

LA COLMENA

La auditoría docente mejora la formación especializada



Juan María Benegas Capote

Jefe de Servicio de Inspección y Prestaciones Sanitarias

Durante 2006 nuestro servicio de Salud ha sido noticia por el incremento de unidades acreditadas para la Formación MIR. Traumatología en Plasencia u Oncología Médica en Badajoz son buenos ejemplos. Pero ¿cómo se desarrolla la acreditación docente en España? ¿qué papel desempeña Extremadura? A cuestiones como éstas da respuesta este artículo.

Es evidente, como reconocen los países más desarrollados, que España cuenta con uno de los mejores sistemas de formación especializada del mundo. Su eje lo forman el

Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y las comisiones de cada una de las Especialidades. El Consejo Nacional es un órgano consultivo conjunto de los Ministerios de Sanidad y Consumo (MSC) y Educación y Ciencia (MEC) que informa a la administración y promueve todo lo relacionado con la formación médica especializada. Está constituido por los miembros de las Comisiones Nacionales de Especialidades (CNE) y está estructurado en grupos de trabajo: Comisión Permanente (órgano ejecutivo), Comité de Acreditación y Comité de Estudios. En su seno estudian los requisitos de acreditación docente que deben cumplir hospitales y servicios o unidades docentes, los criterios que debe tener la evaluación del residente, informar las disposiciones que se elaboren por parte de ambos ministerios que puedan afectar a las especialidades, así como la propuesta de auditorías docentes y la elaboración de programas formativos.

Cada CNE se compone de once miembros elegidos entre profesionales de reconocido prestigio designados: tres vocales por el MEC, entre profesores de las Facultades de Medicina; tres, por el MSC, entre facultativos de las instituciones con unidades docentes acreditadas; dos en representación de entidades y sociedades científicas; dos en representación de médicos residentes; y uno, del Consejo General de Colegios Médicos.

EL PLAN NACIONAL DE AUDITORÍAS DOCENTES

Desde 1987 el MSC inicia un procedimiento de control y mejora de la calidad de los centros con acreditación docente y de la formación de especialistas a través del Plan Nacional de Auditorías Docentes que implica la realización de auditorías con visitas a los centros y la comprobación del nivel de cumplimiento de los requisitos fijados en los Protocolos Técnicos de Auditoría. Desde entonces, todo Hospital o Unidad Docente acreditada para la formación de especialistas sanitarios es susceptible de ser evaluada a través de este Plan. La programación de las auditorías es periódica según tiempo de acreditación a todos los hospitales y unidades docentes acreditadas o cuando exista una solicitud de la administración sanitaria pública, órganos consultivos de los consejos nacionales de Especialidades Médicas, Farmacéuticas y Enfermería, la Gerencia o la Comisión de Docencia del Centro, o residentes.

La Auditoría Docente es el procedimiento para evaluar la calidad docente de los centros y unidades que quieren estar acreditados para este fin, garantizando que la institución tiene la capacidad de formar profesionales competentes y servicios de alta calidad. Es una herramienta esencial para ver, conocer y evaluar cómo se lleva a cabo la actividad formativa contribuyendo a optimizar la calidad de la misma, y es además una auditoría de calidad, pues es una evaluación sistemática y externa llevada a cabo por profesionales independientes para determinar si las actividades cumplen los planes formativos y los requisitos establecidos.

La dirección técnica, organización y gestión de dicho Plan se lleva a cabo en la Agencia de Calidad del SNS, a través de la Unidad de Auditorías de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Las visitas se realizan por equipos multidisciplinares de auditores de distintas Comunidades, acreditados por el MSC. Estos profesionales siempre son de distinta Comunidad a la de aquella

donde se ubica la Unidad Docente u Hospital a auditar, lo que constituye otra garantía de la objetividad y transparencia del proceso. Los medios con los que se cuenta para llevar a cabo el Plan son los recursos del propio MSC y sus órganos consultivos en materia de formación especializada, los equipos de auditores y los protocolos técnicos.

LOS EQUIPOS DE AUDITORES. SITUACIÓN DE EXTREMADURA

En 1981 se inició el traspaso de los servicios sanitarios del Insalud a Cataluña. Posteriormente, a Andalucía (1984), Valencia y País Vasco (1987), Navarra y Galicia (1991) y Canarias (1994). El 2002, al resto; se logra el objetivo de un Sistema Nacional de Salud descentralizado. En este escenario transferencial y teniendo en cuenta que el MSC inició en 1987 el Plan Nacional de Auditorías Docentes no extraña que

en principio se optara por equipos multidisciplinares de auditores pertenecientes al Cuerpo Sanitario de la Seguridad Social. Hoy se tiende a que cada Comunidad aporte al menos un Equipo Auditor cualificado, sólo existen 12, dado el esfuerzo que supone. Extremadura desde 2006 aporta solidariamente uno de esos equipos integrado por tres médicos inspectores: el coordinador, Antonio Gallego Torres, de la Inspección de Área de D. Benito-Vva., Rosa M. Gallego Montero, de la Inspección de Plasencia, y Ana

García Cumbreño, de la Inspección de Badajoz, acreditados como auditores por el MSC. Se colabora con el Plan de Auditoría Docentes y se hace efectiva una de las funciones de la inspección como es efectuar la evaluación docente de centros sanitarios para la formación postgraduada. En 2006 se han realizado auditorías en los hospitales de Elche, Soria, Vélez-Málaga y Virgen Rocío de Sevilla.

Es motivo de satisfacción para la Inspección de Servicios Sanitarios y Prestaciones contribuir a disfrutar de uno de los mejores sistemas de formación médica especializada reconocida internacionalmente.



Sobre la esperanza de vida



Julián Mauro Ramos Aceitero

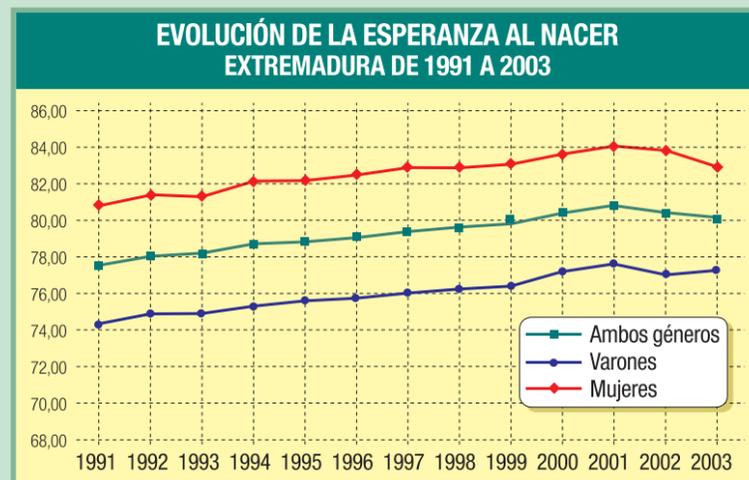
Jefe de Servicio de Epidemiología

La esperanza o expectativa de vida es un indicador demográfico que es utilizado para comparar las condiciones de mortalidad de diferentes poblaciones; la esperanza de vida ha sido, junto a la mortalidad infantil, la manera clásica de aproximarse a los estados de salud de la población; es uno de los indicadores más utilizados para la medición de los niveles socio-sanitarios y de mortalidad. La esperanza de vida se puede estudiar para cada edad o para cada

tramo de edad, habitualmente quinquenios, pero la más utilizada es la esperanza de vida al nacer. Esta indica los años de vida esperados para un individuo nacido en el año de estudio, siempre que se mantengan las condiciones de mortalidad actuales. Así, lo que queremos expresar al decir que la esperanza de vida al nacer para 2006 es de 80 años, es que una persona que nacida en 2006 puede esperar llegar a vivir 80 años de vida de promedio, si las tasas de mortalidad actuales se mantuvieran, es decir si las condiciones de mortalidad no mejorasen ni empeorasen. Pero esto es falso, ya que lo lógico es que las condiciones de vida mejoren y por lo tanto las probabilidades de muerte en los años

venidero se reduzcan y la verdadera esperanza de vida será mayor.

El cálculo de la esperanza de vida se realiza sobre una cohorte de población ficticia a las que se aplican las tasas específicas de mortalidad que para cada grupo de edad se han dado en cada año en estudio. Estas tasas específicas de mortalidad permiten crear una tabla de mortalidad, también llamada tabla de



vida, que es la utilizada para estimar tanto la esperanza de vida al nacer, como a las diferentes edades agrupadas por quinquenios y quedando el intervalo abierto de las personas mayores de 84 años habitual-

mente. Hay diferentes formas de construir una tabla de mortalidad y, por tanto, de realizar el cálculo de la esperanza de vida; esto hace que sólo sean comparables los distintos valores de esperanzas de vida que se hayan calculado de la misma manera.

La esperanza de vida se ve muy afectada por posibles aumentos de mortalidad puntuales, sobre todo si afectan a población joven, por ejemplo: un accidente o catástrofe en la que fallezcan muchos jóvenes se traduciría en una disminución considerable de la EVN para ese año, pues la tasa de mortalidad de esas edades estaría aumentada en ese año y la probabilidad de muerte también; esta influencia sería tanto mayor cuanto más jóvenes fueran los afectados, y viceversa. Por ello, una subida o bajada puntual del valor de la esperanza de vida no tiene excesivo valor per se, siendo más correcto comparar una serie histórica, comprobando si estos valores aumentan, como sería lógico esperar.

La EVN en Extremadura en 2003 era de 79,95 años en ambos géneros, 77,00 en varones y de 82,97 en mujeres, según las estimaciones de la Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria realizadas sobre la mortalidad registrada en Extremadura y construyendo las tablas de mortalidad por el llamado "método actuarial". Nuestra EVN ha experimentado desde 1991 a 2003 una ganancia de 2,40 años para ambos géneros, 2,72 años para varones y 2,12 para mujeres.