

Política de calidad en la sanidad de Castilla y León

Milagros Marcos-Ortega^a y Fernando Revilla-Ramos^b

^a*Directora general de Planificación y Ordenación. Dirección General de Planificación y Ordenación. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Valladolid.*

^b*Jefe de Servicio de Calidad y Acreditación del Sistema Sanitario. Dirección General de Planificación y Ordenación. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Valladolid. España.*

Correspondencia: Fernando Revilla Ramos.
Paseo Zorrilla, 1. 47071 Valladolid. España.
Correo electrónico: revramfe@jacyl.es

Resumen

Aunque la gestión de la calidad de los servicios relacionados con la salud ha venido inspirando el desarrollo de la política sanitaria en la Comunidad de Castilla y León desde hace más de una década, ha sido en los últimos años, sobre todo a partir de la descentralización de la gestión de la asistencia sanitaria desde el Estado a la Comunidad en el año 2002, cuando se ha producido su mayor despliegue normativo y operacional, orientado a la consecución de la mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios desde la perspectiva del modelo europeo. La adopción de nuevas formas de planificación integradora tanto en el ámbito asistencial como en el sociosanitario; la promoción de las mejores prácticas a partir de la evidencia científicotécnica disponible; la consideración de la calidad de vida laboral de los profesionales; el desarrollo de modelos de evaluación de la asistencia y de acreditación de centros y servicios; el diseño y la implementación de herramientas metodológicas basadas en la gestión de procesos, y el desarrollo de los derechos de los ciudadanos en relación con la salud y la orientación del sistema sanitario hacia la satisfacción de sus necesidades y expectativas, conforman los aspectos más relevantes del despliegue actual y futuro de la política sanitaria en Castilla y León.

Palabras clave: Política sanitaria. Planificación sanitaria. Política de calidad. Gestión de la calidad.

Abstract

Quality management in health services has been inspiring the development of health policies in the Community of Castilla y León for the last decade. However, it has been in the last few years, specially since the decentralization of health care management from the State to the Community in the year 2002, when the greatest deployment in the establishment of norms and developments has been produced. This deployment has been aimed to the continuous improvement of the quality of the health services from the perspective of the European model. The adoption of new forms of integrated planning in health and welfare care, the promotion of best practices taken from the available scientific and technical evidence, the consideration of the labor environment of the professionals, the development of models of health care evaluation and accreditation, the design and implementation of methodological tools based on process management, and the development of citizen rights in relation to health and the orientation of the health system towards people's needs and hopes; constitute the most relevant aspects of the current and future deployment of health policies in Castilla y León.

Key words: Health policy. Health planning. Quality policy. Quality management.

Introducción

La configuración autonómica del Estado Español ha concurrido mediante un largo proceso de transferencias, que ha durado más de 15 años, a una situación de gestión de la asistencia sanitaria descentralizada.

Esta gestión descentralizada, con diferentes ritmos de desarrollo y marcada por las características peculiares de cada comunidad autónoma, supone un rango particular de oportunidades y amenazas, que se suman a los problemas comunes en los sistemas de salud de todo el Estado.

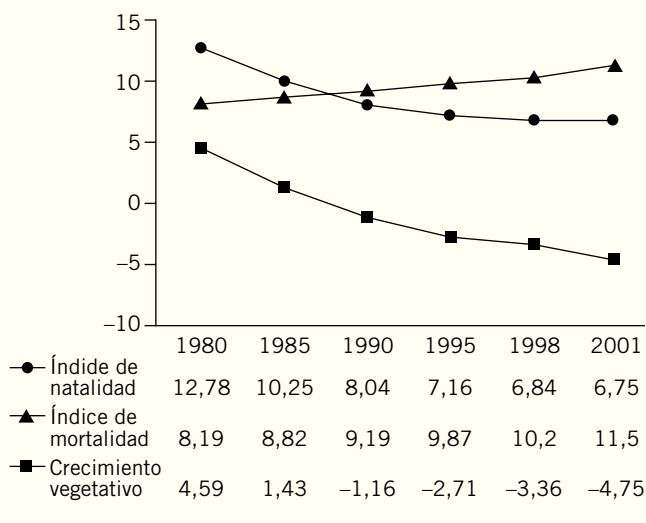
La Comunidad de Castilla y León, con más de 94.000 km² de superficie y grandes distancias en su interior, es el más claro ejemplo, dentro del Estado español, de que la geo-

grafía es un elemento determinante en la calidad de la asistencia que se presta y que se puede prestar a los ciudadanos. Según los datos de población del año 2001, nuestra comunidad tiene menos de 2,5 millones de habitantes, y continúa disminuyendo (fig. 1).

De nuestras 9 provincias, 5 están entre las 7 menos pobladas de España, 7 están entre las 15 con menor densidad de población, y la densidad media es menos de la tercera parte de la del conjunto del Estado (26 habitantes por km²).

Esta baja población, además de estar repartida en una superficie muy extensa, está agrupada en muchos núcleos de población, forzosamente muy pequeños. Castilla y León tiene 2.248 municipios (con una media de poco más de 1.100 habitantes por municipio) y más de 6.000 núcleos de pobla-

Figura 1. Crecimiento vegetativo en Castilla y León en los últimos 25 años.



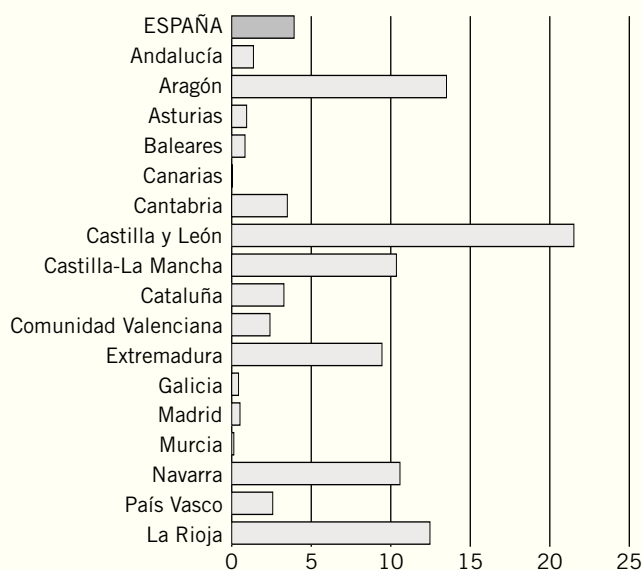
ción. El porcentaje de la población de esta comunidad que vive en municipios con menos de 1.000 habitantes (que son el 87% del total de municipios) es del 21,5%. Más de 500.000 personas están alejadas de los servicios sanitarios más básicos casi todas las horas del día, puesto que la única estructura sanitaria que puede situarse en estos núcleos de población son los consultorios locales de atención primaria (AP) (más de 3.500 existen en nuestra comunidad), donde se pasa consulta algunas horas a la semana. Ninguna otra comunidad del Estado Español tiene una dispersión semejante (fig. 2), con casi la mitad de la población alejada de centros sanitarios con unidades de cuidados intensivos, urgencias especializadas y servicios centrales funcionando 24 h al día.

Este paisaje tan disperso es el panorama donde se desarrolla la asistencia sanitaria en esta comunidad, donde se organizan los servicios y prestaciones para que lleguen a todos con la misma calidad y con las mismas oportunidades. Panorama de dispersión que dificulta y encarece la prestación de los servicios sanitarios básicos, y multiplica enormemente los recursos necesarios para prestar servicios sanitarios modernos y de alta calidad.

No obstante, y aunque la dispersión es la dificultad más determinante y característica de esta comunidad, no es la única. El envejecimiento de la población (más del 21% de los castellanoleoneses son mayores de 65 años) y el porcentaje de personas con dependencia son, entre otros, factores claramente determinantes para dificultar y encarecer la prestación de una asistencia sanitaria de calidad a todas las personas que viven en nuestra Comunidad.

Para hacer frente a estos retos la Gerencia Regional de Salud del Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl) está estructurada en 11 áreas de salud y 244 zonas básicas de salud; con 240 equipos de AP, 219 centros de salud, 20 centros de guardia y 3.591 consultorios locales. En atención especializada (AE), Sacyl gestiona 14 complejos hospitalarios y

Figura 2. Distribución sobre el total de habitantes (%) en municipios con menos de 1.000 habitantes.



Fuente: INE. Población del año 1996.

23 centros de especialidades, distribuidos por toda la comunidad.

En la comparecencia ante las Cortes de Castilla y León, en septiembre de 2003, el Consejero de Sanidad ha manifestado cuáles van a ser los principios básicos de la política que va a desplegar en Castilla y León durante los próximos 4 años. El primero, y más importante, es la apuesta decidida e incondicional por el sistema sanitario público. Sistema público y basado en los principios de universalidad, gratuidad, equidad y solidaridad. Además, se construirá un modelo de atención sanitaria participativo, integrado e innovador, que avanzará en la autosuficiencia, mejorará la accesibilidad, garantizará la participación de los profesionales, y se orientará hacia una mayor satisfacción de los castellanoleoneses. Principios básicos, que incluyen casi todos los aspectos relacionados con los más modernos modelos de calidad.

Marco normativo

Aunque las transferencias de la gestión sanitaria en Castilla y León han sido muy recientes, la capacidad de planificación y ordenación estaba transferida a esta comunidad desde la promulgación de Estatuto de Autonomía en 1983¹, por lo que el marco legislativo en que cabe enmarcar la "gestión de la calidad" en el ámbito sanitario se inicia hace muchos años. En abril de 1993 se publicó la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León², que establece la regulación general de las actividades sanitarias de la comunidad, la constitución del Sistema de Salud de Castilla y León y la creación de la Gerencia Regional de Salud, como instrumento

institucional para la gestión de las competencias y recursos que le fueran transfiriendo.

Ya entonces, en la exposición de motivos, se hacía mención expresa a que “la Ley aspira a recoger las mejores experiencias habidas en la ordenación de los servicios de salud y el interés reformador que se vive en éstos para mejorar la calidad de los servicios y la eficiencia de la gestión”, y se incluía como principio inspirador, de la Ley entre otros, “el de mejora continua de la calidad de los servicios en todos sus aspectos”.

En marzo del año 2000, el Gobierno Regional (Junta de Castilla y León) establece la filosofía y la metodología que habrá de seguirse en la implantación de la gestión de la calidad, en la totalidad de sus unidades y órganos integrantes. Mediante el Decreto 46/2000³, se aprueba el Plan Marco de Mejora y Calidad de los Servicios de la Administración de Castilla y León, que se ha elaborado teniendo en cuenta el Modelo Europeo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM)⁴, adaptándolo a las peculiaridades de la Administración de nuestra Comunidad Autónoma y a las previsiones generales contenidas en la “Guía de Autoevaluación para la Administración Pública” elaborada por el Ministerio de Administraciones Públicas⁵. De acuerdo con estos modelos, el Plan implica a la totalidad de los órganos y unidades, empleados públicos y servicios prestados por la Administración Autonómica, así como a los organismos y entidades públicas de la Administración institucional.

Avanzando en esta línea marco, en mayo del 2002, y con el objeto de impulsar el proceso de mejora continua de todos y cada uno de sus centros directivos, órganos, centros y servicios, se aprueba⁶ el “Programa Departamental de Mejora y Calidad de los Servicios de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social” y de sus organismos autónomos (Gerencia Regional de Salud –Sacyl– y Gerencia de Servicios Sociales). Dichos programas se configuran estructurados por objetivos, iniciativas de mejora y medidas de mejora concretas con respecto tanto a los servicios de la propia Consejería como a los servicios de AP, AE y los servicios de urgencias sanitarias de la Gerencia Regional de Salud –Sacyl– (tabla 1).

Cercano el horizonte de las transferencias, a finales del año 2001, se promulgan los decretos^{7,8} que establecen la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y aprueban el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Ambos decretos se desarrollan inmediatamente^{9,10} creando las estructuras administrativas centrales necesarias y distribuyendo las funciones asumidas y las nuevas creadas entre los servicios centrales.

En la Gerencia Regional de Salud –Sacyl–, las funciones relacionadas con la gestión y la mejora de la calidad asistencial no se aglutinan en un servicio de forma específica, sino que se encuentran repartidas en servicios de varias direcciones generales, fundamentalmente en la Dirección General de Asistencia Sanitaria y en la Dirección General de Desarrollo Sanitario. Dirección que incluye competencias sobre “el control, seguimiento, inspección y evaluación del funcionamiento de los centros, servicios y establecimientos integrados en la Gerencia Regional de Salud, incluyendo la coordinación de la elaboración y el seguimiento del Programa de Mejora y Calidad

de los Servicios de la Gerencia Regional de Salud”, así como “la propuesta de condiciones y requisitos para la acreditación de centros y servicios”, y funciones para la promoción e implantación de nuevas líneas claramente relacionadas con la mejora de la calidad asistencial, y sustentadas con servicios administrativos específicos: tecnologías y sistemas de información, emergencias sanitarias, coordinación asistencial, trasplantes, inspección y evaluación de centros y servicios.

En el ámbito de los servicios de la Consejería se crea la Dirección General de Planificación Sociosanitaria y el Servicio de Calidad Asistencial, que recibe funciones específicas:

- En colaboración con la Dirección General de Calidad de los Servicios y con los centros o servicios afectados, la elaboración de programas de mejora de la calidad de los servicios, y la definición de sistemas o procesos para el seguimiento de su realización y su evaluación.
- El apoyo y promoción de las mejores prácticas en el ámbito de la atención sociosanitaria.
- La propuesta, supervisión y control de los sistemas de evaluación de la calidad de la atención.
- La evaluación continuada de la satisfacción de los ciudadanos, con un enfoque especial a la atención personal, la comodidad y el trato humano.

Con posterioridad a las elecciones autonómicas de mayo de 2003, se produjo una reestructuración de las consejerías de la Junta de Castilla y León, incluida la de Sanidad y Bienestar Social. Se separan los servicios sanitarios y los servicios sociales, con la creación de 2 consejerías, Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades. Esta reestructuración de la Consejería de Sanidad se recoge en el Decreto 77/2003¹¹, por el que se establece la nueva estructura orgánica de la Consejería de Sanidad (fig. 3).

En este Decreto, la Dirección General de Planificación Sociosanitaria pasa a llamarse Dirección General de Planificación y Ordenación, y en su desarrollo posterior¹² el Servicio de Calidad Asistencial pasa a llamarse Servicio de Calidad y Acreditación del Sistema Sanitario.

Iniciativas recientes

A. El Programa Departamental incluye entre sus objetivos el establecimiento de un *nuevo modelo de planificación* que potencie la integración funcional de todos los sectores y la incorporación de modernas herramientas de seguimiento y control. Nuevo modelo que actualiza algunos aspectos del Segundo Plan de Salud de Castilla y León (vigente hasta el año 2007)¹³.

Varios planes y estrategias regionales, recientemente aprobados, pretenden desarrollar este nuevo modelo basado en el compromiso efectivo (mediante documentos consensuados) de las unidades administrativas implicadas. Estos planes incluyen la Estrategia Regional contra el Cáncer (con vigencia hasta 2004)¹⁴, la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (con vigencia hasta 2007)¹⁵ y la Estrategia Regional de Salud Cardiovascular (enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica del corazón), con vigencia prevista hasta 2007 (próxima a publicarse).

Tabla 1. Iniciativas y medidas de mejora incluidas en los programas departamentales

| Líneas de actuación en los servicios de la Consejería de Sanidad | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| Iniciativa | Adecuación de los servicios periféricos | Nuevo modelo de planificación | Modernización de sistemas de evaluación | Gestión del conocimiento | |
| Medida | Nueva estructura | Planificación normativa y estratégica | Definición de sistemas informáticos | Creación del Centro de Documentación Sanitaria | |
| | Fortalecer canales de comunicación | Determinación de niveles de responsabilidad | Cuadro de mando integral | Desarrollo de Intranet Difusión de mejores prácticas | |
| Iniciativa | Mejorar la información al ciudadano | Favorecer la participación de ciudadanos y profesionales | Implantación del Modelo EFQM | Potenciar la comunicación en el espacio sociosanitario | |
| Medida | Mejora de los procedimientos de información | Desarrollar órganos de participación | Formación en EFQM | Proyectos conjuntos | |
| | Implantación de cartas de servicios | Encuestas de satisfacción | Autoevaluación de la administración Encuestas de clima organizacional | Foro de comunicación | |
| Líneas de actuación en AP (Gerencia Regional de Salud) | | | | | |
| Iniciativa | Mejorar la accesibilidad | Sistemas de información de la gestión clínica | Monitorización de indicadores de calidad | Proyectos y planes de mejora | Modelo EFQM en los centros de salud |
| Medida | Identificar procesos clave | Impulsar informatización de centros de salud | Evaluación anual de normas técnicas, de la calidad de la documentación clínica y del uso racional del medicamento | Realización del plan anual de mejora por los equipos de AP | Formación en gestión de calidad |
| | Formación del personal | Análisis DAFO de sistemas de información | Selección de indicadores resultados clínicos | Difusión de proyectos de mejora | Publicación de una guía de autoevaluación en AP |
| | Implantar cita previa centralizada en 2 áreas | Orientación clínica de los sistemas de información | | | Aplicación en un área piloto de un método para la medida del clima organizacional |
| Líneas de actuación en AE (Gerencia Regional de Salud) | | | | | |
| Iniciativa | Mejorar la información a pacientes y familiares | | Mejorar la calidad científicotécnica y la eficiencia hospitalaria | | Implantar herramientas para la mejora de la calidad |
| Medida | Planes documentados de información | | Mejorar protocolos de profilaxis antibiótica | | Formación en calidad de los profesionales |
| | Mejorar procedimientos de consentimiento informado | | Implantación de protocolos no asistenciales | | Mejora del funcionamiento de las unidades de calidad y comisiones clínicas |
| | Mejorar sistema de reclamaciones | | Implantación y evaluación de vías clínicas | | Constitución de grupos de mejora |
| | Encuesta de posthospitalización homogénea | | Estrategia en uso racional del medicamento | | Elaboración de memoria de calidad del hospital |
| Líneas de actuación en atención de urgencias (Gerencia Regional de Salud) | | | | | |
| Iniciativa | Mejorar la calidad del servicio | | | | |
| Medida | Implantación y desarrollo de un programa de calidad de acuerdo a las normas ISO | | | | |
| | Difusión e implicación de profesionales | | | | |
| | Encuesta de satisfacción de los ciudadanos con el servicio | | | | |
| | Formación en EFQM | | | | |

(Continúa en la página siguiente)

Tabla 1. **Iniciativas y medidas de mejora incluidas en los programas departamentales** (Continuación)

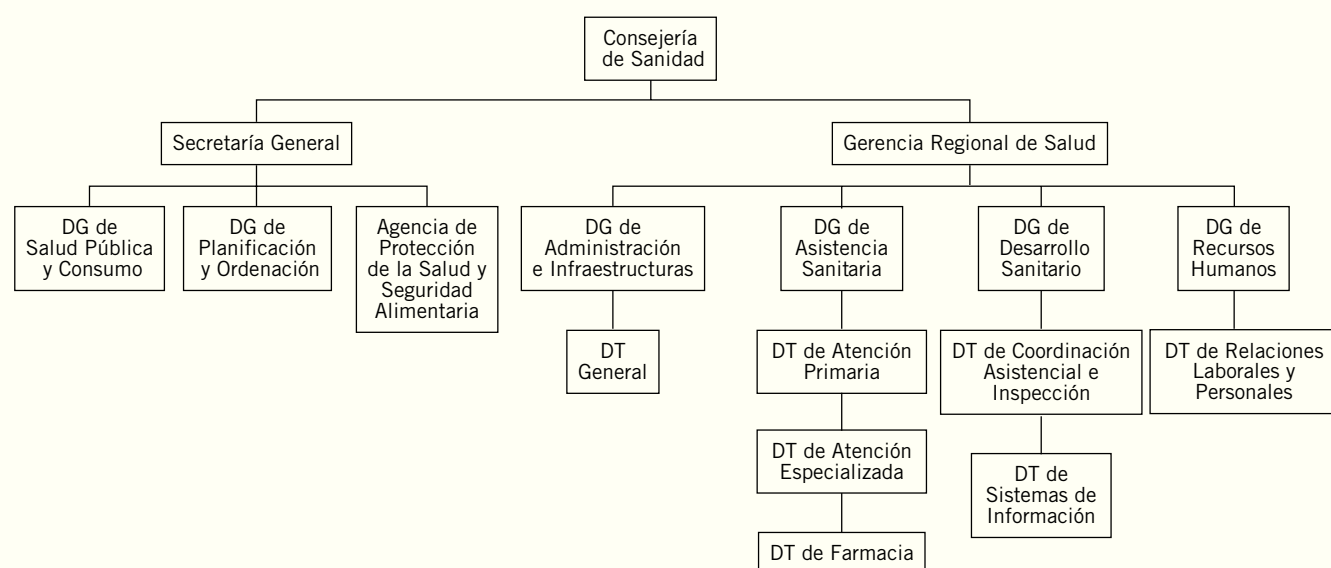
| Líneas de actuación comunes a toda la Gerencia Regional de Salud | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Iniciativa | Adecuación de servicios periféricos | Refuerzo de la continuidad asistencial | Mejorar coordinación y gestión de los recursos humanos | Mejorar la participación de los ciudadanos |
| Medida | Estructura periférica de la Gerencia | Sistemas de detección del riesgo social | Modelo de personal integrado | Desarrollar propuestas de mejora para el funcionamiento de los consejos de salud |
| | Adaptación de servicios periféricos y reorganización funcional | Experiencias de mejora en 2 áreas sobre el Modelo EFQM, con participación de AP y AE | Catálogo de puestos de trabajo | Analizar la implantación de comisiones de participación |
| | | | Racionalizar procedimientos de gestión de personal Descentralizar la formación | Creación de foros permanentes de debate |

AP: atención primaria; AE: atención especializada.

B. Otra línea de desarrollo normativo, de extraordinaria importancia para la búsqueda permanente de la excelencia asistencial, es la relacionada con los *derechos* de pacientes y usuarios del sistema sanitario. La Ley de Ordenación del Sistema Sanitario (anteriormente mencionada) dedicaba el Título I a los derechos y deberes del ciudadano ante el sistema sanitario. Este Título ha quedado derogado con la reciente publicación de una Ley específica, moderna y garantista, la Ley sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud¹⁶. Ley que se promulga en un momento histórico, porque coincide con la promulgación de leyes de contenido semejante, tanto en el ámbito

estatal (Ley básica 41/2002¹⁷) como en los ámbitos legislativos de cada una de las comunidades autónomas (CCAA).

El texto de esta Ley recoge una regulación completa de los derechos y obligaciones de las personas en relación con la salud, e incorpora aspectos de reciente aparición en el ámbito sanitario, como los relativos al establecimiento de tiempos máximos de espera para determinadas prestaciones sanitarias, derecho a una segunda opinión médica o al respeto a las decisiones sobre la salud adoptadas de forma anticipada, al tiempo que introduce garantías en su ejercicio (tabla 2).

Figura 3. **Organigrama de la Consejería de Sanidad (marzo de 2004).**

DG: Dirección General; DT: Dirección Técnica.

Tabla 2. **Derechos de las personas en relación con la salud, recogidos en la Ley de Derechos de Castilla y León****Derecho a la confidencialidad**

- De la información relacionada con la salud, con especial mención a los datos genéticos
- De otros datos personales (creencias, filiación, etc.)

Derecho a la intimidad

- Derecho a la intimidad del cuerpo en la prestación de atenciones sanitarias
- Derecho a limitar la grabación y difusión de imágenes que permitan su identificación
- Derecho al acompañamiento, salvo que por las circunstancias clínicas sea desaconsejable o incompatible con la asistencia, con especial referencia a menores y durante el parto

Derecho a la información asistencial

- Derecho a ser informado de su proceso y sobre las asistencias sanitarias prestadas que puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica
- Derecho a que se respete la voluntad de no ser informado
- Derecho a conocer la identidad del médico y enfermero responsables de sus cuidados

Derecho a la información sanitaria y epidemiológica

- Información sobre derechos, deberes y servicios y a solicitar la guía de información al usuario
- Información epidemiológica
- Información sobre programas y acciones del Sistema de Salud
- Información sobre los servicios sanitarios y unidades asistenciales a que se puede acceder
- Información para elegir profesional y centro
- Información sobre el coste económico de las prestaciones y servicios recibidos
- Información sobre los mecanismos de calidad implantados y los indicadores de la asistencia

Reclamaciones y sugerencias

- Derecho a utilizar los procedimientos de reclamación y sugerencia
- Derecho a recibir respuesta razonada en plazo y por escrito, salvo que se hayan presentado de forma anónima

Participación ciudadana y voluntariado

- Derecho a participar en las actuaciones del Sistema de Salud
- Derecho a participar en actividades solidarias

Autonomía de la decisión

- Derecho a decidir sobre la propia salud y elegir entre las opciones clínicas disponibles
- Derecho a negarse a recibir un procedimiento
- Derecho a revocar libremente por escrito una decisión anterior
- Derecho a decidir de forma anticipada sobre la propia salud (instrucciones previas) y a revocarlas por escrito en cualquier momento
- Derecho a ser advertido sobre si los procedimientos que se les vayan a aplicar son procedimientos experimentales o que pueden ser utilizados en un proyecto docente o de investigación
- Derecho a disponer de preparaciones de tejidos y muestras biológicas y a oponerse a que se conserven y utilicen
- Derecho a una segunda opinión médica

Libertad de elección de profesional y centro

- Derecho a la libre elección de profesional y centro
- Derecho a recibir información previa para elegir profesional y centro
- Derecho a recibir información sobre los estudios de calidad realizados dentro del Sistema de Salud

Garantías de demora máxima

- Derecho a que las prestaciones sanitarias de AE programadas y no urgentes sean dispensadas en unos plazos máximos

Derechos relativos a la documentación

- Derecho a la constancia documental del proceso
- Derecho a acceder a la historia clínica y a obtener copia de los documentos que contiene, salvo las anotaciones subjetivas de profesiones o terceras personas
- Derecho a informe de alta al finalizar el proceso asistencial
- Derecho a la certificación de su estado de salud

(Continúa en la pág. siguiente)

Tabla 2. **Derechos de las personas en relación con la salud, recogidos en la Ley de Derechos de Castilla y León** (Continuación)

Derechos de naturaleza prestacional

Derecho a disponer de habitación individual

Derecho a las prestaciones y servicios de salud individual y colectiva del Sistema de Salud

Derechos de las personas con trastornos psíquicos

A que el internamiento involuntario se produzca con las debidas garantías

A que el internamiento de menores se haga en los establecimientos de salud mental adecuado a su edad

Enfermos terminales

Derecho a rechazar tratamientos de soporte vital que alarguen innecesariamente el sufrimiento

Derecho al adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos

Derecho a decidir la presencia de familiares y personas vinculadas

Derecho a contar con habitación individual si así lo solicita

Derechos de los menores

Derecho a la atención de la salud física y psíquica y a recibir educación para la salud

Derecho a recibir información sobre su salud y sobre el tratamiento médico

Derecho a tomar decisiones sobre su propia salud si tiene más de 16 años o aunque sea menor de edad si tiene madurez suficiente

Derecho al acompañamiento durante la hospitalización

Derecho a proseguir su formación escolar y a disponer de espacios adaptados a sus necesidades, durante la hospitalización

Derecho a la atención preferente de los niños y adolescentes con patologías, discapacidades o necesidades especiales o en condiciones de riesgo sociosanitario

AP: atención primaria; AE: atención especializada.

El derecho a formular reclamaciones que se reconoce en la Ley no sólo afecta a los centros sanitarios públicos, sino también a los privados, y ha sido objeto de desarrollo reglamentario¹⁸, relativo a las guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencias, e incorpora la necesaria conexión que ha de existir en el ámbito del Sistema de Salud de Castilla y León, entre los procedimientos de tramitación de las reclamaciones y sugerencias y los procesos de mejora de la calidad establecidos en los correspondientes centros.

C. En nuestra comunidad, recientemente se ha creado, mediante normativa específica, la Comisión de Bioética de Castilla y León¹⁹. Esta Comisión nace con el fin de mejorar la humanización de la asistencia, y entre las funciones que tiene encomendadas están las de asesorar a instituciones y órganos del Sistema de Salud de Castilla y León en materia de bioética; promover la creación de Comités de Ética Asistencial en los centros, servicios y establecimientos del Sistema Regional de Salud y proponer la acreditación de los ya constituidos y que funcionarán como órganos interdisciplinarios especialmente dedicados a estas materias en sus respectivos ámbitos; emitir informes y realizar estudios de cuantas cuestiones le sean planteadas; fomentar la formación en bioética; colaborar en la elaboración y armonización de protocolos y orientaciones de actuación referentes a cuestiones bioéticas, etc. Desde su constitución, en noviembre de 2002, se ha dotado de su propio reglamento de funcionamiento interno, ha aprobado un modelo de reglamento para los Comités de Ética Asistencial de los centros sanitarios, ha elaborado una propuesta de formación en bioética y ha acreditado a Comités de

Ética Asistencial tanto de hospitales como de complejos asistenciales y áreas de salud de la Comunidad.

D. Otra apuesta claramente innovadora de esta Comunidad en temas relacionados con la mejora de la calidad de la atención que se presta a los ciudadanos es la relacionada con la *coordinación sociosanitaria*.

Esta línea estratégica, con un alto nivel de desarrollo en esta Comunidad, tiene notables precedentes. Ya en 1998 se publicó el Primer Plan Sociosanitario²⁰, que contemplaba, además de diferentes intervenciones sectoriales, la creación de las primeras estructuras de coordinación sociosanitarias (tanto en el nivel técnico-consultivo, las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria de Área, como directivo, el Consejo de Dirección del Plan –regional– y las Comisiones de Dirección provinciales). El éxito básico de este primer plan fue sembrar la estructura y la cultura en coordinación sociosanitaria, imprescindibles para avanzar hacia el Segundo Plan y su nivel de despliegue actual.

Coincidiendo con la asunción plena de competencias en gestión sanitaria por nuestra Comunidad Autónoma, en el año 2002, la Consejería de Sanidad y Bienestar Social promovió una modificación de su estructura y organización. Esta reorganización incluía la creación de una nueva Dirección General de Planificación Sociosanitaria, vinculada directamente a la Consejería y, por tanto, situada en un ámbito distinto del de los 2 organismos autónomos prestadores de servicios: Sacyl (servicios sanitarios) y Gerencia de Servicios Sociales (servicios sociales). De este modo, en la Dirección General de Planificación, se crea el Servicio de Coordinación Sociosanitaria, que nace con la misión de garantizar la prestación inte-

Tabla 3. Estructuras de coordinación sociosanitaria

Órganos de coordinación sociosanitaria con carácter directivo

Consejo de Dirección Sociosanitario (autonómico)

Comisiones de Dirección provinciales

Órganos tecnicoconsultivos

Comisión Regional de Coordinación Sociosanitaria (incluía grupos de trabajo sectoriales, estables)

Comisiones de Coordinación Sociosanitaria provinciales

Equipos de Coordinación de Base (que coordinan zonificaciones sanitaria y social y que abarca a toda la población)

grada de servicios sociales y sanitarios a los individuos, familias y grupos sociales de nuestra comunidad.

En 2003 se publica el Segundo Plan Sociosanitario de Castilla y León²¹, y se modifica el anterior Decreto de estructuras de coordinación²² (tabla 3). Con este Segundo Plan se refleja la lógica de un modelo de integración de 2 sistemas frente al reduccionismo de un tercer espacio imposible de delimitar en la realidad, pero que tampoco olvida la necesidad de optimizar la atención sanitaria en los centros de carácter social, la continuidad de cuidados y la detección precoz de necesidades sociales en pacientes ingresados o la atención selectiva a determinados colectivos a fin de garantizar su inclusión efectiva y en condiciones de equidad en la red de la Gerencia Regional de Salud –Sacyl–. Por otra parte, la definición de una estrategia de implantación para la coordinación en la base asistencial configurará, en breve plazo, una red extensa de apoyo a las estructuras directivas, lo que supone una oportunidad única para hacer efectiva la coordinación de servicios tanto en su diseño como en su despliegue y –lo más trascendente– en su ejecución.

E. En la línea de potenciar y desarrollar herramientas clínicas que ayuden a los profesionales a mejorar la calidad científicotécnica de sus actuaciones, esta comunidad participa activamente en un proyecto de ámbito nacional promovido por la Comunidad de Aragón, el proyecto GuíaSalud y patrocinado por el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad y Consumo, que pretende acercar, difundir y poner a disposición de los profesionales de toda España guías de práctica clínica en castellano. En una primera fase, se realizó un inventario de herramientas clínicas (guías de práctica clínica, vías clínicas y protocolos clínicos) que permitió conocer la existencia (y utilización en su caso) de más de 1.000 documentos aportados por nuestros profesionales. Documentación que ha hecho posible el desarrollo de criterios de certificación de herramientas clínicas (ya disponibles), que en un futuro aportarán contenido específico a la Agencia para la Calidad y la Acreditación del Sistema Sanitario.

F. Dentro de las unidades de gestión de la Gerencia Regional de Salud, se están desarrollando numerosos proyectos relacionados con la calidad asistencial. Entre los ya culminados, se encuentra una Guía de Autoevaluación en Atención Primaria²³, coordinada desde la Dirección Técnica de Atención Primaria y realizada en colaboración con la Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria y la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Esta guía de autoe-

valuación “pretende acercar los conceptos más relevantes de la gestión de la calidad total a los profesionales y al personal que trabaja en los centros de salud”, y en ella se aporta un cuestionario de autoevaluación asequible y adaptado al entorno de la AP. En la guía se incluye, además del cuestionario, un análisis de la aplicación del modelo EFQM en las organizaciones sanitarias, se aportan recomendaciones para su aplicación en centros de salud y, por último, se intenta dar respuesta a las preguntas que se suscitan en la aplicación del modelo en la práctica, extraídas de experiencias reales. El cuestionario adaptado se compone de 159 preguntas, dentro del esquema habitual del modelo EFQM: 9 criterios mayores (con 27 subcriterios), divididos en 5 de agentes facilitadores (con 19 subcriterios) y 5 de resultados (con 8 subcriterios).

En paralelo con esta iniciativa, se está llevando a cabo otros proyectos directamente relacionados con la implantación de políticas de calidad en AP, entre los que se incluyen:

- Realización de proyectos o planes de mejora en los equipos de AP (EAP), poniendo a disposición de todos los profesionales una base de datos (CALI) accesible por Intranet, que recoge todos los proyectos aprobados y en ejecución de toda la comunidad.

- Actualización o revisión de los protocolos o programas que sustentan los servicios de la cartera utilizando la metodología de gestión por procesos y construyendo guías clínicas integrales, que busquen la mejora de la calidad de la atención que se presta en los centros de salud y la continuidad asistencial.

- Organización, desde el año 2002, de las Jornadas Anuales de Calidad en Atención Primaria, especialmente diseñadas para compartir y difundir todos los trabajos y avances realizados por los profesionales en este ámbito. Jornadas que este año celebrarán su tercera edición en León, durante el próximo mes de junio.

G. Como instrumento fundamental de la política sanitaria de la organización, la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud –Sacyl– elabora los Planes Anuales de Gestión (PAG), que se pactan con todos los centros sanitarios del Sacyl. Los PAG son los herederos naturales de los Contratos de Gestión anuales, que firmaba INSA-LUD con todas las gerencias, pero que tras las transferencias se han transformado en instrumentos no sólo de gestión, sino también de planificación plurianual y mejora continua.

El PAG constituye una herramienta suficientemente experimentada para concretar compromisos, facilitar la evaluación de los acontecimientos y visualizar la actuación de la Gerencia Regional de Salud. Para optimizar esta herramienta de gestión parece necesario instaurar un clima de continuidad organizativa, avanzar en una cultura de dirección participativa por objetivos y resultados, y abordar los principales componentes de la vida hospitalaria, estructurando estos componentes de forma que sea posible un logro constante y progresivo.

Dentro de los PAG de AE se incluyen objetivos directamente relacionados con la calidad asistencial y la mejora

continua, desarrollando líneas estratégicas íntimamente relacionadas con algunas de las ya mencionadas y con otras de extraordinaria importancia, como son las específicas de seguimiento y análisis de la calidad de la prescripción, definidas en distintos niveles de agregación y cuantificados en dosis diaria definida (tabla 4).

Dentro de los PAG de AP se incluyen objetivos directamente relacionados con la calidad asistencial y la mejora continua, y se desarrollan líneas estratégicas íntimamente relacionadas con algunas de las ya mencionadas (tabla 5).

Tabla 4. Algunos de los procesos, relacionados con aspectos concretos de la calidad asistencial, incluidos en las líneas estratégicas de los Planes Anuales de Gestión de Atención Especializada

Orientación al usuario

- Información a los usuarios
- Gestión de la calidad percibida
- Confidencialidad de los datos del usuario
- Mejora de la asistencia psiquiátrica

Gestión correcta de los recursos

- Máximo aprovechamiento de los recursos disponibles
- Gestión de camas
- Calidad y eficiencia de los procesos
- Formación
- Seguridad, salud y prevención de riesgos laborales

Estructuras y herramientas de mejora de la calidad

- Unidad de calidad
- Calidad y eficiencia de los procesos
- Comité de ética asistencial
- Vigilancia de la infección hospitalaria
- Prevención y control de la infección hospitalaria: instalaciones, hostelería y equipamiento
- Prevención y control de la infección hospitalaria: personal
- Prevención y control de la infección hospitalaria: pacientes al ejercicio 2003

Sistemas de información

- Cumplimiento y mejora de los datos del CMBD
- Cumplimiento y mejora de los datos del SIAE
- Cumplimiento y mejora de los datos de la lista de espera quirúrgica
- Cumplimiento y mejora de los datos de las lista de espera de consultas y exploraciones complementarias

Plan de reducción de listas de espera

- Uso eficiente y equitativo del sistema sanitario público
- Gestión clínica responsable y racional

Coordinación entre AP, AE y servicios sociales

- Gestión participada y complementaria de las consultas externas, pruebas diagnósticas y cirugía menor entre AP y AE
- Garantía en la continuidad asistencial sociosanitaria

Farmacia

- Gestión clínica de la farmacoterapia
- Atención farmacéutica
- Gestión de la prestación farmacéutica

AP: atención primaria; AE: atención especializada; CMBD: conjunto mínimo básico de datos; SIAE: sistema de información de atención especializada.

Tabla 5. Algunos de los procesos, relacionados con aspectos concretos de la calidad asistencial, incluidos en las líneas estratégicas de los Planes Anuales de Gestión de Atención Primaria

Salud laboral

- Evaluación de riesgos
- Planificación de la actividad preventiva
- Actuaciones específicas para sus trabajadores
- Memoria anual

Mejora continua de proceso asistencial

- Difundir e implantar el Modelo Europeo de Excelencia como herramienta de autoevaluación
- Elaborar e implantar el Plan de Calidad del Área Sanitaria y acreditación de centros, servicios y procesos
- Impulsar la gestión por procesos para la mejora de la calidad científicotécnica

Desarrollo profesional

- Formación continuada
- Plan de Comunicación Interna

Mejora de la satisfacción del usuario con respecto a los servicios asistenciales

- Mejorar el acceso de los usuarios a los servicios de AP
- Mejora de la información al usuario

Mejora de las prestaciones asistenciales

- Desarrollo de la cartera de servicios
- Desarrollo de planes estratégicos asistenciales
- Atención sociosanitaria a la drogodependencia y a los grupos vulnerables

Desarrollo de la organización

- Organización de las consultas de AP

Coordinación entre AP y AE

- Adecuación de las prácticas clínicas
- Gestión de cuidados en enfermos posthospitalizados

AP: atención primaria; AE: atención especializada.

Próximas iniciativas

En política de calidad, esta comunidad ya está desarrollando otras líneas estratégicas muy importantes.

A. Prestar apoyo metodológico a las unidades administrativas, a los centros sanitarios y a los profesionales.

En esta línea se trabaja en el desarrollo de uno de los proyectos más ambiciosos, desde el punto de vista de la calidad asistencial, el proyecto de coordinación del diseño y gestión de los procesos asistenciales oncológicos más relevantes en la comunidad²⁴ (Proyecto Oncoguías). Desde el mes de marzo de 2003, en que se inició el proyecto, se han constituido 5 grupos de trabajo específicos (cáncer de mama, cuidados paliativos, cáncer colorrectal, melanoma y cáncer de próstata), que están trabajando en la elaboración de documentos que describan el itinerario asistencial óptimo y las características de calidad que deben tener todas las actividades y tareas que se incluyen en el proceso asistencial. Este proyecto, obviamente basado en la metodología de gestión por procesos²⁵⁻²⁷, pretende no sólo elaborar los documentos de apoyo, sino implantarlos en la práctica clínica diaria de los hospitales y centros de salud de toda la

comunidad, y busca conseguir objetivos que impliquen a toda la organización:

- Conseguir que la organización de los centros sanitarios públicos de Castilla y León y del sistema de salud en su conjunto se adapte para conseguir que las características de calidad descritas para la asistencia sanitaria en los procesos oncológicos, que se incluyen en el proyecto, se lleven a cabo.

- Garantizar una asistencia sanitaria, para los diferentes procesos, homogénea para todos los residentes en nuestra Comunidad, independientemente del medio, rural o urbano, donde habiten.

En este proyecto participan, desde su inicio, la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, que viene desarrollando desde hace más de 10 años programas de detección precoz de cáncer de mama y de cáncer de cuello uterino, y los servicios centrales de Sacyl, que ha incluido en sus PAG objetivos directamente relacionados con el proyecto.

En el momento actual (marzo de 2004), se ha iniciado la estrategia de implantación de los 5 procesos oncológicos en elaboración, y está previsto su despliegue inicial en el primer semestre de este año. Para avanzar en este proyecto, se ha buscado la colaboración de otras comunidades con más experiencia

en estos temas, Andalucía y País Vasco fundamentalmente, que han aportado, formación y colaboración desinteresadamente.

B. Desarrollar planes para la evaluación continuada de la calidad de vida laboral de los trabajadores de los centros sanitarios públicos de la comunidad.

Otra línea estratégica de trabajo es el estudio de la satisfacción de los profesionales de los centros sanitarios. Es un elemento esencial del Modelo Europeo de Calidad (EFQM), y uno de los aspectos que siempre hay que valorar. Desde la consideración de que el personal que desarrolla su actividad laboral en el sector sanitario representa su principal activo, el planteamiento actual de la gestión de los recursos humanos lleva consigo un mayor reconocimiento de la importancia que tienen las necesidades, demandas y expectativas de los profesionales²⁸. El conocimiento de las condiciones relacionadas con el trabajo que pueden ser relevantes para la satisfacción, la motivación y el rendimiento de los profesionales del sistema sanitario en su conjunto²⁹, permitiría emprender acciones conducentes a incrementar su implicación en la organización sanitaria y, consecuentemente, la mejora de las prestaciones y servicios de salud en sus 2 vertientes, la científicotécnica y la del trato personalizado.

Desde esta perspectiva, y partiendo de la valoración de otros instrumentos de medida de la percepción de la calidad de vida laboral frecuentemente utilizados en otros ámbitos³⁰⁻³², se ha trabajado en la construcción de un cuestionario que creemos aporta algunas dimensiones relevantes no exploradas anteriormente. Se realizó un estudio piloto en el Área de Salud de Palencia que permitió ajustar la estructura y el contenido del instrumento y comprobar su validez. Asimismo, se ha elaborado ya el diseño de la fase de ejecución y, en la actualidad, se encuentra disponible para su aplicación en los centros de salud del conjunto de la Comunidad de Castilla y León.

C. Desarrollar planes para la evaluación continuada de la calidad percibida por los ciudadanos respecto a la asistencia sanitaria en la Comunidad de Castilla y León.

La evaluación de la calidad de los servicios sanitarios debe convertir definitivamente al paciente en centro y motor de la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Su grado de satisfacción debe ser uno de los indicadores obligados de la calidad asistencial³³. Este incremento de necesidades y de servicios tiene como consecuencia inevitable una demanda asistencial creciente, que utiliza indistintamente todos los niveles asistenciales y todos los recursos sanitarios: AP, AE (con o sin hospitalización), servicios de urgencias (en ambos niveles y a través de los nuevos servicios de emergencias y 112), servicios privados concertados, transporte sanitario concertado, farmacias, e incluso servicios sanitarios no públicos. Este aumento global de la utilización de los servicios sanitarios es sentido por el usuario como la utilización de un conjunto (Servicio Regional de Salud), con independencia de la organización interna que éste tenga. La coordinación entre los distintos niveles asistenciales, la continuidad asistencial y la organización conjunta de todos los recursos disponibles, es vivida siempre por el paciente como un problema de falta de efectividad. El paciente del futuro³⁴

exigirá (exige ya) que el funcionamiento de los servicios sanitarios sea eficaz con independencia de los recursos y medios empleados. En consecuencia, las encuestas de satisfacción deben incluir todos los niveles asistenciales y todos los aspectos de la asistencia (consultas externas, posthospitalización, urgencias, continuidad, coordinación, demoras, transporte, etc.).

D. Desarrollar y establecer los modelos de evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria y de la acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, que permitan la creación y puesta en marcha de la Agencia para la Calidad y Acreditación del Sistema Sanitario.

Como ya se ha mencionado, el Consejero de Sanidad ha manifestado su firme voluntad de aplicar una política de mejora continua de la calidad, y se ha comprometido a crear la Agencia para la Calidad y Acreditación del Sistema Sanitario de Castilla y León. Establecía como actuaciones fundamentales marcar objetivos, elaborar estándares, indicadores de proceso y de resultado, para permitir la evaluación y la mejora continua como método de trabajo. Y añadía, sin quitar importancia a la autoevaluación, que la evaluación externa permitiría "ofrecer a las autoridades sanitarias y a los ciudadanos una certificación sobre su nivel de calidad". Este compromiso busca alinearse con la recomendación adoptada por el Consejo de Europa, en septiembre de 1997, sobre el desarrollo y puesta en marcha de sistemas de mejora de la calidad de los servicios de salud que recoge, entre otros aspectos, que los sistemas de calidad deberán ser objeto de control público con la forma de una evaluación externa objetiva realizada por organismos independientes (1).

En consecuencia, anunciaba la intención de diseñar un Sistema de Acreditación y Evaluación de los centros y servicios sanitarios que contemplará 3 aspectos:

- Verificar que existan los requisitos mínimos necesarios para ejercer actividades sanitarias (autorización), con la evaluación de la capacidad de funcionamiento y la competencia de los centros sanitarios (acreditación/certificación).
- Establecer las condiciones de seguridad de los centros sanitarios, con objeto de evitar cualquier riesgo innecesario (autorización).
- Evaluar la calidad de los centros sanitarios, orientándola hacia la excelencia (acreditación/certificación).

Mediante este Sistema de Acreditación, la Consejería de Sanidad (a través de la Agencia) debe garantizar a la sociedad las adecuadas condiciones de calidad de los centros, establecimientos y servicios sanitarios privados, evaluando (inspeccionando) los requisitos básicos de apertura y funcionamiento (autorización)³⁵.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud³⁶, creada como consecuencia de la Ley de cohesión y calidad³⁷,

(1). Adoptada por el Consejo de Ministros del Consejo de Europa, el 30 de septiembre de 1997. Incluida en las recomendaciones aprobadas por el Pleno del Congreso de los Diputados, el 18 de diciembre de 1997

y otras que ya existen en varias CCAA, así como los modelos de acreditación/certificación nacionales e internacionales ya implantados, deben ser la referencia obligada para el modelo que desarrolle Castilla y León, y para la creación de la futura Agencia Regional.

Agencia, que debe ser capaz de garantizar, de forma independiente, los parámetros de calidad que poseen los centros y profesionales sanitarios, y además tiene la obligación (según el artículo 25 de la Ley de derechos y deberes de las personas en relación con la salud) (2) de informar periódicamente de los resultados de la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria prestada en los centros del Sistema de Salud de Castilla y León o centros concertados con éste.

Reflexiones sobre el presente y perspectivas de futuro de la calidad asistencial en Castilla y León

Dentro del modelo europeo de calidad (EFQM), marco de referencia obligado en esta comunidad³⁸, caben perfectamente todas las líneas estratégicas que en Castilla y León se están desarrollando y que buscan en mayor o menor medida la mejora continua de la calidad asistencial y persiguen resultados de eficiencia en la gestión sanitaria y, en último término, resultados en salud.

De todo lo anteriormente referido, hay 3 líneas del presente (gestión por procesos, desarrollo de los derechos de las personas en relación con la salud y coordinación sociosanitaria) con enormes posibilidades, aunque su presente se viva con ilusión e incertidumbre. Además, el futuro nos reserva una (esperemos que entre otras muchas) magnífica oportunidad: la Agencia para la Calidad y Acreditación del Sistema Sanitario.

A. La gestión por procesos es una de las “herramientas” de gestión que mejores resultados puede proporcionar actualmente a cualquier tipo de organización, porque incumbe directamente a la organización del trabajo y tiene por objetivo aumentar su eficiencia³⁹. Aunque algunos de los procesos de los centros sanitarios pueden afectar a un solo departamento, la gran mayoría son mucho más complejos, son multidepartamentales y multidisciplinarios, y requieren la participación de múltiples servicios y profesionales⁴⁰. Esa complejidad propicia la existencia de numerosas ineficiencias (demoras, falta de continuidad asistencial, omisiones, duplicidades, descoordinaciones, etc.), que evidencian la necesidad de una gestión adecuada y sistemática. Está metodología es la que se está utilizando en algunos de los proyectos que actualmente se están desarrollando en esta comunidad. Fundamentalmente, en

el proyecto relacionado con los procesos asistenciales oncológicos –Oncogúas– y en otros proyectos de implantación de procesos en AP y en AE.

B. Los servicios en salud tienen como misión garantizar el óptimo grado de bienestar biopsicosocial, y debe hacerse en el medio más adecuado para permitir la mejor adaptación y el desarrollo de los individuos, familias y grupos sociales⁴¹; adaptación y desarrollo que no pueden entenderse sin el fomento de la autonomía. El Sistema de Salud, reflejo de una sociedad en proceso de maduración, debe partir de la premisa de la mayoría de edad de los ciudadanos; mayoría de edad a la hora de decidir sobre las diferentes opciones de estilos de vida, sobre las diferentes opciones diagnosticoterapéuticas posibles con relación a su proceso. Y la Administración Sanitaria debe entender la gestión desde una doble perspectiva: *garantizar el pleno ejercicio de los derechos* establecidos por la ley y fomentar la responsabilidad tanto individual como colectiva.

Bajo esta óptica convendría repasar las actividades que desarrollamos y analizar los factores que dificultan el ejercicio de los derechos y responsabilidades precisas:

- Con respecto a los estilos de vida, los ciudadanos deben conocer lo que entendemos como “estilos de vida saludable”, deben disponer de información sobre el riesgo real (según el nivel de evidencia disponible en cada momento) de la adopción o no de determinados hábitos de vida y deben poder elegir libremente entre su seguimiento o no (quedando constancia de su decisión y absteniéndose de ser censurados o discriminados por ello).

- En relación con las diferentes opciones diagnósticas y/o terapéuticas en el proceso individual de atención: en primer lugar el ciudadano debe disponer de la información precisa, adecuada a su nivel de comprensión de la naturaleza del proceso en juego; debe conocer las implicaciones de la profundización en el estudio diagnóstico, los efectos secundarios (e implicaciones en coste de tiempo y sufrimiento) de las opciones terapéuticas. En función de esa información debe ser capaz de optar por una u otra alternativa, asumiendo su parte de responsabilidad (optar por una decisión informada). En cualquier caso su decisión ha de ser respetada y no condicionar discriminación alguna, garantizando la confidencialidad tanto sobre su proceso como sobre su decisión. De igual modo, los responsables del sistema han de garantizar las condiciones y plazos comprometidos en el proceso diagnóstico-terapéutico (garantía de demora máxima).

Todos estos aspectos (libre elección, demora máxima, segunda opinión) derivados de la Ley de Derechos de nuestra comunidad, y comprometidos a su desarrollo por la propia Ley, forman parte de los proyectos que están abiertos, en fase de elaboración y discusión, y que próximamente verán la luz (el Plan de Reducción de listas de espera, ya se ha publicado⁴²).

C. Las necesidades de servicios sociales y sanitarios se presentan muchas veces en las personas de forma entrelazada, como un continuo en el que los aspectos biológicos, psicológicos y familiares influyen e interactúan unos con otros. Conseguir una atención integral en estos casos es uno de los principales retos que debemos plantearnos en el contexto de los actuales patrones sociodemográficos y de enfermedad.

(2). Artículo 25. Información sobre los mecanismos de calidad implantados y los indicadores de la asistencia sanitaria. Todas las personas tendrán derecho a conocer los mecanismos de garantía de calidad implantados en los centros, servicios y establecimientos del Sistema de Salud de Castilla y León, o concertados con éste. Del mismo modo tendrán derecho a conocer los resultados de la evaluación de la calidad de la asistencia prestada en dichos centros, servicios y establecimientos evaluados mediante indicadores, en los términos que reglamentariamente se establezcan

Recientes iniciativas legales han consolidado, con el máximo rango normativo, esta línea de actuación. Así, en el ámbito de los servicios sociales, la Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores en Castilla y León⁴³ destaca la garantía de la atención integral a través de la prestación coordinada de servicios sociales y sanitarios, la planificación dirigida al logro de objetivos comunes en materia sociosanitaria, y el apoyo al funcionamiento de las estructuras de coordinación sociosanitaria establecidas. Atención y protección a las personas mayores que se verá reforzada por el Plan de Asistencia Geriátrica, que actualmente se está elaborando.

D. Por último, y más allá del compromiso concreto de crear en Castilla y León la Agencia para la Calidad y la Acreditación del Sistema Sanitario antes del año 2007, conviene resaltar la importancia de la medición de la calidad de los servicios sanitarios.

En sanidad, la medición de la calidad de la prestación de asistencia sanitaria se ha hecho, casi siempre, comparando los resultados clínicos obtenidos con cánones científico-técnicos basados (en el mejor de los casos) en la mejor evidencia disponible⁴⁴. La opinión y las expectativas de los "clientes" raramente se han tenido en cuenta. Los pacientes presuponen que los profesionales disponen de una calidad científicotécnica suficiente (única expectativa que la mayoría de los profesionales consideran esencial), pero hay otros factores⁴⁵ que les preocupan y que, en muchas ocasiones, no se tienen en cuenta. Una evaluación sistematizada permitirá la identificación de las mejores prácticas y la comparación estructurada de los servicios y procesos de una organización, con relación a otras de características similares. Esa comparación con un punto de referencia, o *benchmarking*, permite identificar las disparidades entre la realidad propia y los rendimientos ajenos, y puede hacer surgir ideas para la mejora. Además, la configuración autonómica del Estado Español, con variadas experiencias en evaluación y acreditación de centros sanitarios, permite la realización de análisis comparados, que podrían buscar como objetivo último el desarrollo de sistemas de evaluación homogéneos o coordinados, que promuevan la equidad y la solidaridad. En el ámbito de la sanidad, y dentro de la realidad político-autonómica actual del Estado Español, el *benchmarking* parece una opción estratégica necesaria y conveniente.

Agradecimientos

A los equipos directivos y técnicos de la Gerencia Regional de Salud –Sacyl– por su colaboración en la elaboración de este artículo, y particularmente a la Dirección General de Desarrollo Sanitario y a la Dirección Técnica de Atención Primaria por sus aportaciones.

A la Dirección General de Salud Pública, y a los demás equipos directivos y técnicos de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad.

A todos los compañeros de la Dirección General de Planificación y Ordenación, por su colaboración, imprescindible para la culminación de este artículo.

Y muy especialmente, a todos los profesionales y trabajadores del Sacyl, porque sin duda, son ellos los que más aportan a la calidad de la asistencia sanitaria que se presta a todas las personas en nuestra comunidad.

Bibliografía

1. Ley orgánica 4/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de Castilla y León. BOE n.º 52, de 2 de marzo.
2. Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario. BOCyL n.º 77, de 27 de abril de 1993.
3. Decreto 46/2000, de 9 de marzo, por el que se aprueba el Plan Marco de Mejora y Calidad de los Servicios de la Administración de la Comunidad de Castilla y León. BOCyL n.º 51, de 14 de marzo de 2000.
4. European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia 1999. Madrid: EFQM/Club de Gestión de la Calidad, 1999.
5. Libro Blanco para la mejora de los servicios públicos. Una nueva Administración al servicio de los ciudadanos. Ministerio de Administraciones Públicas. 2.ª ed. 1.ª reimpresión, marzo de 2002.
6. Orden de 19 de abril de 2002, de la Consejería de Presidencia y Administración Territorial, por la que se aprueba el Programa Departamental de Mejora y Calidad de los Servicios de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. BOCyL n.º 84, de 6 de mayo de 2002.
7. Decreto 286/2001, de 13 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. BOCyL n.º 243, de 17 de diciembre de 2001.
8. Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. BOCyL n.º 243, de 17 de diciembre de 2001.
9. Orden de 27 de diciembre de 2001, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se desarrolla la estructura orgánica de sus servicios centrales. BOCyL n.º 2, de 3 de enero de 2002.
10. Orden de 27 de diciembre de 2001, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se desarrolla la Estructura Orgánica de los Servicios Centrales de la Gerencia Regional de Salud. BOCyL n.º 2, de 3 de enero de 2002.
11. Decreto 77/2003, de 17 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad. BOCyL n.º 138, de 17 de julio de 2003.
12. Orden SAN/1101/2003, de 28 de agosto, por la que se desarrolla la Estructura Orgánica de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad. BOCyL n.º 170, de 3 de septiembre de 2003.
13. Decreto 212/1998, de 8 de octubre, por el que se aprueba el 2.º Plan de Salud de la Comunidad de Castilla y León. BOCyL n.º 197, de 14 de octubre de 1998.
14. Decreto 122/2002, de 7 de noviembre, por el que se aprueba la Estrategia Regional contra el Cáncer en Castilla y León 2002-2004. BOCyL n.º 218, de 11 de noviembre de 2002.

15. Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, por el que se aprueba la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León. BOCyL n.º 81, de 30 de abril de 2003.
16. Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. BOCyL n.º 71, de 14 de abril de 2003.
17. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274, de 15 de noviembre de 2002.
18. Decreto 40/2003, de 3 de abril, relativo a las Guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario. BOCyL n.º 67, de 8 de abril de 2003.
19. Decreto 108/2002, de 12 de septiembre, por el que se establece el régimen jurídico de los Comités de Ética Asistencial y se crea la Comisión de Bioética de Castilla y León. BOCyL n.º 181, de 18 de septiembre de 2002.
20. Decreto 16/1998, de 29 enero, por el que se aprueba el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León. BOCyL n.º 22, de 3 de febrero de 1998.
21. Decreto 59/2003, de 15 de mayo, por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León. BOCyL n.º 95, de 21 de mayo de 2003.
22. Decreto 49/2003, de 24 de abril, por el que se modifica el Decreto 74/2000, de 13 de abril, sobre estructuras de coordinación sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León. BOCyL n.º 81, de 30 de abril de 2003.
23. Guía de Autoevaluación en Atención Primaria. Cuestionario adaptado para la aplicación del Modelo Europeo de Excelencia. Valladolid: Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud, 2003.
24. Junta de Castilla y León. Estadística de Mortalidad en Castilla y León 1999. Consejería de Sanidad. Observatorio de Salud pública. Servicio de Estadística, 2003.
25. Junta de Andalucía. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud, 2001.
26. Gobierno Vasco. Guía para la Gestión de Procesos. Vitoria: Departamento de Sanidad. Servicio Vasco de Salud, 1999.
27. Gestión de Procesos. Rev Calidad Asistencial [monográfico] 1999;14.
28. Donabedian A. La calidad en la atención sanitaria: ¿de quién es la responsabilidad? Rev Calidad Asistencial 2001;16:S108-S16.
29. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S, Cañas JJ. Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. Rev Admin Sanit 2002;VI:527-44.
30. Aranaz J, Mira J. Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. Todo Hospital 1988;52:63-6.
31. Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. Aten Primaria 1994;14:1135-40.
32. Cabezas Peña C. La calidad de vida de los profesionales. FMC 2000;7(Supl I7):53-68.
33. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Rev Calidad Asistencial 2001;16:S118-S25.
34. Jadad AR, Rizo CA, Enkin MW. I am a good patient believe it or not. BMJ 2003;326:1293-4.
35. Decreto 93/1999, de 29 de abril, por el que se establece el régimen jurídico y el procedimiento para la autorización y Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios y Sociosanitarios. BOCyL n.º 84, de 5 de mayo de 1999.
36. Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE n.º 208, sábado 30 de agosto de 2003.
37. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 128, de 29 de mayo de 2003.
38. Junta de Castilla y León. Iniciación a la calidad en los servicios públicos. Valladolid: Consejería de Presidencia y Administración Territorial. Dirección General de Calidad de los Servicios, 2002.
39. Lorenzo S. ¿Gestión de procesos en asistencia sanitaria? Rev Calidad Asistencial 1999;14:243-4.
40. Arcelay A. Gestión de Procesos. Rev Calidad Asistencial 1999;14:245-6.
41. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003. Disponible en: <http://www.int/whr/2003/3n/overview.ws>
42. Acuerdo 261/2003, de 26 de diciembre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan de Reducción de listas de espera 2004-2007. BOCyL n.º 8, de 14 de enero de 2004.
43. Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León. BOCyL n.º 67, de 8 de abril de 2003.
44. Donabedian A. Evaluación de la competencia médica. Rev Calidad Asistencial 2001;16:S137-S9.
45. Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. Rev Calidad Asistencial 2001;16:S96-S100.