

**CONCLUSIONES DEL
SEMINARIO NACIONAL SOBRE:
"EL PAPEL DE LAS
COMISIONES
CLÍNICAS
HOSPITALARIAS"**

28, 29 y 30 de septiembre de 1994



FUNDACION MAPFRE MEDICINA

INSTITUTO MAPFRE DE GESTION SANITARIA

E-6761

NI.22.656

R.16.708

CONCLUSIONES DEL SEMINARIO NACIONAL SOBRE:

"EL PAPEL DE LAS COMISIONES CLÍNICAS HOSPITALARIAS"

ORGANIZA: INSTITUTO MAPFRE DE GESTIÓN SANITARIA

DIRECTOR del SEMINARIO

Dr. Ángel Martín Sánchez

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. José M.^a Antón García

Dr. Javier Alonso Santos

Dra. Carmen H. de Larramendi

Dr. Ángel Ruano Hernández



PONENTES

- | | |
|--|---|
| Abelló, C. (Barcelona) | Ignacio, J. M. ^a (Málaga) |
| Álvarez, R. (Zaragoza) | Inclán, J. (Baracaldo-Bilbao) |
| Andrés, A. (Madrid) | León, C. (Barcelona) |
| Arribas, S. (Madrid) | López, O. (Santander) |
| Asenjo, M.A., (Barcelona) | López, L. (Madrid) |
| Barroeta, J. (Sevilla) | Martín, R. (Las Palmas) |
| Berián, J. M. ^a (Navarra) | Martínez, E. (Navarra) |
| Bonal, J. (Barcelona) | Matesanz, R. (Madrid) |
| Cabrera, J. (Cádiz) | Montero, J. (Madrid) |
| Capdevilla, A. M. ^a (La Coruña) | Moreno, J. A. (Madrid) |
| Cisterna, R. (Bilbao) | Moreno, M. (Zaragoza) |
| Conde, B. (Zaragoza) | Ortega, F. (Madrid) |
| Dávila, M. (Madrid) | Pedreira, J. (La Coruña) |
| De La Morena, L. (Madrid) | Picornell, I. (Madrid) |
| Donnay, S. (Cuenca) | Rodríguez, C. (Santander) |
| Fernández, A. (Valladolid) | Rubio, A. (Albacete) |
| Fernández, C. (Avilés) | Sánchez, F. (Murcia) |
| García, J. V. (Granada) | Sánchez, J. (Cáceres) |
| García, S. (Segovia) | Serra, J. (Palma de Mallorca) |
| Gracia, D. (Madrid) | Simonet, J. M. ^a (Palma de Mallorca) |
| Gracia, M. (Gijón) | Tojo, R. (Santiago de Compostela) |
| Herreros, A. (Madrid) | Trias, M. (Barcelona) |
| Hernando, C. (Madrid) | Verdú, J. J. (Alicante) |
| | Villalobos, E. (Madrid) |



FUNDACION MAPFRE MEDICINA

ÍNDICE

Prólogos

Prof. Diego Gracia Guillén	5
Dr. José Antonio Moreno Ruiz	9
Prof. Miguel Ángel Asenjo Sebastián	15

Introducción	17
--------------------	----

Conclusiones	23
--------------------	----

Comisión de Investigación	25
Comisión de Historias y Documentación Clínicas	26
Comisión de Docencia	29
Comisión de Tejidos y Tumores	31
Comisión de Hemoterapia	33
Comisión de Calidad	34
Comisión de Mortalidad	35
Comisión de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos	36
Comisión de Farmacoterapia	37
Comisión de Trasplantes	38
Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica	39
Comisión de Ética en Investigación Clínica	40

Nuestro sincero agradecimiento
a ponentes, moderadores y participantes,
por sus aportaciones y estímulos

Incipere dimidium est



FUNDACION MAPFRE MEDICINA

INSTITUTO DE GESTION SANITARIA

PRÓLOGO

¿Cuál es el sentido de las Comisiones Clínicas Hospitalarias? ¿Por qué su proliferación en nuestras instituciones asistenciales? ¿Son un mero artefacto surgido como consecuencia del aumento de la complejidad de nuestros hospitales, o tienen alguna razón de ser más profunda? Éstas son algunas de las preguntas que cotidianamente se hacen los clínicos, atónitos tanto ante la proliferación de comisiones clínicas hospitalarias como por el hecho palmario de su nula o poca eficacia.

La tesis que desearía defender en las siguientes páginas es que las comisiones clínicas son un instrumento indispensable en la definición de la práctica clínica correcta en situaciones concretas; dicho de otro modo, que son un excelente modo de fijar el contenido de lo que clásicamente se ha denominado, tanto en Medicina como en Derecho, *lex artis*, la práctica médica prudente o correcta.

La Medicina, como el Derecho, o como cualquier otra ciencia, se desarrolla siempre a dos niveles distintos. Uno es el de las proposiciones universales, elaboradas con pretensión de validez general. Esto es lo que los filósofos griegos denominaron *epistème*, ciencia. La ciencia quiere conocer la verdad de algo, y expresarla en proposiciones ciertas y universales, nacidas con vocación de inmutabilidad. Los griegos pensaron que el logro de esa inmutabilidad era un objetivo posible, y nosotros hoy ya no lo creemos así. Pero el objetivo de la ciencia moderna sigue siendo el mismo que el de los filósofos antiguos: conocer la verdad y expresarla en proposiciones de validez universal. Cuando Ptolomeo afirmó que el sol daba vueltas alrededor de la tierra, lo mismo que cuando Copérnico expuso lo contrario, ambos estaban intentando establecer proposiciones verdaderas; tan verdaderas, que en su opinión, la de ambos, serían válidas para siempre.

Hoy, ciertamente, somos muy escépticos ante todo intento de formular algo que pueda tener un grado tan elevado de verdad. La filosofía de la ciencia de la última centuria nos ha convencido a todos de que las proposiciones científicas, aun aquellas con mayor vocación de verdad y universalidad, como son las teorías científicas, no pueden aspirar

más que al estatuto de parcialmente o temporalmente verdaderas, lo que se conoce con el nombre de «verificables», o quizá aún menos, al de parcial o temporalmente no falsas, o «falsables», como enseñó Popper. Si puede seguirse hablando de verdad en la ciencia, esto es a condición de utilizar esta palabra en sentido menor, el propio de los métodos científicos de verificación. Las proposiciones llamadas científicas no tienen el estatuto de verdaderas sino sólo de verificadas.

Todo esto es cierto, y hoy nadie se atrevería a elevar la teoría de la relatividad de Einstein, o la doctrina fisiológica de las endorfinas al nivel de las verdades absolutamente ciertas y, por tanto, inmutables y necesarias. Todos sabemos que son, a lo más, verdades parciales, y por tanto acechadas muy de cerca por el error. No parece posible que la mente humana pueda desentrañar de un modo total y cierto los secretos de la naturaleza. A pesar de lo cual, seguimos considerando tales teorías como verdaderas. Mientras no haya alguien que consiga proponer un modelo explicativo de la realidad física más correcto que el descrito por la teoría de la relatividad, o una doctrina alternativa de la función de las sustancias opioides en el sistema nervioso de los animales y del hombre, ambas teorías seguirán vigentes, y podrán considerarse, si no como completamente verdaderas, sí, al menos, como parcialmente verdaderas, es decir, como verificadas, o, al menos, como falsadas. Los libros de ciencia, tanto de ciencia física como de ciencia fisiológica, están llenos de este tipo de proposiciones. Ciencia es esto, saber verdadero (es decir, verificado) con pretensiones de universalidad.

La Medicina es una ciencia. Con ello quiere decirse que sus proposiciones pretenden tener el rango propio de las proposiciones científicas. La Patología, por ejemplo, es una ciencia, en el sentido de la Física o de la Fisiología. El objetivo del patólogo es identificar los datos nosológicos genéricos y ciertos, aquellos que se dan siempre y necesariamente, y que por tanto pueden servir para establecer proposiciones universales sobre el hecho del enfermar. Un tratado de Medicina interna no es otra

cosa que esto, el estudio de los universales patológicos; o si se prefiere, el intento de formular el hecho de la enfermedad humana en categorías científicas, con proposiciones no completamente verdaderas, pero sí verificadas, o al menos falsadas, y que por eso mismo aspiran a un cierto grado de universalidad y de certeza.

Pero la Medicina no puede sin más identificarse con la Clínica. Esto es algo sobre lo que no se reflexiona suficientemente. Una cosa es conocer los datos que un buen tratado de Patología médica nos da sobre la diabetes o el SIDA, y otra cosa muy distinta diagnosticar y tratar a un sujeto concreto, Pedro, que tiene una diabetes, o un SIDA, o ambas cosas a la vez. Entre la Patología y la Clínica hay la misma diferencia que entre el universal y el particular. Los tratados de Medicina Interna describen las enfermedades, en tanto que la Clínica es el arte de diagnosticar y tratar a enfermos concretos. No hay enfermedades, sino enfermos, se ha dicho con harta frecuencia. Es una exageración. Hay enfermedades y hay enfermos. Y el estatuto epistemológico de ambos tipos de saberes, el de las enfermedades y el de los enfermos, es distinto. Esto es lo que generalmente se desconoce, y sobre lo que conviene reflexionar, aunque sólo sea brevemente.

En los mismísimos orígenes de la Medicina occidental, en tiempos de los médicos hipocráticos, esta distinción entre el momento universal y el momento particular de la Medicina estuvo muy clara. Aristóteles, por ejemplo, no se cansa de repetir que las enfermedades se pueden conocer de forma cierta y universal, y por tanto de modo científico, en tanto que los enfermos particulares no pueden ser nunca objeto de ciencia, sino sólo de opinión. Opinión se dice en griego *dóxa*, a diferencia de ciencia, que se dice *epístéme*. La tesis de Aristóteles es que las proposiciones ciertas han de ser siempre universales, y que las particulares no pueden nunca ser ciertas, sino sólo probables, opinables. De ahí que en el orden de la opinión, de la *dóxa*, siempre sea posible el conflicto de opiniones, la *parádoxa*. Esto es lo típico del orden de la *téchne* o de la técnica, a diferencia del de la ciencia. De ahí la importancia que en el orden de la opinión tiene la virtud intelectual de la prudencia (*phrónesis*), que nos dice cuál de las opiniones en juego es la que debemos seguir. En el orden de la opinión no se da la certeza, pero por ello mismo la prudencia, el arte de tomar decisiones racionales en condiciones de incertidumbre, es más importante. Ya que no puede estar cierto de lo que hace, al técnico debe exigírsele al menos prudencia en sus decisiones. El pa-

pel que en un plano jugaba la verdad, en este otro lo desempeña la prudencia.

La Medicina tiene un momento de ciencia, el estudio de las enfermedades en general, como entidades universales, pero tiene otro de arte, el estudio de los individuos enfermos. De ahí que clásicamente se haya distinguido siempre entre la Patología y la Clínica. La Patología es una ciencia, y como tal se mueve en el orden de las proposiciones universales. La Clínica, por el contrario, es una técnica, un arte, el arte de tomar decisiones prudentes ante un individuo concreto. Para hacer esto último, para tomar decisiones prudentes, el médico deberá, en primer lugar, saber Patología, conocer la ciencia médica. Pero no sólo eso. Deberá tener en cuenta otros muchos factores que, en principio, parecen ajenos a la medicina. Piénsese en las condiciones económicas, sociales, culturales, religiosas, etc. del enfermo. O, simplemente, en las condiciones del medio en el que va a ser atendido. No es lo mismo atender a un paciente en un hospital terciario que en un centro de asistencia primaria, ni puede actuarse lo mismo en un hospital de campaña que en otro universitario. Las condiciones concretas del medio son importantes a la hora de definir qué debe entenderse por conducta prudente, y por tanto por conducta correcta. La corrección no es un concepto abstracto, sino que al final resulta tremendamente concreto. Corrección es corrección aquí y ahora, en este hospital, con estas posibilidades concretas, etc.

Éste es el punto en que entran en juego las Comisiones Clínicas Hospitalarias. Su función no es establecer criterios generales, válidos para todos los hospitales y en todas las circunstancias. Para establecer este tipo de consensos la Medicina tiene otras vías, como los Protocolos, las Conferencias de consenso, etc. La función de las Comisiones Clínicas Hospitalarias es mucho más concreta: la de establecer los criterios prudentes de actuación en un hospital concreto durante un tiempo determinado, a la vista de unas condiciones dadas. Su objetivo es, pues, el de elaborar criterios prudentes de actuación. Y como la prudencia se mueve siempre en el orden de lo opinable, y por tanto no cierto, resulta que esos criterios habrán de ser siempre el resultado de un consenso entre expertos o entre profesionales. Tales normas no deben ser nunca formuladas por una única persona, sino por el cuerpo del hospital, o al menos por algunos de sus más cualificados representantes. El objetivo de las comisiones es establecer consensos prudentes. Y éstos no pueden obtenerse más que mediante el trabajo en equipo.

De todo esto puede y debe deducirse que el papel de las Comisiones es importantísimo en la vida del hospital. Tanto, que bien puede afirmarse que constituye uno de los más claros índices de calidad de la vida hospitalaria. Dime qué tipo de comisiones tienes y te diré la calidad del hospital en que ejerces. El hecho de que en un gran número de hospitales las Comisiones Clínicas no acaben de funcionar bien, no demuestra más que algo que es

obvio para quien conozca nuestra realidad sanitaria en profundidad, a saber, que no hemos acabado de poner a punto nuestros sistemas de control de calidad. Ese es el gran reto de la sanidad española en este momento. Esa, también, nuestra máxima responsabilidad.

Diego Gracia

PRÓLOGO

Esta publicación recoge con gran precisión el contenido formal de las aportaciones que los más de cuarenta ponentes y expertos presentaron en las correspondientes mesas redondas. Sobre este particular creo que mi presentación poco puede añadir. Si acaso que constituye un extraordinario esfuerzo por ofrecer la situación en que se encuentran las Comisiones Clínicas, en el momento actual, difícilmente superable. En este sentido esta publicación constituye punto de referencia obligado para quienes quieran estudiar, desarrollar o evaluar el papel que las Comisiones Clínicas juegan en la gestión de los hospitales españoles. Aunque solamente fuera por este motivo habría que agradecer la iniciativa de MAPFRE y concretamente del Dr. Martín Sánchez, Director del Seminario.

A mí me parece que hay otro aspecto del Seminario que debe resaltarse: la entusiasta y acertada participación, no sólo de los ponentes y expertos, sino de los casi trescientos asistentes. Los coloquios y debates que siguieron a las presentaciones de los ponentes, fueron amplios en duración, intensos en su contenido y muy acertados en las aportaciones numerosas de los participantes, lo que hizo posible comprobar su gran interés, esfuerzo y deseos de mejora. Quizás las conclusiones aprobadas puedan sugerir en parte esta aportación mía.

Así, tratando de aprovechar las inquietudes y energías percibidas en estas jornadas, y mirando hacia el futuro inmediato de la gestión de nuestros Hospitales, planteo a directivos, especialistas en Calidad, y a los profesionales, el siguiente guión de Desarrollo Estratégico.

COMPROMISO DE ALTA DIRECCIÓN

El equipo de Alta Dirección de los hospitales tiene que asumir responsabilidades específicas en el área de la Calidad de la Asistencia Hospitalaria. Su retribución variable tendría que verse afectada por las mejoras que lograsen en este campo. Todos los miembros del equipo deben asumir objetivos estratégicos plurianuales de mejora de la Calidad

Asistencial: esta asunción es «lo primero». Es posible que no sea lo más importante, pero sí es el requisito previo necesario para garantizar un mínimo de eficacia en el resto de las acciones.

INTEGRACIÓN DE ESTRATEGIA Y CULTURA

El desarrollo de planes y programas de mejora de la calidad asistencial requiere, como casi siempre ocurre con cualquier proyecto hospitalario, integrar estrategia y cultura. Estrategia que relaciona objetivos, medios, acciones, fechas y responsables. Cultura que ajusta los valores compartidos por los profesionales del Hospital a las posibles acciones de mejora. De esta forma se configura un proyecto de cambio, una gestión del cambio que tendrá como meta disminuir el desajuste entre los condicionantes reales de la vida hospitalaria y el entorno cambiante y turbulento en el que nos movemos.

Cuando «lo más razonable» se intenta aplicar sin considerar los sentimientos de las personas, sus costumbres y los principios y valores en los que creen, surgen dificultades, a veces insalvables. En el Hospital, la acusación más frecuente cuando los directivos intentan «racionalizar» la gestión es que son «economicistas». Cuando esto se produce podemos afirmar que existe desajuste entre estrategia y cultura, entre las buenas ideas de los planes de dirección y los sentimientos compartidos por los empleados. Por tal motivo, en ocasiones, más importante que el «qué» es el «cómo», la metodología.

Pero la consideración de los valores compartidos por los empleados de los Hospitales no significa que la estrategia, los planes y programas y los modelos y sistemas de Calidad Asistencial, tengan que quedar relegados a un segundo plano. Ya se ha señalado que son necesarias las dos cosas, la estrategia y la cultura; la excelencia sólo se logra cuando se consigue que ambas se integren en el proceso dinámico de dirección del Hospital.

LAS ESPECTATIVAS DEL ENFERMO-CLIENTE

El abordaje responsable e inteligente de un Plan de Calidad Total, basado en la actitud individual del perfeccionamiento y desarrollo profesional continuado aconseja centrar en las expectativas del enfermo y sus familiares todo el diseño del Plan de Mejora. Parece que los trabajos de Parasuraman y otros, investigando los niveles de calidad en el Sector Servicios, están influyendo decisivamente en muchos de los especialistas y directivos a la hora de diseñar estándares de calidad y procesos excelentes de servicio al cliente. Es significativo que en las conclusiones se abriese un debate específico sobre el tema que concluyó sustituyendo las palabras usuario por cliente.

Se requieren esfuerzos en este campo. Hay que investigar cuales son las verdaderas expectativas de los enfermos, lo que esperan recibir del Hospital. Sobre ellas, además de aportar lo que esperan recibir, los especialistas en calidad y los profesionales deben aportar ciencia y tecnología médica y también arte profesional, porque la medicina siempre ha sido una ciencia y un arte. Su expresión más directa debe ser el trato personalizado al enfermo. Si la salud es algo más que la ausencia de enfermedad, si tiene que ver con el bienestar social, es necesario ser consecuentes y no conformarse con ofrecer solamente ciencia médica y tecnología sofisticada y costosa. El trato personalizado que consigue ofrecer a cada enfermo-cliente una asistencia «bajo pedido», específica y exclusiva para Vd. D. ... y no en función de su «caso clínico» o su órgano enfermo o su número de habitación.

DESARROLLO DE UN PROYECTO DE CALIDAD

El Modelo Integrado de Gestión Hospitalaria en el que creo (resultado de más de 20 años de experiencia de un equipo de profesionales), basa el logro de la excelencia en el uso correcto de una serie de herramientas y técnicas de Management, tales como estrategia, cultura, organización, liderazgo, etc. El Sistema de Calidad Asistencial se integra entre estos factores siendo uno de los que mayor influencia tiene en el éxito o el fracaso de las acciones.

A lo largo de estos años hemos diseñado un Sistema de Calidad Asistencia orientado a la gestión. Se trata de proporcionar a los directivos, jefes

y mandos del Hospital, un método de gestión de la calidad, una herramienta, que les permita diagnosticar el nivel de la misma en los distintos servicios que se prestan, y llevar a cabo acciones que logren su mejora continuada y sistemática. Cuando el proceso concluye, los directivos del Centro, los jefes de los servicios médicos, supervisores de las unidades y responsables de las áreas de hostelería, ingeniería y administración, se encuentran capacitados para elaborar, gestionar y controlar sus respectivos programas de mejora de la calidad de los servicios que prestan, integrados en un Plan General de Calidad Total.

Yo creo que la Calidad de los Servicios Prestados por el Sistema de Salud es una cuestión que afecta a todos: los especialistas en calidad, los directivos de las instituciones y, sobre todo, los profesionales que se relacionan directa o indirectamente con el enfermo y sus familiares, por lo que introduce variables y acciones desde todos estos puntos de vista (directivos, especialistas de calidad, profesionales y enfermos), en el diseño del Sistema.

En las páginas que siguen, se exponen:

- a) Los objetivos.
- b) El contenido.
- c) La metodología.
- d) El cronograma de acciones.

Se trata de proporcionar a los directivos, jefes y mandos:

- **Un modelo de Calidad de la Asistencia Hospitalaria.**
- **Una Estructura Organizativa ajustada al Sistema de Calidad.**
- **Una Estrategia de Calidad Total.**
- **Un Plan de Calidad con sus correspondientes Programas.**
- **Un Método de Gestión de la Calidad.**

En realidad, se puede comprobar que lo anterior es precisamente el desarrollo de las conclusiones 3 y 4 de la Comisión de Calidad que se elaboraron en el Seminario.

OBJETIVO DEL PROYECTO

El Objetivo del Proyecto de Desarrollo del Sistema de Calidad Asistencial en el Hospital, no puede ser otro que:

«Conseguir que la Calidad de los servicios que

presta el Hospital a sus clientes, los enfermos y sus familiares, mejore continua y sistemáticamente».

Este objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos sectoriales:

1. **Mejora continua:** Se pretende fomentar la actitud individual de todos los empleados hacia el perfeccionamiento profesional permanente. El gusto por el trabajo bien hecho, determinará que los indicadores de calidad mejoren en cada medida sucesiva de los mismos.
2. **Mejora sistemática:** Las acciones que se lleven a cabo, estarán coordinadas e integradas en un Plan de Calidad Total, global porque abarcará todas las áreas, e integrado porque se aprovecharán las acciones sinérgicas de potenciación mutua.
3. **Mejora de la calidad de los medios estructurales:** Se quiere conseguir una más eficiente utilización de los recursos en la mejora de los medios estructurales (materiales, humanos y organizativos) que más influyen en la calidad de los servicios que presta el Hospital.
4. **Mejora de la calidad de los procesos asistenciales:** Se diseñarán Prototipos de procesos y Protocolos de actuación profesional, para identificar y dar a conocer a todos, cuales son los comportamientos profesionales que se consideran óptimos, en el Hospital.
5. **Mejora de la calidad de los resultados:** Se identificarán los indicadores de calidad que respondan a los resultados finales logrados por la asistencia prestada por el Hospital. Se establecerán los valores óptimos de los mismos, su método de cálculo o medida y las acciones de mejora adecuadas.

CONTENIDO DEL PROYECTO

La implantación de este proyecto, supone la realización de no menos de cuarenta informes o do-

cumentos técnicos (redacción de borradores, anteproyectos y proyectos, análisis de dictámenes, elaboración y diseño de encuestas, baremos de puntuación y textos preprogramados para PCs), conferencias, seminarios, mesas redondas y cursos de capacitación del personal.

Estos «productos» a elaborar, se desarrollan en la tabla que se adjunta, agrupados en 12 grandes bloques, que son:

- **Definición Conceptual de Calidad Asistencial.**
- **Modelo de Calidad.**
- **Estructura Organizativa.**
- **Sistema Integrado de Calidad.**
- **Estrategia de Calidad Asistencial.**
- **Planes y Programas de Calidad Asistencial.**
- **Programa de Mejora de la Acreditación.**
- **Programa de Mejora del Proceso Asistencial.**
- **Programa de Mejora de los Resultados.**
- **Programa de Mentalización y Cambio Cultural.**
- **Cursos de Formación y Capacitación.**
- **Sistema de Evaluación y Medida de la Calidad Asistencial de los Servicios Prestados.**

Todos ellos constituyen la base en que se apoya el SCA que hemos implantado y desarrollado en diversos hospitales. En esencia, se trata de proporcionar al Hospital un MANUAL DE CALIDAD con el siguiente contenido básico:

- **Un Modelo de Calidad Total.**
- **Una Estructura Organizativa ajustada al Modelo.**
- **Un Sistema Integrado de Calidad Asistencial.**
- **Una Estrategia de Calidad Total.**
- **Un Plan de Calidad.**
- **Un Sistema de Evaluación y Medida de la Calidad.**

En todos ellos (Modelo, Organización, Sistema, Estrategia, Plan y Sistema de Evaluación), se encontrarán integrados los puntos de vista de directivos, especialistas, profesionales y enfermos.

CUADRO GENERAL DE PRODUCTOS

N.º	PRODUCTO	CONTENIDOS Y SUBPRODUCTOS DETALLADOS
1	Concepto Institucional de Calidad Asistencial	<p>1.1. Diseño, lanzamiento y tabulación de cuatro encuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • General • Componentes técnicos • Detección de problemas • Espectativas de los enfermos <p>1.2. Definición conceptual de calidad asistencial, asumida institucionalmente por el Hospital (calidad técnica, calidad percibida, calidad total, calidad asistencial integrada, etc.) teniendo en cuenta las opiniones de directivos, profesionales (médicos, enfermeras y otros), especialistas y también enfermos y familiares.</p> <p>1.3. Índice Integrado de Calidad Asistencial (IICA): Establecer a nivel institucional, el peso relativo de cada área (estructura, proceso y resultados) en el valor final de la calidad (IICA), así como el de sus respectivos componentes (UH, HHCC, EM, tasa de necropsias, tasa de mortalidad, etc.).</p>
2	Diseño del Modelo de Calidad para el Hospital	Teniendo en cuenta los Modelos de Expertos (Deming, Juran, Isikawa, Crosby, Covey, Parasuraman, Galgano y Donabedian), se diseñará un modelo para el Hospital.
3	Estructura Organizativa	Diseño de la Estructura Organizativa del Sistema de Calidad Asistencial (línea jerárquica y funcional y órganos de la misma), ajustando a la norma en vigor (RD 521), al Modelo de Calidad adoptado por el Hospital, indicando la composición, funciones y funcionamiento de cada órgano.
4	Sistema Integrado de Calidad	El Sistema de Calidad, configurado en el modelo habitual (Planificación, Gestión y Control), se integrará en el Sistema de Gestión del Hospital, en su propio sistema de información y cuadros de mando.
5	Estrategia de Calidad	<p>5.1. Aceptación institucional de la estrategia de mejora de la calidad asistencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estructura-medios, Proceso-métodos y Resultados <p>5.2. Peso relativo de cada componente en el índice integrado de calidad asistencial, así como de sus respectivos indicadores (IA, ISCP, ISSP y otros).</p> <p>5.3. Establecimiento de los niveles y áreas de responsabilidad (Gerencia, Direcciones y Jefaturas de Servicio).</p>
6	PLAN DE CALIDAD	<p>6.1. Establecimiento de la Pirámide de Objetivos Estratégicos de Calidad, Integrada en el Plan Estratégico del Hospital.</p> <p>6.2. Definición de las Áreas prioritarias de actuación.</p> <p>6.3. Establecimiento de los Niveles Básicos a lograr.</p> <p>6.4. Determinación de los Programas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones • Consentimiento Informado • Úlceras por presión, etc. <p>6.5. Desarrollo de los Programas de Mejora (de la acreditación, el proceso asistencial y los resultados).</p>

(continúa en la pág. siguiente)

CUADRO GENERAL DE PRODUCTOS (continuación)

N.º	PRODUCTO	CONTENIDOS Y SUBPRODUCTOS DETALLADOS
7	Mejora de la ACREDITACIÓN (calidad de medios)	<p>7.1. Establecimiento de los medios materiales que se quieren mejorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sus prototipos de calidad-objetivo. • Las encuestas de análisis de la realidad • Los baremos de puntuación • Las tablas de valoración (informe preprogramado) con los indicadores de acreditación utilizados. <p>7.2. Establecimiento de los medios humanos que se quieren mejorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sus prototipos de calidad-objetivo • Las encuestas de análisis de la realidad • Los baremos de puntuación • Las tablas de valoración (informe preprogramado) con los indicadores de acreditación utilizados. <p>7.3. Establecimiento de los medios organizativos que se quieren mejorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sus prototipos de calidad-objetivo • Las encuestas de análisis de la realidad • Los baremos de puntuación • Las tablas de valoración (informe preprogramado) con los indicadores de acreditación utilizados.
8	Mejora del PROCESO ASISTENCIAL	<p>Establecimiento de los procesos asistenciales que se quieren mejorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los prototipos de calidad-objetivo de cada proceso • Las encuestas de análisis del funcionamiento real • Los baremos y técnicas de puntuación • Las tablas de valoración (informe preprogramado) con los indicadores de acreditación utilizados en el análisis y evaluación de cada proceso.
9	Mejora de los RESULTADOS logrados con la asistencia prestada	<p>9.1. Establecimiento de los parámetros o indicadores que configuran unos resultados de la asistencia hospitalaria prestada, de calidad.</p> <p>9.2. Establecer el método de calcular por Indicador.</p> <p>9.3. Elaborar las encuestas de recogida de datos.</p> <p>9.4. Valores óptimos de cada indicador.</p> <p>9.5. Baremo de puntuación de los resultados, en función de los valores reales de los indicadores y sus óptimos respectivos.</p> <p>9.6. Definir la tabla de valoración de los resultados en función de los indicadores.</p>
10	Cambio Cultural y Mentalización	<p>10.1. Los Directivos asumirán personalmente objetivos concretos de mejora de la Calidad, desde el Gerente hasta el Jefe de Servicio o Unidad.</p> <p>10.2. Se impartirán tres conferencias sobre Calidad.</p> <p>10.3. Se celebrarán tres seminarios de Calidad.</p> <p>10.4. Se celebrará una Mesa Redonda sobre Calidad.</p> <p>10.5. Se llevarán a cabo acciones informativas, que conjuntamente con lo anterior intentarán introducir en el Hospital el interés por la mejora de la calidad de la asistencia.</p>
11	Formación y Capacitación	<p>Cursos y Talleres de capacitación para los directivos y profesionales del centro en el manejo de las diferentes técnicas utilizadas en el Programa de Mejora de la Calidad Asistencial.</p>
12	EVALUACIÓN Y MEDIDA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL	<p>Medir los distintos indicadores de calidad asistencial que se hayan establecido a lo largo del desarrollo del programa. Evaluación provisional de los Programas que se implementen.</p>

METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL DESARROLLO DEL PROYECTO

La implantación y desarrollo de este Sistema supone, además de una estrategia de dirección definida por los objetivos de calidad a alcanzar, un cambio de los «valores compartidos» por los profesionales del Hospital, que afecta a las costumbres históricas reales. Por tal motivo, la metodología que hay que utilizar, ha de ir orientada expresamente a integrar estrategia y cultura, es decir las diferentes técnicas de Management, precisas para el logro de los resultados esperados, con la asunción de nuevos valores y costumbres por todos los empleados del Hospital.

Como ya he dicho al principio cuando «lo más razonable» se intenta aplicar sin considerar los sentimientos de las personas, sus costumbres y los principios y valores en los que creen, surgen dificultades, a veces insalvables. Para prevenirlo, se requiere la integración entre estrategia y cultura y ello se aborda mediante una metodología concreta y muy participativa.

Todo el proceso debe apoyarse en una estructura organizativa a diseñar ex profeso, manteniéndose como apoyo del SCA. Debe potenciarse la participación de los profesionales en el desarrollo de actividades en todas las áreas (médica, enfermería y administrativa) y a todos los niveles (directivos, jefes y mandos, profesionales y trabajadores).

El método habitual de trabajo ha de ser:

- **Redacción del Borrador, como documento base para la discusión y elaboración del Anteproyecto.**
- **Elaboración del Anteproyecto por un equipo técnico formado por profesionales del Hospital.**
- **Dictamen del Anteproyecto por los órganos y puestos del Hospital que se vean afecta-**

dos por su contenido. Las sugerencias que se aporten serán clasificadas y analizadas técnicamente y se tendrán en cuenta para la redacción del Proyecto definitivo.

- **El Proyecto definitivo, se someterá a la aprobación de la Comisión de Dirección.**

A todas las personas y órganos que participen en el dictamen de cada anteproyecto, se les comunicará formalmente la resolución que se adopte respecto a sus sugerencias y propuestas.

Por otra parte se llevarán a cabo una serie de acciones informativas y de mentalización (conferencias, seminarios y mesa redonda). Durante todo el proceso, con periodicidad mensual se debe informar a todos mediante «Circular Informativa del Gerente».

Las diferentes técnicas, métodos y procedimientos, se enseñarán a los profesionales que deberán aplicarlas en el Hospital, mediante los correspondientes cursillos.

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

El trabajo a realizar requiere, además del tiempo necesario para llevar a cabo las acciones pertinentes, un tiempo mínimo de maduración. El primero es el tiempo para el desarrollo de la estrategia. El segundo es el requerido para la integración de la nueva cultura, los nuevos valores. Nuestra experiencia aconseja un período de seis meses.

Las acciones que hay que llevar a cabo tienen una secuencia coherente y sistemática, configurando un cronograma de acciones bastante complejo, que no se expone aquí, porque creo que excede del cometido que se nos ha encomendado.

José Antonio Moreno Ruiz

PRÓLOGO

Ha sido un gran acierto, reconocido por todos, someter a análisis, discusión y propuestas la composición, funciones, posición orgánica y utilidad de las Comisiones Clínicas de los Hospitales tal como lo ha hecho en la forma y en el momento adecuados el Instituto de Gestión Sanitaria de la Fundación MAPFRE Medicina. Más de dos centenares de personas entre expertos, miembros componentes de las mismas o personas interesadas en ello han participado y debatido en las tres intensas jornadas desde las nueve a las veinte horas de cada día de los tres últimos días de septiembre. La reunión se ha celebrado en las magníficas instalaciones que la Fundación tiene en Majadahonda, en los alrededores de Madrid. Todo un acierto de oportunidad y un gran éxito.

No ha sido posible demostrar en las jornadas que existe relación entre funciones, número de miembros, de reuniones y composición de las Comisiones Clínicas y resultados asistenciales, docentes e investigadores de los hospitales. Ni en positivo ni en negativo. Sí ha sido posible conocer que las Comisiones, según sus ponentes, tienen funciones muy diferentes: desde presionar al gerente para que consiga más dinero y satisfacer todas las demandas, hasta convencer a sus compañeros que no pidan tanto, pidan mejor o pidan priorizando dichas demandas. Casi todos solicitaban que fueran ejecutivas y de hecho lo son. Su cometido consiste en redactar un informe, una asesoría, un consejo y enviárselo al Gerente, al Director Médico o miembros de la línea ejecutiva para que éstos procedan como convenga según las circunstancias.

La doctrina organizativa hospitalaria está bien definida, contrastada y extendida. Como en tantas otras empresas existen órganos ejecutivos y consultivos o asesores y tanto los primeros como los segundos pueden ser colegiados (varios miembros) y unipersonales (un individuo). Lo fundamental es disponer de un equipo directivo sólido, experimentado, eficaz, profesionalizado y además y no en vez de, también de Comisiones Clínicas asesoras de la Gerencia, siempre asesoras de la Gerencia, cuyas asesorías e informes enviará a quien crea

oportuno de la línea ejecutiva y cuya presidencia también será delegada. En el caso de la docencia en el Jefe de Estudios, en el caso de la terapéutica farmacológica en el Jefe del Servicio de Farmacia, en el caso de la asistencia, en el Director Médico, en el caso de los suministros en el Jefe de Adquisiciones o de Compras, etc.

Ha quedado bien claro en estas jornadas realizadas en forma de Seminario Nacional y de ahí su oportunidad en el tiempo, lugar y forma que el hospital ha de tener bien planificados sus objetivos asistenciales, docentes e investigadores según el nivel del hospital en cuestión. Ha de calcular su **eficacia** posible, es decir, su capacidad, utilizando las fórmulas matemáticas existentes para ello, ha de establecer su **eficiencia**, es decir, la relación entre objetivos capaces (eficacia) y gasto que es tanto como determinar el coste y el rendimiento, ha de asegurarse la **equidad** garantizando que a la misma necesidad ha de ofrecerse similar recurso para lo que es fundamental cuidar la accesibilidad que está directamente relacionada, y en proporción inversa, a la estancia media que también debe estar previamente establecida y pactada. Además el hospital tiene que asegurar un **nivel de calidad** de acuerdo con los conocimientos científicos actualizados permanentemente así como la tecnología existente, que es la calidad científico-técnica e intrínseca así como la aparente o de confort (trato, alimentación, limpieza, transporte, habitabilidad, etc.) y establecer unos indicadores objetivos, medibles y revisables. Finalmente el hospital debe estar **bien gestionado** por la aplicación de los siguientes **seis principios**: conocimiento de los **hechos** y del entorno, determinación de los **objetivos** y tareas, dotación de **medios**, establecimiento de **estructuras funcionales**, selección y motivación del **personal** y finalmente **evaluación**. Para la evaluación objetiva, numérica, de los resultados asistenciales, docentes e investigadores, existen actualmente instrumentos e indicadores suficientes. Es necesario que los titulares de las gerencias sean profesionales que objetiven sus resultados ante la sociedad y ante los jefes y empleados del hospital.

Cuando un hospital está **planificado, organizado, dirigido, coordinado y evaluado** como se acaba de resumir, las Comisiones Clínicas son de gran utilidad e incluso imprescindibles. Cuando no es así las Comisiones molestan a la Gerencia y la Gerencia no hace caso a las Comisiones. Nunca las Comisiones Clínicas pueden suplir la insuficiencia de una débil línea ejecutiva. Si es fuerte, profesional

y eficaz la línea ejecutiva, las Comisiones ni lo intentan. Todo ello ha quedado así de claro en el Seminario comentado. Su convocatoria y desarrollo ha sido una vez más un gran acierto de Ángel Martín.

Prof. Dr. M. A. Asenjo

INTRODUCCIÓN

Cuando en el Instituto MAPFRE de Gestión Sanitaria nos planteamos la realización de un Seminario como éste, y a pesar de que nuestra ilusión y convencimiento eran elevados, se nos planteaban dos grandes preguntas: con su celebración ¿podremos aportar algo positivo a la vida hospitalaria?; y además, ¿tendrá el interés necesario para que participen en él los profesionales de los Centros, fundamentalmente cuantos trabajan en las Comisiones Clínicas?

Cuestiones que entendemos elementales, tanto a la hora de planificar una reunión científica, como cuando de la publicación de un trabajo se trata, por poner dos ejemplos de nuestra vida profesional.

Pensando con un cierto realismo, incluso cabría suponer un proyecto no excesivamente halagüeño, en base a las circunstancias en que actualmente se mueve la vida hospitalaria: elevada oferta de cursos, seminarios, jornadas, congresos, etc., para los estamentos sanitarios; mayor interés de médicos, enfermeras, técnicos, en actividades científicas directamente relacionadas con su quehacer diario asistencial; tiempo limitado para la asistencia a estos eventos; cierto escepticismo, bastante extendido y bidireccional entre trabajadores hospitalarios y directivos, sobre los mecanismos reales de resolver juntos los problemas que puedan darse en cada Institución –**uno de los cuales puede ser el trabajo realizado por las Comisiones Clínicas**–; experiencias de escasa operatividad de estos grupos de trabajo en algunas Comisiones de muchos Centros; financiación no asegurada por el hospital para asistir a estos actos... Y para mayor abundamiento, se daba otra circunstancia que suponía un reto demasiado importante: sería la primera vez que, a nivel nacional, se **debatiera tanto la justificación o no de la existencia como de su actividad, de diversas Comisiones Clínicas Hospitalarias.**

Pese a todo ello, nuestra opción, la del Instituto de Gestión Sanitaria de la Fundación MAPFRE Medicina, fue clara: afrontar el reto, y el compromiso de aportar, en la medida de nuestras posibilidades, unas gotas de aceite al complicado y a veces chirriante engranaje de la vida hospitalaria.

La respuesta a las dos preguntas ha quedado ya dada durante los tres días de debates. La **participación de 257 personas (médicos, enfermeros, directivos, otros profesionales), de 101 Instituciones, públicas y privadas, correspondientes a 41 provincias de las 17 Autonomías**, es el resumen cuantitativo que contesta la segunda.

Por lo que se refiere a los aspectos cualitativos, más importantes aún, es necesario igualmente hacer el correspondiente balance, que intentaré resumir a continuación a modo de conclusiones.

A) La aportación de todos, ponentes, moderadores y asistentes, muchos de ellos expertos en los temas que confluyen en el trabajo de las Comisiones Clínicas (Calidad, Organización, ...), así como en las áreas temáticas que éstas representaban (Farmacia, Ética, Documentación Clínica, etc.), ha conducido a debates dinámicos, de gran riqueza, de interés práctico para aclarar dudas o resolver problemas, que nunca antes se habían abordado a nivel nacional y por quienes los viven; debates a veces intensos, incluso reñidos, pues hasta los matices de redacción de las Conclusiones han sido examinados.

Tan es así, que la crítica general –también éstas hay que decirlas– que se nos ha hecho a la Organización, a través de la encuesta que efectuamos, es la de la necesidad de mayor tiempo para ese intercambio de ideas y aportación de propuestas. Aceptando la responsabilidad que en ello nos corresponde, creemos que tampoco podía hacerse mucho más, si queríamos pasar revista a doce Comisiones en dos días y medio, con jornadas de trabajo de once horas. En cualquier caso, lo que ha quedado demostrado con la participación tan activa de tantos profesionales, es que **las Comisiones Clínicas Hospitalarias, independientemente del grado de implantación y funcionamiento en cada Centro, tienen interés, tanto para sus componentes, como para los directivos y para el propio hospital. Afortunadamente, no sólo no es**

tán muertas, si no que se cree en ellas, en la positividad de su trabajo, en que son un modo importante de participación de los profesionales en la gestión y en la Mejora Continua de los Hospitales. Aunque no sean el único modo.

B) Y se ha puesto de manifiesto también la necesidad de su precisa revitalización.

Las Comisiones Clínicas comenzaron a nacer en nuestro país hace ya tres décadas, como una necesidad de evaluación y mejora de la actividad asistencial percibida por los profesionales médicos.

Desde entonces hasta ahora, en que ya a nivel supranacional el Consejo de Europa viene planteando propuestas de homogeneización de ciertas actividades (Comisión Europea de Normalización respecto a las historias y documentación clínicas, Proyecto de Convención Europea de Bioética), y otras experiencias ya más implantadas (coordinación internacional respecto a datos de donantes en casos de trasplantes de órganos), las Comisiones Clínicas Hospitalarias han pasado por diversas etapas con mayor o menor fortuna, incluyendo la de institucionalización normativa.

A este respecto, en la Tabla I hago un breve recordatorio legislativo de nivel estatal, que ya expuse en la presentación del Seminario, aunque algunos de estos antecedentes se encuentren ya derogados por posteriores disposiciones o por sentencias (incluso algunos artículos del todavía en vigor R.D. 521/87, han sido igualmente anulados por el Tribunal Supremo, aunque no afectan a los inherentes a las Comisiones).

En la actualidad, por lo escuchado en el Seminario y la información obtenida durante su preparación, puede decirse que **su desarrollo es absolutamente irregular en los distintos Centros**. Desde la propia denominación de las mismas, no homogénea (en la Tabla II se recoge el listado obtenido de la información facilitada por múltiples Instituciones, así como los distintos apelativos empleados), y que ha dado lugar a propuestas recogidas en las Conclusiones, dados los matices de filosofía y funcionalidad que pueden implicar, hasta la constitución de una sola (en hospitales pequeños, generalmente privados) o de 19 como puede encontrarse en algún macrohospital, pasando por su funcionamiento dinámico y operativo

Tabla I. Antecedentes normativos estatales sobre Comisiones Clínicas Hospitalarias

O. 7.7.72.	Ministerio de Trabajo. Reglamento de Régimen, Gobierno y Servicios de las II. SS. de la Seguridad Social.
O. 1.2.77.	Ministerio de Gobernación. Regulación de SS. Farmacéuticos.
O. 9.12.77.	Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Formación de postgraduados.
D. 2082/78	Gobierno y administración de los SS. hospitalarios y garantías de los usuarios.
O. 2.9.78.	Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (desarrolla el D. 2081/78). Indicadores para la evaluación del rendimiento.
Res. 4.10.78.	Dirección General Asistencia Sanitaria. Desarrolla la Orden 2.9.
O. 20.11.79.	Ministerio de Universidades e Investigación. Normas provisionales de Gobierno y Administración de los HH. Clínicos.
4. 1984	Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria. Insalud.
L. 3.86.	Ley General de Sanidad.
R.D. 521/87	Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Insalud.
L. 25/90	Ley del Medicamento.
R.D. 561/93	Requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos.

vs. la ausencia total del mismo durante largos períodos (hasta dos y tres años sin reuniones, incluso en aquellas Comisiones que pueden considerarse «históricas»: Mortalidad, Tejidos y Tumores), un hecho común a «demasiadas» viene siendo su **gradual entecimiento y el desinterés de sus componentes**.

Las causas, mencionadas en diversas ponencias y por los asistentes, y hasta recogidas en algunas Conclusiones, no vamos a repetir las. Lo que de verdad nos interesa, como más arriba mencionaba, es **revitalizarlas. Y ésta es una labor que a todos nos compete**. No sirve decir que «en mi hospital no funcionan porque a la dirección no le interesa; porque no hace caso de nuestras propuestas; porque no existe un desarrollo normativo de su metodología; ...». **Tan importante es llegar a acuerdos con los directivos sobre el funcionamiento y operatividad de las mismas, como el interés y la implicación que los profesionales que las forman tengan, en resolver los problemas que analizan.**

Tabla II. Listado de Comisiones Clínicas

- Antibióticos; profilaxis y política antibiótica; infecciones hospitalarias, profilaxis y política antibiótica.
- Asistencia.
- Biblioteca.
- Calidad; central de calidad; garantía de calidad; control de calidad; central de calidad asistencial.
- Catástrofes.
- Clínica: junta de clínicas.
- Cuidados de enfermería.
- Deontología; ética; bioética; ética e investigación; c. ético de investigación; de ética en investigación clínica.
- Docencia; docencia y formación continuada; docencia MIR; formación continuada; docencia e investigación; investigación, docencia y formación continuada.
- Ensayos clínicos; investigación y ensayos clínicos; ética, investigación y ensayos clínicos.
- Farmacia; farmacia y terapéutica.
- Historias y documentación clínicas; HH. clínicas; documentación clínica.
- Humanización.
- Infecciones; infecciones, profilaxis y política antibiótica; enfermedades infecciosas e higiene; antibióticos.
- Informática.
- Investigación; investigación, docencia y formación continuada; ética e investigación; c. ético de investigación; docencia e investigación; investigación y ensayos clínicos; ética, investigación y ensayos clínicos; de ética en investigación clínica.
- Laboratorio.
- Material sanitario.
- Mortalidad; tejidos y mortalidad; tejidos, tumores y mortalidad.
- Nutrición; nutrición y dietética clínica.
- Quirófano.
- Salud laboral; seguridad e higiene.
- Selección de personal médico.
- Tejidos y tumores; tejidos; tumores; oncología; tejidos, tumores y mortalidad; tumores de mama.
- Transfusiones; hemoterapia; hemodonación; auto-transfusiones; autodonación.
- Tecnología y adecuación de medios diagnósticos; tecnología; utilización de recursos diagnósticos; tecnología y A.M.D. y terapéuticos.
- Trasplantes.
- Urgencias.

Nosotros hemos intentado aportar, desde el Instituto de Gestión Sanitaria, nuestro granito de arena –o las gotas de aceite que antes decía–, y entendemos que se ha conseguido, a tenor de las respuestas, satisfacción y sugerencias,

que a través de la encuesta nos han proporcionado. Han sido incluso numerosas las peticiones, tanto verbales como escritas, de volver a celebrar –eso sí, con mayor disponibilidad de tiempo para el debate– reuniones periódicas y monográficas sobre las distintas Comisiones. El intercambio de información entre los Centros, las conclusiones comunes a las que se ha llegado, la forma en que otros han resuelto sus problemas, las recomendaciones específicas que se efectúan, el repaso a distintas experiencias, metodologías, soportes, etc., son ya un importante paso para «hacer camino al andar». Ahora nos queda a todos poner en práctica diariamente ese interés y recomendaciones aquí expresados.

C) Y, a propósito de **Conclusiones Comunes**, haré un breve repaso de las que nos han parecido más generalizadas y notorias, independientemente de que pueda haber quien no esté de acuerdo con ellas –téngase en cuenta que se ha recogido la opinión mayoritaria, expresada en las Mesas Redondas de cada Comisión y sus Conclusiones, así como la de la generalidad de los asistentes a la Sesión Plenaria, que fue grabada íntegramente–.

1. **Las Comisiones Clínicas Hospitalarias son asesoras de la Dirección.** Los debates originados a propósito de esta cuestión, han quedado suficientemente zanjados en el Seminario (veáanse las Conclusiones de cada Mesa), además de que esa es la actual disposición normativa.
2. **Una forma de promover su dinamismo, además del interés que han de tener sus componentes, es la incentiación de éstos por parte de las Direcciones.**

También motivo de polémica en cada una de las Mesas (siete recogen expresamente este punto), es un sentir generalizado de los participantes, que exista un reconocimiento directivo de este trabajo que se hace «además de».

No se ha querido, y entiendo que ha de ser así, especificar la forma concreta. Ello va a depender de múltiples circunstancias en cada hospital: la plantilla, el presupuesto, la organización, ... Pero lo cierto es que hay múltiples maneras de hacerlo: reconocimiento curricular, liberación parcial o total de otras actividades, incentiación forma-

tiva (asistencia a eventos científicos), o incluso económica (la menos deseada por los asistentes).

A partir de ahora, las alegaciones para no contemplar estas posibilidades, si se quiere que los profesionales participen en este modo de colaborar en la gestión y mejora de los Centros, serán menos lógicas; el diagnóstico de uno de los problemas que aquejan a las Comisiones ya está hecho. Sólo hay que facilitarle el adecuado tratamiento.

3. Como también es común, y es otro de los problemas más serios detectados, la falta de operatividad de sus acuerdos en varias de ellas. Lo que enlaza, a su vez, con el tema de su carácter (asesor/ejecutivo).

Resuelto ya el planteamiento de este último punto, lo que si se solicita como **Conclusión general, es que las Direcciones hospitalarias estén totalmente implicadas en los trabajos y acuerdos de las Comisiones. Independientemente de que formen o no parte de las mismas, preferentemente lo primero.**

Absolutamente obvio, pues una cuestión es que sean asesoras, emitan dictámenes e informes, en definitiva aconsejen, y otra muy distinta es que no se tengan en cuenta sus recomendaciones. Parece necesario acabar con esa mítica frase atribuida a Napoleón: «cuando quiero que algo no funcione, nombro un comité».

Creo que, en estos momentos, es generalizado el sentir, tanto de las diferentes Administraciones como de los directivos y de los profesionales hospitalarios, de que es preciso trabajar al unísono, en equipo. Está claro que cada parte por separado, no podrá conseguir sus objetivos. Pues ésta es una forma, y muy útil, de hacerlo.

4. Igualmente se evidencia la utilidad de que no sólo los directivos se impliquen. **Otros estamentos profesionales (enfermeros, especialistas en ciertos temas, profesionales de la división de Gestión, expertos de otras especialidades), o incluso grupos de trabajo ad hoc –o subcomisiones según algunos–, son necesarios para un eficiente desarrollo de sus actividades.**

En resumen, la composición y/o participación interestamental en las Comisiones Clínicas, parece muy necesaria. Desde lue-

go, cuanto más amplia sea la composición respecto a grupos profesionales, más posibilidades tendrán de que su trabajo sea comprendido, valorado y apoyado.

5. **Trabajo que resulta conveniente que esté enmarcado en un Plan Global de Calidad del hospital.**

Si las Comisiones nacieron para mejorar la Calidad, no deben, por tanto, estar fuera de un contexto general que contemple los múltiples aspectos de consecución de la misma. Por dos esenciales razones: a) porque el logro de sólo unos aspectos de la calidad, no significa el alcance de la misma; y b) porque, por razones de economía, no se deben duplicar los esfuerzos o los recursos para conseguir los mismos fines.

Es decir, es preciso coordinar las distintas acciones de mejora para adecuarlas correctamente a objetivos y metas, y para lo anterior, es necesario tener una planificación global, integral.

6. Algo también importante, y nacido en este Seminario como propuesta concreta de varias Comisiones, dadas las experiencias más avanzadas de distintos Centros, es la **necesidad de tener un contacto periódico y más fluido entre las Comisiones de distintos hospitales.**

El intercambio de información y métodos de trabajo se ha evidenciado como una herramienta más a utilizar, tal como ya expuse en la Presentación en el epígrafe «Acuerdos. Circuitos de información interna y externa» (en la Tabla III figura el resumen de lo que entiendo que puede ser la Guía Funcional de una Comisión, y que debería constar por escrito en todas). El contraste y validación de métodos y resultados entre varios hospitales, es seguro que ayudará a avanzar a aquellos más «retrasados».

7. Por último, y además de que algunas Comisiones lo han especificado en sus propuestas, respecto a temas muy concretos (actualización de la normativa en docencia, creación del Registro Nacional de Tumores, definir la responsabilidad legal de los miembros de la CEIC y establecer la cobertura de la responsabilidad civil, mantener el esfuerzo de la promoción investigadora), el 98,8% de las personas que contestaron la encuesta, creen conveniente el

**Tabla III. Comisiones Clínicas Hospitalarias.
Guía funcional**

- Marco legal.
- Finalidad.
- Objetivos.
- Composición:
 - Estamentos, número de miembros.
- Recursos precisos.
- Funcionalidad:
 - Elección de cargos.
 - Renovación.
 - Periodicidad de reuniones.
 - Metodología de trabajo:
 - * Actas previas
 - * Distribución de tareas
 - * Soportes. Modelaje.
 - Acuerdos. Circuitos de información interna y externa.
- Necesidades de formación de los miembros.
- Evaluación de resultados: métodos y estándares.

envío de las Conclusiones a las autoridades sanitarias.

Aunque estaba planteado entre los objetivos del Seminario, hemos querido solicitar la opinión de los participantes en este punto, pues, en definitiva, las aportaciones y Conclusiones les corresponden a todos ellos.

Entendemos como positivo el hecho, dada la implicación que en muchas de las actividades tienen los directivos hospitalarios, Consejerías, Entidades Gestoras y Ministerio. El conocimiento por parte de éstos del sentir de los miembros de las Comisiones Clínicas,

puede ayudar en el diálogo y la resolución de temas pendientes, o en impulso de actividades que, a la postre, han de significar la mejora de la Calidad asistencial.

- D) Otros temas, no baladís desde luego, como la «simple» denominación a utilizar para las personas a quienes se prestan los servicios sanitarios –enfermos, pacientes, usuarios, ciudadanos, clientes– además de la consiguiente polémica dialéctica, aún no parecen haber generado el suficiente consenso entre los «productores» de dichos servicios. Aunque llegará... El intercambio de opiniones, el diálogo franco, es la base de la resolución de los problemas.

Y esto es «ni más ni menos», lo que genéricamente hemos pretendido desde el Instituto con el Seminario. El intento de ayudar a los profesionales que trabajan en las Comisiones Clínicas Hospitalarias, a avanzar en su quehacer diario, haciéndolo un poco más fácil.

Si lo primero a realizar para resolver una cuestión, es identificar qué aspectos intervienen en ella, éste era el objetivo princeps de la reunión. Nadie espere en las conclusiones que siguen fórmulas mágicas para aplicar y solucionar al instante. Como en todo lo que concierne a la vida humana, siempre queda bastante por hacer. Pero había que dar el primer paso; «empezar ya es la mitad», como propone el dicho latino del comienzo de esta Monografía.

Ángel Martín Sánchez

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Ponentes: Prof. Miguel Ángel Asenjo Sebastián
Prof. Blanca Conde Guerri
Dr. Sergio Donnay Candil
Prof. Rafael Tojo Sierra

Moderador: Dr. Francisco de la Gala Sánchez

Sesión Plenaria: Inclusión de una propuesta

1. La Comisión de Investigación se considera **imprescindible para el desarrollo de la calidad** hospitalaria.
2. La composición de la Comisión de Investigación debe **incluir**, no sólo a personal facultativo, si no a **distintos profesionales de ciencias biosanitarias**.
3. La Comisión de Investigación debe ser un **órgano asesor**, con las siguientes **funciones**:
 - 3.1. Proponer a la Gerencia el diseño de las líneas de investigación a desarrollar en el Centro.
 - 3.2. Promoción de las relaciones y el contacto entre la Gerencia y los Investigadores.
 - 3.3. Fomento de la formación del personal investigador del hospital.
 - 3.4. Promoción del rigor del método científico para obtener resultados reproducibles y fiables.
 - 3.5. En ningún caso la Comisión de Investigación puede sustituir al investigador.
4. La **fijación de un tiempo mínimo** para el desarrollo de la investigación, modificable en función de rendimientos, se plantea como **requisito indispensable** para el fomento de la misma.
5. La labor investigadora debe de estar **presente en todos los hospitales**, si bien será adecuada al nivel de recursos y de plantilla, así como a la realidad del área sanitaria correspondiente.
6. Se objetiva, en ocasiones, la inadecuada reiteración de líneas investigadoras paralelas. Este problema podría resolverse mediante la **promoción de la actividad investigadora corporativa**.
7. Las Comisiones de Investigación **divulgarán** todos los posibles **medios de financiación** públicos o privados, para conseguir la adecuada dotación económica que consolide líneas de investigación en proyecto o en fase de ejecución.
8. La investigación de calidad en salud, repercute sobre la calidad asistencial; por ello, **las autoridades sanitarias deben mantener el esfuerzo de promoción investigadora** que ha sido una realidad en los últimos 15 años.

COMISIÓN DE HISTORIAS Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICAS

Ponentes: Dr. Orencio López Domínguez
Dr. Miguel Moreno Vernis
Dr. Eduardo Martínez Vila
Dra. Carmen Hernando de Larramendi

Moderador: Dr. Manuel Miranda Mayordomo

Sesión Plenaria: Inclusión de tres propuestas

1. La Comisión de Historias y Documentación Clínicas (HH y DCC) tiene un papel **esencial en la resolución de problemas** que afectan al funcionamiento del hospital, siendo además un **vehículo de participación de los distintos profesionales del Centro**.
2. **Sus funciones** se extenderán, al menos, al desarrollo de actividades encaminadas a:
 - 2.1. **Aumentar la infraestructura técnica** de los Servicios de Documentación Clínica, sistemas de archivado, política de pasivos, etc.
 - 2.2. **Evaluación de la calidad** de la historia clínica:
 - Normalización de la documentación clínica.
 - Estructura y orden de la documentación clínica.
 - Evaluación del contenido formal de la historia clínica, respecto a la información y comunicación que proporciona entre los distintos profesionales y/o Servicios.
 - Potenciar la autoevaluación, con invitación a este tipo de sesiones a los Servicios evaluados.
 - 2.3. Desarrollo de sistemas de preservación y garantía de la **confidencialidad de la información**:
 - Normativa sobre normalización de flujos (circuitos) de la documentación en cada Centro.
 - Normativa de acceso a la documentación clínica.
 - Política de préstamos de la documentación clínica.
 - Criterios y sistemas de conservación de documentos.
 - 2.4. **Desarrollo de sistemas de información** cuyo origen sea la historia clínica:
 - Codificación de diagnósticos y procedimientos.
 - Evaluación del contenido y calidad de los datos.
3. **Composición de la Comisión**:
 - Podríamos decir, en general, que debería estar todo **profesional que participe, tenga interés** y una buena dosis de **sentido común**.
 - **No puede estar basada** -dicha participación- **en el voluntarismo como único pilar**.
 - Deben **demostrar interés** -a la hora de participar- **en los objetivos** de la Comisión, siendo además importante que dichos objetivos afecten a su ámbito de actuación diario en el Centro.
 - La estructura de la Comisión debería estar basada en un **núcleo básico de médicos** y nunca con objetivos de representación de un Servicio o colectivo, dejando en función de las necesidades o peculiaridades de cada objetivo **la incorporación de otros profesionales**, tanto como grupo de trabajo específico, como con funciones de asesoramiento y consultivo. En el núcleo básico ha de estar **incluido el responsable de Documentación Clínica**.

- La **renovación** de la totalidad o de parte de este núcleo básico integrante de la Comisión, estaría **relacionada con el objetivo** preferencial fijado.
- El **nombramiento** de los miembros de la Comisión de HH y DCC **corresponde a la dirección del Centro**, siendo deseable que existan previamente propuestas de candidatos por parte de otros profesionales del hospital. También sería deseable que los miembros elegidos contaran con una **formación mínima previa** en relación con los objetivos planteados.

4. Metodología de trabajo:

- 4.1. Número de **reuniones**: el que se considere imprescindible para el objetivo propuesto. Parece recomendable un **mínimo de una al mes**.
- 4.2. Las reuniones serán de corta duración, con **objetivos fijados** con anterioridad, y los miembros de la Comisión dispondrán **previamente** de los temas a tratar, así como de toda la **documentación necesaria** para preparar adecuadamente la reunión.
- 4.3. Parece adecuado que como punto final de las reuniones, se fije **la fecha de la siguiente**.
- 4.4. La metodología estará basada en el **diseño y desarrollo de instrumentos fiables de evaluación**.
- 4.5. Todo planteamiento de trabajo incluirá el hecho de **involucrar** en el mismo a la **Dirección**. En este sentido, es importante la información detallada a la misma de cada uno de los objetivos planteados.
- 4.6. Una vez finalizado el trabajo, **las conclusiones se harán públicas** -con independencia de su aceptación o no por parte de la Dirección-, tanto a ésta como al resto del hospital.
- 4.7. Para cada uno de los objetivos planteados **se deberían de crear grupos de trabajo «ad hoc»** que, dependiendo de la Comisión, impriman mayor dinamismo de funcionamiento y aseguren la implicación de un mayor número de profesionales.

5. Recursos con que debe contar una Comisión de HH y DCC:

- A nivel de incentivar la participación, la Dirección del Centro articulará los medios necesarios para **incentivar y facilitar las tareas** de la Comisión.
- Es imprescindible para poder facilitar el funcionamiento general de las Comisiones Hospitalarias **contar con una unidad de apoyo** entendido en el sentido más amplio: logístico, bibliográfico, de secretaría, informático, de información y contacto con otros Centros, etc.

6. Evaluación:

Considerada fundamental, necesaria e imprescindible, constará de:

- 6.1. Evaluación de resultados.
- 6.2. Informe crítico de cada uno de los miembros, al finalizar su período de trabajo en la Comisión.

6.1. Evaluación de resultados:

- a) En cuanto a la valoración del instrumento o protocolo con el que evaluar las HH.CC., será llevada a cabo por un grupo ajeno a los profesionales que han generado dicho protocolo.
- b) Respecto a la **evaluación en sí de las HH. CC.:**

- Nunca se propondrán objetivos de tipo fiscalizador o punitivos, si no como forma de mejora de la propia calidad del Centro.
- Estará limitada al enjuiciamiento de la teórica mejora que ha percibido la Comisión, en cuanto a la normalización de documentos, estructura, orden y confección de las HH. CC., durante su período de trabajo.
- Los resultados de esta evaluación, nunca harán referencia al contenido científico del material evaluado. Así, una valoración de la calidad de las HH.CC., nunca podrá incluir entre sus conclusiones aspectos relacionados con el componente científico de la práctica asistencial.

6.2. Informe crítico de cada uno de los miembros al finalizar su período de trabajo en la Comisión:

- Se establece como objetivo final. Recoge la impresión de cada uno de sus miembros.

CONCLUSIONES

bros, así como su experiencia en el trabajo de consecución de los objetivos propuestos.

7. Límites de actuación de la Comisión de HH y DCC.

- Deberían **definirse con anterioridad** y por parte de la Dirección del Centro, como marco previo de actuación de la Comisión.
- También deberán fijarse los límites en relación con el objetivo, y siempre serán explicitados al principio de la constitución de la Comisión.

8. Aceptación de los acuerdos de la Comisión en el contexto global del hospital.

- Para ello se considera absolutamente necesario establecer todos los cauces de comuni-

cación que permitan **difundir lo más ampliamente posible los resultados.**

- **Potenciar la coparticipación amplia** en temas concretos como forma de difusión y susceptible de mayor nivel de aceptación.

9. Parece necesario dentro de las necesidades de actuación, buscar mecanismos que permitan **estandarizar sistemas de valoración**, susceptibles de poder ser **aplicados en un amplio conjunto de hospitales**, de cara a la obtención de valores de referencia aceptados.

10. Constatamos, una vez más, el **escaso marco legal de actuación** existente en nuestro país con respecto a la documentación clínica.

11. Es conveniente **fomentar los encuentros y debates entre hospitales**, sobre temas monográficos concretos.

COMISIÓN DE DOCENCIA

Ponentes: Prof. José M.^a Berián Polo
Prof. Manuel Trías Folch
Dra. Inés Picornell Darder
Prof. Carlos Rodríguez de Lope

Moderador: Dra. Carmen H. de Larramendi

Sesión Plenaria: Inclusión de cuatro propuestas

A) RESPECTO A LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS

1. En la reunión de las Comisiones de Docencia celebrada en Valencia en el año 92, se llegó a una serie de conclusiones que sirvieran de base para desarrollar la normativa de los decretos sobre formación especializada, pero no se han llevado a efecto por la Administración.
2. Para las Comisiones de Docencia han de **fijarse sólo unos mínimos necesarios** respecto a composición y funcionamiento, dejando el grado de libertad suficiente en cada Centro para adaptarlas a sus peculiaridades propias.
3. Las Comisiones Nacionales de las Especialidades deben **actualizar sus programas de formación**, fijando criterios mínimos cuantificables.
4. Se debe estudiar que todos los implicados en la Comisión de Docencia y los tutores, desarrollen su actividad con una **adecuada política de incentivos** (económicos, curriculares, etc.).
5. **Debe institucionalizarse el Libro del Residente** como documento que acredite la actividad desarrollada durante su período de formación, considerándose conveniente el **realizar una evaluación final** que tuviera en cuenta unas observaciones respecto al perfil del profesional, a sus conocimientos, habilidades y actitudes.
6. Para la acreditación de Unidades Docentes en cuyo programa estén fijadas rotaciones en otras

Unidades, se deberá disponer de los **acuerdos entre los hospitales correspondientes**, para que se acepte dicha acreditación.

7. El hospital **no deberá tener otro personal**, contratado o en período de formación, **que pueda interferir en los programas de formación legalmente establecidos** por las Administraciones competentes.

B) RESPECTO A OTRAS FUNCIONES DE LA COMISIÓN

8. Los hospitales podrán **recibir especialistas para formación** continuada o de subespecialización, **según la normativa vigente**.
9. En los hospitales que tengan vinculación con Universidades, la **Comisión de Docencia** debe estar **representada en los conciertos entre ambas Instituciones**.
10. Se constata la **no existencia de programas definidos de formación continuada**. Se considera necesario instaurarlos o dar facilidades o incentivos para su desarrollo.
11. **La formación especializada y/o continuada, debe extenderse a la enfermería y otros estamentos** según las características de cada Centro, y depender orgánicamente de las Direcciones correspondientes.
12. Se constata que la **Comisión de Docencia** está instaurada en la mayoría de los Centros con

CONCLUSIONES

un funcionamiento aceptable, pero se **debe seguir buscando la mejoría y la superación.**

13. Deben **propiciarse reuniones periódicas** entre las Comisiones de Docencia de los distintos hospitales.
14. Por las Comisiones de Docencia hospitalarias, **se debe instar a la Administración a la el-**

boración de una normativa actualizada, que contemple los objetivos mínimos y las áreas de actuación de dichas Comisiones respecto a:

- **Formación especializada.**
- **Formación continuada.**
- **Formación de pregrado** en los hospitales universitarios, con existencia de representantes de los alumnos.

COMISIÓN DE TEJIDOS Y TUMORES

Ponentes: Dr. Manuel Gracia Marco
Dr. Ramiro Álvarez Alegret
Dr. Antonio Fernández Renedo
Dr. Juan Vicente García Rivas

Moderador: Dr. Javier Alonso Santos

Sesión Plenaria: Inclusión de cuatro propuestas

Una vez realizada la Mesa Redonda dedicada a la Comisión de Tejidos y Tumores, y tras el debate habido con los asistentes al Seminario, se ha llegado a la conclusión de que **existen una serie de «dificultades» en el funcionamiento de dicha Comisión, que se deben a las siguientes causas:**

- a) Inexistencia de concreción en la normativa vigente.
- b) Falta de objetivos definidos que mantengan su continuación.
- c) Ausencia de metodología para que dichos objetivos se desarrollen.
- d) Falta de interés de la Administración en que dicha Comisión subsista.
- e) Falta de protocolos unificadores que sean realizados por especialistas en la materia, y que dichos protocolos sean respetados en su totalidad.
- f) Ausencia de coordinación entre las diferentes Comisiones existentes.
- g) Dificultad de acceso a la información de las Historias Clínicas por parte de los miembros de la Comisión y, en su caso, carencia de la misma.
- h) Falta de tiempo por parte de los miembros de la Comisión debido a la presión asistencial en sus diferentes puestos de trabajo.
- i) Falta de motivación de los componentes por las siguientes causas:
 - No encuentran respuestas a sus recomendaciones.

- No ven resultados en sus actividades.
- Existen ciertas dificultades a la hora de cumplir su misión.

- j) Por regla general, las **Comisiones de Tejidos** funcionan de forma deficiente cuando son comparadas con las **Comisiones de Tumores**, debido a las especiales características de los componentes de las mismas, que son poco partidarios de los **procesos de autoevaluación** en estos tres aspectos:
- **Concordancia diagnóstica** (en sus facetas clínica, quirúrgica y anatomopatológica).
 - **Estudio de cirugía innecesaria.**
 - **Monitorización de la asistencia del área quirúrgica.**

POSIBLES SOLUCIONES

1. Las Comisiones deben ser **parte integrante de un Plan Global de Calidad Total** del hospital.
2. Compromiso de la **Dirección** del hospital en la consecución de los objetivos de calidad, concretado en la **participación directa en cada una de las Comisiones**, ya que éstas son asesoras.
3. Deben **establecerse**, por la propia Comisión de Tejidos y Tumores, unos **objetivos específicos** –entre los que se considera de modo prioritario la **creación y seguimiento del Registro de Tumores**–, e incluso llegar a crear su propia **metodología de trabajo**, que le permitan adaptarse con flexibilidad al medio.

CONCLUSIONES

4. Fijar unas **normas propias de funcionamiento y organización**.
5. Sus esfuerzos se deberían centrar en la **monitorización** de los aspectos asistenciales, y una vez conseguido ésto, **analizar** si existen o no **posibilidades de mejora**, de tal forma que se persiga conocer la realidad de las situaciones y una vez conocidas las causas, **proponer las soluciones**.
6. Como herramienta de trabajo se propone la **elaboración de un cuestionario de evaluación** para aplicarlo en las historias clínicas y, sobre esta evaluación, **extraer unos indicadores** de la situación.
7. Por parte de la Comisión de Tejidos y Tumores de cada hospital, **se instará a la Administración la creación del Registro Nacional de Tumores**.

COMISIÓN DE HEMOTERAPIA

Ponentes: Dr. Juan Montero Castillo
Dr. Antonio Rubio Vitaller
Dr. José Juan Verdú Verdú
Dra. Carmen Fernández Álvarez

Moderador: Dr. Juan José Jorge Gómez

Sesión Plenaria: Inclusión de una propuesta

Recogidas las aportaciones de los miembros de la Mesa y las surgidas en el coloquio posterior, se ha llegado a los siguientes criterios y recomendaciones:

1. Objetivos:

Es objetivo fundamental de la Comisión de Hemoterapia, favorecer la comunicación entre los Servicios hospitalarios implicados en la **terapia transfusional, para lograr el buen uso de la misma** y garantizar la máxima seguridad posible. Objetivo expreso ha de ser la **promoción de la autodonación**.

2. Composición:

La Comisión debe ser **promovida y liderada** en sus comienzos **por el responsable del Banco de Sangre**, si bien es recomendable que, posteriormente, la presidencia la ejerza un representante de los Servicios Usuarios.

Deben **formar parte de la Comisión:**

- Un hematólogo representante del Banco de Sangre.
- Médicos representantes de los Servicios Usuarios de la transfusión, en la medida en que estén implicados, y como mínimo de Medicina, Cirugía, Traumatología, Pediatría y Anestesia.
- Un representante de los médicos residentes.
- Un representante de la Dirección del hospital.
- Un representante del Centro de Transfusiones suministrador, cuando lo haya.
- Un miembro del Archivo de Historias Clínicas.
- Un representante del personal de enfermería y técnico del Banco de Sangre.
- Un representante de enfermería de los Servicios Usuarios.

3. Son funciones de la Comisión:

- **Actualizar la normativa transfusional.**
- **Elaborar protocolos y estándares de uso** de la sangre y sus componentes.
- **Realizar auditorías sobre el uso** de componentes sanguíneos, tanto por productos, procesos y Servicios, como por terapia individualizada.
- **Formación continuada** y actualizada en terapéutica transfusional.
- **Análisis de problemas** puntuales como, por ejemplo, el obligado consentimiento informado, abastecimiento, etc.

4. Funcionamiento:

- Se recomienda la realización de **tres reuniones ordinarias anuales** como mínimo.
- Se considera útil la creación de **grupos de trabajo para elaborar programas concretos**, en los cuales se puede requerir la participación de personas ajenas a la Comisión.
- Se dará **publicidad de las actividades y resultados** de la Comisión dentro y fuera del hospital, con sumo respeto a la confidencialidad de las actuaciones profesionales, estableciendo **relaciones con otras Comisiones de Hemoterapia** para contrastar resultados.
- La **Dirección será informada** de los acuerdos de la Comisión y ésta **le facilitará los recursos humanos y técnicos** necesarios para el desarrollo de sus actividades.
- Para el buen funcionamiento de la Comisión de Hemoterapia debe establecerse un **sistema de incentivos para sus miembros**.

COMISIÓN DE CALIDAD

Ponentes: Dr. José Antonio Moreno Ruiz
Dra. Carina Abelló Somolinos
Dr. José M.^a Ignacio García
Dr. E. Villalobos Martínez de Prontemuli

Moderador: Dr. Ángel Martín Sánchez

Sesión Plenaria: Inclusión de dos propuestas

1. Cada hospital debe asumir lo que entiende que es una asistencia hospitalaria de **calidad, integrando** lo que la **ciencia y la tecnología médica** pueden ofrecer y las **expectativas de los clientes**.
2. El Sistema de Calidad debe **integrar a: Directivos, profesionales, especialistas en calidad y clientes**.
3. Asumida por el hospital la necesidad de mejorar la calidad, **se requiere una adaptación de la organización, un modelo de calidad, un plan estratégico y unos objetivos y programas operativos**.
4. Para involucrar a todos los empleados en la mejora de la calidad, se requiere un **cambio de valores culturales, un proceso de formación, comunicación y motivación**.
5. En la organización del Sistema de Calidad hospitalario, **las Comisiones son necesarias pero no suficientes. Cada hospital profundizará en el desarrollo de un sistema organizativo** (Grupos de Mejora, negociación de objetivos por Servicios, Unidades, ...).
6. Se recomienda que **en los planes de estudio se incluyan temas de calidad**. Resulta muy difícil conseguir un desarrollo pleno del Sistema de Calidad sin la **cooperación de especialistas y expertos**.
7. La información y ciertas herramientas pueden ayudar al desarrollo de la calidad. Hay que **medir, analizar, evaluar y comparar, como requisito previo para mejorar**.
8. Hay que **tender a la Calidad Total** como sistema personal de perfeccionamiento profesional continuado. Un método para lograrlo podría ser la **autocrítica**.
9. En la confrontación entre el coste de la calidad y la no calidad, **resulta económicamente rentable un programa de mejora** de la misma.

COMISIÓN DE MORTALIDAD

Ponentes: Dr. José M.^a Simonet Salas
Dr. Salvador Arribas Valiente
Dra. Ana M.^a Capdevilla Puerta
Dr. Carlos León González

Moderador: Dr. Ángel Martín Sánchez

Sesión Plenaria: Aceptación sin modificaciones

1. Debe existir la Comisión de Mortalidad integrada dentro del Plan de Calidad del hospital, pues puede condicionar mejoras estructurales, organizativas y asistenciales.
2. Partiendo de una pertenencia voluntaria, debería existir una **incentivación de los miembros** de la Comisión, con un reconocimiento implícito de que el tiempo dedicado a ella forma parte del trabajo profesional.
3. Para conseguir lo anterior se recomienda un **pacto con los estamentos directivos del hospital**.
4. La Comisión de Mortalidad deber ser una salvaguarda de la ética profesional y procurar una mejoría de la calidad, pero **no debe constituirse como método de control** policial sobre la actividad profesional.
5. Cuando en la **evaluación del éxitus** aparezcan **problemas** relacionados con el manejo del paciente, debería solicitarse información **adicional** al Servicio correspondiente. Cuando el problema sea estructural u organizativo, se pondrá en conocimiento de los órganos directivos.
6. Sería deseable que existiera una **interrelación entre la Comisión de Mortalidad y la Comisión de Historias y Documentación Clínicas**, pudiendo llegar a tener miembros comunes en aquellos hospitales que lo precisen.
7. **Debería difundir información de sus resultados** globales a todos los Servicios, respetando la confidencialidad adecuada.
8. Se recomienda que la Comisión sea **interestamental**.
9. Se recomienda que la Comisión tenga **por escrito sus objetivos y una metodología de trabajo**.
10. Entre los objetivos se recomienda el **intercambio de información entre las Comisiones de diversos hospitales**.

COMISIÓN DE TECNOLOGÍA Y ADECUACIÓN DE MEDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Ponentes: Dr. Lorenzo López Bescos
Dr. Roberto Martín Oliva
Dr. Julio Sánchez de Cos
Prof. Francisco Sánchez Bueno

Moderador: Dra. Carmen Hernando de Larramendi

Sesión Plenaria: Inclusión de una propuesta

FUNCIÓN

La función de la Comisión debe ser **asesorar** a los órganos directivos del hospital en el área de **adecuación tecnológica de los medios diagnósticos y terapéuticos**.

OBJETIVOS

1. **Conocer** los medios y procedimientos técnicos que se emplean en el área hospitalaria, así como **su grado de utilización, su adecuación** a las necesidades asistenciales y **rendimiento**.
2. **Establecer las prioridades de dotación** de medios tecnológicos, sobre la base de la demanda asistencial del hospital.

COMPOSICIÓN

La Comisión debe ser **multidisciplinaria**, contando como mínimo con representantes de las áreas médica, quirúrgica, de servicios centrales y de la división de gestión.

METODOLOGÍAS Y RECOMENDACIONES

1. **Cada hospital** debe elaborar una **normativa para la solicitud de adquisición de nuevos recursos tecnológicos**.
2. **Debe propiciarse la formación** en la evaluación de tecnología de todos **los miembros de la Comisión**.
3. Para la realización de tareas específicas deben crearse **subcomisiones constituidas por personal experto**.
4. Es recomendable **establecer contacto con las Agencias Centrales de Evaluación Tecnológica**, a fin de responder a las demandas de información de los distintos Servicios del hospital, en lo referente a la adquisición y utilización de recursos tecnológicos.
5. Es recomendable la institucionalización de **reuniones periódicas entre Comisiones de distintos hospitales**.

COMISIÓN DE FARMACOTERAPIA

Ponentes: Dr. Joaquín Bonal de Falgás
Dr. Alberto Herreros de Tejada
Dr. Juan Serra i Devechi
Dr. Luis de la Morena del Valle
Moderador: Dr. Antonio Delgado Lacosta

Sesión Plenaria: Inclusión de dos propuestas

1. Se aconseja el cambio de nombre a «COMISIÓN DE FARMACOTERAPIA», en base a las funciones y objetivos de la Comisión.
2. Su carácter es asesor, aunque sus decisiones son generalmente asumidas por la Dirección del hospital que las hace ejecutivas de forma inmediata.
3. Se aconseja que el número de miembros sea limitado, pero representativo del área asistencial.
4. Los miembros de la Comisión deben ser elegidos de entre aquellos que tengan interés por los temas de farmacología y terapéutica y gozar de un nombramiento oficial por la Dirección.
5. Deben controlar su actuación en base al desarrollo de indicadores; entre ellos:
 - 5.1. Indicadores de convocatoria:
 - Número de reuniones.
 - Asistencias.
 - Actas aprobadas.
 - 5.2. Indicadores de la actividad en selección de medicamentos:
 - Principios activos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica.
 - Solicitudes de modificación.
 - Medicamentos nuevos valorados.
 - Informes de evaluación previa con conclusión.
 - Medicamentos con propuesta de inclusión.
 - Medicamentos dados de baja.
 - 5.3. Indicadores del nivel de implantación:
 - Número de prescripciones de medicamentos no incluidos en la Guía.
 - Dispensaciones de medicamentos no incluidos en la Guía.
 - Coste de los medicamentos no incluidos.
 - 5.4. Indicadores económicos:
 - Importe global del consumo de medicamentos.
 - Impacto económico de las propuestas de modificación de la Guía.
 - 5.5. Otros indicadores:
 - Protocolos terapéuticos impulsados por la Comisión.
 - Boletines informativos evaluados.
 - Reacciones adversas comunicadas y evaluadas por la Comisión.
 - Edición de la Guía Farmacoterapéutica.
 - Implantación de Unidosis.
 - Otros...
6. Se aconseja la implantación de **protocolos consensuados para el uso de determinados medicamentos**, especialmente los de alta tecnología, elevado coste o con indicaciones concretas.
7. Es importante su **interrelación con otras Comisiones**, relacionadas con el uso de medicamentos, del hospital.
8. Se aconseja la **creación de Comisiones de Farmacoterapia de las Áreas Sanitarias (Atención Primaria-Atención Especializada)**, en las que el **responsable del Servicio de Farmacia** del hospital de referencia, **será miembro nato**.

COMISIÓN DE TRASPLANTES

Ponentes: Dr. Rafael Matesanz Acedos
Dr. Amado Andrés Belmonte
Dr. Joseba Barroeta Urquiza
Dr. Francisco Ortega Suárez

Moderador: Dr. José M.^a Antón García

Sesión Plenaria: Inclusión de una propuesta

La Comisión de Trasplantes es necesaria por el carácter intersectorial que tiene el Programa de Trasplantes en los hospitales.

COMPOSICIÓN

- **Presidente:** Director Médico.
- **Secretario:** Coordinador intrahospitalario (dinamizador, facilitador).
- **Vocales:**
 - Personas con autoridad y prestigio.
 - Que representen a las diferentes áreas implicadas en el trasplante.
 - Áreas:
 - * Detección de donantes (UCI, Urgencias).
 - * Todos los programas de trasplantes.
 - * Servicios Centrales (pruebas diagnósticas).

FUNCIONES

1. **Es un órgano técnico-científico asesor** de la Dirección Médica.
2. **Definir los indicadores de calidad** asistencial en los trasplantes.
3. **Armonización y actualización de los diferentes protocolos** de actuación desde la extracción hasta el trasplante.

4. **Fijación de objetivos** a medio y largo plazo.
5. **Evaluación del grado de cumplimiento** de los objetivos establecidos para el programa de trasplantes.
6. **Divulgación extrahospitalaria de la actividad** de extracción e implante de órganos y tejidos.
7. **Proponer líneas de actuación** ante situaciones conflictivas.
8. **Participar en las campañas públicas de difusión** sobre el programa de trasplantes.
9. **Llevar el registro de muerte cerebral** en cada hospital, para conseguir el 100% de detección.
10. A través del Coordinador Intrahospitalario, se debe **velar por el seguimiento** del 100% de enfermos con patología vasculocerebral grave en ingresados (**posibles donantes**).

MÉTODOS

- **Reunión trimestral ordinaria**, y extraordinaria cuantas veces se precise. Con orden del día y elaboración de actas.
- Dadas las características peculiares de la actividad de trasplantes, es necesaria la función dinamizadora y de coordinación del día a día. Por tanto, se ve como **necesaria la figura del Coordinador Intrahospitalario de trasplantes**.

COMISIÓN DE INFECCIONES, PROFILAXIS Y POLÍTICA ANTIBIÓTICA

Ponentes: Dr. Santiago García Carbajosa
Prof. Ramón Cisterna Cáncer
Dr. Manuel Dávila Álvarez
Dr. José Cabrera Mengual

Moderador: Dr. Ignacio Baquerizo Gallardo

Sesión Plenaria: Inclusión de ocho propuestas

1. Dentro de la Comisión Central de Garantía de la Calidad, la Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica tiene un **cometido específico en la corrección de los efectos secundarios de la actividad curativa.**
2. Creemos que **debe de haber Comisiones de garantía de la calidad en los hospitales,** integradas en una Comisión Central. Nos parece que la palabra Comisión define adecuadamente a estos grupos de trabajo.
3. Creemos que **debe dejarse de llamar Comisión de Infecciones hospitalarias,** quitando la palabra hospitalaria, pues debe estar abierta a la comunidad y a la interacción en este campo entre el hospital y la sociedad.
4. La Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica **es asesora de la Dirección Médica.** Entre sus funciones debe estar la creación de una buena **dinámica de equipo de trabajo.**
5. La Comisión de Infecciones, P y PA debe tener un número importante de miembros y debe ser **representativa, participativa y abierta,** pudiendo incorporar miembros de la sanidad estatal o autonómica, y **coordinándose con la Atención Primaria.**
6. **Deberán incorporarse a la Comisión los Epidemiólogos e Infectólogos y las «Enfermeras Epidemiólogas»,** que tienen competencia por su actividad profesional en la prevención de la infección.
7. Es necesaria su **colaboración con la Comisión de Farmacia y Terapéutica** en la elaboración de la política de antibióticos o uso de antimicrobianos, que debe extenderse a la Atención Primaria. Es importante que exista un **Microbiólogo en la Comisión de Farmacia y un Farmacéutico,** como miembro nato, **en la de Infecciones.**
8. **Debe promover la creación de protocolos** de terapéutica antimicrobiana, especialmente en el terreno de la profilaxis quirúrgica.
9. Es importante el **estudio de las resistencias bacterianas** de la flora aislada, tanto en cuanto a tasas globales como en cuanto a tipos, especialmente en las áreas de riesgo, a la hora de hacer una política de uso de antimicrobianos.
10. Es fundamental el **seguimiento del cumplimiento de los protocolos realizados.**
11. Sería necesaria la existencia en la Comisión de **profesionales técnicamente adecuados y liberados de su actividad** (dedicación exclusiva, posible remuneración, dedicación a tiempo parcial).
12. Se señala que ya han existido problemas de judicialización que han afectado a estas Comisiones. Las mismas **deberán promover la difusión de la información** que obtengan, a través de los medios adecuados (por ejemplo «boletines» intrahospitalarios).

COMISIÓN DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Ponentes: Prof. Diego Gracia Guillén
Dr. José Pedreira Andrade
Dr. Gabriel Inclán Iríbar
Prof. Miguel Ángel Asenjo Sebastián

Moderador: Dr. Ángel Ruano Hernández

Sesión Plenaria: Aceptación sin modificaciones

1. La **COMISIÓN DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA (CEIC)**, está regulada por Ley a partir de la Ley del Medicamento, siendo **obligatorio que todo ensayo clínico controlado sea autorizado por la misma**.
2. El ser fundamental de una CEIC es **velar por los derechos y el respeto a las personas sometidas a ensayo**, de acuerdo con los principios fundamentales de ética.
3. Se consideraría aconsejable la **existencia de dos Comisiones diferenciadas: una de BIOÉTICA o ÉTICA HOSPITALARIA**, asesora de los problemas éticos que puedan presentarse en el hospital, y la anterior **COMISIÓN DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA**, cuyas funciones están definidas con claridad.
4. La **composición de la CEIC**, que fue regulada por la Ley del Medicamento de 1990, y desarrollada por el Real Decreto 561/93, **habrá de ser aprobada por las diferentes autoridades sanitarias autonómicas**, siendo aconsejable que ésto se aplique con la mayor brevedad posible.
5. Sería conveniente que el **presidente de la Comisión fuese elegido y consensuado** por los miembros de ésta.
6. Es preciso que en la Comisión **esté presente algún miembro del equipo directivo del hospital**, con el fin de facilitar la autorización posterior de los proyectos aprobados por la misma.
7. **Todos los ensayos clínicos deberían ser presentados a la aprobación de la Comisión de Ética en Investigación Clínica**, evitándose de esta manera la financiación no controlada.
8. Dada la creciente carga de trabajo de esta Comisión, parece razonable que deben encontrarse **métodos de incentivación de sus componentes**.
9. Es fundamental la **dedicación de al menos un profesional experto a tiempo completo**, para valorar los ensayos clínicos y facilitar las labores de los miembros de la Comisión.
10. Sería aconsejable **definir con claridad el grado de responsabilidad legal de los componentes** de la Comisión, que pueda derivarse de la aceptación de un proyecto determinado, y **establecer la cobertura de responsabilidad civil** cuando el promotor es un investigador del Centro.
11. Se afirma que las **CEIC pueden asegurar la ética a priori de los protocolos aprobados, siendo imprescindible encontrar fórmulas de seguimiento de éstos**, dado que, hasta el momento actual, por el volumen creciente de ensayos clínicos, su complejidad, y los recursos humanos y materiales escasos, no es posible realizar dicho seguimiento, regulado obligatoriamente por Ley.
12. La existencia de las anteriores Comisiones de Ensayos Clínicos y en la actualidad de Ética en Investigación Clínica, ha permitido, sin duda, progresar de forma importante en la investigación clínica de nuestro país, por lo que se **considera fundamental mantener y promover aún más el apoyo a las mismas** por parte de las diferentes Instituciones.

MAPFRE ESTUDIOS



006761