

La acreditación como garantía de calidad. Importancia de las auditorías internas de control

Jaime A. González-Castillo,⁽¹⁾ Miguel A. Salas-López⁽²⁾

dr.jaime.gonzalez@hotmail.com

RESUMEN

En la última década, México ha dado un fuerte impulso a la calidad de los servicios de salud a través de la acreditación de los establecimientos de atención médica. Con la reforma de la ley General de Salud en mayo de 2003, se crea el Sistema de Protección Social en Salud conocido como Seguro Popular y se determina que todo establecimiento que atiende a población afiliada a éste sistema debe estar acreditado.

El Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes (ISEA), responsable de la prestación de servicios de salud a la población afiliada al Seguro Popular en la entidad, reconoce la importancia de vigilar permanentemente el cumplimiento de los criterios de acreditación para que ésta, sea una auténtica garantía de calidad.

El presente trabajo muestra la experiencia del ISEA en la aplicación de 4 herramientas metodológicas para el análisis de las no conformidades en las auditorías de control y así, establecer las medidas correctivas y preventivas que correspondan.

Palabras claves: *Acreditación, Garantía de Calidad, Auditoría de Control.*

SUMMARY

In the last decade, Mexico has provided a strong impetus to the quality of health services through accreditation of health care facilities. With the reform of the General Health Law in May 2003, establishing the Social Protection System in Health called Seguro Popular and determines that any establishment that caters to people affiliated with this system should be accredited.

The Health Institute of the State of Aguascalientes (ISEA), responsible for providing health services to the population covered by Seguro Popular in the state, recognizes the

importance of continuously monitoring compliance with the accreditation criteria for it, is a real guarantee of quality.

This work shows, the experience in implementing ISEA 4 methodological tools for analysis of nonconformities in the audit and control and, establish corrective and preventive actions as appropriate.

INTRODUCCIÓN

En la última década, México ha impulsado la mejora de la calidad de los servicios de salud en las instituciones públicas, privadas y sociales que conforman el Sistema Nacional de Salud, mediante estrategias concretas señaladas en los Planes Nacionales de Salud 2001-2006¹ y 2007-2012,⁵ que involucre a los establecimientos, los prestadores de servicios, los usuarios y a representantes de la sociedad, con el objeto de reconocer a la calidad como un valor de todas las organizaciones de salud.

En el primer trimestre de 2003, se reforma y adiciona en la Ley General de Salud, la protección social en salud como materia de salubridad general (Art. 3° Fracc. I y II), publicándose esta reforma en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de ese mismo año, correspondiendo a los Estados (Art. 77 Bis), adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración de los servicios y registros clínicos, alienten la certificación de su personal y promuevan la acreditación y certificación de los establecimientos de atención médica que atiendan a la población beneficiaria de esta protección social en salud. Compete a la Secretaría de Salud Federal, establecer los requerimientos mínimos que sirvan de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, así como los términos y condiciones para la acreditación de los establecimientos; por otra parte, es responsabilidad de las entidades federativas, acreditarlos gradualmente.²

⁽¹⁾ Coordinador de Acreditación-Certificación del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, México.

⁽²⁾ Director de Calidad del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, México.

La acreditación de la calidad, es el proceso mediante el cual la Secretaría de Salud Federal, dictamina que las unidades que ofertan servicios de salud a la población afiliada al Seguro Popular cumplen con los criterios de capacidad, seguridad y calidad establecidos de acuerdo a su capacidad resolutoria.⁴

Son criterios de capacidad, por señalar algunos, contar con personal completo y debidamente capacitado, con el equipamiento, los registros, los insumos, el abasto de medicamentos, la existencia de guías de práctica clínica y/o protocolos de atención.

Son criterios de seguridad, el manejo adecuado de la red de frío, el cumplimiento a las Normas Oficiales Mexicanas (NOM'S) para la infraestructura, equipo e instalaciones, las buenas condiciones de higiene, iluminación y ventilación en las áreas de trabajo y atención al público, el manejo de RPBI, el uso de gafetes de identificación, así como el mantenimiento preventivo y correctivo a la unidad entre los más relevantes y criterios de calidad, la interpretación y registro del tamiz neonatal, el uso de guías de práctica clínica, el control de la referencia y contrarreferencia de pacientes, el monitoreo de indicadores de atención médica efectiva y trato digno, la participación del Aval Ciudadano, la recepción, análisis y resolución de quejas y sugerencias, la difusión de códigos ético conductuales y de las Cartas de los Derechos de los Pacientes y de los Médicos.⁶

Son acreditables, las Caravanas de la Salud, los Centros de Salud, las Unidades Médicas Especializadas (UNEMES), los Hospitales Generales y los de Especialidad y Alta Especialidad en la atención de padecimientos del Fondo de Gastos Catastróficos.⁶

Administrar la acreditación implica por tanto, implantar sistemas de gestión de calidad en todas las unidades para alcanzar resultados de desempeño eficaces en términos de cobertura y aseguramiento de la conformidad de los criterios, mediante mediciones periódicas, objetivas y sistemáticas, así como la generación de acciones que aporten valor en su cumplimiento y de otras iniciativas de calidad.⁷⁻¹⁰

Es en este aspecto, donde cobra particular importancia practicar auditorías internas de control cada seis meses, utilizando para tal fin, las cédulas de acreditación vigentes por modalidad de establecimiento de atención médica, mediante las cuales se pueda garantizar la calidad de los servicios en la medida en que estos criterios se sigan cumpliendo.¹¹

OBJETIVO

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio es dar a

conocer la experiencia del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, sobre la aplicación de herramientas metodológicas para el control y seguimiento al cumplimiento de los criterios de acreditación a través de auditorías internas de control en el período 2007-2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

Toda la red de servicios del ISEA alcanzó su acreditación entre los años 2004-2006. Utilizando la cédula de acreditación vigente por tipo de establecimiento,⁶ a partir de 2007 en los meses de junio y noviembre de cada año, en todas las unidades que conforman la red de servicios de la institución, los Coordinadores de Calidad, junto con los Directores de las unidades y/o Jefes de Servicio, realizan auditorías internas de control mediante la aplicación de la(s) cédula(s) que corresponda(n) según la unidad; los resultados, son evaluados para por un lado generar las acciones correctivas a que haya lugar y por otro, prevenir en la medida de lo posible, que estas no se vuelvan a presentar.

Para el análisis y solución de las no conformidades, se siguieron las directrices y recomendaciones de la norma ISO 9001⁷⁻¹² y la metodología Seis-Sigma,¹³ mediante el uso de 3 herramientas metodológicas con enfoque retrospectivo: Diagrama de Afinidad, Diagrama Causa-Efecto <Ishikawa> y Diagrama de Priorización <Pareto> y el método conocido como Análisis del Modo y Efecto de las Fallas <AMEF> para la implantación de acciones correctivas con efectos prospectivos, donde a cada una de las principales fallas, se les analiza su efecto, severidad, causas potenciales, ocurrencia, control actual y posibilidad de detección oportuna; una vez hecho lo anterior, se determina su número de prioridad por el riesgo que implica y así, establecer también por orden de prioridad, las medidas correctivas y preventivas por implantar.

Haber seleccionado los meses de junio y noviembre para realizar las auditorías de control tiene una doble finalidad:

1. Tomar en cuenta los resultados obtenidos en junio, para elaborar el Programa Operativo Anual (POA) del siguiente año.
2. Utilizar los datos actualizados a noviembre, para la evaluación anual de los programas de calidad al término de cada año.

RESULTADOS

En los cuadros 1 y 2, se muestra la forma en que los criterios

de acreditación y el porcentaje que representa del total de puntos de la cédula de autoevaluación correspondiente, están distribuidos para Centros de Salud y Hospitales respectivamente.

Los cuadros 3 y 4, muestran los años en que gradualmente se acreditaron los establecimientos y procesos de atención en el ámbito de competencia del Instituto.

Las gráficas 1, 2 y 3 muestran el comportamiento que ha tenido durante el periodo 2007 - 2010 el cumplimiento a estos criterios en Centros de Salud por Jurisdicción Sanitaria, Hospitales Generales y la atención integral de neonatos con insuficiencia respiratoria y prematuridad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en los hospitales de nuestra institución.

Como se observa, en el cumplimiento de los criterios de acreditación, la estabilidad de los resultados varía entre unidades del mismo tipo y jurisdicciones sanitarias de un periodo a otro; porcentajes por abajo del 85% significa en el estricto sentido perder la acreditación, pero también, porcentajes entre 85% y 90% reflejan detrimento de la calidad del servicio y la seguridad del paciente.

Pareciera por otro lado, que mientras más compleja es la unidad y/o servicio, mejor porcentaje se obtiene y mayor estabilidad se observa en su comportamiento, lo que puede ser atribuible a una mejor estructura organizacional y estandarización de sus procesos, tanto de atención directa al paciente, como los de apoyo a la atención.

En los cuadros 5, 6 y 7, se agrupan las principales no conformidades por afinidad siguiendo el método de las 5M: mano de obra, maquinaria y equipo, método, mediciones y medio ambiente en las unidades motivo de esta publicación. Utilizando una escala del 1 al 10, se asignó un valor de acuerdo con la frecuencia y/o magnitud de la no conformidad.

Este agrupamiento sirvió también para elaborar los Diagramas Causa-Efecto (Ishikawa) y de Priorización (Pareto) cuyos resultados se muestran de las figuras 1 a 6. El análisis mediante estas herramientas, sirvió para reconocer retrospectivamente la situación actual por hechos ocurridos en el pasado; era necesario entonces, utilizar una herramienta que ayude a determinar el efecto prospectivo de las acciones tanto correctivas, como preventivas que se establezcan para la solución de las no conformidades; sobre todo, propiciar la mejora continua y la innovación.

El resultado de la aplicación de esta herramienta, conocida como Análisis del Modo y Efecto de la Falla (AMEF), se

muestra en el cuadro no. 8, donde a cada una de las principales fallas, se les analiza su efecto, severidad, causas potenciales, ocurrencia, control actual y posibilidad de detección oportuna; una vez hecho lo anterior, se determina su número de prioridad por el riesgo que implica y así, establecer también por orden de prioridad, las medidas correctivas y preventivas por implantar.

DISCUSIÓN

Acreditar un establecimiento de atención médica o un servicio de especialidad es un proceso gradual tanto en lo particular para cada unidad como para el sistema de salud, entendido este como una red de servicios de complejidad creciente organizados por niveles de atención, proceso por el que tuvo que transitar el Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes debido a varios factores, entre los que hay que destacar:

La incorporación progresiva de la población afiliada al Seguro Popular a partir de la reforma a la Ley General de Salud en 2003, la publicación del Reglamento de esta Ley para el Sistema de Protección Social en Salud,³ sus reglas de operación, el diseño y aplicación de las cédulas de autoevaluación que a su vez sirven, para la evaluación externa de las unidades con fines de acreditación, emitidas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal.

El grado de involucramiento directivo en los diferentes niveles de responsabilidad de la institución, ya que la acreditación debe entenderse como una responsabilidad institucional que involucra a todas las áreas.

La suficiencia presupuestaria, ya que existía un desfase entre lo presupuestado el año anterior y lo que se requería ejercer en la medida en que se iban incorporando nuevas unidades con población afiliada al Seguro Popular.

Había que contar también, con personal capacitado que coordinara el proceso de acreditación a nivel jurisdiccional y hospitalario, así como con la participación social a través del Aval Ciudadano.

Finalmente, es importante resaltar que el cambio de paradigma para el sistema de salud ha sido pasar de un sistema acostumbrado a operar por demanda, a otro que tiene que operar por oferta.

En el cumplimiento de los criterios de acreditación, la estabilidad de los resultados varía entre unidades del mismo tipo y jurisdicciones sanitarias de un periodo a otro;

porcentajes por abajo del 85% significa en el estricto sentido perder la acreditación, pero también, porcentajes entre 85% y 90% reflejan detrimento de la calidad del servicio y la seguridad del paciente.

Pareciera por otro lado, que mientras más compleja es la unidad y/o servicio, mejor porcentaje se obtiene y mayor estabilidad se observa en su comportamiento, lo que puede ser atribuible a una mejor estructura organizacional y estandarización de sus procesos, tanto de atención directa al paciente, como los de apoyo a la atención.

Si bien la magnitud, frecuencia y orden en que ocurren las no conformidades a lo largo del tiempo tal como lo muestran los resultados de las auditorías de control, varía entre los diferentes tipos de unidad a lo largo del tiempo, las auditorías de control por una parte y el análisis estadístico de los resultados con las herramientas metodológicas que se han mostrado que en relación con la estructura, si se cuenta permanentemente con personal capacitado, se garantiza el abasto suficiente y oportuno de medicamentos y otros insumos para la salud, de mobiliario y equipo médico adecuado y además se protege el medio ambiente laboral y comunitario mediante el manejo correcto de residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI) y se mejora la limpieza en general y en particular de los sanitarios, junto con el control bacteriológico y sanitización de las áreas críticas, se reduce considerablemente el riesgo de incurrir en no conformidades que comprometen a la acreditación como garantía de calidad.

Las auditorías de control y su análisis estadístico, también nos permitió reconocer que a nivel de procesos, las principales no conformidades se observan en la integración y uso del expediente clínico, la utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención en las decisiones médicas, el orden y congruencia de las evidencias documentales del enfoque integral de atención a la salud y el efectivo control de la referencia - contrarreferencia de pacientes.

En materia de calidad, especial atención requiere tener un procedimiento sistematizado para el control de quejas, sugerencias y felicitaciones; los lineamientos existen, su instrumentación y aplicación es lo que varía entre las unidades.

Aunado a lo anterior, sobre todo en el primer nivel de atención, hay poca difusión de los resultados del monitoreo de indicadores de atención médica efectiva y trato digno, así como de las recomendaciones del Aval Ciudadano.

CONCLUSIÓN

1. La acreditación es garantía de calidad en tanto se cumplen permanentemente los criterios establecidos para tal fin.

2. Una manera efectiva de garantizar el cumplimiento permanente de los criterios y adoptar las mejores alternativas de solución frente a las no conformidades, es realizando periódicamente auditorías de control utilizando herramientas estadísticas adecuadas para su análisis; aún así, debe estar abierta la posibilidad de realizar investigaciones operativas comparativas para confirmar lo anterior.

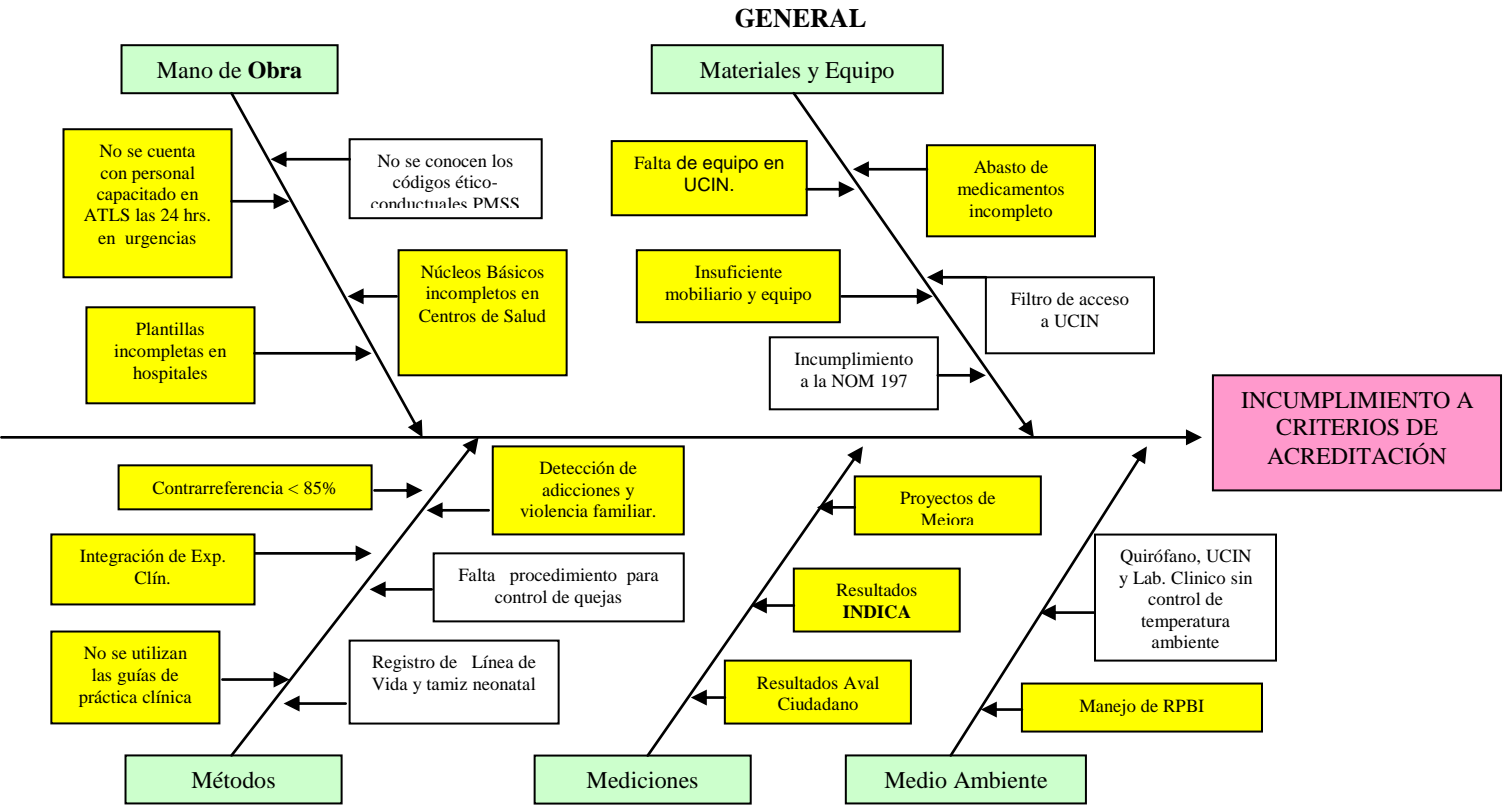
3. En base a nuestra experiencia institucional, se recomienda utilizar diagramas de afinidad, causa efecto y de priorización para el análisis de las no conformidades, en tanto que para la implantación de medidas correctivas y preventivas, recomendamos el método de Análisis del Modo y Efecto de las Fallas.

Los diagramas de afinidad, causa - efecto y priorización, se enfocan sobre algo que ya ocurrió; si los problemas actuales son consecuencia de las decisiones del pasado, en correspondencia a ello, el análisis del modo y efecto de las fallas debe servir para visualizar de manera prospectiva lo que estaría por ocurrir, desde la efectiva corrección de la problemática detectada y su prevención, hasta el logro de una mayor competitividad vía la mejora continua y la innovación.

4. Para coordinar el proceso de acreditación, mantenerlo y evaluar sistemáticamente su resultado e impacto en la calidad de la atención, es necesario contar con personal capacitado a nivel jurisdiccional y hospitalario.

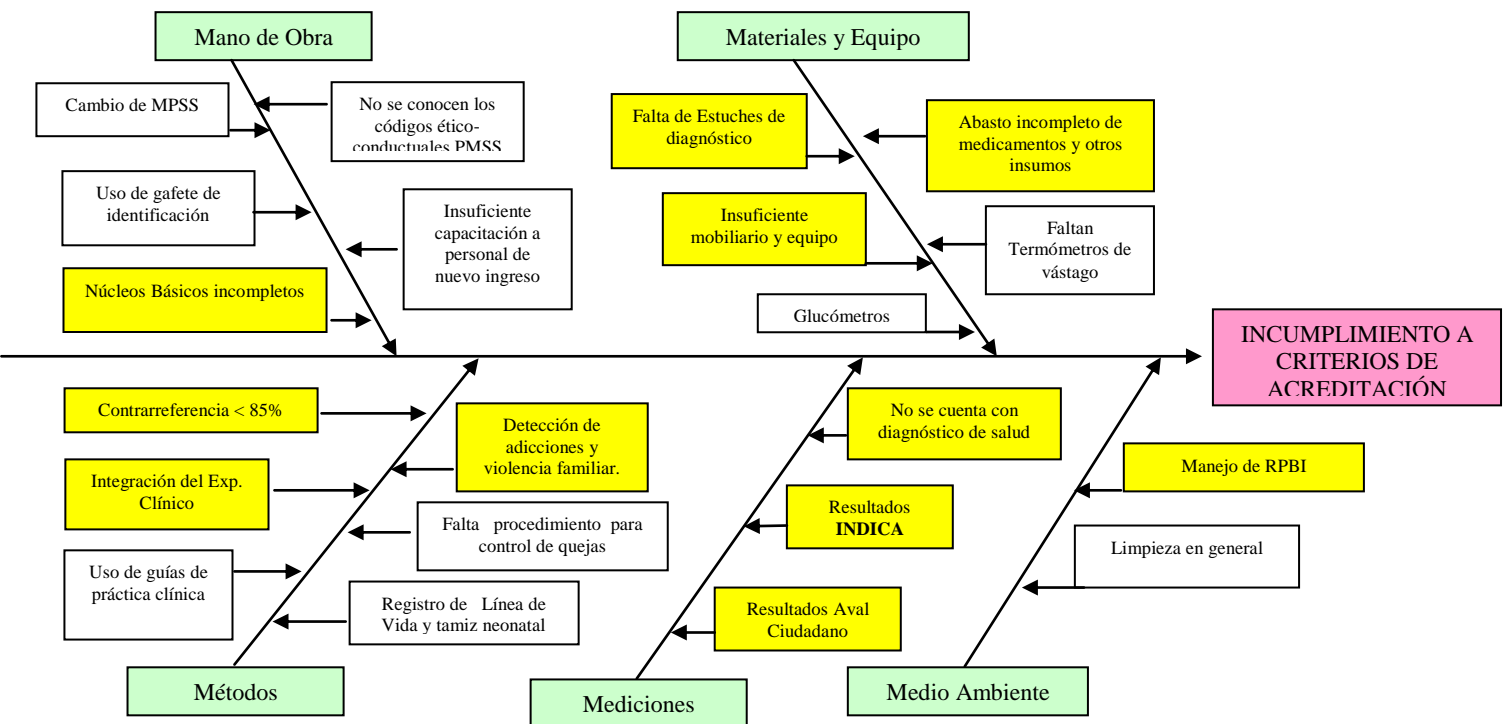
5. Un fuerte reto para la institución es poder cerrar la brecha que actualmente existe a nivel operativo entre lo que se hace y la manera en que se registra, frente a lo que se solicita para acreditarse y la forma en que se evidencia documentalmente.

FIGURA 1. Principales no conformidades al cumplimiento de los criterios de acreditación en el ISEA. Diagrama Causa - Efecto <Ishikawa>



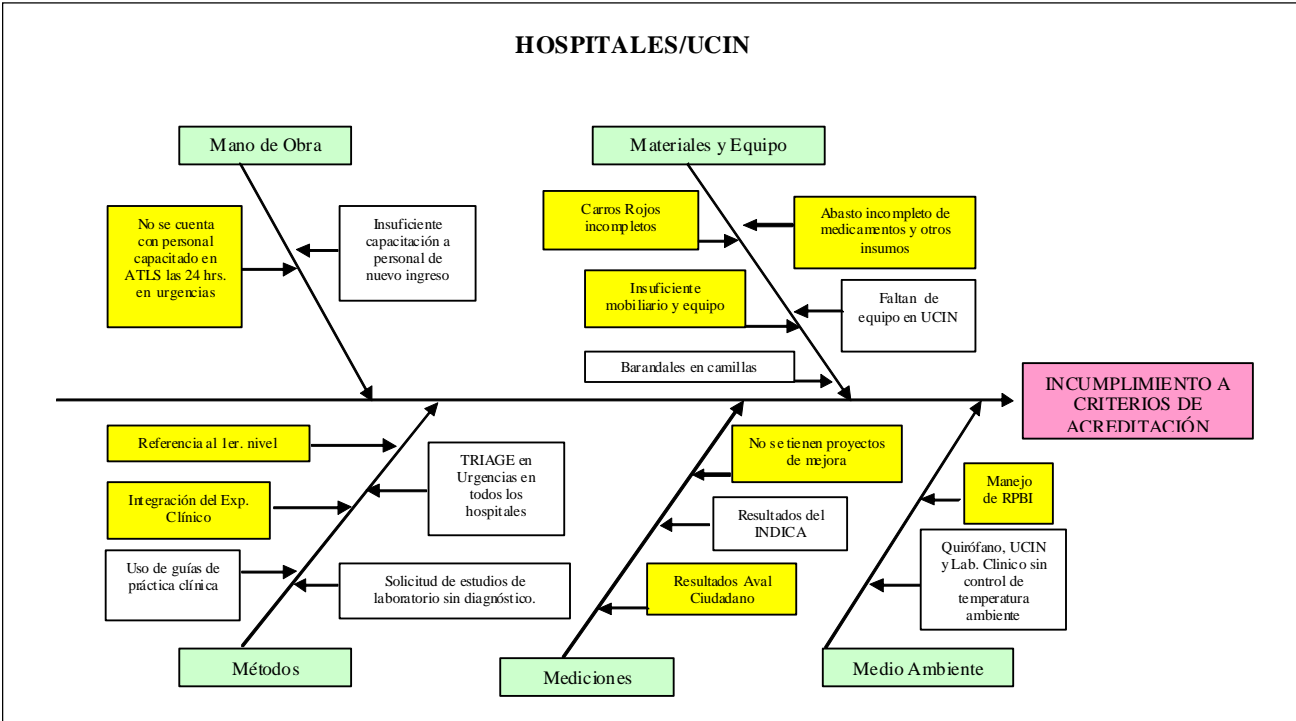
Fuente: Cédulas de autoevaluación para la acreditación. Auditorías de control

FIGURA 2. Principales no conformidades al cumplimiento de los criterios de acreditación en el ISEA. Diagrama Causa - Efecto <Ishikawa>



Fuente: Cédulas de autoevaluación para la acreditación. Auditorías de control.

FIGURA 3. Principales no conformidades al cumplimiento de los criterios de acreditación en el ISEA.
 Diagrama Causa - Efecto <Ishikawa>



Fuente: Cédulas de autoevaluación para la acreditación. Auditorías de control.

FIGURA 4. Principales no conformidades al cumplimiento de los criterios de acreditación en el ISEA.
Diagrama de priorización <Pareto>

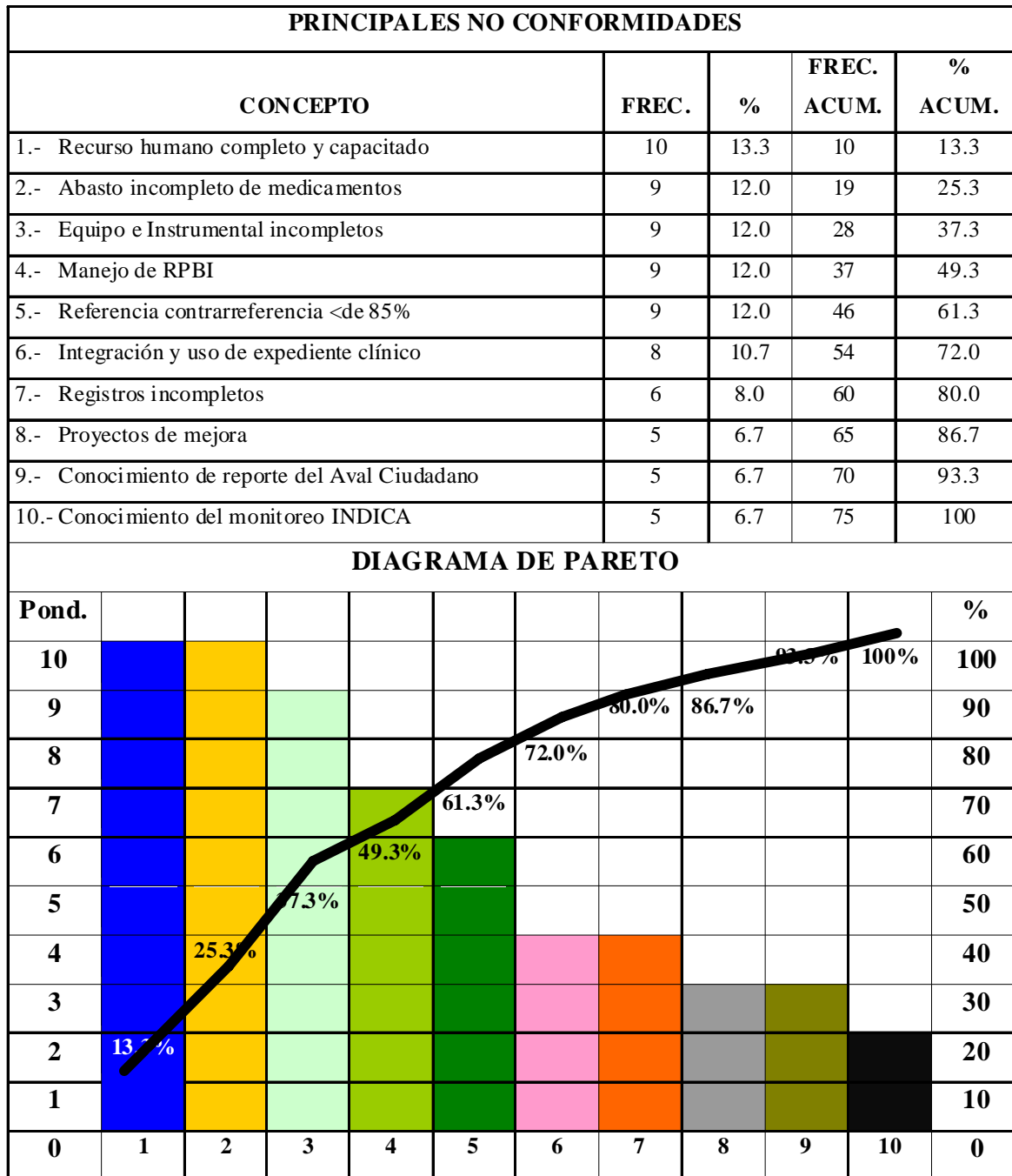
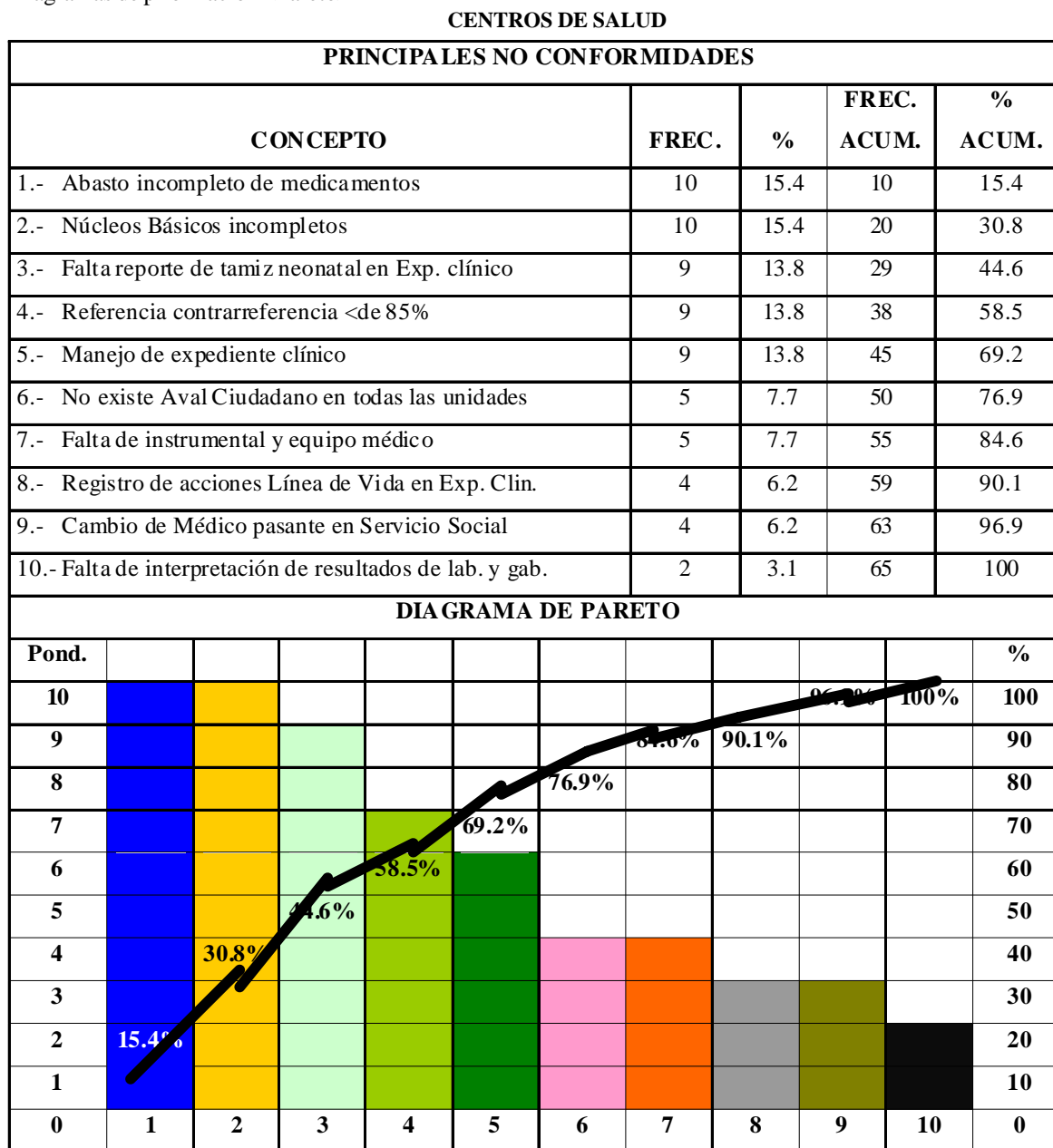


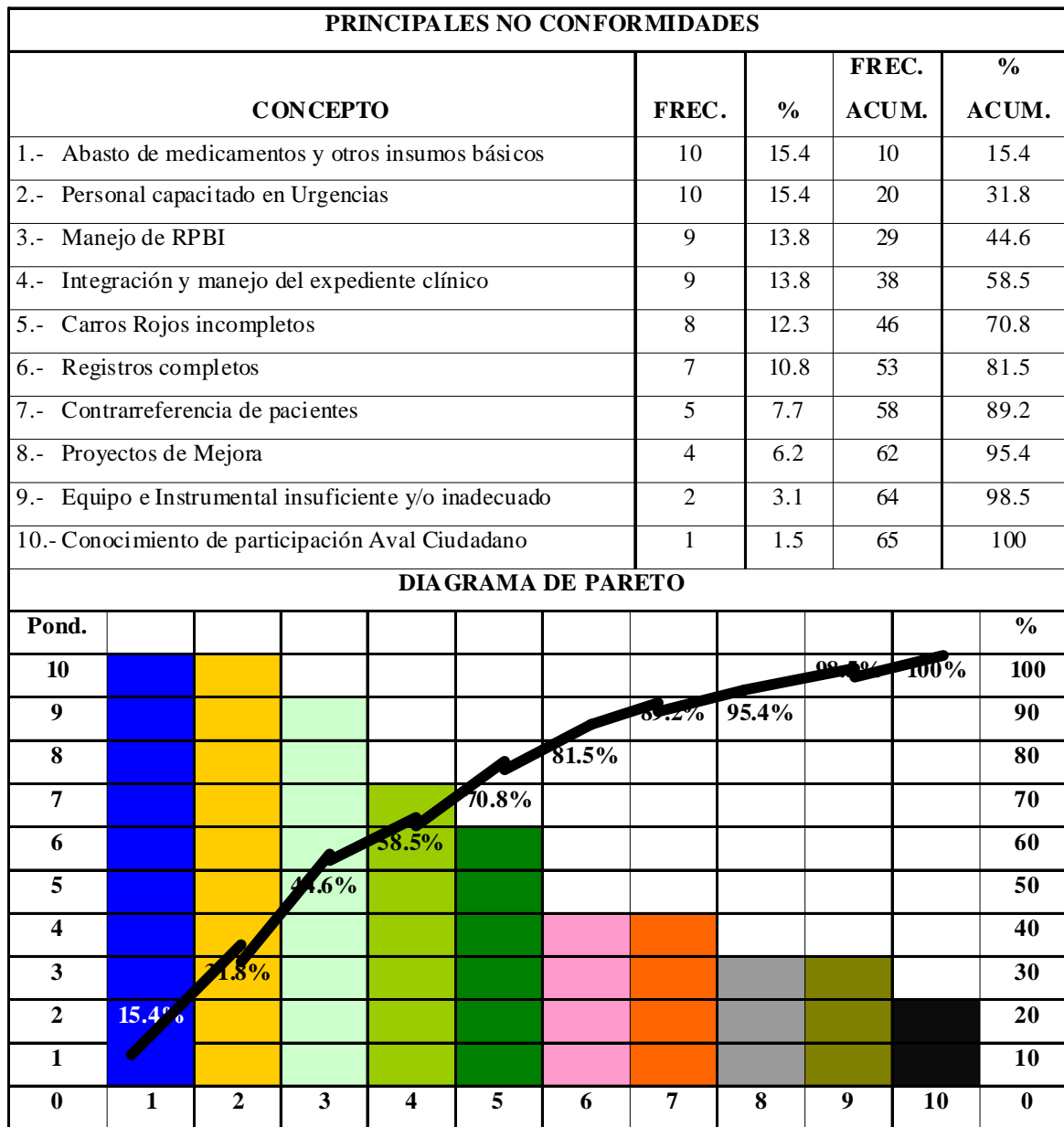
FIGURA 5. Principales no conformidades al cumplimiento de los criterios de acreditación en el ISEA.
Diagramas de priorización <Pareto>



Fuente: Cédulas de autoevaluación para la acreditación. Auditorías de control.

FIGURA 6. Principales no conformidades al cumplimiento de los criterios de acreditación en el ISEA.
Diagramas de priorización <Pareto>

HOSPITALES/UCIN



Fuente: Cédulas de autoevaluación para la acreditación. Auditorías de control.

CUADRO 1. Ponderación de los criterios de acreditación en Centros de Salud.

Conceptos	Ponderación	Valor	
		Alcanzado	Ideal
Capacidad	60%	633	633
Seguridad	25%	37	37
Calidad	15%	31	31
Calificación	100%	701	701

Fuente: Cédulas de autoevaluación para la acreditación.

CUADRO 2. Ponderación de los criterios de acreditación en Hospitales.

Criterios	Ponderación	Valor	
		Alcanzado	Ideal
Capacidad	60%	880	880
Seguridad	25%	563	563
Calidad	15%	91	91
Calificación	100%	1534	1534

Fuente: Cédulas de autoevaluación para la acreditación.

CUADRO 3. Acreditación de establecimientos del ISEA.

AÑO	Caravanas	Jurisd. Sanit. No. 1	Jurisd. Sanit. No. 2	Jurisd. Sanit. No. 3	UNEMES	Hospitales	TOTAL
2004	0	9	0	0	0	5	14
2005	4	8	8	9	0	0	29
2006	0	9	8	3	0	0	20
2007	0	12	14	0	0	0	26
2008	3	0	0	0	0	0	3
2009	0	0	0	0	6	0	6
2010	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	7	39	30	12	6	5	99

Fuente: Dictámenes de Acreditación.

CUADRO 4. Acreditación para la atención de padecimientos del fondo de gastos catastróficos en el ISEA.

AÑO	UNIDAD	MODALIDAD
2005	Centenario Hospital Miguel Hidalgo	Neonatos con Insuficiencia Respiratoria y Prematurez Leucemia Linfoblástica Aguda VIH/SIDA Cáncer del Cuello Uterino
2006	Hospital de la Mujer Hospital General Rincón de Romos	Neonatos con Insuficiencia Respiratoria y Prematurez
2007	Centenario Hospital Miguel Hidalgo	Cáncer en Niños y Adolescentes Cáncer de Mama
2008	Hospital General Calvillo Hospital General Pabellón de Arteaga Centenario Hospital Miguel Hidalgo	Neonatos con Insuficiencia Respiratoria y Prematurez Cataratas
2009	Hospital de la Mujer	Cáncer de Mama Cáncer del Cérvico-Uterino
TOTAL		13

Fuente: Dictámenes de Acreditación.

CUADRO 5

**PRINCIPALES NO CONFORMIDADES
CENTROS DE SALUD
CUADRO DE AFINIDAD**

MANO DE OBRA				MATERIALES Y EQUIPO			
CAUSAS	Frec.	Frec. Acum.	% Acum.	CAUSAS	Frec.	Frec. Acum.	% Acum.
Capacitación insuficiente al personal de nuevo ingreso	8	8	27	Abasto incompleto de medicamentos	9	9	36
Núcleos Básicos Incompletos	10	18	60	Material de curación y para suturas insuficiente	7	16	64
Cambio anual de MPSS	5	23	77	Instrumental incompleto	3	19	76
Rotación del Personal	3	26	87	Falta de termómetros de vástago	3	22	88
Personal sin gafete de identificación	2	28	93	Estuches de diagnóstico insuficientes	2	24	96
Conocimiento parcial del CAUSES	2	30	100	Glucómetros insuficientes	1	25	100

METODO				MEDICIONES			
CAUSAS	Frec.	Frec. Acum.	% Acum.	CAUSAS	Frec.	Frec. Acum.	% Acum.
Contrarreferencia < al 85%	9	9	21	No se conocen los resultados del sistema INDICA	7	7	47
No se registra el resultado del tamiz neonatal	7	16	37	No se conocen los resultados del Aval Ciudadano	5	12	80
No se interpretan los resultados de estudios de lab. y gab.	6	22	51	No se tiene Diagnóstico de Salud y/o Reporte Breve	2	14	93
Expedientes clínicos incompletos y/o mal integrados	5	27	63	Unidades sin incorporar al sistema INDICA	1	15	100
No se realizan acciones para la prevención de adicciones y violencia familiar	5	32	74	MEDIO AMBIENTE			
No se difunden los códigos conductuales y Cartas de Derechos y Obligaciones	4	36	84	Manejo inadecuado de RPBI	9	9	36
No se registran las acciones de Línea de Vida en el exp. Clínico	3	39	91	Inadecuada higiene de sanitarios	9	18	72
No existe un procedimiento sistematizado para la atención y control de quejas	3	41	95	Limpieza en general deficiente	5	23	92
No se documentan las referencias odontológicas	2	43	100	Instalaciones hidrosanitarias en mal estado	2	25	100
Fuente: Cédulas de Autoevaluación							

CUADRO 6

**PRINCIPALES NO CONFORMIDADES
HOSPITALES
CUADRO DE AFINIDAD**

MANO DE OBRA				MATERIALES Y EQUIPO			
CAUSAS	Frec.	Frec. Acum.	% Acum.	CAUSAS	Frec.	Frec. Acum.	% Acum.
No se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado en ATLS, BLS, ACLS, las 24 hrs. del día, los 365 días	10	10	100	Abasto incompleto de medicamentos	8	8	20
MÉTODO				Carros Rojos incompletos	8	16	40
CAUSAS	Frec.	Frec. Acum.	% Acum.	Mobiliario en malas condiciones y/o incompleto	8	24	60
Reducidas contrareferencias al 1er. Nivel de Atención	8	8	40	Falta Ecocardiógrafo Infantil, Ventilador de Alta Frecuencia en UCIN	4	28	70
No existe TRIAGE en el Servicio de Urgencias de todos los Hospitales	4	12	60	Mesa Quirúrgica en malas condiciones en dos hospitales	4	32	80
Se solicitan estudios de Laboratorio y Gabinete sin diagnóstico clínico	4	16	80	Reducido Mantenimiento Preventivo	4	36	90
No se cuenta con Guías clínicas para la atención de los padecimientos más frecuentes	4	20	100	Mantenimiento Correctivo inoportuno	2	38	95
				Faltan Barandales en Camillas de Urgencias	2	40	100

MEDIO AMBIENTE				MEDICIONES			
CAUSAS	Frec.	Frec. Acum.	% Acum.	CAUSAS	Frec.	Frec. Acum.	% Acum.
No se maneja adecuadamente el RFB	8	8	27	Faltan Proyectos y/o Programas de Mejora	4	4	100
No se tiene control automatizado de temperatura ambiental en Quirófano, CEYE y Lab. Clínico	6	14	47				
Falta jabón y papel en sanitarios	6	20	67				
No se respetan las áreas gris y blanca en Quirófano	4	24	80				
Sanitización deficiente en áreas de alto riesgo	4	28	93				
Cuarteaduras en techos y muros	2	30	100				

Fuente: Cédulas de Autoevaluación

CUADRO 7

**PRINCIPALES NO CONFORMIDADES
ATENCIÓN INTEGRAL A NEONATOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y PREMATUREZ
CUADRO DE AFINDAD**

MANO DE OBRA				MATERIALES Y EQUIPO			
CAUSAS	Frec.	Frec. Acum	%Acum	CAUSAS	Frec.	Frec. Acum	%Acum
				Falta de Ecocardiógrafo	8	8	27
				Falta Ventilador Neonatal de Alta Frecuencia Oscilatoria	8	16	53
				Surto parcial de medicamentos	6	22	73
				Toma de O ₂ por c/inubadora	4	26	87
				Despachador automatizado de agua y jabón	2	28	93
				Carros rojes Incompletos	2	30	100

MÉTODO				MEDICIONES			
CAUSAS	Frec.	Frec. Acum	%Acum	CAUSAS	Frec.	Frec. Acum	%Acum
Falta de Protocolos de Atención	4	4	67	No se tienen proyectos y/o programas de mejora continua	8	8	100
No se realizan cultivos para control bacteriológico	2	6	100				
				MEDIO AMBIENTE			
				CAUSAS	Frec.	Frec. Acum	%Acum
				Espacio reducido/ Filtro inadecuado	8	8	40
				No se cuenta con Central de Enfermería y Área Administrativa	4	12	60
				No se cuenta con Campana de Flujo Laminar	4	16	80
				No se tiene control de temperatura ambiental automatizado	4	20	100

Fuente: Cédulas de Autoevaluación

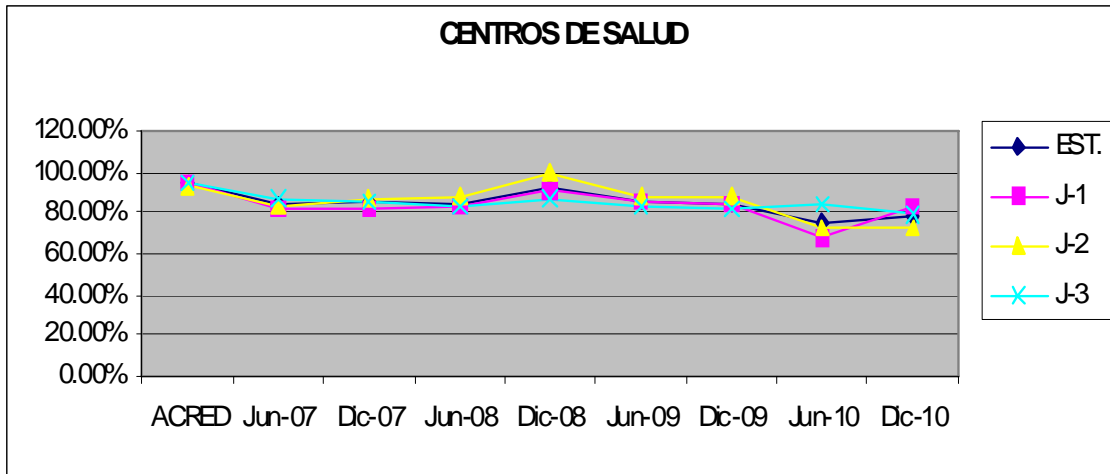
CUADRO 8. Análisis del modo y efecto de las fallas de las principales no conformidades al cumplimiento de los criterios de acreditación y sus alternativas de solución para el ISEA.

FALLA	EFEECTO	SEVERIDAD	CAUSAS POTENCIALES	OCURRENCIA	CONTROLES ACTUALES	DETECCIÓN	*N P R
Falta de medicamentos y otros insumos.	Tratamiento Incompleto.	10	Nuevas Claves.	7	Cuadro Básico de Medicamentos.	2	140
	Quejas.	7	Falta de Proveedor.	5	Calendario suministro.	2	70
	Compras ex-temporáneas	6	Restricciones en el Presupuesto.	3	Control Presupuestal	2	36
Contrarreferencia <de 85%.	Deficiente control del enfermo en su CS.	10	El hospital no da de alta al enfermo.	7	COCASEP Hospital y Jurisdicción.	5	350
	Deficiente calidad de la atención.	10	No se elabora el alta en el hospital. No se anexa la nota de alta en Expediente Clínico en Centro de Salud	6	Evaluación del Exp. Clínico en el Centro de Salud.	5	300
No se reporta el tamiz neonatal.	Retardo del diagnóstico y tratamiento.	10	No se envía a la unidad de adscripción.	7	Por disposición oficial solo se reportan los positivos.	5	350
Instrumental y equipo incompletos.	Iatrogénias.	8	Falta de reposición	7	Catálogos de instrumental y equipo.	5	280
	Seguridad del paciente.	10	Mantenimiento.	6	Bitácoras	5	300
Registros incompletos.	Alto riesgo al paciente.	8	Descuido del personal.	10	Instructivos de operación de los programas y registros.	5	400
	S/ respaldo documental.	6	Falta supervisión. Desconocimiento.	7		5	210
Sin Aval Ciudadano.	Puntaje bajo al acreditar.	3	Poca capacitación al Aval Ciudadano.	6	Lineamientos del Programa.	3	54
No se tienen proyecto de mejora continua	Deficiente gestión de calidad	8	Desconocimiento metodológico.	6	Sicalidad / SSA	5	240
		8	Actitud negativa	8	Capacitación Directiva	3	192
Cambio de MPSS.	Interrupción temporal de programas.	6	Curso de Inducción insuficiente.	4	Curso de Inducción a MPSS. Cédula de supervisión.	5	120
		6	Falta supervisión.	4			120
Resultados de lab. y gab. s/interpretar	Mala calidad.	8	Mala preparación	10	CAUSES	2	160
		8	Falta supervisión	10	Guías Clínicas.	2	160
Se desconocen los Códigos Ético-Conductuales.	Percepción desfavorable del usuario.	7	Falta de difusión	7	Ninguno	1	49

* No. de prioridad del riesgo.

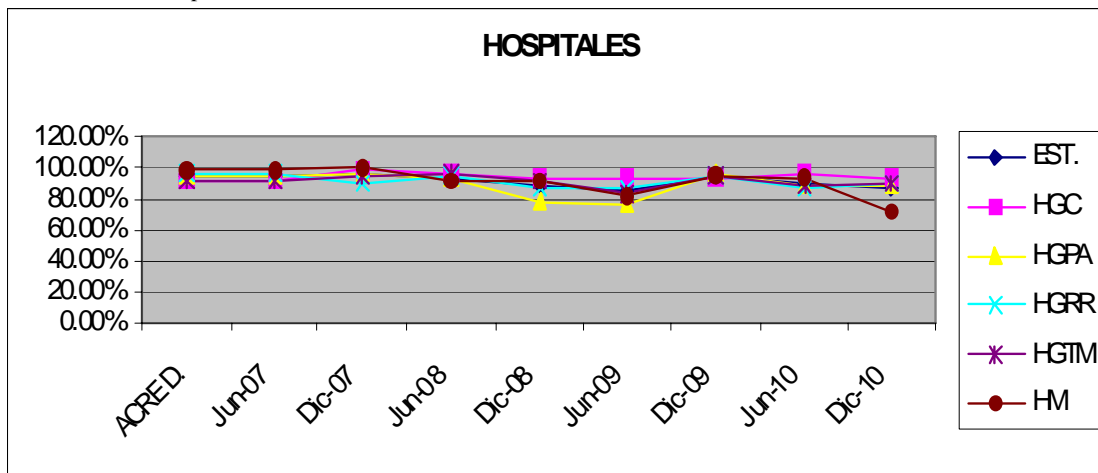
Fuente: Cédulas de autoevaluación para la acreditación. Auditorías de control.

GRÁFICA 1. Cumplimiento a los criterios de acreditación en el ISEA.



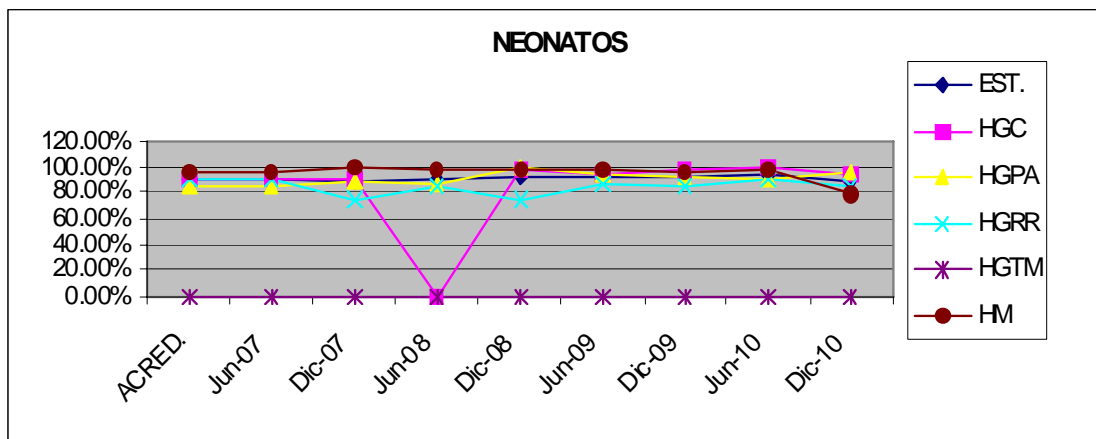
Fuente: Cédulas de autoevaluación para la acreditación. Auditorías de Control.

GRÁFICA 2. Cumplimiento a los criterios de acreditación en el ISEA.



Fuente: Cédulas de autoevaluación para la acreditación. Auditorías de Control.

GRÁFICA 3. Cumplimiento a los criterios de acreditación en el ISEA.



Fuente: Cédulas de autoevaluación para la acreditación. Auditorías de Control.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México 2001
2. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se Reforma la Ley General de Salud. 15 de mayo de 2003.
3. Secretaría de Salud. Reglamento de la ley General de Salud para el Sistema de Protección Social en Salud. México 2003
4. Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Manual para la Acreditación de Establecimientos de Atención a la Salud. México 2005
5. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México 2007
6. Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Acreditación de Establecimientos Públicos de Atención a la Salud. Formato de Captura Múltiple de Datos para la Evaluación Electrónica de Establecimientos: Caravanas de la Salud, Centros de Salud, Unidades Médicas Especializadas (UNEMES), Hospitales Generales, Servicios Especializados de: Atención Integral de Neonatos con Insuficiencia Respiratoria y Prematurez, Atención de Niños con Leucemia Linfoblástica Aguda, Atención de Pacientes con VIH-SIDA, Atención de Pacientes con Carcinoma del Cuello Uterino, Atención de Pacientes con Cataratas, Atención de Niños y Adolescentes con Cáncer, Atención de Pacientes con Cáncer de Mama, Atención de Niños y Adolescentes con Cáncer. México 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010
7. Instituto Mexicano de Normalización y Acreditación. ISO 9000:2000 COPANT/ISO 9000-2000 MNX-CC9000-2000 Sistemas de Gestión de Calidad. Fundamentos y vocabulario. México.
8. Instituto Mexicano de Normalización y Acreditación. ISO 9001:2000 COPANT/ISO 9001-2000 MNX-CC9001-2000 Sistemas de Gestión de Calidad. Requisitos.
9. Instituto Mexicano de Normalización y Acreditación. ISO 9001-2000 Documentación de un Sistema de Gestión de Calidad.
10. Instituto Mexicano de Normalización y Acreditación. ISO 9001:2000. Solución de No Conformidades y Acciones Correctivas.
11. Instituto Mexicano de Normalización y Acreditación. ISO 9004-2000. Sistemas de Gestión de Calidad. Recomendaciones para la mejora del desempeño.
12. Instituto Mexicano de Normalización y Acreditación. Herramientas Estadísticas Básicas para la Mejora Continua.
13. Pyzdek T. Keller P. The Six Sigma. Handbook. 3er. Edit. Mc Graw Hill. USA 2009