

Calidad en el sistema sanitario público de Galicia

Pablo Galego^a, Ana María Gutiérrez^a, Paloma Puime^a, María Dolores López-Fernández^a, Antonio García-Quintáns^b y Ramón Castro^c

^aSubdirección General de Programas Asistenciales, de Investigación y Calidad. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela. A Coruña.

^bSubdirección General de Atención Primaria. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela. A Coruña.

^cSubdirección General de Atención Especializada. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Correspondencia: Pablo Galego Feal.

Sergas. Edificio Administrativo San Lázaro, s/n.

15703 Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Correo electrónico: pablo.galego.feal@sergas.es

Resumen

La calidad es un concepto cultural, complejo y multidimensional y, como tal, un valor relativo que el ámbito sanitario debe implicar necesariamente a 3 partes o agentes que intervienen: los usuarios, los profesionales y la administración sanitaria. Desde esta perspectiva, el Servicio Gallego de Saúde (Sergas) ha realizado un intento de sistematización de mejora de la calidad asistencial, lo que implica asumir un proceso continuo y autocrítico de evaluación, con el fin de identificar problemas y oportunidades de mejora de los cuidados prestados.

En el presente texto, se exponen las principales acciones y estrategias puestas en marcha y desarrolladas al efecto en el ámbito sanitario público de Galicia, que incluye como aspectos fundamentales las mejoras de la estructura y acciones de humanización de los servicios sanitarios, protocolos internos de actividad financiación, las relaciones y la calidad percibida por el usuario y sus derechos y los planes de formación del personal.

Palabras clave: Gestión de calidad. Asistencia sanitaria. Acreditación. Certificación.

Introducción

En el entorno en que vivimos, las organizaciones que deseen sobrevivir necesitan desarrollar un amplio sentido de concurrencia. No sólo importa la forma en que realicemos nuestro trabajo, sino también que el resultado final sea capaz de satisfacer las necesidades y las expectativas de los usuarios. En este sentido, la calidad se presenta como uno de los principales activos con que cuentan las organizaciones para lograr mejoras competitivas y alcanzar la satisfacción de sus clientes¹.

Cuando desde el Estado se transfirieron los servicios sanitarios a las distintas comunidades autónomas (CCAA), en realidad lo que se hizo fue considerar cada autonomía como un instrumento clave para el logro de los objetivos y la mejora de la asistencia sanitaria en todo el país. El Estatuto de Autonomía de Galicia (1981) establece la sanidad interior como competencia autonómica. En 1991 se hacen efectivas las transferencias.

Abstract

Quality is a cultural concept that is both complex and multidimensional. As such, it has a relative value, which in the health sector necessarily involves three agents of influence: users, health professionals and the health authority. From this point of view, the Galician Health Service (Sergas) has attempted to systematize healthcare quality improvement, which implies the implementation of continuous and self-critical evaluation to identify problems and opportunities to improve the services offered.

The present article presents the main interventions and strategies implemented in the Galician public healthcare system, which include, as basic features, structural improvements and interventions designed to humanize health services, internal protocols for activity and funding, dealings with the public, user-perceived quality, users' rights, and staff training plans.

Key words: Quality management. Healthcare. Accreditation. Certification.

Desde el Servicio Gallego de Salud (Sergas), transmitimos que la preocupación por la calidad de los servicios sanitarios que venimos prestando, tanto en la atención primaria (AP) como en la hospitalaria, debe ser no sólo una prioridad, sino también una exigencia, tanto para las gerencias de los centros como para el resto de los estamentos de la administración sanitaria, independientemente del modelo de gestión de la calidad que se elija e implante.

La mejora de la calidad asistencial debe ser un objetivo básico de los profesionales de la salud, lo que implica asumir un proceso continuo y autocrítico de evaluación, con el fin de identificar problemas y oportunidades de mejora de los cuidados prestados.

En este sentido, en el Sergas venimos realizando un intento de sistematización de mejora de la calidad asistencial incidiendo en la interacción de 3 dimensiones fundamentales y complementarias: el aspecto científico-técnico, el interpersonal y el económico. Todo ello teniendo presentes las 3 partes que intervienen en la asistencia

sanitaria: los usuarios, los profesionales y la administración sanitaria.

En los servicios centrales existe una unidad, con rango de Subdirección General, responsable del desarrollo y seguimiento de programas de calidad, en colaboración con centros directivos con responsabilidad en esta materia.

Mejoras de la estructura y acciones de humanización de los servicios sanitarios

El Sergas está llevando a cabo una importantísima inversión para la modernización de sus hospitales.

Todos los hospitales o complejos hospitalarios están sujetos a reformas, ampliaciones o planes directores. Como puntos destacables están las ampliaciones y reformas de los bloques quirúrgicos de todos los centros en los que se presta especial atención a la modernización de las estructuras y equipamientos y a la creación de áreas de cirugía mayor ambulatoria. Todas las reformas se realizan teniendo en cuenta criterios de funcionalidad así como de bienestar para los profesionales y los pacientes.

Por otra parte, se realizan planes de equipamiento centralizados que nos permiten, por un lado, dotar a todos los hospitales de la tecnología más avanzada y, por otro, repartir de forma homogénea y equitativa esta tecnología en los hospitales de la red. Cabe destacar entre estos planes los de alta tecnología (tomografía axial computarizada [TAC], resonancia magnética nuclear [RMN], salas vasculares, telemandos, ecógrafos y radiología convencional) o el más reciente, de equipamiento de unidades de críticos.

Gracias a estas actuaciones, los hospitales del Sergas se dotan de la infraestructura precisa para satisfacer las necesidades sanitarias de la población con servicios de calidad y de manera homogénea y generalizada.

Además de los criterios de modernización tecnológica y adaptación de la infraestructura a las necesidades futuras, el abordaje de las inversiones se realiza con criterios de bienestar sin perder funcionalidad.

De entre los criterios para mejorar dicho bienestar, merecen ser destacados los relativos a estructura general de los hospitales y condiciones de hospitalización.

En esta misma línea se han establecido criterios de hospitalización en áreas convencionales, de hospitalización pediátrica, de unidades de críticos pediátricas, de hospitalización obstétrica, de hospitalización psiquiátrica y de pacientes custodiados.

La dotación y renovación de recursos físicos de AP ha sido, desde las transferencias, uno de los objetivos prioritarios de la Consellería de Sanidade. En su desarrollo, a lo largo de los últimos años, se ha llevado a cabo un importante esfuerzo inversor plasmado en la construcción o renovación integral de más de 300 centros de salud y consultorios, y, a día de hoy, podemos afirmar que la red de centros de AP se halla excelentemente dotada y renovada en cuanto a recursos físicos.

De hecho, actualmente, los esfuerzos inversores se centran en programas de mantenimiento y en un número reduci-

do de nuevas construcciones al haber disminuido notablemente las necesidades de renovación de estructuras.

De forma paralela, se ha procedido a la renovación íntegra del instrumental, así como a la revisión de las dotaciones de equipamiento y a la redefinición de las condiciones y especificaciones técnicas de éste, a través de un nuevo catálogo de equipamiento técnico de AP, todo ello de cara a mantener unos centros dotados del instrumental necesario y a monitorizar y adaptar las cambiantes necesidades y novedades del campo sanitario de AP.

El Sergas dispone de un manual normativo de señalización de sus centros sanitarios; el objetivo de la señalización de los centros de la red del Sergas es facilitar el desplazamiento de los ciudadanos en su interior, mediante una información comprensible sobre el espacio en el que se mueven.

Además, la aplicación de un sistema integral de señalización contribuye a la creación de una imagen de servicio, atención al ciudadano, funcionalidad, orden y modernidad ante los usuarios y el personal¹.

Protocolos Internos de Actividad Financiación

El instrumento para gestionar la actividad y la producción de los centros hospitalarios entre los Servicios Centrales del Sergas y los centros propios es el Protocolo Interno de Actividad Financiación (PIAF). Además de objetivos de gestión, se introducen objetivos de calidad asistencial, en sus distintos componentes: científicotécnica, eficacia, eficiencia, seguridad, accesibilidad, continuidad, adecuación, aceptabilidad, satisfacción.

El Sergas, a través de los PIAF, establece las bases para ofrecer, con carácter universal, el acceso a una sanidad de calidad, equitativa y gratuita.

Los PIAF tienen como referencia, por un lado, el marco de política sanitaria recogido en las directrices y objetivos del Plan de Salud de Galicia, por otro, la intención de afrontar la diferenciación de las distintas funciones de los sistemas sanitarios y, finalmente, pretenden incentivar los servicios necesarios en función de las necesidades y demandas de los ciudadanos y la optimización de recursos.

Dentro de éstos, se incorpora el Programa de Calidad de los hospitales del Sergas en el que se contempla la mejora continua de la calidad como un elemento estratégico permanente del sistema sanitario.

Cada centro hospitalario dispondrá de una Unidad de Calidad, o equivalente (asunción por parte de determinados profesionales de sus funciones) y de un Plan de Calidad, permitiendo adoptar en cada centro hospitalario, en función de la estrategia que mejor se adapte a sus características, la implantación de un sistema o modelo concreto de gestión de la calidad, así como la realización de actividades o programas de garantía de la calidad que lleven a la consecución de un reconocimiento externo (certificación, acreditación, premios, etc.).

La mejora de los servicios de AP es posible gracias a la implantación de estrategias organizativas y de gestión y al desarrollo de la reforma de la AP y de sus sistemas de registro.

En los últimos años se introducen nuevas herramientas de gestión, como los contratos-programa, un sistema de estimulación económica, incluido en un nuevo sistema retributivo, ligado al cumplimiento de los objetivos recogidos por el anterior, y la publicación de la cartera de servicios de este nivel asistencial que vino a llamarse “Procedimientos clínicos en atención primaria”². Además, el desarrollo de la reforma permitió la consolidación y normalización de los registros clínicos del proceso asistencial, como la historia clínica, y de los procesos mediante la publicación de distintos programas, sentando las bases que permitieron la implantación de un sistema de mejora y evaluación de los servicios de AP, a través de técnicas de control de calidad, y la efectividad del sistema gallego en la mejora de sus indicadores².

Los contratos de gestión o contratos-programa, como herramientas de gestión que pretenden incidir en la mejora de la calidad asistencial mediante aspectos concretos, establecen los servicios que se debe ofertar a la población y los objetivos a conseguir. El Sergas establece un contrato-programa con cada una de las gerencias de AP, denominado Protocolo Interno de Actividad Financiación. Las gerencias de AP firman anualmente con los servicios de AP el llamado Protocolo de Actividad que traslada los objetivos de la organización a los profesionales de este nivel, que constituye un documento único para todas las unidades y se pacta el grado de cumplimiento de los objetivos en función de distintas variables estructurales. El grueso de los objetivos pertenece al área asistencial y a la de calidad donde se incide en garantizar la accesibilidad, la información al usuario y la gestión de reclamaciones y sugerencias.

El establecimiento anual de los objetivos y su evaluación estandarizada constituyen un proceso cíclico en la cultura de la mejora continua. La auditoría externa de historias clínicas, con intervención de los profesionales, es la base de la evaluación de técnicas, procesos y resultados basados en la evidencia. Constituye una herramienta de trabajo en calidad al identificar áreas de mejora, introducir medidas correctoras e informar del estado de la prestación a toda la organización. Permite conocer la situación en el ámbito de Galicia e identificar las áreas de mejora de cada una de las unidades evaluadas en función del estándar constituido por el valor de la media de Galicia para cada ítem, así como su comparación haciendo aflorar la excelencia. El sistema de evaluación ha permitido objetivar el sistema de pago de incentivos individuales basándose en criterios objetivos y cuantificables, al mismo tiempo que establece nuevas vías de comunicación y participación de los profesionales.

El documento “Procedimientos clínicos en Atención Primaria” describe un catálogo o lista de procesos relacionados con los problemas de salud y las necesidades sentidas de la población, susceptibles de ofrecerse y resolverse en este nivel asistencial. Para cada servicio ofertado, se definen unos criterios de correcta atención de cuyas relevancia y efectividad existe evidencia, por lo que su cumplimiento permite garantizar la calidad de la asistencia prestada. La publicación de este documento normaliza, hace explícita y homogénea la oferta de atención a los procesos clínicos en este nivel asistencial. Constituye una herramienta de trabajo en calidad que

permite, tanto al gestor como al profesional, establecer estrategias de mejora e introducir medidas correctoras cuando sea necesario, y es un instrumento de garantía en calidad al promover el uso adecuado de la información clínica, fomentar la utilización de la historia clínica y permitir hacer un seguimiento de las actuaciones realizadas.

En Galicia, la historia clínica está unificada en forma, contenidos y normas de cumplimiento; además, el contrato programa y la cartera de servicios garantizan que la interacción entre el facultativo y el usuario quede reflejada en la historia clínica de manera similar en forma y calidad para todo el ámbito de la CA. Por ello, los datos registrados en la historia clínica pueden utilizarse como criterios de calidad en actividades de evaluación y mejora. Concebimos la historia clínica como el documento fundamental de trabajo en AP, ya que permite a nuestros profesionales la evaluación puntual y prospectiva de las necesidades de la población con una perspectiva evolutiva.

La calidad percibida como instrumento de gestión

El Sergas realiza periódicamente encuestas de la calidad percibida y de la satisfacción de los usuarios de sus servicios^{3,4}. Integrada al Programa de Calidad, esta iniciativa responde a la necesidad de disponer de instrumentos de medida e información útiles para desarrollar iniciativas de mejora continua y conseguir una satisfacción, cada vez mayor, de los pacientes.

Dichas encuestas se realizan, desde el año 1998, por entidades o instituciones externas al organismo responsable de la asistencia sanitaria en Galicia, y ofrecen resultados tanto globales del Sergas como de cada uno de los complejos hospitalarios u hospitales³, así como de cada una de las áreas de AP de cada gerencia⁴.

Para la realización de la encuesta hospitalaria se utiliza un cuestionario estructurado elaborado por un grupo de trabajo que estuvo formado por profesionales de los hospitales de la red y de servicios centrales del Sergas, apoyados por expertos de una consultora externa. La recogida de datos se efectúa mediante entrevista personal en el domicilio de los entrevistados, entre la tercera y sexta semanas posthospitalización³.

La encuesta de AP se realiza mediante un cuestionario normalizado, construido por el Departamento de Métodos y Técnicas de Investigación en Ciencias del Comportamiento y de la Educación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela conjuntamente con profesionales de los servicios centrales del Sergas. La recogida de la información se efectúa por entrevista personal en los centros de salud seleccionados⁴.

En la “Encuesta sobre la calidad percibida por los pacientes de la red hospitalaria del Sergas” se analizan las cuestiones relativas al ingreso (tramitación del ingreso, acceso para hospitalización programada), cuestiones asociadas a la estancia en el centro (duración de la hospitalización, ocupación de las habitaciones, intervenciones quirúrgicas, información sobre riesgos, consentimiento informado, conocimien-

Figura 1. Valoración de los hospitales de la red pública del Servicio Gallego de Salud (Sergas) 2002.

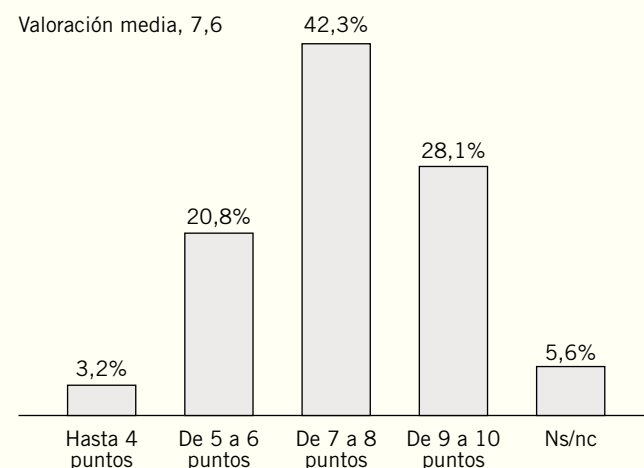
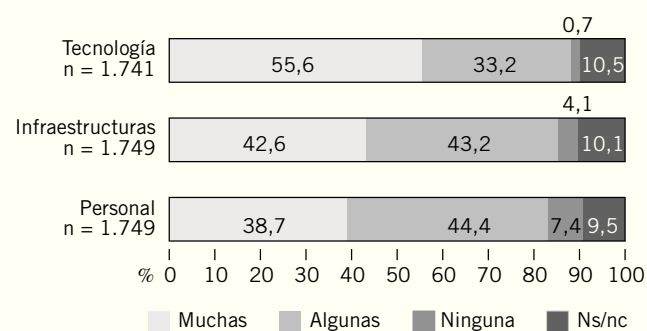


Figura 2. Aspectos de la sanidad pública en que se lograron mejoras (2002).



to del médico asignado, facilitación de la información sobre la evolución del paciente, valoración de aspectos relacionados con la comida, quejas y reclamaciones, trato a la hora de facilitar los cuidados, análisis de dimensiones convencionales: trato humano, atención sanitaria, entorno y habitación), las cuestiones asociadas al alta (comunicación del alta médica, información de cuidados tras el alta, citas y revisiones), valoración global de la estancia hospitalaria, valoración de los hospitales, valoración actual de la sanidad pública gallega (evolución de la sanidad pública en Galicia, valoración de la dotación tecnológica, de las infraestructuras y del personal) (figs. 1 y 2).

En la "Encuesta sobre la satisfacción y la calidad percibida por los usuarios de los servicios de salud de atención primaria de Galicia" se explora la utilización de los servicios de AP, la evolución percibida de la asistencia sanitaria, la satisfacción global, la satisfacción por componentes (acceso a la atención, atención y disposición del personal, asistencia clínica, trato del personal médico, trato del personal de enfermería, trato de los celadores y personal administrativo, condi-

ciones de las instalaciones y organización general del centro), la calidad percibida de los diferentes aspectos de la AP (relación con el médico, relación con enfermería, trato del resto del personal, facilidad para conseguir cita, tiempo de espera en consulta, horario, condiciones del edificio, señalización y equipamiento del centro), utilización de la historia clínica, fidelidad de los usuarios y evaluación de los servicios de apoyo (pediatría, odontología, fisioterapia, visitas a domicilio, urgencias) (figs. 3 y 4).

Aprovislso 9mil. La calidad de aprovisionamiento en los centros sanitarios

La calidad del aprovisionamiento en los centros sanitarios tiene especial relevancia por alcanzar a un elevado número de productos y proveedores, tanto de materiales sanitarios como no sanitarios, y asegurar en el ámbito interno, que se vean cumplidos los requisitos y expectativas de las unida-

Figura 3. Satisfacción global con respecto a los servicios de atención primaria en Galicia (2003).

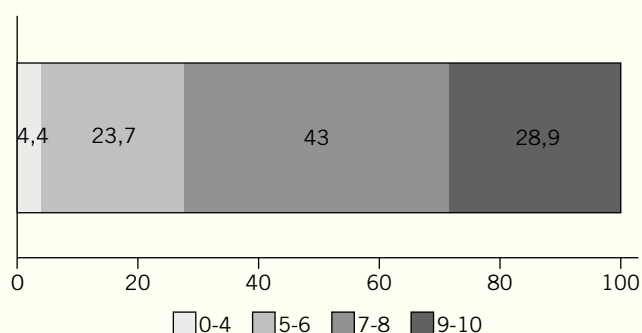
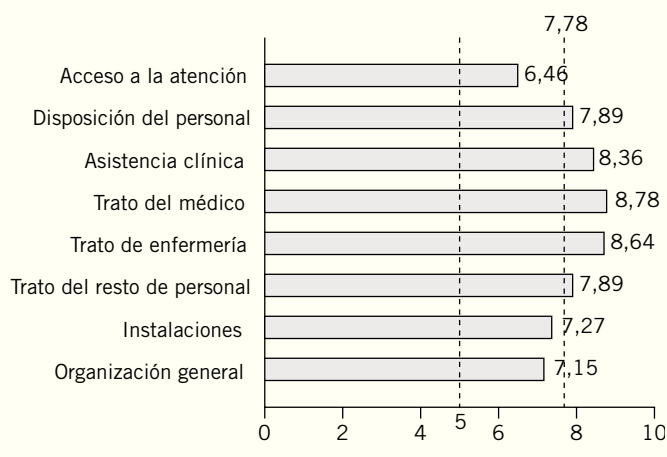


Figura 4. Satisfacción por componentes con respecto a los servicios de atención primaria en Galicia (2003).



des asistenciales y no asistenciales, así como de los pacientes a los que llega directamente este servicio.

En este marco, el Sergas considera las compras y el aprovisionamiento de los centros sanitarios como un área estratégica. Esta consideración se manifiesta en una política integral de aprovisionamiento para todos sus centros, en la creación de una estructura de apoyo, asesoramiento y coordinación dentro de sus servicios centrales, y el desarrollo de múltiples herramientas de gestión común y corporativas: aplicativo informático común, catálogo central de productos, comunicación electrónica con proveedores y gestión con código de barras, entre otros.

La implantación de sistemas de gestión de la calidad del aprovisionamiento sanitario, viene ahora a dotar de una idea directriz clara a toda la política desarrollada hasta el momento, así como a actuaciones futuras, ya que la fase siguiente a la implantación de un sistema de gestión de la calidad es la elaboración y ejecución de proyectos de mejora continua.

Para desarrollar esta idea se aprobó el proyecto Aproxlso 9mil⁵, orientado a implantar un sistema de gestión de la calidad del aprovisionamiento de todos los centros sanitarios dependientes del Sergas, según la Norma UNE-EN ISO 9001:2000 y acorde con la legislación y exigencias formativas que regulan la gestión de centros sanitarios públicos (fig. 5).

Figura 5. Gestión de la calidad en el aprovisionamiento sanitario. Guía para la aplicación de la norma UNE-EN ISO 9001:2000.

Relaciones con el usuario

Los centros hospitalarios del Sergas disponen de guías de acogida que pretenden dar respuesta a la mayoría de las preguntas que el usuario puede formularse acerca del funcionamiento de los centros sanitarios.

De la misma forma, en los centros de AP existen folletos informativos acerca del funcionamiento de cada centro. Además, a través de la guía interactiva de la página *web* del Sergas, el usuario puede acceder a información general de todos los centros de AP y a información personalizada de los servicios del centro al que esté adscrito.

En esta misma línea de relaciones con el usuario, está la tarjeta identificativa del personal del sistema sanitario y el próximo proyecto de normalización de los uniformes de dicho personal.

Certificaciones y acreditaciones de centros y servicios

En la línea que comentábamos con anterioridad, relativa al Programa de Calidad incluido en los PIAF, se otorgaba a cada centro sanitario la capacidad de iniciativa para adoptar la implantación de un sistema o modelo concreto de gestión de la calidad, así como la realización de actividades o programas de garantía de la calidad que lleven a la consecución de un reconocimiento externo⁶ (certificación, acreditación, premios, etc.).

Producto de estas iniciativas son las certificaciones y acreditaciones obtenidas por nuestros centros sanitarios:

- El Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo obtuvo la certificación del Servicio de Mantenimiento por la norma ISO 9001:2000 en el año 2002, habiendo cumplimentado ya su revisión anual, y teniendo prevista la certificación durante este año por la misma norma de los servicios de Cocina y Laboratorio de Análisis Clínicos. Iniciará, además, el proceso para la certificación de la Unidad de Esterilización, también por la norma ISO.

- El Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos de Ferrol recibió las certificaciones de los servicios de Lavandería y Farmacia en el año 2000, Análisis Clínicos en el año 2001, por la norma ISO 9001:2000, y en años sucesivos se realizaron las auditorías correspondientes a estas certificaciones. Está en fase de certificación por esta misma norma la Unidad de Esterilización y el Servicio de Radiodiagnóstico. Este complejo hospitalario tiene efectuadas 3 autoevaluaciones según el Modelo Europeo de Excelencia EFQM en los años 1997, 1999 y 2001⁷.

- En el Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo-Marítimo de Oza de A Coruña, los Servicios Centrales y Servicios Generales han iniciado procesos de gestión de la calidad encaminados a la obtención de certificaciones por las Normas ISO 9001:2000 y 14001:1996. En las Áreas de Gestión Clínica, servicios y/o unidades clínicas se aplicará el Modelo Europeo de Excelencia EFQM, siguiendo las recomendaciones que usa la Joint Commission para la acreditación.

Se encuentran en fase avanzada para la obtención de la certificación con la norma ISO 9001:2000 los servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos, Farmacia y Lavandería y la Unidad de Lesionados Medulares.

Entre sus próximos proyectos de certificación se encuentran otras áreas de Laboratorio, Banco de Sangre y Unidad de Trasplantes.

- El Complejo Hospitalario Universitario Xeral-Cies de Vigo, en noviembre del año 2003, inició el proyecto de certificación por la Norma ISO 9001:2000 del Área de Mantenimiento, y se continúa trabajando en el proceso de certificación del Servicio de Radiodiagnóstico (mamografías)^{5,6}. Este año 2004, está previsto iniciar el proyecto de implantación de Sistemas de Aseguramiento de Gestión de Calidad en I+D+i, según la normativa de la serie UNE-EN ISO 166.000:2002 EX.

- El Banco de Sangre del Hospital Provincial, perteneciente al Complejo Hospitalario de Pontevedra, obtuvo el Certificado de Acreditación del Comité de Acreditación de Transfusión (CAT) en octubre del año 2003.

- El Hospital do Meixoeiro de Vigo obtuvo la certificación de la Central de Esterilización por la norma ISO 9001:2000⁸ en 2002.

Se encuentra en fase inicial el proyecto de certificación por la Norma UNE-EN ISO 9001:2000 del Área de Servicio Compartido de Radiofísica y Protección Radiológica del Hospital do Meixoeiro e Instituto Galego de Medicina Técnica, S.A. (MEDTEC).

- El Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela⁹ tiene en proyecto de certificación por la Norma ISO 9001:2000 de los Servicios de Medicina Nuclear, Radioterapia y la Unidad de Diálisis del Servicio de Nefrología.

En el mismo complejo hospitalario, en el año 2003, se realizó una autoevaluación siguiendo el modelo EFQM sobre liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos, clientes, sociedad y claves de realización.

En diciembre de ese mismo año, se efectuó una autoevaluación siguiendo el mismo modelo aplicado al Programa de Formación Especializada del complejo hospitalario. Recientemente se han celebrado 4 reuniones de evaluación y consenso enfocadas a la obtención de un reconocimiento externo.

El Servicio de Anatomía Patológica de este complejo hospitalario participa en el Programa de Control de Calidad Inmunohistoquímica (módulo de Patología Quirúrgica) dentro del Programa de Control Externo de Calidad que depende de la Sociedad Española de Anatomía Patológica.

El centro también participa en el Programa de Garantía de Calidad de Bioquímica Clínica de Bio-Rad Laboratories (Bio-Rad Laboratorios EQAS, Irwine, CA, Estados Unidos). Además, el Laboratorio Central obtuvo en abril-septiembre de 2003, el primer puesto en el ránking de calidad en el ámbito nacional y el cuarto en el internacional.

- La Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira¹⁰ de Cee (A Coruña) se encuentra en proceso de acreditación por la King's Fund¹¹ y paralelamente su certificación global por la norma ISO 9001:2000.

- El Hospital Comarcal da Costa en Burela (Lugo) ha logrado la certificación por la Norma UNE-EN ISO 14001:1996,

que acredita la calidad de la política de gestión medioambiental implantada y desarrollada en este centro hospitalario.

- La Fundación Hospital da Barbanza en Riveira (A Coruña) ha obtenido el certificado UNE-EN ISO 9001:2000 para su Unidad de Hemodiálisis, en 2004.

- El Hospital Comarcal de Valdeorras (Ourense) realizó una autoevaluación del centro por el modelo EFQM en 1997¹². Se está trabajando para conseguir la certificación, por la norma ISO 9001:2000, en el área de preparación de fórmulas y preparados del Área de Farmacia y en Radiodiagnóstico. El Servicio de Laboratorio participa en el programa de control de calidad de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular.

- El Complejo Hospitalario de Ourense está trabajando en la acreditación por la norma ISO 9001:2000 de Laboratorios de Análisis Clínicos, Medicina preventiva y Mantenimiento.

- La Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia realizó una autoevaluación siguiendo el Modelo EFQM en 1999^{13,14}.

- La Unidad de Tarjeta Sanitaria de Galicia ha recibido la certificación ISO 9001:2000, que evidencia la aplicación de criterios de calidad en la gestión y supone el reconocimiento del alto nivel de una unidad que trabaja en la mejora del servicio al ciudadano. Es la primera Unidad de Tarjeta Sanitaria del Sistema Nacional de Salud en recibir una certificación de calidad y, también, la primera Unidad Administrativa de la Xunta de Galicia en ser certificada. La Fundación del Centro de Transfusión de Galicia fue acreditada en los años 1997 y 2003 por la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Asociación Española de Hepatología y Hemoterapia (CAT) en las siguientes actividades: donación, elaboración de componentes, programa de calidad, obtención y procesamiento de progenitores hematopoyéticos, e histocompatibilidad. Su Laboratorio de Biología Molecular e Histocompatibilidad está acreditado por la European Federation for Immunogenetics (EFI). Norma ISO 9002:1994 y norma ISO 9001:2000. Las actividades certificadas por esta norma son: selección de donantes de sangre y hemaféresis, extracción, separación, almacenamiento, distribución, procesamiento analítico e histocompatibilidad, criopreservación de componentes sanguíneos y promoción de la donación de sangre. Este centro también participa en los siguientes programas de control de calidad externos: Sociedad Española de Inmunología, Viral Quality Control (VQC), en VQC NAT Proficiency Programme for Blood Screening Laboratories, Sociedad Española de Transfusión Sanguínea (SETS) (Control de Calidad Externo en Serología), Sociedad Española de Transfusión Sanguínea (SETS) (Control de Calidad Externo en Inmunoematología). Asimismo, obtuvo la certificación BIOARCHIVE™ Acceptance, en 1998, emitida por THERMOGENESIS.

- El Instituto Galego de Medicina Técnica (MEDTEC) certificó con la norma ISO 9001:2000 la Unidad Técnica de Protección Radiológica y los servicios de Medicina Nuclear de Ourense y Resonancia Magnética en Vigo. También realizó una autoevaluación con el modelo EFQM en 2002. En 2002 inició una experiencia en la Unidad de Cardiología Intervencionista basada en la aplicación de la metodología Six Sigma.

– La Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 ha comenzado recientemente, en este año 2004, su plan de gestión y mejora de la calidad siguiendo el Modelo EFQM.

Durante el año 2004 continuarán los trabajos para conseguir ser acreditados como “Hospital Amigo de los Niños”^{15,16} los centros Fundación Pública Hospital da Barbanza de Riveira (A Coruña), Fundación Pública Hospital do Salnés (Pontevedra) y Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira de Cee (A Coruña).

La Comunidad Autónoma de Galicia, mediante el Decreto 52/2001, reguló la acreditación de los centros hospitalarios, y estableció que deberían obtener dicho certificado los centros pertenecientes a la red asistencial del Sergas y aquellos que actualmente tengan suscritos o deseen suscribir conciertos con éste. Los centros hospitalarios no recogidos en el apartado anterior podrán solicitar su acreditación como garantía del nivel de calidad que poseen.

En el anexo II del mencionado decreto, se recogen las 20 áreas a acreditar y los criterios de acreditación para cada una de ellas. El período de vigencia de la acreditación tendrá una duración máxima de 4 años, sujeta durante el antedicho período a las verificaciones que por parte de la autoridad sanitaria se consideren oportunas.

Planes de formación del personal

Con la creación de la Fundación Escuela Gallega de Administración Sanitaria, se dio en la Comunidad Autónoma de Galicia un impulso notorio a la formación de los profesionales del sistema sanitario programando y se realizaron actividades a través de un programa anual de formación para cuya elaboración se tienen en cuenta los estudios de necesidades de formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios realizados mediante metodología Delphi¹⁷.

En Galicia, asumiendo la delegación de competencias que proporcionaba el Convenio de Conferencia Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre formación continuada de las profesiones sanitarias, se realiza la acreditación de la formación continuada de los profesionales sanitarios.

En cuanto a la formación especializada, los centros sanitarios gallegos se encuentran acreditados para la realización de programas de formación de médicos internos residentes.

Información y comunicación con los pacientes. Derechos de los usuarios

En este sentido, la Comunidad Autónoma de Galicia realizó un esfuerzo formativo, producto del cual han sido la Ley 3/2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, y la creación en los centros sanitarios de los Comités de Ética Asistencial, mediante el Decreto 177/2000, como órganos consultivos e interdisciplinarios, al servicio de los profesionales y usuarios, constituidos

para analizar y asesorar en la resolución de conflictos éticos que puedan surgir como consecuencia de la labor asistencial, y que tienen como objetivo final la mejora de la dimensión ética de la práctica clínica y la calidad de la asistencia sanitaria. Dentro de esta misma iniciativa, se creó la Comisión Gallega de Bioética como órgano asesor en materia de bioética de la Consellería de Sanidade y del Servicio Gallego de Salud, así como órgano de referencia en materia de bioética para los Comités de Ética Asistencial.

Por último, la Ley 7/2003 de ordenación sanitaria de Galicia crea la figura del “Veedor del Paciente”, como órgano de la administración sanitaria que gestionará las sugerencias, quejas y reclamaciones que puedan formular los pacientes o sus legítimos representantes en relación con los derechos y los deberes establecidos en la mencionada Ley. Además, intermediará en los conflictos que planteen los usuarios del Sergas, para lo cual recabará la información que estime oportuna en relación con el funcionamiento de los centros, servicios y establecimientos del sistema.

Bibliografía

1. Servicio Galego de Saúde. Bases para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Xunta de Galicia, 2000.
2. García A, Puime P, Machín AJ. Mejora de los servicios de atención primaria a través de la estandarización de objetivos, documentación, evaluación e incentivos. Cuad Gest Prof Aten Prim 2002;8:179-91.
3. Servicio Galego de Saúde. Programa de Calidad. Enquisa sobre a calidade percibida polos pacientes da rede hospitalaria do Sergas 2002. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde, 2003.
4. Servicio Galego de Saúde. Programa de Calidad. Enquisa sobre a satisfacción e a calidade percibida polos usuarios dos servizos de saúde de atención primaria de Galicia 2003. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade, 2004.
5. Servicio Galego de Saúde y Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR). Xestión da calidade no aprovisionamiento sanitario. Guía para a aplicación da Norma UNE-EN ISO 9001:2000. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde, 2003.
6. Asociación Española de Normalización y Certificación. Informes AENOR. Certificación y Normalización. Sector Sanitario 2002. Madrid: AENOR, 2003.
7. Sociedad Española de Calidad. Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria “RECAS”. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos [en línea] [consultado 27/02/2004]. Disponible en: <http://www.secalidad.com/re-casiso.htm>
8. Noticias de calidad, medioambiente y seguridad laboral. Certificación ISO 9001:2000 a la central de esterilización del hospital Meixoeiro [en línea] [consultado 27/02/2004]. Disponible en: http://www.calidade.org/p/ver_mes.php?ver_mes=12&any=2002
9. Servicio Galego de Saúde. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago [en línea] [consultado 27/02/2004]. Disponible en:

- http://www.sergas.es/chus/asp/corp_estrategia.asp?op=corp&sub_op=org
10. Servicio Galego de Saúde. Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira [en línea] [consultado 27/02/2004]. Disponible en: <http://www.sergas.es/hospitaldecee/>
 11. Noticias de calidad, medioambiente y seguridad laboral. El hospital Virxe da Xunqueira avanza hacia la certificación de calidad King's Fund [en línea] [consultado 27/02/2004]. Disponible en: http://www.calidade.org/p/ver_mes.php?ver_mes=11&any=2003
 12. Servicio Galego de Saúde. Hospital Comarcal de Valdeorras [en línea] [consultado 27/02/2004]. Disponible en: <http://www.sergas.es/hcv/galego/plancalidad/contenido2.htm>
 13. Infocalidad. Experiencia en la gestión. Autoevaluación según modelo EFQM en una unidad de la Administración Pública. Experiencia de la Dirección General de Salud Pública de Galicia. Ponencia extraída del II Congreso Gallego de la Calidad [en línea] [consultado 27/02/2004]. Disponible en: http://www.info-calidad.net/calidad_total/060701b.doc
 14. Servicio Galego de Saúde. Dirección Xeral de Saúde Pública. Plan de calidade total [en línea] [consultado 27/02/2004]. Disponible en: <http://dxsp.sergas.es/default.asp>
 15. OMS/UNICEF. Protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia materna: El papel especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Ginebra: OMS, 1989.
 16. OMS. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, División de Salud y Desarrollo del Niño, 1998. Documento WHO/CHD/98.9.
 17. Galego P. Estudio Delphi sobre necesidades de formación do persoal sanitario da rede asistencial do SERGAS. Rev Galega Actual Sanit 2002;1:314-21.