

El proceso de evaluación externa de los hospitales para la acreditación de la formación sanitaria especializada

José Luis Zancajo

Evaluador del proceso de acreditación para la formación sanitaria especializada del Ministerio de Sanidad y Consumo. Técnico de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de SACYL. Valladolid. España.

Correspondencia: José Luis Zancajo Castañares.

Mateo Seoane Sobral, 42, 4.^o B. 47014 Valladolid. España.

Correo electrónico: zancajo@arrakis.es

Resumen

El presente trabajo tiene por objeto analizar la metodología de evaluación externa de la acreditación para la formación sanitaria especializada en España, y revisar, a la par, las experiencias que en este sentido realizan las agencias de acreditación nacional e internacional. Debido al importante incremento cuantitativo en las evaluaciones efectuadas, es imprescindible que las actividades practicadas sean análogas y estén perfectamente delimitadas e identificadas mediante procedimientos uniformes, que posibiliten la consecución de resultados homogéneos en situaciones similares, integrados en un manual-guía del proceso, que incluya herramientas de verificación y fuentes de evidencia. Su utilización en la acreditación para la formación sanitaria especializada ha resultado primordial con el fin de conseguir la mayor eficacia y preservar el rigor en las actuaciones evaluadoras.

Palabras clave: Acreditación. Evaluación externa. Formación sanitaria especializada.

Introducción

Los sistemas de gestión de calidad que preconizan la mejora continua y utilizan como metodología la evaluación externa son, fundamentalmente, 3: la acreditación, las normas de la International Office of Standards (ISO) y, en Europa, el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM). Algunos autores han intentado precisar numerosas diferencias conceptuales entre ellos¹⁻³, aunque simplificando y atendiendo a la tipología conceptual clásica de procesos, el modelo EFQM resalta los procesos estratégicos, el modelo de acreditación destaca los procesos clave, y los que preconizan la certificación tipo ISO reforzarían los procesos de soporte⁴. Lo más destacado es que la acreditación se centra en definir un marco de referencia específico para las organizaciones sanitarias con criterios de óptimos (máxima efectividad con los recursos disponibles) que, a diferencia de otros modelos, se centran más específicamente en el proceso de atención al paciente.

Los programas de acreditación son un procedimiento muy efectivo para la mejora de la calidad en un sector, el sanitario, que cada vez tiende a ser más complejo y competitivo, y cuya certificación es un símbolo de consecución para la optimización de la atención a los pacientes y la utilización adecuada de los recursos. Así lo corrobora un reciente estudio

Abstract

The aim of the present study was to analyze the methodology used in external assessment for accreditation of specialized healthcare training in Spain, as well as to review the experiences of national and international accreditation agencies. Because of the substantial quantitative increase in the evaluations performed, these evaluations must be analogous, perfectly delimited and identified by uniform procedures. This enables the attainment of homogenous results in similar situations, integrated in a manual-guide of the process, which includes verification tools and sources of evidence. Its use in the accreditation of specialized healthcare training has been fundamental in obtaining greater effectiveness and in preserving rigor when inspecting performance.

Key words: Accreditation. External assessment. Specialized health care training.

que aplica la metodología DAFO, en el que los directivos españoles perciben la acreditación como una oportunidad de mejora⁵.

Desde que se propuso la primera definición de acreditación en el Seminario Internacional de Sydney, en 1981, han surgido muchos protagonistas del proceso que han intentado delimitar su concepto. La International Society for Quality in Health Care, en 1998, señaló como acreditación "una autoevaluación y un proceso de revisión externa por pares utilizado por las organizaciones sanitarias para precisar su nivel de cumplimiento en relación con los criterios establecidos y para implementar el camino de la mejora continua en el sistema de salud". También se indica que "los criterios de calidad y el proceso de revisión externa están liderados por entidades de acreditación de reconocido prestigio, autónomas e independientes con un compromiso en la mejora de la calidad de los cuidados de salud de la población".

La Joint Commission International Accreditation la definió como un "proceso por el que una entidad externa al sistema sanitario, usualmente no gubernamental, evalúa una organización para determinar si responde a los requerimientos de una serie de criterios y estándares diseñados para la mejora continua de la calidad de los cuidados de salud"⁶.

Aunque haya una tendencia a la dispersión en los modelos de acreditación (desde los modelos clásicos y únicos,

como en Estados Unidos o Canadá, los más actuales únicos para todo el territorio, como el francés, o el de diversos modelos en un mismo país, como Italia o el Reino Unido)⁷, intrínsecamente todos incluyen 4 elementos básicos:

– Existencia de un organismo acreditador, que es el titular y responsable del programa (tanto del proceso de evaluación como de la decisión), y de la emisión de los certificados de acreditación.

– Criterios y estándares fiables y válidos conocidos por las organizaciones a las que se va a acreditar, incluidos en el manual de acreditación.

– En el proceso de evaluación se requiere que la opción de la acreditación sea voluntaria, que la visita se realice por evaluadores externos a la organización acreditada, y que la decisión se adopte por un órgano o comité de acreditación.

– Su aplicación conlleva beneficios económicos, de prestigio, o promueve cambios hacia la mejora de calidad.

Conviene matizar que, en la actualidad, la opción de voluntariedad no está firmemente asentada. Con carácter obligatorio ya hay agencias internacionales que lo preconizan (caso de la Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé francesa, o como en Canadá, donde se exige obligatoriamente la autorización del hospital para impartir la docencia). La encuesta recientemente realizada a directivos sanitarios españoles revela que éstos se decantan por un sistema de acreditación obligatorio⁵.

Con estos antecedentes se puede considerar la acreditación como "un proceso continuo y dinámico orientado a la mejora continua y solicitado voluntariamente por una organización sanitaria con el fin de obtener beneficios sociales y/o económicos que, aplicado por evaluadores expertos y externos a la institución que se va a acreditar, permite verificar el nivel de cumplimiento de criterios y estándares fiables y previamente validados, incluidos en un manual de acreditación elaborado por una agencia de acreditación independiente, que es la responsable de los procesos de evaluación y la decisión de la acreditación"⁸.

Dentro de los procesos de acreditación, el de la formación sanitaria especializada en nuestro país surgió con las orientaciones de otros modelos ya constituidos de amplia experiencia (fundamentalmente la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO]), y reúne los elementos básicos señalados anteriormente. Su misión es evaluar la capacitación de los centros hospitalarios y las unidades docentes para la formación de especialistas sanitarios.

Etapas del proceso de acreditación de organizaciones sanitarias

Como hemos indicado, uno de los aspectos más relevantes de la acreditación es el proceso de evaluación. De manera esquemática, comienza con la aprobación por la entidad de los criterios del manual, lo que va a posibilitar su conocimiento y comparar la situación de las organizaciones sanitarias con el modelo propuesto. La autoevaluación practicada

hace viable un diagnóstico efectivo de "incumplimientos" y facilita la identificación de áreas de mejora, para proceder, posteriormente, a su priorización y corrección mediante programas diseñados a tal efecto. Una vez corregidas las deficiencias detectadas, la institución ya se encuentra "preparada" para solicitar la evaluación externa. Con posterioridad, el proceso se completa con la fase de agregación y de decisión de la acreditación.

Resulta indispensable que la metodología de evaluación esté perfectamente definida y delimitada en un proceso. Tanto es así que todas las agencias de acreditación (tanto las internacionales como las de acreditación docente) contemplan un sistema de trabajo muy similar, que se sigue a través de los "manuales" que utilizan los evaluadores. Fiel reflejo de su trascendencia es la hipotética uniformidad exigida dentro del programa ALPHA⁹ (primera iniciativa de internacionalización de la acreditación que surgió en el seno de la International Society for Quality in Health Care con la creación de una Federación Internacional de Agencias de Acreditación): las entidades de acreditación que apliquen este programa deben demostrar que cumplen los criterios incluidos en las áreas de "proceso de acreditación" y de "gestión de la evaluación".

El procedimiento de evaluación diseñado distingue las etapas siguientes:

1. *Etapa de autoevaluación.* Fase previa a la evaluación externa en la que el hospital materializa un diagnóstico de la situación con una visión crítica mediante el contraste de ésta con los criterios señalados en el manual; se identifican las fortalezas, las debilidades y las oportunidades de mejora, para posteriormente, y a través de un plan perfectamente estructurado que especifica los objetivos tácticos y operativos, adoptar medidas correctoras.

2. *Etapa de evaluación externa.* Es la visita efectuada por los evaluadores externos a la organización sanitaria que solicita la acreditación, para realizar un análisis metódico e independiente utilizando de referencia los criterios incluidos en el manual. Todas las agencias y el proceso de acreditación para la formación sanitaria especializada aplican una metodología muy similar, que diferencia las fases siguientes: preparación de la visita, ejecución y elaboración del informe.

Autoevaluación

Con el paso del tiempo aumenta la trascendencia que conceden todas las agencias de acreditación a la autoevaluación como fase previa a la evaluación externa, al igual que en otros modelos orientados a la mejora de la calidad, como el de la ISO o el EFQM.

El principio de mejora continua de la calidad aplicando el proceso de acreditación logra su más alto exponente en esta fase de preparación para alcanzar el estado de acreditación, ya que posibilita la identificación de las áreas de mejora al compararse con los criterios incluidos en el manual. Los servicios de formación de las comunidades autónomas y las estructuras docentes de las instituciones sanitarias han comenzado a emplear esta fase a modo de comparación de la

situación del hospital con el “marco de óptimos” que les propone el manual para la acreditación global de los hospitales.

En España, las agencias de acreditación de comunidades autónomas, como la andaluza, incluyen en sus procesos de acreditación la fase de autoevaluación para reflexionar sobre las actividades y los resultados del centro, detectar los puntos fuertes y las áreas de mejora, adquirir conocimientos y habilidades de gran utilidad, y ayudar a gestionar los resultados de la evaluación externa¹⁰.

Para la Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé francesa, la autoevaluación es la etapa esencial del proceso de acreditación¹¹. Es la ocasión en la que los profesionales de la organización sanitaria efectúan su propia evaluación de la calidad aplicando como referencia los criterios del manual. A fin de facilitar su implantación, ha elaborado una guía pedagógica denominada “Préparer et conduire votre démarche d'accréditation”, que formula consejos y recomendaciones para conducir las diferentes etapas del procedimiento¹².

También la JCAHO proporciona una serie de pautas para que las instituciones consigan una correcta preparación previa a la visita de evaluación. Establece un principio válido para cualquier institución: la autoevaluación no consiste en demostrar “lo que se puede hacer por la JCAHO”, sino “lo que se hace para atender a los pacientes”.

Evaluación externa

La evaluación externa consiste en “un examen metódico, planificado e independiente efectuado por un equipo multidisciplinario de evaluadores externos que contrastan la situación real del hospital con el marco de criterios del manual, utilizando como fuentes de evidencia la observación directa, la entrevista y el análisis documental, a través de una metodología previamente definida, coherente, homogénea y uniforme de procedimientos para la evaluación”.

En la evaluación externa interaccionan dinámicamente 3 elementos: el manual de acreditación (marco de referencia), la institución (objeto de la verificación realizada), y los evaluadores externos que son, en último término, los garantes de la objetividad del procedimiento. Su perfil hace factible una actitud de colaboración estrecha con los profesionales de las organizaciones evaluadas, fomentando en todo momento una labor de consultoría y apoyo que facilita la comprensión del proceso¹³.

Las actividades suelen estar recogidas en “manuales-guía del proceso de evaluación”, que son de utilización interna en todas las agencias. El proceso de acreditación para la formación sanitaria especializada cuenta con una “guía de actividades en el proceso de evaluación”, que tiene como objetivo orientar la labor de los evaluadores que van a aplicar el manual, basándose en las “directrices del proceso de acreditación” y en la aplicación práctica que tras la experiencia de utilización de las herramientas de evaluación se han ido realizando a través de toda la singladura de la acreditación docente, desde que se iniciaron sus actividades en el año 1987¹⁴.

La guía pretende servir de ayuda en la fase de preparación e implementación de la acreditación, y muestra unas

descripciones detalladas de todas las tareas como normalmente suelen realizarse, indicando las fuentes de evidencia por actividades en el lugar donde se pueden verificar. Por tanto, es una guía-complemento del evaluador para la aplicación del manual, y permite la valoración de los 3 grupos funcionales de criterios que lo integran (funciones centradas en el paciente, la organización y la docencia)¹⁵.

Como todas las guías de evaluación, no pretende ser la fórmula mágica que asegure una correcta realización del proceso de acreditación docente. Fundamentalmente, su objetivo es orientador e informativo para los evaluadores: facilita, por una parte, la evaluación a través de recomendaciones para las distintas actividades ejecutadas y expresa, por otra, la relación entre los criterios y la evaluación de forma clara que favorece la coherencia entre las inspecciones. Tal como refiere el documento, su utilidad reside en que describe lo que probablemente suceda en el transcurso de la visita, señalando los grandes temas que se han de tratar en cada actividad, lo que permite, sin duda, planificar el proceso de evaluación con éxito.

Fase 1. Preparación de la visita

Esta etapa, que abarca desde que la agencia realiza la solicitud de acreditación hasta la fase de “trabajo de campo” propiamente dicha, tiene como objetivo preparar minuciosamente y con la debida antelación la visita a la institución.

En la acreditación para la formación sanitaria especializada se decide, en primer lugar, el equipo evaluador. Desde el comienzo del programa, los equipos que intervienen habitualmente están integrados por 3 evaluadores que suelen ser médicos, acompañados en menor proporción por enfermeros y farmacéuticos, que en su mayoría pertenecen al Cuerpo Sanitario de la Administración de la Seguridad Social y que, fundamentalmente, forman parte de la plantilla de las comunidades autónomas con competencias de sanidad transferidas y del Ministerio de Administraciones Públicas¹⁶. En segundo lugar, la entidad acreditadora se encarga de notificar oficialmente, con una antelación razonable, las fechas de la visita. Tanto en el supuesto de entidades de acreditación internacionales (p. ej., la JCAHO o la Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, etc.) como en la acreditación para la formación sanitaria especializada en España, el hospital recibe la notificación con la fecha de evaluación entre 4 y 6 semanas antes de la visita.

El equipo prepara el plan de evaluación, documento que resulta de gran utilidad práctica y refleja el cronograma detallado de la visita, qué tipo de tareas van a tener lugar durante esta visita, qué aspectos serán valorados en cada una de las áreas y quiénes deberán estar presentes en las actividades indicadas. Su elaboración requiere un enorme esfuerzo de previsión, por lo que en la práctica se diseña para que permita cambios en su puesta en práctica. Si hubiera objeciones por parte de la institución evaluada, éstas deberán dirimirse entre el responsable del equipo y el liderazgo del hospital antes de iniciar la visita y con la suficiente antelación.

Se suele recabar un dossier informativo de carácter básico que sirva como marco de referencia para la adecuada

programación de la visita, lo que facilita “familiarizarse” con la organización en sus ámbitos organizativos, de liderazgo, etc. El Ministerio de Sanidad y Consumo solicita un ejemplar de la memoria general del centro, el plan estratégico, el plan de calidad, el sistema de información, etc., documentación que orienta al equipo evaluador sobre las características generales del centro. Resulta fundamental diseñar correctamente el “conjunto deseable” de información, tanto verbal como escrita, para no caer en los peligros de utilizar enormes cantidades de información, difícil de manejar posteriormente, disponer de la diferente a la buscada u obtener escasa información¹⁷.

Como actividad previa a la fase de ejecución en la acreditación para la formación sanitaria especializada se recomienda una reunión preparatoria del equipo de evaluación, con el fin de revisar conjuntamente la documentación facilitada, distribuir el calendario de actividades entre sus miembros, y analizar los posibles aspectos de “especial dificultad”.

Fase 2. Ejecución

La fase de ejecución delimita una serie de actividades que incluyen las etapas siguientes: reunión inicial, reunión para la revisión de documentos, reuniones periódicas del equipo evaluador, reuniones con el equipo auditado, hasta la reunión final previa al abandono del centro. Su duración es variable en función de la complejidad de servicios que presta y el tamaño y el tipo de organización evaluada, aunque la media en la acreditación global del hospital, tanto para las entidades de acreditación internacionales como para la formación sanitaria especializada, suele situarse entre 4 y 5 días. Comienza la visita con las actividades inaugurales: la reunión inicial de presentación de la acreditación y la sesión previa de revisión de documentos.

Reunión inicial (pre-audit meeting)

Su propósito es exponer el enfoque general de la acreditación docente al equipo directivo y el personal clave de la institución el primer día de la visita, acometiendo, además, los siguientes objetivos específicos:

- Presentación del equipo a los directivos y responsables de las áreas evaluadas.
- Confirmar el plan de evaluación acordado y, si resultase necesario, realizar los ajustes de última hora en la agenda.
- Repaso de aspectos logísticos: disponibilidad de medios (lugar de trabajo, equipos informáticos de apoyo, recursos reprográficos, pases de seguridad, etc.) y documentación seleccionada.
- Confirmar definitivamente la cita para la reunión final.

Conseguir el éxito en esta fase es fundamental. Hay que procurar estar preparados para discutir cualquier cambio necesario del programa final que pueda requerir modificaciones en la agenda; el responsable del equipo se convierte en un recurso muy útil para esclarecer cualquier tema que no estuviese previamente planificado.

Sesión previa de revisión de documentos

En el proceso de acreditación docente se recomienda una primera reunión del equipo de evaluadores “a puerta cerrada”, con el fin de valorar la documentación que previamente se solicitó al hospital. Es una pauta generalizada que los documentos se agrupen por funciones/criterios en una sala que, por cuestiones de seguridad y confidencialidad, ha de permanecer “bajo llave”, y que será la sede habitual de trabajo de los evaluadores.

Esta etapa es un paso previo a las fases interactivas de la evaluación, cuyos propósitos son posibilitar que los evaluadores obtengan una visión global de la organización que se está evaluando y que se preparen para posteriores actividades, haciendo factible el examen documental de dosieres que pueden exigir un estudio más pormenorizado.

Evaluación de las áreas encomendadas

El proceso está diseñado para conseguir evaluar todos los criterios del manual de acreditación, y se basa en las conclusiones individualizadas que los evaluadores van extrayendo de las actividades incluidas en el plan, así como de una enorme variedad de datos obtenidos en lugares y momentos distintos durante la visita al hospital.

No hay un orden determinado para la evaluación de las diferentes áreas que integran el manual, aunque, para aportar una visión global del hospital, se recomienda situar algunas en primer lugar. En concreto, el área de liderazgo, que habitualmente incluye una reunión con todo el equipo directivo, suele ser la primera actuación de trabajo, ya que permite, además de recabar alguna documentación complementaria a la ya solicitada, perfilar en los evaluadores un enfoque general de la organización.

El desarrollo del trabajo de evaluación en las restantes áreas puede realizarse individualmente o en equipo de 2 evaluadores, según los supuestos y en función de la definición previa de actividades. En la JCAHO se suele efectuar individualmente; por ejemplo, el enfermero evalúa criterios sobre dietética, el médico evalúa criterios de dirección médica y de servicios clínicos, y el administrador evalúa criterios de gestión o del archivo de historias clínicas. En la acreditación docente se sigue la dinámica mencionada, aunque como los equipos en muchas ocasiones no son multidisciplinarios, los médicos evaluadores son los encargados de revisar todas las áreas del manual.

Con las visitas a las áreas de atención al paciente, que consumen la mitad del tiempo global de una auditoría, se pretende analizar el modo en que las funciones de una organización convergen en la atención a los pacientes y sobre la forma en que la planificación y la elaboración de los procesos se ha puesto en marcha y ha logrado mejoras estables. Comprenden, al menos, las siguientes actividades:

- Entrevista con los responsables de atención a los pacientes.
- Visitas a las unidades para verificar las cuestiones sobre el entorno de la asistencia, la comunicación del personal, los derechos de pacientes, etc.

- Observación de procesos y revisión de historias clínicas abiertas.
- Entrevistas a los pacientes, que incluyen cuestiones sobre sus derechos (intimidad, consentimiento informado), educación, etc.

Para probar los hallazgos están las evidencias objetivas. En la búsqueda de éstas, la guía del proceso de acreditación docente recomienda utilizar un buen número de fuentes de evidencia para conseguir una mayor validez en la objetivación del cumplimiento de cada criterio y de su ponderación. Las principales herramientas de evaluación que vamos a emplear son la observación directa, la entrevista y el análisis documental.

En la acreditación para la formación sanitaria especializada, y como actividad complementaria a la encuesta de satisfacción, se sugiere realizar una audiencia pública a los residentes, con el fin de concederles la oportunidad de que presenten a los evaluadores cualquier información adicional que consideren relevante, tanto sobre el hospital como de su formación y de las unidades docentes.

Reuniones periódicas del equipo evaluador

Todos los manuales y guías del evaluador atribuyen un amplio alcance a la reunión diaria de los evaluadores, sustentándose en que el trabajo en equipo es un planteamiento esencial y necesario para identificar de forma eficaz los resultados y las conclusiones de la evaluación. Por motivos operativos, se recomienda su realización al final de la jornada laboral con todos los evaluadores presentes. Si del debate surgiera la necesidad de visitar de nuevo un área o hacer un cambio en la agenda, esto se comunicará a primera hora del día siguiente a la organización.

Sus objetivos fundamentales son identificar y compartir los resultados entre todos los miembros del equipo evaluador, aclarando los posibles desacuerdos, fijar los cambios de agenda que ante imponderables deben tratarse al día siguiente y determinar si hay temas que requieren un seguimiento específico *a posteriori*.

Reuniones periódicas con el equipo directivo

Se aconseja realizar reuniones informativas, breves e informales de unos 10 min de duración al inicio de cada jornada con una persona del grupo auditado, que tendrán como finalidad principal aclarar los posibles desacuerdos entre los miembros del equipo evaluador con la dirección del hospital. Nuestra experiencia práctica nos ha llevado a mantener reuniones de no más de 15-20 min al comienzo o final de cada jornada, con la intención de avanzar en los resultados, contrastar las informaciones obtenidas y resolver cualquier tipo de incidencias que puedan surgir en la fase de “trabajo de campo”.

Reunión final del equipo evaluador

Con la reunión final del equipo evaluador se pretende integrar todos los resultados de las actividades de evaluación y evitar las diferencias de criterios. Se ha de realizar el último

día de la evaluación y sirve de preparación para la reunión final con el equipo directivo, al extraer de todas las actividades realizadas las conclusiones más señaladas y los aspectos más destacables que se debe mejorar.

Reunión final con el equipo directivo

Durante la reunión final con el equipo directivo los evaluadores presentan los resultados preliminares de la acreditación y tratan todas las cuestiones y comentarios que la organización cree que no quedan suficientemente aclarados, lo que la convierte en una oportunidad inigualable para resolver cualquier tema relacionado con los resultados de la evaluación; el equipo debe asegurar que éstos son comprendidos y aceptados.

Como primera actividad, el responsable del equipo ha de explicar el propósito de esta reunión, para posteriormente presentar un resumen de las conclusiones que ya han podido ser facilitadas a los responsables de las áreas correspondientes. Cada evaluador puede explicar los resultados por áreas analizadas. Se animará al personal presente a formular cuantas preguntas y comentarios precise realizar, procurando que la reunión no se convierta en un foro de debate.

Fase 3. Elaboración del informe

El informe es “el producto final de la evaluación externa, en el que se transcriben documentalmente todas las actuaciones realizadas para facilitar la toma de decisiones válidas en el proceso de acreditación, e incluye todas las informaciones objetivas recogidas, verificadas y analizadas de la visita de acreditación, las conclusiones, las recomendaciones, los puntos fuertes y las áreas de mejora”.

Suele presentarse en formato papel y/o en disquete. En el programa de acreditación docente se redactan las verificaciones realizadas después de cada criterio del manual, al que se acompañan las conclusiones y recomendaciones efectuadas para cada área, y una agrupación global de las mismas para la organización, a lo que se añade un informe sobre la encuesta de satisfacción de los residentes y las valoraciones cuantitativas con las ponderaciones correspondientes. Se aconseja que el responsable del equipo evaluador sea quien supervise el informe final.

Una vez elaborado, se remite al Ministerio de Sanidad y Consumo, que tras su revisión cursa al comité de acreditación. Éste tiene la siguiente composición: un presidente que es el presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, un secretario, y 7 vocales, de los que 5 son los presidentes de las comisiones nacionales de especialidades elegidas por el consejo, otro es el representante del Ministerio de Sanidad y Consumo (Subdirector General de Ordenación Profesional) y otro del Ministerio de Educación y Ciencia (Subdirector General de Ciencias de la Salud).

Una vez valoradas las actuaciones, el comité de acreditación emite una propuesta que tiene que ser ratificada en pleno por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. La tipología de las decisiones en el proceso de acreditación para la formación sanitaria especializada es la siguiente:

Tabla 1. Resultados cuantitativos referentes a los dictámenes del proceso de acreditación global de hospitales.
Datos referidos al período 1987-2001

Dictámenes totales	Resultados de los dictámenes				
	Acreditación por 1 año condicional	Acreditación por 1 año	Acreditación por 2 años	Acreditación por 3 años	No acreditados
469	18	235	48	157	10

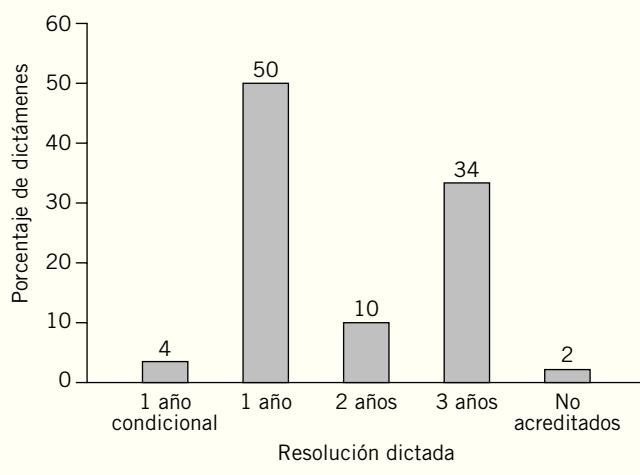
Tabla 2. Resultado porcentual de los dictámenes emitidos en el período 1987-2001 agrupados por quinquenios

Período	Dictámenes					
	Acreditación por 1 año condicional	Acreditación por 1 año	Acreditación por 2 años	Acreditación por 3 años	No acreditados	Total dictámenes
1987-1991	6%	58%	0%	33%	3%	216
1992-1996	4%	55%	7%	32%	2%	116
1997-2001	1%	34%	28%	35%	2%	139

- Dictamen positivo de acreditación por 3 años.
- Dictamen positivo de acreditación por 2 años (introducido en 1995).
- Dictamen positivo de acreditación por un año.
- Dictamen provisional por un año supeditado a la resolución de deficiencias.
- Denegación de la acreditación docente solicitada.

Los dictámenes emitidos para la acreditación global de los hospitales desde que se iniciaron sus actividades hasta 2001, que se reflejan en la tabla 1, expresan que las acreditaciones por un año son superiores cuantitativamente al resto de dictámenes del proceso de acreditación, y representan un 54% del total de dictámenes emitidos (fig. 1). El número de hospitales desacreditados es relativamente pequeño (un 2%).

Figura 1. Porcentaje de dictámenes sobre el total de acreditaciones globales realizadas durante el período 1987-2001.

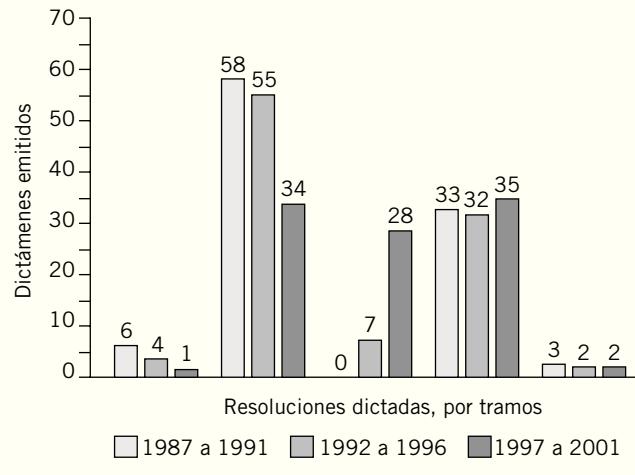


El análisis cuantitativo por quinquenios (tabla 2 y fig. 2) revela una tendencia mayoritaria hacia los dictámenes de acreditación por un año en los primeros 10 años, y se orienta sensiblemente hacia las acreditaciones por 2 años en el período comprendido entre 1997 y 2001. Se mantienen estables en los 15 años analizados los dictámenes de acreditación por 3 años y las no acreditaciones.

Consideraciones finales

Un programa de acreditación no tiene que ser únicamente un manual con criterios y estándares cuyo cumplimiento se verifica mediante una evaluación externa, sino que su propósito ha de ser conseguir penetrar en las organizacio-

Figura 2. Representación gráfica del porcentaje de dictámenes emitidos en el período 1987-2001 agrupado por quinquenios.



nes sanitarias como instrumento para lograr la mejora continua¹⁸. El objetivo esencial de la evaluación externa es la mejora de calidad mediante la identificación de niveles de calidad y oportunidades de mejora.

Como también ocurre en otros modelos de gestión de la calidad que pretenden una mejora continua y utilizan la evaluación externa como herramienta de identificación de áreas de mejora (EFQM, ISO)¹⁹, los evaluadores externos desempeñan un papel preponderante como educadores al brindar la oportunidad de aportar información en relación con los criterios establecidos en el manual. Su papel ha de orientarse hacia su transformación para posibilitar el establecimiento de mecanismos preventivos que faciliten la mejora continua y aporten transparencia e independencia al sistema de evaluación.

La metodología debe estar perfectamente delimitada y concretada en un proceso uniforme y coherente que permita la objetividad de la evaluación a través de procedimientos incluidos en un manual-guía, que cuente con herramientas de evaluación y fuentes de evidencia necesarias para verificar el cumplimiento de los criterios, con el fin de obtener resultados similares en situaciones semejantes, lo que resulta todavía de mayor trascendencia si se considera el volumen cuantitativo de las evaluaciones efectuadas.

Lo especificado anteriormente justifica la existencia de un manual del evaluador que describa con claridad todas las actividades que se van a realizar, señalando qué se va a evaluar (criterios), quién ha de efectuarlas (evaluadores), cómo efectuarlas y con qué propósito, dónde se van a verificar los cumplimientos (relación de fuentes de evidencia), etc. Así lo han entendido las agencias de acreditación al tener explicitado el procedimiento de evaluación externa mediante una guía del proceso de evaluación que sirve de pauta general de la acreditación.

Ajustándonos tanto a la metodología general de evaluación y auditoría que en otros sistemas se realizan (la ISO fundamentalmente utiliza la norma 19011:2002²⁰) como a la que se desarrolla en otros procesos de acreditación internacionales, después de 16 años de tránsito del proceso de acreditación para la formación sanitaria especializada, y tras su adaptación a la definición funcional de criterios acaecida en 1999, se aprobó una "guía de actividades en el proceso de acreditación" que tiene como objetivo orientar la labor de los evaluadores que van a aplicar el manual. Además, presenta descripciones de las etapas de la evaluación externa como normalmente suelen presentarse e indica fuentes de evidencia por actividades en el lugar donde se pueden verificar, lo que ha resultado primordial para conseguir la mayor eficacia en la etapa de evaluación externa y preservar el rigor en las actuaciones evaluadoras.

Bibliografía

1. Bohigas L. El premio europeo a la calidad, las normas ISO y la acreditación. Rev Calidad Asistencial 1998;1:4-5.
2. Shyve P. Las normas ISO 9000 y la acreditación desde la perspectiva del sector sanitario. Rev Calidad Asistencial 1996;11:72-3.
3. Simón R, Guix J, Nualart R, Surroca RM, Carbonell JM. Utilización de modelos como herramienta de diagnóstico y mejora de la calidad: EFQM y Joint Commission. Rev Calidad Asistencial 2001;16:308-12.
4. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. La ética de las organizaciones sanitarias en los modelos de calidad. Propuestas de mejora para su desarrollo en España [en prensa].
5. Aranaz JM, Leutscher E, Gea MT, Vitalier J. El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre acreditación los directivos sanitarios españoles. Rev Calidad Asistencial 2003; 18:107-14.
6. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Joint Commission International Accreditation. Standards for hospitals. Oakbrook Terrace, 1999.
7. Suñol R, Humet C. Garantía de calidad y acreditación en España. Informe SESPAS 2002. Tomo I. Cap. 22. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2002.
8. Zancajo JL. Análisis del cambio acontecido en el proceso de acreditación global de los hospitales para la formación docente especializada. Rev Calidad Asistencial 1999;14:359-64.
9. ALPHA agenda. Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation. ISQua. Ed Ms Lee Tregloan Abr 1999;1:1-16.
10. Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Programa de Acreditación de Centros. Estándares del Manual. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2002.
11. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Manual d'Accréditation des Établissements de Santé. Paris: ANAES Service Communication et Diffusion, 2003.
12. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation. Un guide pratique. Paris: ANAES Service Communication et Diffusion, 2002.
13. Carrasco AL, González E, Ibáñez AJ, Mata FJ, Ruiz MC, Tejedor JM, et al. Manual Práctico de Acreditación de Hospitales. Valladolid: Editora Médica Europea, 1993.
14. Subdirección General de Ordenación Profesional. Guía de actividades en el proceso de acreditación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
15. Zancajo JL. Correlación entre el manual de acreditación de hospitales para la formación sanitaria especializada en España con el Manual de la Joint Commission International Accreditation. Rev Calidad Asistencial 2000;15:437-42.
16. Zancajo JL. Propuesta de perfil competencial uniforme para los evaluadores que integran los procesos de acreditación de sistemas sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2001;16:208-14.
17. Arter D. Quality audits for improved performance. Wisconsin: ASQC Quality Press, 1989.
18. Bañeres J. Sistemas internacionales de evaluación externa. Rev Calidad Asistencial 2003;18:69-71.
19. Ugalde M, Sierra F, Pardo P. El proceso de evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el modelo de excelencia de la EFQM. Rev Calidad Asistencial 2001;16:330-8.
20. Badia A. Calidad: modelo ISO 9001. Versión 2000. Bilbao: Ediciones Deusto, 2002.