procedimientos y criterios que, superado los requisitos técnicos y las condiciones mínimas para su **autorización**, deban cumplir los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tiendan a mejorar de forma progresiva, la calidad de estos y de sus prestaciones sanitarias. Una de estas medidas es dinamizar el funcionamiento de los hospitales con la introducción d eun sistema de acreditación que permita conocer los **niveles de calidad de los hospitales y que identifique las posibles áreas de mejora**, lo que redundará en beneficio tanto del sistema sanitario y de sus usuarios, como de los propios centros y de sus profesionales.

En 1997 el equipo directivo del Complejo, decidió introducir la Gestión de la Calidad Total en el centro. Las razones que nos llevaron a tomar esta decisión fueron tanto de tipo formal como estratégicas. Entre estas últimas se encontraban:

1. La necesidad estratégica de generar una experiencia que permitiera la participación y reconocimiento del centro en los foros sanitarios nacionales.
2. Un equipo comprometido.
3. La confianza en el proyecto ya que teníamos apoyos de sectores de la sociedad de Ferrol con amplia experiencia en estos temas.
4. El azar.

Las de tipo formal podemos verlas en la siguiente figura, que de forma resumida intenta explicar que cumplir con los deseos de los organismos superiores, del equipo directivo y de los profesionales del centro, es simplemente hablar de calidad



Tras estos años hemos acuñado una frase:

“Pensamos que la “calidad” es la mejor excusa que hemos encontrado para conocer nuestra organización, y sí podemos, mejorarla”.

Para llevar todo este proceso recabamos la ayuda y colaboración del Instituto de Evaluación Sanitaria (IUES), de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, que dirige el Dr. José Simón Martín.

El Plan de Calidad Total de nuestro Complejo utiliza por tanto el Modelo para la Mejora Continua de los centros Sanitarios de dicho Instituto, que define dos niveles el primer nivel o Nivel I del modelo, busca evidencia sobre como funciona la organización y como tiene establecido un sistema que garantice la calidad de sus servicios, en base a los principios genéricos de la gestión de la calidad, como herramienta utiliza las Normas ISO 9000 y la Autoevaluación, mediante una serie de estándares definidos por el Instituto y que son semejantes a los canadienses o australianos.

El nivel II se basa en la Excelencia en la Gestión, utilizando como herramienta el Modelo Europeo de Excelencia de la Calidad (EFQM).

Así mismo el Plan de Calidad del Complejo tiene también dos niveles:

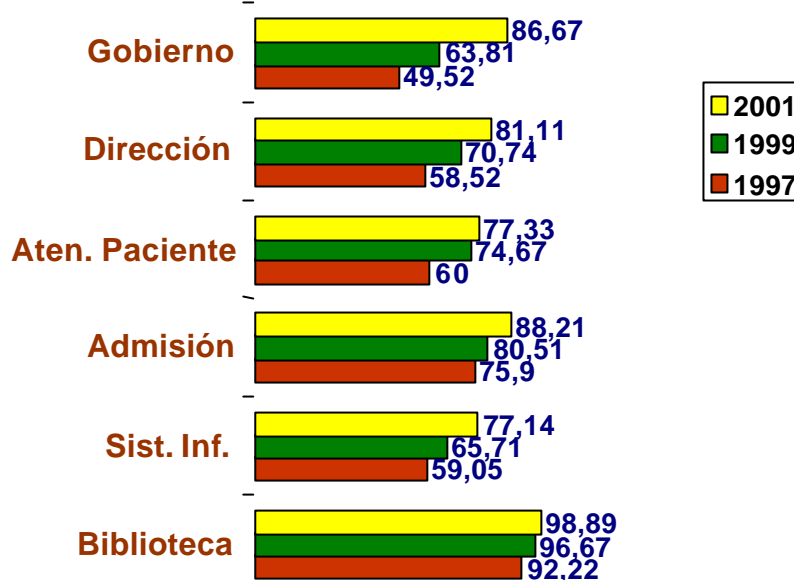
El nivel I al que denominamos de Aseguramiento de la Calidad a través de la certificación por las normas ISO 9000, y el 2º nivel o nivel de la Excelencia mediante la aplicación del Modelo Europeo de Excelencia de la Calidad (EFQM).

Las áreas a certificar son aquellas que obtiene mejor puntuación, tras el proceso de autoevaluación según el modelo del IUES.

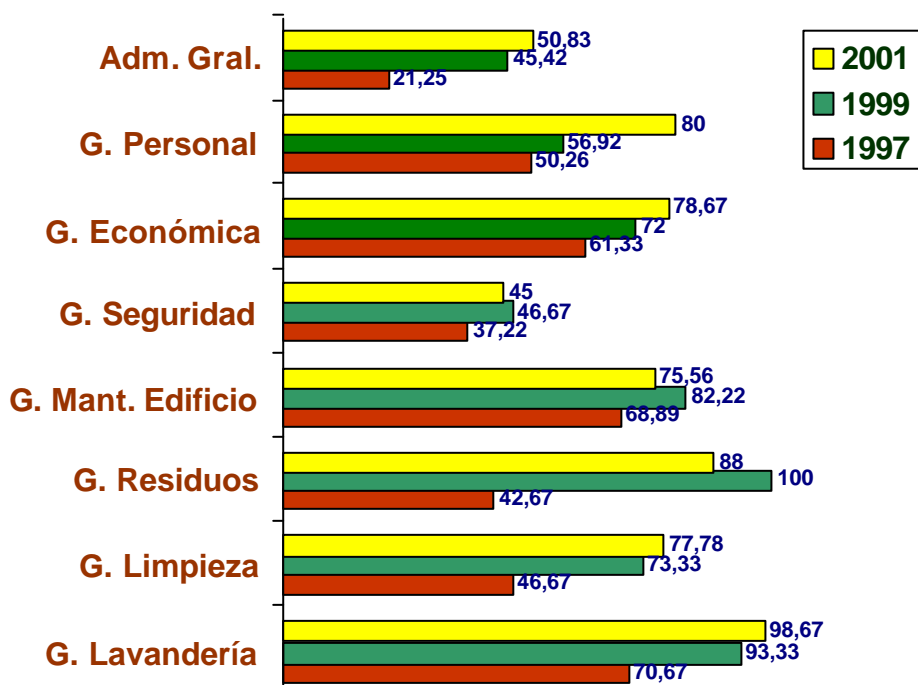
Realizamos tres autoevaluaciones en los años 1997, 1999 y 2000 con los siguientes resultados:



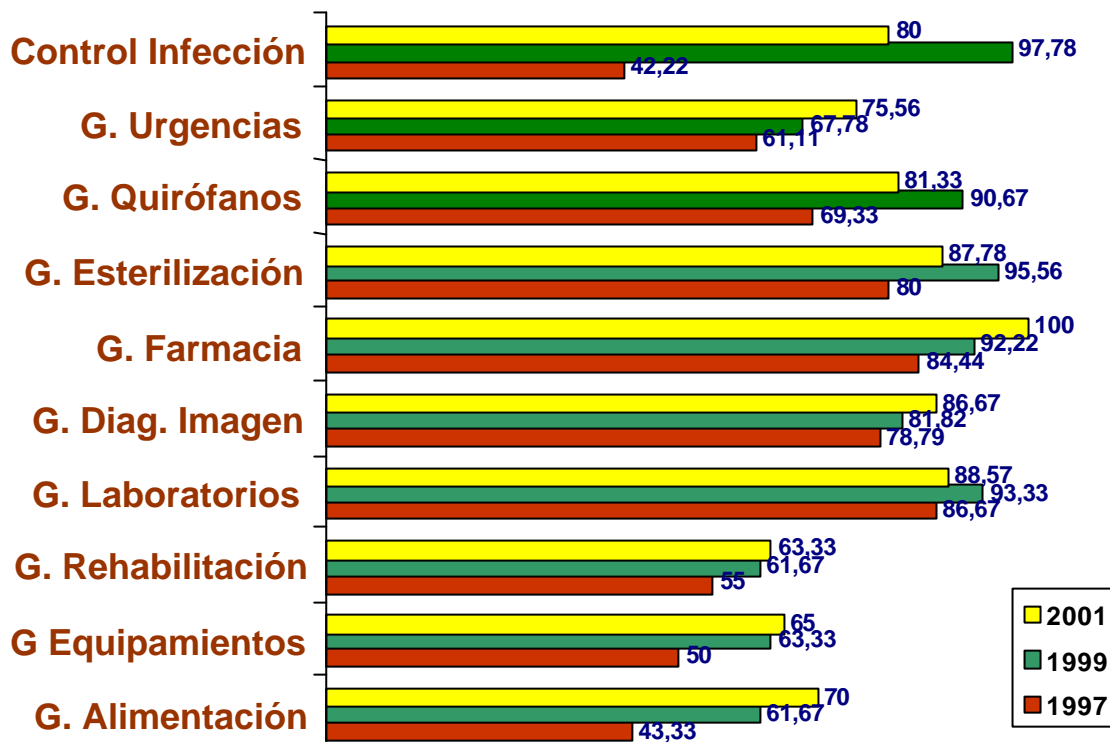
Resultados - Área I (Áreas de Dirección/Gobierno)



Resultados - Área II (G. Económico - Adm)



Resultados - Área Clínica III (Funciones comunes)



Una vez publicada la orden de acreditación y conocido que íbamos a ser los primeros, analizamos las coincidencias entre el modelo de autoevaluación y el decreto de acreditación, observando que eran muy semejantes, así por ejemplo:

MODELO I.U.E.S

ÁREA DE ORGANOS DE GOBIERNO Y DIRECCIÓN

□ Órgano de Gobierno.

□ Dirección.

□ Atención al Enfermo.

□ Admisión, archivos y Documentación Clínica.

□ Sistema de Información.

□ Biblioteca.

DECRETO DE ACREDITACIÓN.

* Área de Dirección.

* Área Médica.

* Área de Enfermería.

* Área de Admisión.

* Área de Consultas Externas.

* Área de Archivo y Documentación Clínica.

* Área de Atención al Usuario.

* Área de Formación Continuada, Docencia e Investigación.

Diseñamos un cuestionario que contenía todos los criterios y requerimientos incluidos en la orden y como si fuera un proceso de autoevaluación analizamos nuestra situación respecto a cada uno de los requerimientos (al final de este texto aparecen ejemplos tanto del cuestionario como del Test)

Al mismo tiempo definimos un test en el que registrábamos lo que nos faltaba para cumplir el requerimiento y las acciones a realizar, he de decir en este punto que sin duda el tipo de modelo que llevábamos aplicando en el hospital desde 1997 ha permitido que tuviéramos muchas de las tareas realizadas y cumplir muchos de los requerimientos.

El próximo día 15 de Octubre sabremos si hemos tenido éxito o no.

No quisiera terminar si plantear algunas reflexiones sobre los procesos de acreditación "administrativos":

1. Hasta ahora cuando hablábamos de "calidad en los foros sanitarios se planteaban tres "modelos" básicos: Aseguramiento de la Calidad (ISO 9000), Modelo Europeo (EFQM) y Acreditación según los estándares de la Joint Comission. Posiblemente de generalizarse la Acreditación formal de centros por parte de las distintas administraciones sanitarias nos podemos encontrar que después de años de trabajo, posiblemente solo los que han implantado el modelo de acreditación de la Joint Comission, tengan un trabajo recorrido para cumplir los distintos estándares que se exigen, pudiendo cundir el desánimo.
2. Sin entrar en la discusión de si el proceso de Acreditación es una tarea propia de los cuerpos de Inspección, deberíamos crear una modelo de desarrollo semejante al del Real Decreto 2200/95 que asegure la formación de los posibles auditores.
3. Si las distintas Administraciones consideran que es necesario el proceso de Acreditación deberían revisar la legislación que afecta a distintos apartados del proceso como por ejemplo los Órganos de Dirección y completar en esa normativa lo que es su responsabilidad, si no lo hacen se presupone que cada hospital podrá desarrollar los apartados de forma distinta y aceptar por ejemplo diferentes reglamentos.
4. Como todo está inventado, posiblemente procesos semejantes a la auditoría interna o a la auditoría de precertificación, seguidos en los procesos de certificación por la ISO 9000, serían de utilidad para que las organizaciones a acreditar alcanzasen los estándares requeridos.
5. ¿Quién o quienes?, actuaran de facilitadores en los procesos de acreditación.

Ejemplo Hoja Cuestionario.

1. ÁREA DE DIRECCIÓN

| CRITERIO | | |
|-----------------------|---|---|
| 1.1. | O hospital conta cun órgano de dirección que asume a representación e executa as políticas de actuación. | |
| Requerimentos_ | | |
| 1.1.1 | <p>O órgano de dirección conta cun documento que establece a súa composición e funcións, así como cun regulamento de funcionamento interno. Nel participan alomenos os responsables da área médica, enfermería e xestión dos servizos non sanitarios.</p> | <p>A composición e funcións están definidas no Decreto 97/2001, do 22 de marzo, de regulación básica dos órganos de dirección, asesoramento, calidades e participación das institucións hospitalarias do SERGAS.</p> <p>Non está definido o regulamento interno.</p> <p>Facer PO Comisión de Dirección.</p> |
| 1.1.2 | <p>Á fronte do órgano de dirección existe un director formalmente nomeado e está previsto quen é a persoa que o substitúe en caso de ausen</p> | <p>Existe o cargo de Director Xerente, nomeado polo Conselleiro, e na súa ausencia é substituído polo Director Médico.</p> <p>Según o Decreto 97/2001, ha de ser desinado polo Xerente.</p> <p>Facer carta nombrando o D. Médico</p> |
| 1.1.3 | <p>Está definido quen é o profesional titulado que asume a responsabilidade máxima da asistencia sanitaria dos pacientes do centro, así como o seu substituto en caso de ausencia</p> | <p>O Director Médico, e na súa ausencia, o Subdirector Médico.</p> <p>Asemade, nos turnos de tarde e noite existe a figura do Xefe da Guardia Médica.</p> <p>Localizar escrito interno sobre Jefatura de Guardia RRHH (A.Paniagua)</p> |
| 1.1.4 | <p>O hospital conta cun documento elaborado pola dirección que contén o plan xeral de xestión, a organización funcional do hospital e a súa carteira de servizos</p> | <p>Memoria/Organigrama J.Jimenez/Angel Rodeño/J.Grandal</p> <p>Contrato programa.</p> <p>PIAF, Cartera de Servizos.</p> |
| 1.1.5 | <p>O hospital formaliza por escrito as súas relacións con todo o persoal e entidades que prestan servizos nel e para el</p> | <p>En xeral, sí. Con el persoal se firma nombramiento o contrato laboral y con empresas de servizos, contratos administrativos.</p> |

Ejemplo Hoja Test Acreditación-Acciones.

2. ÁREA DE DIRECCIÓN

| CRITERIO | | |
|----------------------|---|--|
| 1.1. | O hospital conta cun órgano de dirección que asume a representación e executa as políticas de actuación. | |
| Requerimentos | | |
| 1.1.1 | O órgano de dirección conta cun documento que establece a súa composición e funcións, así como cun regulamento de funcionamento interno. Nel participan alomenos os responsables da área médica, enfermería e xestión dos servicios non sanitarios. | Elaboración do regulamento interno (Pedro). Facer PO Comisión de Dirección. |
| 1.1.2 | Á fronte do órgano de dirección existe un director formalmente nomeado e está previsto quen é a persoa que o substitúe en caso de ausencia | Facer carta nomeando o D. Médico como sustituto (Pedro) |
| 1.1.3 | Está definido quen é o profesional titulado que asume a responsabilidade máxima da asistencia sanitaria dos pacientes do centro, así como o seu substituto en caso de ausencia | Localizar escrito interno sobre Jefatura de Guardia RRHH (A.Paniagua) |
| 1.1.4 | O hospital conta cun documento elaborado pola dirección que contén o plan xeral de xestión, a organización funcional do hospital e a súa carteira de servicios | ¿??? Pedro |
| 1.1.5 | O hospital formaliza por escrito as súas relacións con todo o persoal e entidades que prestan servicios nel e para el | |