

Sistema Español de Acreditación de Unidades de Hepatología. Una propuesta de la Asociación Española para el Estudio del Hígado

Gerardo Clemente Ricote, Juan José Pérez Lázaro^a, Martín Tejedor Fernández^a, Vicente Arroyo Pérez,
y Grupo de Estudio de Calidad en Hepatología de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH)*

^aEscuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En las últimas décadas se ha producido un avance extraordinario en los servicios de salud, no sólo en la parte estructural y en el equipamiento sino también en los aspectos concernientes a los profesionales, como la formación y la motivación. Esta mejora se ha generalizado por todo el país y para cualquiera de los niveles asistenciales, tanto en la atención primaria como en los servicios de emergencias y en los hospitales.

Paralelamente, se han producido una serie de cambios sociales que han provocado una transformación de las necesidades, las expectativas y las demandas de los pacientes. Todo ello ha conllevado que hayamos pasado de un modelo de asistencia basado en una relación unipersonal y uniprofesional entre médico y paciente a la situación actual en la que participan múltiples personas y disciplinas. El cambio ha sido tan extraordinario que se ha evolucionado, desde una actividad basada prácticamente de forma exclusiva en la clínica, a otra con utilización de medios complejos, como la tomografía computarizada, la resonancia magnética, las endoscopias, los estudios histológicos, etc. De forma similar ha ocurrido con el proceso terapéutico, ya que en la actualidad no sólo hay diferentes estructuras en las que aplicarlo (hospital de día, fin de semana, cirugía mayor ambulatoria, etc.), sino que se han multiplicado las terapias tanto desde el punto de vista farmacológico como técnico (trasplantes, cirugía endoscópica, etc.).

*Miembros del Grupo de Estudio de Calidad en Hepatología de la AEHH: Ramón Planas Vilá, Manuel de la Mata García, Juan Córdoba Cardona, Martín Prieto Castillo, José Ignacio Herrero Santos, Paloma Jara Vega y Gonzalo Suárez Alemán^a

Correspondencia: Dr. G. Clemente Ricote.
Servicio de Hepatología. Hospital Gregorio Marañón.
Doctor Esquerdo, 46. 28007 Madrid. España.
Correo electrónico: gcllemente.hgugm@salud.madrid.org

Recibido el 9-5-2007; aceptado para su publicación el 14-5-2007.

Por todo ello, los usuarios actuales y futuros de esa sanidad exigen de ella un nivel óptimo, tanto desde el punto de vista profesional como estructural. Ahora puede afirmarse que la calidad asistencial es una idea, un valor social ampliamente extendido, al que las administraciones nacionales, autonómicas, locales y, lógicamente, los servicios de salud correspondientes no pueden permanecer ajenos. Es decir, debemos admitir que en la actualidad la calidad es un valor social necesario.

Como consecuencia de ello, la tradicional relación médico-paciente se ha transformado en otra en la que la relación se establece con un sistema proveedor de servicios, ya que los resultados finales dependen de múltiples equipos de profesionales de disciplinas variadas. Ya no es suficiente con la demostración de una serie de competencias profesionales, sino que se precisa además una calidad de la organización, o sea, de las «competencias grupales». Hemos pasado de una situación en la que la calidad de la asistencia y la excelencia en el servicio sean un reto y un compromiso ético a constituirse en una legítima exigencia social. Para ello, desde una perspectiva general es clave la planificación, la dotación de recursos materiales y humanos, y la organización de los procesos asistenciales. Desde un punto de vista más próximo, es necesario disponer de sistemas y planes o programas de gestión clínica o de calidad que comporten la participación de todo el equipo de profesionales, cuya implantación la deben realizar los jefes de las unidades o servicios.

Los sistemas de acreditación constituyen una herramienta de gran utilidad para conseguir la homogeneidad de los elementos necesarios. Es evidente que los estándares, las normas o los criterios precisan el consenso profesional, para lo que es imprescindible contar con las sociedades científicas en colaboración estrecha con las autoridades estatales y autonómicas.

La garantía de que un centro, un servicio o una unidad ofrece una atención sanitaria adecuada está determinada por la dotación de medios y la organización que los presi-

de. Los instrumentos de que se dispone en la actualidad para conseguir lo expuesto anteriormente (sistemas de calidad y su acreditación, certificación y evaluación externa) no son fáciles de utilizar. Es muy importante que se entienda por acreditación el hacer digna de crédito una cosa; nunca tiene una intención fiscalizadora, siempre es de carácter voluntario, su fin es incentivador y su objetivo asegurar y mejorar la calidad del servicio que se presta.

Como ejemplo de ello, en la última década ha tenido lugar la aparición de un gran interés profesional por la gestión de la calidad¹ y una enorme eclosión de experiencias de evaluación externa, por terceras partes, realizadas en servicios y centros sanitarios de toda la geografía española. Los modelos aplicados, en orden decreciente de frecuencia, han sido los siguientes: International Standards Organization (ISO)², European Foundation for Quality Management (EFQM)³ y Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO)⁴.

Igualmente, de forma muy reciente, algunas administraciones sanitarias de comunidades autónomas españolas han creado organismos de carácter público con objeto de desarrollar sistemas de acreditación de centros y servicios sanitarios, entre los que puede señalarse como ejemplos la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)^{5,6} o el Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias (INACEPS) en Valencia⁷.

Aunque las experiencias de desarrollos de sistemas de calidad^{8,9} por distintos servicios y unidades clínicas y su evaluación externa son ya muy numerosas en España, no son muchas las que se han publicado.

En los últimos años, distintas sociedades científicas e instituciones españolas y de otros países, en un intento de velar por la calidad de los profesionales e instituciones que realizan las actividades asistenciales propias de su especialidad, han puesto en marcha iniciativas con el objetivo de desarrollar y aplicar sistemas de acreditación específicos: Asociación Española de Hematología-Hemoterapia y Sociedad Española de Transfusión¹⁰, Joint Accreditation Committee of the International Society for Cellular Therapy and European Group for Blood and Marrow Transplantation (JACIE)¹¹, Organización Nacional de Trasplantes (no publicado), Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria^{12,13}, Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias¹⁴, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias^{15,16}, Sociedad Española de Neurología¹⁷⁻²¹.

La atención a los pacientes en las unidades de hepatología no está exenta de esta efervescencia tecnológica y social, sino que está situada en su centro. En ellas es donde se reciben las demandas y las necesidades que van apareciendo en el entorno. Como consecuencia de ello, hay que introducir constantemente modificaciones en su estructura y organización para adaptarse a los cambios científicos y a las opiniones que los ciudadanos tienen de los servicios de salud. Actualmente se considera que las sociedades científicas deben poseer un peso importante en la definición de requisitos técnicos y científicos con relevancia clínica, apoyar e incrementar el papel de los profesionales en el diseño de estrategias de mejora de la calidad, y defi-

nir estrategias más allá de las de tipo general que realizan las administraciones sanitarias. En relación con lo anterior, la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), atendiendo a sus propios fines y por coherencia ética decidió en el año 2005 establecer como un objetivo estratégico la creación de un sistema de acreditación en hepatología con el siguiente alcance: *a)* servicios y unidades de hepatología; *b)* procesos hepatológicos, y *c)* competencias profesionales en hepatología.

METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta las instrucciones emanadas de la Junta Directiva de la AEEH y con la finalidad de diseñar, desarrollar, validar, divulgar y aplicar en la práctica un sistema de acreditación en hepatología, se constituyó en el año 2006 un grupo de trabajo.

La composición del grupo fue mixta; por un lado 7 expertos en hepatología designados por la Junta Directiva de la AEEH, y 3 con experiencia en el desarrollo de sistemas de acreditación y evaluación externa de servicios de salud, que intervinieron como asesores metodológicos (estos 3 últimos, profesores de la Escuela Andaluza de Salud Pública [EASP]).

El proyecto, tal y como se exponía previamente, tenía como objetivo diseñar, desarrollar y validar un Sistema Nacional de Acreditación de Unidades, Procesos y Profesionales en Hepatología y, paralelamente, plantear la estructura necesaria para su soporte y mantenimiento.

El proyecto se está llevando a cabo en 3 fases.

Primera fase

- Recopilación y catalogación de la bibliografía y normativa legal de España y la Unión Europea.
- Creación y constitución de un grupo de trabajo coordinador de todo el proyecto.
- Distribución de la tarea entre pequeños grupos de trabajo, constituidos por miembros del anterior, para el desarrollo de cada una de las líneas específicas de acreditación: *a)* Acreditación de Servicios y Unidades de Hepatología; *b)* Acreditación de Procesos Hepatológicos, y *c)* Acreditación de Competencias Profesionales en Hepatología.

Estos últimos grupos se formaron con hepatólogos, actuando en cada uno de ellos uno como coordinador del mismo, que se responsabilizó de la entrega final del producto. El apoyo metodológico recayó en uno de los asesores externos de la EASP.

Segunda fase

- Diseño de la estructura general del Sistema de Acreditación de la AEEH.
- Elaboración de criterios de acreditación para cada una de las líneas.

La estructura del sistema de acreditación se diseñó a partir de una propuesta elaborada por los miembros de la EASP, que fue modificada y adaptada a la realidad organizacional de la hepatología en nuestro país por los miembros del grupo de trabajo.

Para la elaboración de los criterios se utilizó una guía de diseño, aportada por la EASP, elaborada a partir de su propia experiencia en el desarrollo de sistemas de acreditación de otras sociedades científicas y del análisis de los modelos de evaluación externa de organizaciones, tanto generales (ISO, EFQM), como específicas del sector sanitario (JCAHCO), inspirada muy especialmente en el manual de acreditación de JACIE. Se tuvo también en cuenta el Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre²², que regula el uso terapéutico de células y tejidos humanos.

En los sistemas de acreditación disponibles se utiliza de forma indistinta los vocablos «norma», «estándar» y «criterio». En este documento se usará exclusivamente el de criterio, al objeto de evitar errores, denominándose estándar al valor del criterio que se considera aceptable o suficiente, que se utiliza para la baremación de cada criterio. Se entiende por criterio la descripción precisa del objeto o acción buscada, y se definen los requisitos que se exigen en el aspecto a que se hace referencia.

La guía de diseño de criterios contiene 4 elementos:

1. Método para la elaboración de los criterios que, además de hacer orientaciones para su redacción, establece como recomendación flexible una serie de 8 grandes apartados de clasificación de aquellos (tabla I). Dentro de éstos se incluyen subapartados orientativos con la finalidad de agrupar en cada uno de ellos una serie de criterios. Puede haber criterios obligatorios en su cumplimiento (O) y recomendados (R).

2. Listado de comprobación, en el que se formulan las preguntas de verificación, necesarias y pertinentes, para garantizar que las respuestas permitan deducir con claridad que los requisitos especificados en los criterios se cumplen o no por la unidad de hepatología solicitante de la acreditación.

3. Guía, donde se incluye un texto explicativo con la extensión que se estima necesaria, que define con más concreción el alcance del criterio, de tal modo que quedan bien aclarados los requisitos de cumplimiento. Incorpora

ejemplos sobre cómo pueden alcanzarse las exigencias del criterio e incluso referencias adicionales que pueden mejorar la formación de los evaluadores, de los equipos solicitantes de la acreditación y de otras personas interesadas en el tema.

4. Baremación. De cada uno de los criterios, con una escala de 1 a 4 para los criterios recomendables y una valoración dicotómica (1: no cumple; 4: cumple) para los criterios obligatorios.

La tarea se distribuyó entre los miembros de cada una de las líneas de trabajo. Los borradores se han remitido por correo electrónico al coordinador de cada una de ellas, quien, junto con el asesor externo, se ha ocupado de la elaboración del documento de síntesis y de su coherencia interna (Manual de Criterios de Acreditación Específicos). Cada uno de los grupos ha tenido al menos dos reuniones con presencia física de todos sus miembros para una revisión en común de los documentos y la definición cronológica de las actividades.

Tercera fase

Constará de las etapas siguientes: *a)* pilotaje del sistema en algunas unidades de hepatología, con la finalidad de validar y refinar los criterios y mejorarlos hasta su calibración; *b)* formación de evaluadores. Con la finalidad de extender el conocimiento del sistema entre los miembros de la AEEH y disponer de una cartera de evaluadores que se ocupe de la inspección in situ de las unidades que soliciten la acreditación, y *c)* Plan de Comunicación, tanto interna, como externa.

La duración estimada de esta fase es de 3 meses.

RESULTADOS

El modelo de acreditación resultante se sustenta en una serie de principios o fundamentos: *a)* voluntariedad por parte de la unidad de hepatología para acceder a la acreditación externa. No es una autorización administrativa; *b)* el modelo plantea una exigencia de mínimos para obtener la acreditación, pero abre la posibilidad, mediante un sistema de puntuación de establecer distintos niveles de ex-

TABLA I. Apartados y subapartados de la guía para la elaboración de criterios

Apartados	Subapartados
A. Requisitos generales	Organización y régimen de funcionamiento, historia clínica, registros, otros
B. Liderazgo	Definición operativa de la unidad, apoyo de la dirección, visión, política de calidad
C. Estrategia y planificación	Plan estratégico, programa de calidad, cartera de clientes, voz del cliente, plan de seguridad del paciente, auditoría interna
D. Personas	Mapas de competencias profesionales, responsabilidades, formación, plan de acogida, programa de comunicación, estructura de profesionales sanitarios y responsabilidades
E. Alianzas y recursos	Estructura física, instalaciones y equipamiento, equipos de apoyo, biblioteca, alianzas con otros servicios
F. Gestión de los procesos	Plan funcional general, procesos clínicos, protocolos, procesos de enfermería, manejo de la documentación clínica, procedimientos invasivos, hemoterapia, complicaciones medicoquirúrgicas, coordinación de la asistencia al alta, coordinación con atención primaria y con otros centros, monitorización de la actividad y la calidad asistencial, científica y docente, plan de prevención de riesgos
G. Resultados	Resultados en clientes, personas, sociedad y claves. Memoria de actividad. Costes y rendimiento
H. Otros aspectos	Abreviaturas utilizadas, definiciones de términos empleados

celencia; *c*) adecuación del sistema (criterios, procedimientos de evaluación, resultados, etc.) a la realidad sanitaria de nuestro país; *d*) objetividad del proceso de evaluación, ya que los criterios son explícitos; *e*) independencia, credibilidad y capacidad de generar consenso del órgano acreditador (AEEH); *f*) de fácil interpretación, ya que los criterios han sido establecidos y su contenido redactado por profesionales integrados en la especialidad (hepatólogos), y *g*) los servicios o unidades que solicitan la acreditación afrontan el coste de la evaluación. Al igual que los sistemas de acreditación previamente desarrollados por otras sociedades científicas, el sistema de acreditación de la AEEH contiene 3 elementos fundamentales: *a*) un organismo acreditador (AEEH); *b*) un manual de criterios de acreditación, y *c*) un proceso de evaluación externa.

El sistema de acreditación tiene en cuenta y se apoya en los criterios de otras entidades, como las sociedades científicas o las fundaciones que han hecho aportaciones científicas en este tema. De igual modo, los criterios son respetuosos y se subordinan a las regulaciones administrativas de las distintas Administraciones Públicas del Estado y de sus comunidades autónomas, así como de los países miembros de la Unión Europea.

Una vez establecido el Sistema de Acreditación, podrá presentarse a las autoridades administrativas que se considere oportuno, para darle la validez conveniente, tanto por parte de la AEEH como del conjunto de los profesionales de hepatología. Éstos serán los que en un futuro ejerzan la máxima autoridad sobre el sistema de acreditación y tomarán las decisiones convenientes. La estructura del sistema de acreditación tiene los siguientes elementos: *a*) comité de acreditación; *b*) cartera de evaluadores; *c*) secretaría de acreditación de AEEH; *d*) asesores externos, y *e*) manual de acreditación.

Se entiende por comité de acreditación el grupo de expertos que refrendará los criterios generales de actuación, ratificará los informes de los evaluadores y dirimirá en última instancia, de forma transparente e independiente, en los desacuerdos que puedan surgir. Este comité, para el desarrollo de sus funciones, contará con el apoyo de la secretaría técnica de la AEEH.

Habrán un grupo de evaluadores para cada programa específico, que serán designados por el comité de evaluación ante cada acreditación concreta. Podrán contar, si se considera conveniente con el apoyo de asesores externos. Previamente, contarán no sólo con la guía de acreditación sino con el manual de estilo, al que deberán ajustarse.

La guía de acreditación contiene los siguientes apartados: *a*) introducción y organización general; *b*) proceso y niveles de acreditación y reacreditación; *c*) criterios de acreditación para cada programa específico; *d*) glosario de términos, y *e*) bibliografía.

El número de criterios elaborados para la acreditación de las unidades de hepatología y desagregados en función del tipo, se muestra en la tabla II.

Se ha considerado oportuno, por ser más estimulante para las unidades y servicios, que la acreditación se obtenga mediante la consecución de una puntuación mínima que puede ir incrementándose en las siguientes evaluaciones.

TABLA II. Criterios para la acreditación de unidades de hepatología

Apartados	Número de criterios
Requisitos generales	8
Liderazgo	5
Estrategia y planificación	9
Personas	14
Alianzas y recursos	32
Gestión de los procesos	20
Resultados	12
Otros aspectos	2

Tras la evaluación de una unidad, el comité de acreditación puede decidir 4 posibles determinaciones sobre la acreditación:

1. Acreditación por 3 años

Se cumplen todos los criterios obligatorios, alcanzándose el nivel de puntos estipulado para obtener la acreditación: 250 sobre un total de excelencia máxima de 1.000. Además, debe haber una recomendación expresa del equipo evaluador al comité de acreditación para que se otorgue la acreditación.

Los servicios/unidades acreditados deberán notificar al comité de acreditación cualquier suceso o cambio importante que ocurra en el período de vigencia de la acreditación, como, por ejemplo, un cambio del responsable del servicio/unidad o de cualquier otro aspecto relevante.

2. Acreditación provisional

Se cumplen todos los criterios obligatorios, alcanzándose el nivel de puntos estipulado para obtener la acreditación. Sin embargo, el equipo evaluador recomienda al comité de acreditación que deben corregirse algunas deficiencias antes de concederse la acreditación por 3 años. En este caso, la acreditación sólo se otorgará cuando se reciban las correcciones de las deficiencias, debidamente documentadas, y una respuesta por escrito a las recomendaciones realizadas. Tal documentación deberá aportarse, por el servicio/unidad solicitante, en los 30 días siguientes de la notificación de las deficiencias por parte del comité de acreditación. Si no se recibiera, será denegada la acreditación.

En el caso de que la corrección de una deficiencia pueda precisar varios meses o más, se aceptará la documentación sobre el plan de corrección de dicha/s deficiencia/s, quedando pendiente de su corrección para conceder la acreditación. En este caso, se determinará que el servicio/unidad se encuentra en proceso de acreditación.

3. En proceso de acreditación

Cuando tras la evaluación inicial se estima que el servicio o unidad no cumple los requisitos suficientes para conceder la acreditación. El servicio o unidad podrá permanecer en esta situación un máximo de 2 años, tras los cuales se considerará como «acreditación denegada».

Los motivos para continuar «en proceso de acreditación» tras la evaluación inicial deberán especificarse en el informe correspondiente del comité de acreditación y comunicarse al servicio o unidad solicitante. Estos motivos pueden agruparse en los siguientes: *a)* hay criterios obligatorios que no se cumplen; *b)* no se alcanza el nivel de puntos exigido, y *c)* hay alguna área de criterios que el comité de acreditación considera demasiado deficitaria.

En su informe, el comité de acreditación deberá señalar el modo de reevaluar el servicio o unidad para comprobar la corrección de las deficiencias, distinguiéndose: *a)* mediante presentación de la documentación que se solicita y en el plazo correspondiente; *b)* mediante reevaluación focal, si hay alguna área de criterios muy deficitaria, pero el resto es aceptable, y *c)* mediante reevaluación general, si se detectaron múltiples deficiencias significativas.

4. No acreditación

Cuando una unidad permanezca más de 2 años en proceso de acreditación y no supere las deficiencias detectadas en la evaluación.

Además de lo anteriormente expuesto se pueden producir evaluaciones especiales, parciales o completas, antes de que se haya concluido el plazo hábil de la anterior acreditación, determinada por un informe de queja o por un suceso que haga sospechar un incumplimiento de los criterios y renovaciones de la acreditación, para lo que el comité de acreditación se pondrá en contacto con la unidad correspondiente 6 meses antes de que expire el plazo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dentro de las actividades de las sociedades científicas, se encuentra la definición de las competencias y las calidades que deben reunir los profesionales que asistencialmente se dedican a la especialidad correspondiente, así como los procesos y unidades en las que prestan sus servicios.

Además de las clásicas actividades de las profesiones sanitarias, asistencia, investigación y docencia, en el presente y claramente en el futuro, hay que incorporar otra determinada por la mejora continua de la calidad, es decir, asegurar un nivel óptimo de calidad no sólo en la dimensión técnica sino en la percibida por quien la recibe. Ello va a permitir disminuir la variabilidad clínica, principalmente en los aspectos de no calidad. Esta idea ha calado tanto en los profesionales sanitarios como en las autoridades del sector, lo que ha transformado la calidad en un aspecto de gran trascendencia que afecta a todos los componentes de una organización y a largo plazo.

En este contexto la implantación de un sistema de acreditación va a desempeñar un papel trascendental como elemento de información para la toma de decisiones, tanto de las administraciones sanitarias, como de los profesionales y usuarios.

De gran trascendencia es igualmente la participación y el consenso de los profesionales para conseguir el éxito de

la acreditación. Todas las anteriores premisas se encuentran en el Proyecto de Acreditación de los Profesionales, Procesos y Unidades de Hepatología, promovido por la Junta Directiva de la AEEH.

Hasta el momento, se han generado los documentos que definen las características que deben poseer, desde el punto de vista curricular, los profesionales que, trabajando en el área hepatológica, quieren ser acreditados, las calidades de los procesos atendidos y las cualidades de las unidades y/o servicios que, dedicándose a la hepatología, quieren ser evaluadas y acreditadas, tanto desde el punto de vista asistencial como docente e investigador. Cada paso ha sido sometido a la consideración del órgano supremo de la AEEH, que es la asamblea de socios que lo ha aprobado.

En la actualidad, se está pendiente de concluir el pilotaje previsto en la tercera fase, pero el consenso alcanzado en diferentes foros de debate profesional permite afirmar que el modelo conseguido tiene una pertinencia y una validez suficientes, y será una referencia para los profesionales interesados en la planificación y la organización de unidades de hepatología. La divulgación y la comunicación del proyecto se ha iniciado ya²³, pero cuando esté culminado se procederá a realizar un plan de comunicación que irá dirigido no sólo a los hepatólogos españoles, sino que incluirá también a los de otros países, así como a otros profesionales interesados en el tema y a las autoridades sanitarias. Sin duda, la aplicación práctica obligará a proceder a correcciones, mejoras y ampliaciones, tanto en los criterios como en sus niveles de exigencia, lo que permitirá un refinado de aquellos y su ajuste. El instrumento será revisado y actualizado periódicamente.

El sistema de acreditación logrado tiene como característica relevante su alta especificidad, ya que su diseño se ha dirigido a la obtención de un producto de aplicación exclusiva en las unidades de hepatología españolas. Esta circunstancia, que puede suponer una ventaja a juicio de los profesionales sanitarios, contiene al mismo tiempo algunas limitaciones, ya que no presta atención a aspectos generales de la organización o del centro sanitario, como la compra de materiales y equipo, el aprovisionamiento, el almacenamiento, la instalación y el mantenimiento de los mismos, ni los programas de calibración o de selección de personal; en general, no se han contemplado todos los elementos que están en manos y son responsabilidad de otros departamentos no clínicos, salvo los que se hace referencia a la estructura y al equipamiento, cuyo abordaje se consideró inevitable.

Inicialmente, el modelo, que se validará en distintos centros sanitarios españoles que dispongan de unidad o servicio de hepatología, pretende sólo ser una ayuda, una guía que permita a todos los servicios, y a través de la autoevaluación, orientar a los responsables y profesionales hacia la excelencia en la prestación de la asistencia.

Aunque pueda suponer un documento de consulta para las autoridades, los gestores y los profesionales de otros países, el alcance con el que se ha diseñado se limita sólo a la realidad española. Dado que lo que se conoce es un documento único, es conveniente que por parte de la

AEEH se solicite colaboración a las instituciones y sociedades científicas de otros países de nuestro entorno económico y cultural, para la mejora del sistema y su adaptación a otras realidades.

La medición de resultados clínicos sigue siendo una asignatura pendiente en los servicios de salud en general²⁴⁻²⁷. Por ello, en opinión de los autores, el sistema aporta, con la incorporación de un apartado de indicadores de resultados, un impulso potente y comprometido en la mejora de la calidad en las unidades de hepatología, aunque hay muchas dificultades para su aplicación práctica en la actualidad. Los indicadores irán perfeccionándose, refinando y ajustando con su utilización, y llegándose al consenso en el seno de los grupos de profesionales, con lo que podrán establecerse estándares para cada uno de ellos, lo que permitirá la comparación entre unidades y marcar objetivos de mejora. Por otra parte, los avances incesantes en los sistemas de información y los soportes informáticos irán posibilitando muy rápidamente la superación de los obstáculos, ahora presentes, tanto en el registro de los datos como en su tratamiento informático para la obtención de resultados.

La implantación efectiva del sistema requerirá del apoyo de los profesionales, al ser éstos los que realizan la prestación de los servicios, y de los gestores y autoridades sanitarias, cuyo papel es imprescindible para la aplicación de algunas medidas de mejora y garantizar la incorporación de las innovaciones tecnológicas, tanto materiales como de la organización, cuando los avances en obtenidos así lo aconsejen. El concurso activo de autoridades sanitarias, gestores y líderes, además de resultar indispensable, es, en esta materia, una obligación ética y una inteligente y útil estrategia de integración e identificación corporativa de cara a los profesionales.

Este tipo de iniciativa va a permitir añadir a las funciones tradicionales de las unidades de hepatología (asistencia, docencia e investigación), la evaluación y la mejora continuada de la calidad, en beneficio de los pacientes y de los profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz López P. La medición de la calidad asistencial. *Rev Clin Esp.* 2001;201:561-2.
2. Norma Española UNE-EN-ISO 9001:2000. Madrid: AENOR; 2001.
3. European Foundation for Quality Management. European Excellence Model. Brussels, 2000. Disponible en: <http://www.efqm.org>
4. Criterios internacionales de acreditación de hospitales. Joint Commission International Accreditation y Fundación Avedis Donabedian; 2001.
5. Programa de acreditación de centros del sistema sanitario de Andalucía. Manual de estándares. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud; 2003.
6. Programa de acreditación de unidades de gestión clínica. Manual de estándares. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud; 2003.
7. Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias (INACEPS). Proceso de acreditación. Disponible en: <http://www.inaceps.com>
8. Tejedor M, Martín JM. Sistema de calidad en un Servicio de Emergencias Sanitarias. *Rev Calidad Asistencial.* 1999;14:671-9.
9. Pérez Lázaro JJ. Evaluación externa y acreditación de servicios sanitarios. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 2001.
10. Comité de Acreditación en Transfusión. Estándares de Acreditación. 2.a ed. Madrid: Asociación Española de Hematología-Hemoterapia y Sociedad Española de Transfusión; 2002.
11. Joint Accreditation Committee of the International Society for Cellular Therapy (ISCT) and European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). JACIE Accreditation Manual. Version 2.0. February 2005.
12. Manual de estándares para la acreditación de CMA (I). Comité de Acreditación de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb.* 2001;6:125-53.
13. Manual de estándares para la acreditación de CMA (II). Comité de Acreditación de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb.* 2001;6:201-22.
14. Cabré J. Estándares para acreditación de los Servicios de Medicina Intensiva. *Rev Calidad Asistencial.* 1996;11:6S-17S.
15. Pérez Lázaro JJ. Urgencias sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2003.
16. Manual de estándares de acreditación de servicios de urgencias de hospitales. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; 2004.
17. Manual de criterios de acreditación. Versión 5.0. Unidades de Epilepsia. Sociedad Española de Neurología. 2006. Disponible en: secre@sen.es
18. Manual de criterios de acreditación. Versión 5.0. Unidades de Esclerosis Múltiple. Sociedad Española de Neurología. 2006. Disponible en: secre@sen.es
19. Manual de criterios de acreditación. Versión 5.0. Unidades de Ictus. Sociedad Española de Neurología. 2006. Disponible en: secre@sen.es
20. Manual de criterios de acreditación. Versión 5.0. Unidades de Servicios De Neurología. Sociedad Española de Neurología. 2006. Disponible en: secre@sen.es
21. Manual de criterios de acreditación. Versión 5.0. Unidades de Neurología de la conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología. 2006. Disponible en: secre@sen.es
22. Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen los criterios de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos, y se aprueban los criterios de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.
23. Pérez Lázaro JJ. Calidad y acreditación en unidades de hepatología. Hepatología en España: presente y futuro. Importancia de la gestión clínica como herramienta para su desarrollo. Madrid: Asociación Española para el Estudio del Hígado; 2006.
24. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial.* 1991;6,3:65-74.
25. Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2000.
26. Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Barcelona: Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias y Fundación Avedis Donabedian; 2001.
27. Indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 1999.