



**CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL**

MANUAL
DEL PROCESO PARA LA
CERTIFICACIÓN DE
HOSPITALES

2012

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente del Consejo de Salubridad General

Mtro. Salomón Chertorivsky Woldenberg

Secretario del Consejo de Salubridad General

Dr. David Kershenobich Stanlikowitz

Vocales Titulares:

Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Secretaría de Desarrollo Social

Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales

Secretaría de Economía

Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

Secretaría de Comunicaciones y Transportes

Secretaría de Educación Pública

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Academia Nacional de Medicina de México, A. C.

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Universidad Nacional Autónoma de México

Vocales Auxiliares:

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Instituto Politécnico Nacional

Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional

Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A. C.

Fundación Mexicana para la Salud, A. C.

Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Sonora, representante de la Zona Noroeste

Secretaría de Salud en el Estado de Nuevo León, representante de la Zona Noreste

Secretaría de Salud en el Estado de San Luis Potosí, representante de la Zona Centro

Secretaría de Salud de Yucatán, representante de la Zona Sureste

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Coordinación General de Protección Civil, de la Secretaría de Gobernación

Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos

Academia Mexicana de Pediatría, A. C.

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.

Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, A. C.

Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.

Colegio Médico de México, A. C.

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.

Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica

Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica

Cámara Nacional de la Industria de la Transformación

COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Presidente de la Comisión
Dr. David Kershenobich Stanlikowitz

Secretaria Técnica de la Comisión
Dra. María Hilda Guadalupe Reyes Zapata

Comisionados:

Secretaría de Salud
Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional
Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Universidad Nacional Autónoma de México
Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Sonora, representante de la Zona Noroeste
Secretaría de Salud en el Estado de Nuevo León, representante de la Zona Noreste
Secretaría de Salud en el Estado de San Luis Potosí, representante de la Zona Centro
Secretaría de Salud de Yucatán, representante de la Zona Sureste
Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal
Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.
Colegio Médico de México, A. C.
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina
Sociedad Mexicana de Calidad y Seguridad de la Atención
Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.

SECRETARIADO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Dr. David Kershenobich Stanlikowitz

Secretario del Consejo de Salubridad General

Dra. María Hilda Guadalupe Reyes Zapata

Directora General Adjunta de Articulación

Teléfono: 52.63.92.70 | 20.00.34.00 ext.59070

Correo electrónico: hilda.reyes@salud.gob.mx

Dr. Lino Campos Álvarez

Director de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1073 | 20.00.34.00 ext.59073

Correo electrónico: lino.campos@salud.gob.mx

Lic. Ángel Fernando Galván García

Director de Desarrollo

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1048 | 20.00.34.00 ext. 53519

Correo electrónico: angel.galvan@salud.gob.mx

Dra. Sara Fonseca-Castañol

Subdirectora de Desarrollo de Estándares y Capacitación de Auditores

Teléfono: 52.63.92.79 | 20.00.34.00 ext.59035

Correo electrónico: sarafonseca.csg@hotmail.com

Dra. María Guadalupe García Meraz

Subdirectora de Programación de Auditorías

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1099 | 20.00.34.00 ext.59037

Correo electrónico: garcia_meraz@hotmail.com

Dra. Brisa Itzel Amparán Limas

Subdirectora de Análisis de Información y Desempeño

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1095 | 20.00.34.00 ext.59517

Correo electrónico: bial_dov@hotmail.com

Ing. Adriana González Balderas

Jefa del Departamento de Supervisión y Desempeño de Evaluadores Institucionales

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1065 | 20.00.34.00 ext.59519

Correo electrónico: agb_romand@live.com.mx



| | Pág. |
|--|-------------|
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| SÍNTESIS DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES | 11 |
| ENFOQUE DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES | 15 |
| PLAN ESPECÍFICO DE AUDITORÍA | 17 |
| Conferencia de Apertura | 22 |
| Presentación del Hospital | 23 |
| Revisión de Documentos | 24 |
| Rastreador de Paciente | 25 |
| Rastreador del Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos | 27 |
| Rastreador del Sistema de Prevención y Control de Infecciones | 28 |
| Recorrido por las Instalaciones | 29 |
| Rastreador del Sistema de Administración y Seguridad de las Instalaciones | 30 |
| Rastreador Indeterminado | 31 |
| Revisión de Expedientes Clínicos Cerrados | 32 |
| Revisión de Expedientes del Personal Clínico | 33 |
| Revisión de Expedientes del Personal No Clínico y Directivos | 34 |
| Sesión de Retroalimentación | 35 |
| Rastreador del Sistema de Uso de la Información para la Gestión de Calidad | 36 |
| Sesión de Liderazgo | 37 |
| Sesión de Clausura y Entrega del Reporte Preliminar de Auditoría | 38 |
| ANEXO 1: Evaluación del Desempeño del Equipo Auditor por el Director del Hospital | 39 |
| ANEXO 2: Evaluación de Expedientes Clínicos Cerrados | 41 |



El objetivo del **Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM)** es coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

En este contexto, la **Certificación de Establecimientos de Atención Médica** es el proceso mediante el cual el **Consejo de Salubridad General** reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

Las ventajas competitivas que adquiere un establecimiento al certificarse, son las siguientes:

- Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente (exceptuando aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.
- Refuerza su imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares y a la ciudadanía que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad.
- Prueba que su Hospital es competitivo internacionalmente.
- Preferentemente será considerado para la asignación de personal en formación.

En el caso de los hospitales privados, pueden:

- Formar parte de una Institución de Seguros Especializada en Salud (ISES).
- Tener el reconocimiento y negocio con alguna Aseguradora.
- Participar en los procesos de licitación de servicios de atención médica que sean convocados por cualquier Dependencia o Entidad de la Administración Pública, de los tres ordenes de gobierno.

En el caso de los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud:

- Podrán incorporarse o poder seguir prestando servicios al Sistema de Protección Social en Salud.

El Consejo de Salubridad General

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano establecido desde 1871 durante la presidencia del Lic. Benito Juárez García, su ámbito de acción y competencia se encuentra fundamentado en el artículo 73, fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que depende directamente del Presidente de la República, sin intervención de alguna Secretaría de Estado y el

artículo 4º de la Ley General de Salud, le da el carácter de autoridad sanitaria del país, precedido únicamente por el Presidente de la República.

El ámbito de acción del Consejo abarca todas las organizaciones públicas y privadas, que constituyen al Sistema Nacional de Salud, y a todas aquellas que están relacionadas con éste, incluyendo las autoridades administrativas federales, estatales y municipales.

El Consejo de Salubridad General tiene como mandato la emisión de disposiciones en materia de salubridad general de la República, las cuales son obligatorias en todo el país. Entre las funciones definidas en su Reglamento Interior, aprobadas por el Presidente de la República, se encuentra el promover y desarrollar las acciones necesarias para certificar la calidad de los establecimientos de atención médica.

Certificación de Establecimientos de Atención Médica

En noviembre de 1993, en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), fue convocada una reunión de trabajo con la participación de Instituciones de Salud de Canadá, Estados Unidos de América y México, para determinar los criterios que deberían regir en los servicios de salud; el tema analizado con mayor interés fue el tránsito de médicos y de pacientes entre los tres países, para otorgar y recibir atención.

El primer elemento quedó claramente determinado al establecerse que para otorgar atención médica en cualquiera de los tres países, era necesario certificar las competencias de los médicos, a través de los Consejos o “Boards” de la especialidad correspondiente, mediante el cumplimiento de estándares prefijados.

En cuanto al tránsito de pacientes, resultaba de suma importancia que las organizaciones de atención médica estuvieran certificadas por organismos reconocidos por los tres países, inclusive como requisito para que las compañías aseguradoras reconocieran como válidos los servicios que se estuvieran ofertando.

México carecía de una instancia certificadora de los estándares requeridos para ofrecer atención médica con buena calidad. Tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, habían desarrollado y aplicado procedimientos de evaluación en forma independiente, en congruencia con los programas de trabajo propios de cada Institución; sin embargo, aún no se contaba con alguna instancia reconocida ni con

estándares o criterios de evaluación que permitieran comparar el desempeño y resultados de las instituciones ni entre los sectores público y privado. Como antecedentes inmediatos se tenía que:

En 1983 se creó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación Sectorial, coordinado inicialmente por la Dirección General de Planeación de la Secretaría de Salud, con el propósito fundamental de desarrollar y uniformar los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades de servicios de salud, concluyendo con la publicación del trabajo: “Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”, publicado en la Revista Salud Publica de México en 1990, dichas Bases fueron aplicadas en las Unidades Médicas de tercer nivel de atención de los Centros Médicos del IMSS entre 1983 y 1985.

En 1989 la Dirección General de Planeación y Evaluación de la Secretaría de Salud asumió la coordinación del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud (1989-1994), el cual emitió el “Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud” y un documento para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, solamente el primero fue autorizado por la Comisión de Normas de la Secretaria de Salud.

Ante la necesidad de contar con una instancia nacional de certificación de establecimientos de atención médica, la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, convocó a una reunión de expertos y personal de las distintas instituciones del Sector Salud para desarrollar el Sistema de Certificación de Hospitales; en ella, se determinó que el Órgano Certificador debía ser una Organización no Gubernamental, en forma similar a lo que ocurría en Estados Unidos y Canadá; por lo anterior, se constituyó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, se protocolizó el Acta Constitutiva y se envió a la entonces Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) para su registro. Se desarrollaron los instrumentos de evaluación y se aplicaron como prueba piloto en cinco hospitales, incluidos públicos y privados. Cabe señalar que la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, nunca pudo acreditarse como entidad certificadora de establecimientos de atención médica.

A principios de 1999, la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y formación de profesionistas, para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario del Consejo de Salubridad General, con la intención de diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Como resultado de lo anterior, se publicaron los siguientes documentos en el Diario Oficial de la Federación:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, el 1 de abril de 1999.
- Criterios para la certificación de hospitales, el 25 de junio de 1999, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.
- Convocatoria dirigida a las persona físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales, el 21 de julio de 1999, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.

Los documentos publicados establecieron las bases conceptuales y los procedimientos para la Certificación de Hospitales, así como los criterios para la contratación de las empresas evaluadoras; con ello, se respondió a la necesidad de Certificar Hospitales y de contar con un Organismo Certificador.

Se estableció que la certificación sería voluntaria y con un costo determinado, el cual debía ser cubierto en un 50% por cada hospital y el 50% restante por el Consejo de Salubridad General. La aceptación de la certificación fue muy importante, se presentaron 446 solicitudes, logrando certificarse el 77%, esto es 343 hospitales.

En el año 2001, se redefinieron los criterios de evaluación y el Consejo de Salubridad General se hizo cargo del proceso de certificación, lo cual se asentó en dos documentos publicados en el Diario Oficial de la Federación, que abrogaron las disposiciones jurídicas que le antecedieron:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el 20 de septiembre de 2002.
- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, el 22 de octubre de 2003.

Posteriormente, derivado de un análisis que realizó la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud al desempeño del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, se acordó fortalecer la Certificación, mejorar su eficiencia y efectividad. Aunado a lo anterior, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 publicado en octubre de 2007, se propuso reestructurar, fortalecer y actualizar el proceso de certificación de calidad de establecimientos de servicios de salud para convertirlo en el estándar nacional de calidad en salud y ser competitivo internacionalmente.

Bajo el contexto antes descrito, el Consejo de Salubridad General publicó, el 13 de Junio de 2008, en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del **Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM)**; de esta manera se contó con el fundamento jurídico necesario para fortalecer la Certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones, la integración de las acciones y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica y así coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

Los subsistemas que conforman el SiNaCEAM son:

- Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- Investigación y Desarrollo de Indicadores, Métodos y Estándares de Evaluación de la Calidad.
- Fortalecimiento permanente de los Auditores.
- Articulación del SiNaCEAM con otras Instituciones y Organizaciones.
- Información, Transparencia, Difusión y Promoción.

Entre otras funciones, se le asignó al SiNaCEAM, la de investigar las mejores prácticas y la aplicación de indicadores, estándares y métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud, a fin de mantener vigente el Modelo de Certificación.

En este tenor, se decidió homologar los estándares del Consejo de Salubridad General con los de Joint Comission International (JCI), para lo cual se integró un Comité Técnico con representantes de Instituciones Públicas y Privadas que brindan atención a la salud y con miembros de JCI, integrándose una Cédula de Evaluación de Hospitales, la cual responde a los requisitos en materia de la Seguridad de los Pacientes, Calidad de la Atención Médica, Seguridad Hospitalaria, Normatividad Vigente y Políticas Nacionales Prioritarias.

del Proceso de Certificación de Hospitales

El proceso para certificar hospitales está compuesto de 3 fases, a través de las cuales el Consejo de Salubridad General evalúa el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente en la estructura, procesos y resultados. Dichas fases son:

- **Inscripción y Autoevaluación.**
- **Auditoría.**
- **Dictamen.**

PRIMERA FASE: INSCRIPCIÓN Y AUTOEVALUACIÓN.

Para que un hospital se inscriba al SiNaCEAM, debe:

- Tener, por lo menos, un año de funcionamiento.
- Contar con las Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables Sanitarios que correspondan a los servicios que brinda.
- No tener procedimientos administrativos abiertos con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o con las áreas de regulación sanitaria de las entidades federativas.
- En el caso específico de los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud que no cuenten con una Certificación previa, deberán aprobar en primer lugar la Acreditación como prestadores de servicios de salud que atienden a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Los hospitales de alta complejidad clasificados así por la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación deberán contar con al menos una evaluación interinstitucional de la lista de verificación de acuerdo al protocolo de visitas de evaluación hospitalaria del Programa Hospital Seguro. Dicha información la podrán consultar en los siguientes vínculos: <http://www.proteccioncivil.gob.mx/work/models/ProteccionCivil/Resource/59/2/images/lhcr.pdf> y <http://www.proteccioncivil.gob.mx/work/models/ProteccionCivil/Resource/59/2/images/psehn.pdf>.

La Autoevaluación contempla aquellos elementos que debe cumplir un hospital en función de lo dispuesto en la Ley General de Salud y sus Reglamentos, en las Normas Oficiales Mexicanas y en los Estándares para la Certificación de Hospitales vigentes a partir del 1 de enero de 2011; en este contexto, los estándares para la Autoevaluación especifican los requisitos de personal, estructura y equipamiento, así como los planes, políticas, procedimientos y sistemas de información que son obligatorios para los hospitales que incursionen en el proceso de certificación. Los estándares considerados en la Autoevaluación incluyen los mínimos indispensables para el inicio y mantenimiento del sistema de gestión de un hospital.

Los estándares de la Autoevaluación se ponderan en tres niveles: Indispensables, Necesarios y Convenientes. Para que los Hospitales accedan a la fase de Auditoría, deben haber cumplido el 100% de los estándares ponderados como “Indispensables”, el 80% o más de los “Necesarios” y el 50% o más de los “Convenientes”.

El formato de “Solicitud de inscripción para Establecimientos de Atención Médica Hospitalaria” y la “Autoevaluación” pueden obtenerse de la página web:

http://www.csg.salud.gob.mx/interiores/certificacion/cert_hospitales.html

Una vez que el Consejo de Salubridad General comunica al Director del hospital que ha aprobado esta primera fase, se considera que el establecimiento se encuentra en proceso de certificación, en cuyo caso se puede expedir en el momento en que así sea solicitada una constancia. En caso de cancelar o diferir la auditoría que programe el Consejo de Salubridad General, se le eliminará del listado de establecimientos en proceso de certificación que se publica en la página web de este organismo; asimismo, en los casos que apliquen se cancelará la constancia otorgada. Por otro lado, se informará de la referida situación a la Asociación Nacional de Hospitales Privados, a la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros y a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, no siendo posible reinscribirse en los siguientes seis meses; si la solicitud de cancelación o diferimiento ocurre dentro de las tres semanas previas a la auditoría, se considerará como agravante y no podrá reinscribirse al proceso hasta después de haber transcurrido un año a partir de la fecha de cancelación o diferimiento.

SEGUNDA FASE: AUDITORÍA

Es la segunda fase del proceso de certificación y se lleva a cabo por medio de la evaluación de los estándares centrados en el paciente, estándares centrados en la gestión, metas internacionales de seguridad de los pacientes y estándares ponderados como indispensables calificados como cumplidos en la Autoevaluación del Hospital. La Auditoría se desarrolla con rastreadores, los cuales pueden ser de tres tipos:

- Rastreador de Paciente
- Rastreador de Sistemas
- Rastreador Indeterminado

Para que la Auditoría cumpla con el principio de transparencia que exige el SiNaCEAM, es necesario que:

- Durante el desarrollo de los rastreadores, los auditores sean acompañados por una persona que labore en el hospital (**Secretario**), quien tomará nota del desarrollo del proceso de rastreo. De esta función quedan excluidos asesores, consultores o cualquier persona que no labore en el hospital.
- Durante el desarrollo de los rastreadores el auditor explicará las observaciones de auditoría que realice, de tal modo que el personal evaluado identificará claramente sus áreas de oportunidad.
- Todos los días que dure la Auditoría, exceptuando el primero de ellos, el equipo auditor llevará a cabo una breve **sesión de retroalimentación** donde se señalarán los aspectos positivos y las observaciones de auditoría y hallazgos que comprometen la seguridad del paciente. Si el cuerpo de gobierno, jefes de servicio o personal operativo implementa medidas correctivas inmediatas durante el transcurso de la auditoría, no cambiarán las calificaciones asentadas en los elementos medibles.
- Al finalizar la auditoría se entregará un **Reporte Preliminar** que contendrá las observaciones más relevantes encontradas durante la auditoría.

CANCELACIÓN O DIFERIMIENTO POR PARTE DEL HOSPITAL

En caso de cancelar o diferir la auditoría programada, se le retirará del listado de “Establecimientos en Proceso de Certificación” publicado en la página web del Consejo de Salubridad General; en su caso, se comunicará formalmente la cancelación del documento firmado por el Secretario del Consejo de Salubridad General donde se hace constar que se encuentra en “Proceso de Certificación” y no se podrá volver a inscribir en los próximos seis meses.

Si la cancelación o solicitud de diferimiento es de las tres semanas previas a la Auditoría programada, se considerará como agravante, por lo que no se podrá volver a inscribir hasta haber transcurrido un año.

Si la cancelación es por parte de un hospital privado, dicha situación se comunicará a la Asociación de Hospitales Privados (ANHP), Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) y a la Institución de Seguros Especializada en Salud (ISES).

La descripción de cada una de las actividades que conforman la auditoría se detalla en el *Manual del Proceso de Certificación de Hospitales versión 2012*.

TERCERA FASE: DICTAMEN

El Dictamen es la fase del proceso de certificación en donde, de forma colegiada y después de haber revisado puntualmente cada uno de los Informes de Auditoría, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (en adelante la Comisión) dictamina si un Hospital es “Certificado” o es “No Certificado” bajo las siguientes 11 **REGLAS DE DECISIÓN**, aprobadas en la 8ª. Sesión Ordinaria del Consejo de Salubridad General, celebrada el 28 de junio de 2010:

Se dictamina como “**CERTIFICADO**” un hospital cuando:

1. Mantiene vigentes los siguientes requisitos de la fase de Inscripción y Autoevaluación:
 - 1.1 Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables que correspondan a los servicios que brinden y de acuerdo a la normatividad vigente.
 - 1.2 No tiene Procedimientos Administrativos Abiertos con las instancias de regulación sanitaria estatales o federales.
 - 1.3. Cumple todos los estándares ponderados como “indispensables” para la prestación de servicios de atención médica.

2. Obtiene, como resultado de la Auditoría, una calificación promedio igual o mayor a:
 - 2.1 Cinco para cada estándar.
 - 2.2 Seis para cada apartado.
 - 2.3 Cinco en toda la Cédula (en adelante calificación general aprobatoria).

3. Los hospitales que obtengan una **calificación general aprobatoria pero incumplan o cumplan parcialmente estándares ponderados como “indispensables” y/o con observaciones de auditoría relevantes** (situaciones que ponen en riesgo la vida y seguridad de los pacientes, familiares y/o trabajadores del hospital o que representan alguna transgresión a la normatividad vigente), se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos.
4. Los hospitales que obtengan una **calificación general aprobatoria menor a “9” pero incumplan la regla 2.1 y/o 2.2**, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos.
5. Una vez que el hospital notifique el cumplimiento requerido, según corresponda al numeral 3 y/o 4, se programará una visita de verificación y se presentará el resultado ante la Comisión para que dictamine el caso. Si el establecimiento rebasa dicho plazo sin demostrar el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”.
6. Los establecimientos que obtengan una **calificación general aprobatoria mayor o igual a “9” e incumplan la regla descrita en el inciso 2.1**, se les otorgará el Certificado señalándoles que, después de un año, se les realizará una Auditoría de Seguimiento para constatar su cumplimiento, el resultado se presentará ante la Comisión para que dictamine el caso. Si el establecimiento no demuestra cumplir el o los estándares señalados, se suspenderá la vigencia de su Certificado.

La vigencia del Certificado que, en su caso, dictamine la Comisión seguirá las siguientes reglas:

7. Si el Hospital obtiene una **calificación general aprobatoria entre 5.0 y 5.9**, la vigencia del Certificado será de 1 año con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 5.9, de lo contrario, la Comisión le otorgará un plazo perentorio de 6 meses al hospital para que demuestre el cumplimiento de la calificación requerida. Si concluido el plazo no se demuestra el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”.
8. Si el Hospital obtiene una **calificación general aprobatoria entre 6.0 y 8.9**, la vigencia del Certificado será de 2 años con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 8.9, de lo contrario, la Comisión le otorgará un plazo perentorio de 6 meses al hospital para que demuestre el cumplimiento de la calificación requerida. Si concluido el plazo no se demuestra el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”.
9. Si el Hospital obtiene una **calificación general aprobatoria igual o mayor a 9.0**, la vigencia del Certificado será de 3 años con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 9.0, de lo contrario, la Comisión le otorgará un plazo perentorio de 6 meses al hospital para que demuestre el cumplimiento de la calificación requerida. Si concluido el plazo no se demuestra el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”.

10. El Hospital que obtenga un dictamen de **“NO CERTIFICADO”** por parte de la Comisión podrá inscribirse nuevamente al proceso de certificación en un plazo no menor a 6 meses. Por cada dictamen consecutivo de “No Certificado” se incrementará en 6 meses el plazo que deberá esperar el hospital para inscribirse al proceso de certificación, el cual nunca será mayor a 18 meses.

11. Para mantener la vigencia del Certificado durante el plazo dictaminado por la Comisión, el hospital, según aplique, deberá:
 - 11.1 Mantener el nivel de calidad observado en los resultados del proceso de Certificación o Recertificación, el cual deberá demostrarlo en las Auditorías que aleatoriamente programe el Consejo de Salubridad General.
 - 11.2 Concluir Procedimientos Administrativos con las instancias de regulación sanitaria estatales o federales, dentro del plazo que señale la Comisión.
 - 11.3 Implementar procesos de mejora cuando las instancias de arbitraje médico, estatales o federales, dictaminen quejas “Con evidencia de mala práctica” y/o “Con responsabilidad institucional”.

MANUAL del Proceso de Certificación de Hospitales

El proceso de certificación del Consejo de Salubridad General evalúa que los hospitales:

1. Asuman la responsabilidad de la **Seguridad del Paciente** como parte de su misión organizacional.
2. Brinden atención médica centrada en las necesidades específicas de cada paciente garantizando la continuidad de la atención.
3. Respeten en todo momento los derechos de los pacientes y propicien su participación en los procesos de atención, sustentada en la educación adecuada a su contexto sociocultural.
4. Cuenten con personal en cantidad y competencias idóneas para las actividades, funciones y responsabilidades que tienen a su cargo.
5. Tengan implementados procesos de atención médica estandarizados, uniformes y con criterios de seguridad para los pacientes que atienden.
6. Dispongan de espacios, insumos, equipo e instrumental en óptimas condiciones, que garanticen un ambiente seguro para el desarrollo de los procesos de atención.
7. Gestionen la mejora continua de la calidad de la atención médica y seguridad de los pacientes con base en la evidencia científica, uso de indicadores y aprendizaje de los eventos centinela, adversos y cuasifallas.
8. Mantengan o desarrollen condiciones óptimas y deseables de seguridad y satisfacción del personal que ahí labora.
9. Puedan brindar atención médica, en forma planificada y efectiva, durante y después de una emergencia y/o desastre.
10. Desarrollen una cultura de seguridad de los pacientes, donde la máxima hipocrática de **“Primero no dañar”** sea una prioridad permanente de toda organización.

El director de un hospital que desee incursionar en el proceso de certificación debe asegurarse, desde el momento en que inscribe a su establecimiento ante el Consejo de Salubridad General, que cumple la totalidad de los “Estándares para la Certificación de Hospitales” ya que reconoce que el incumplimiento de alguno de ellos implica, en mayor o menor medida, un riesgo para el paciente y/o para su personal.

REQUISITOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA

El Director del establecimiento de atención médica deberá:

- a) Destinar un área exclusiva y privada dentro del Hospital para Equipo Auditor que cuente con lo siguiente:
 - Al menos tres equipos de cómputo con acceso a internet.
 - Impresora y un paquete de 500 hojas tamaño carta.
 - La Documentación requerida para la “Sesión de Revisión de Documentos” impresa o en electrónico.
 - Los alimentos de los auditores deberán proporcionarse en esta área en los horarios establecidos en el Plan específico de Auditoría y adicionalmente en los horarios requeridos por el Líder de Auditoría.

- b) Realizar o hacerse cargo del traslado de los auditores hacia el Hospital de conformidad con la logística solicitada por el Auditor Líder.

- c) Cuando así le sea requerido por parte del Consejo de Salubridad General, deberá hacerse cargo del hospedaje, traslado en avión y alimentación del equipo auditor.

- d) Asignar un secretario por auditor que será responsable de:
 - Guiar al auditor por las diferentes áreas del Hospital
 - Tomar nota de todos los comentarios, hallazgos y observaciones que realice el auditor
 - Explicar los avances en la implementación de políticas, procedimientos, planes y programas cuando el auditor se lo solicite. Por lo anterior los secretarios deberán tener un perfil profesional acorde a los procesos que se van a evaluar; por ejemplo, cuando el auditor evalúe el control de calidad de los servicios subrogados, deberá estar realizando la función de secretario, un administrativo, abogado o un contador; o en el caso de estar evaluando el desempeño del personal de enfermería deberá realizar la función una enfermera.

Es recomendable que cada día los secretarios se reúnan con el director del Hospital y el Responsable de Calidad para que comuniquen los hallazgos y observaciones realizadas por cada uno de los miembros del equipo auditor.

- e) Al finalizar la primera actividad de cada día de evaluación, señalada en el Plan Específico de Auditoría, el Coordinador del Proceso de Auditoría deberá entregar al Auditor Líder un censo actualizado de todos los pacientes y la programación quirúrgica del día que contenga, como mínimo, la siguiente información: nombre del paciente, edad, diagnóstico y fecha de ingreso.

Al finalizar la auditoría el director del hospital deberá evaluar el desempeño del equipo auditor en el formato del Anexo 1, el cual podrá entregarlo directamente al Auditor Líder o enviarlo por correo a hilda.reyes@salud.gob.mx o sinaceam@salud.gob.mx en un plazo máximo de dos semanas, debiendo confirmar su recepción vía telefónica al 52639270 o al 20003400 Ext. 59070.



**CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL**

PLAN ESPECÍFICO DE AUDITORÍA

FECHA

HOSPITAL
ENTIDAD FEDERATIVA

Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

PLAN ESPECÍFICO DE AUDITORÍA

La Auditoría será llevada a cabo con un enfoque multidisciplinario durante un mínimo tres días con tres diferentes enfoques:

- Medicación.
- Infecciones.
- Instalaciones.

El número de auditores y días de evaluación se determinarán según la complejidad y tamaño del hospital.

El Plan Específico de Auditoría señala las actividades diarias de evaluación por cada enfoque, el cual será enviado al director del hospital con un mínimo de 2 semanas de antelación a la fecha de inicio de la Auditoría; cualquier modificación en el alcance de la auditoría, sea por los horarios, actividades y/o días de auditoría será señalada oportunamente por el Auditor Líder y tendrá como motivo el profundizar la revisión y análisis de alguna situación que comprometa la vida del paciente, familiar y/o trabajador del hospital.

La auditoría se llevará a cabo mediante la **Metodología Rastreadora** con las siguientes actividades:

- Rastreadores de paciente.
- Rastreadores de sistemas.
 - Manejo y uso de medicamentos.
 - Prevención, control y reducción de Infecciones.
 - Administración y seguridad de las instalaciones.
 - Uso de la información para la gestión de calidad.
- Rastreadores indeterminados.
- Revisión de expedientes del personal.
- Revisión de expedientes clínicos cerrados.
- Recorrido por las Instalaciones.
- Sesión de Liderazgo.

Las actividades antes mencionadas se basarán en la información que presente el hospital en la sesión de “Revisión de Documentos”, ya que durante los rastreadores los auditores evaluarán la consistencia en la operación de lo que el establecimiento ha definido en sus políticas, procedimientos, planes y programas; cabe destacar, que es muy importante que los documentos solicitados describan cómo se lleva a cabo en el hospital lo solicitado en los propósitos de los estándares correspondientes.

A continuación se presenta un ejemplo de Plan Específico de Auditoría, lo que no significa que al diseñar el correspondiente a cada hospital siga los mismos horarios ni los mismos días de evaluación, ya que esto depende del tamaño y complejidad del hospital.

DÍA UNO

| HORARIO | ENFOQUE DE LOS AUDITORES | | |
|---------------|---|--|---|
| | MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS | PREVENCIÓN, CONTROL Y REDUCCIÓN DE INFECCIONES | ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES |
| 08:30 – 09:00 | Conferencia de Apertura <i>(Líder de Auditoría)</i> | | |
| 09:00 – 10:00 | Presentación del Hospital <i>Contexto general del Hospital</i> <i>Plan o Programa de Mejora de la Calidad y Seguridad</i> <i>Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (políticas, implementación, avances)</i> | | |
| 10:00 – 13:00 | Revisión de Documentos <i>Las Políticas, procedimientos y otros documentos que solicitan por escrito deben encontrarse ya sea en formato electrónico o impresos.</i> | | |
| 13:00 – 14:30 | Rastreador de Paciente | Rastreador de Paciente | Recorrido por las Instalaciones |
| 14:30 - 15:30 | COMIDA DEL EQUIPO AUDITOR Y SESIÓN DE PLANEACIÓN | | |
| 15:30 – 17:00 | Rastreador del Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos | Rastreador de Paciente | Recorrido por las Instalaciones |
| 17:00 – 17:30 | Reunión del equipo auditor con el coordinador del proceso de auditoría para coordinar la logística del día siguiente | | |

DÍA DOS

| HORARIO | ENFOQUE DE LOS AUDITORES | | |
|---------------|---|---|--|
| | MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS | PREVENCIÓN, CONTROL Y REDUCCIÓN DE INFECCIONES | ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES |
| 08:30 – 09:00 | SESIÓN DE RETROALIMENTACIÓN CON LOS DIRECTIVOS DEL HOSPITAL | | |
| 09:00 – 10:30 | Revisión de Expedientes del personal Clínico (<i>médicos y otros profesionales de la salud</i>) | Rastreador de Paciente | Recorrido por las Instalaciones |
| 10:30 – 12:00 | Rastreador de Paciente | Revisión de Expedientes del personal Clínico (<i>enfermería</i>) | |
| 12:00 – 14:00 | Revisión de Expedientes Clínicos Cerrados | Rastreador del Sistema de Prevención, Control y Reducción de Infecciones | Revisión de Expedientes del personal Administrativo y Directivo |
| 14:00 – 15:00 | COMIDA DEL EQUIPO AUDITOR Y SESIÓN DE PLANEACIÓN | | |
| | Rastreador Indeterminado | Rastreador Indeterminado | Rastreador del Sistema de Administración y Seguridad de las Instalaciones |
| 16:30 – 17:00 | <i>Reunión del equipo auditor con el coordinador del proceso de auditoría para coordinar la logística del día siguiente</i> | | |

DÍA TRES

| HORARIO | ENFOQUE DE LOS AUDITORES | | |
|---------------|--|--|---|
| | MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS | PREVENCIÓN, CONTROL Y REDUCCIÓN DE INFECCIONES | ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES |
| 08:30 – 09:00 | SESIÓN DE RETROALIMENTACIÓN CON LOS DIRECTIVOS DEL HOSPITAL | | |
| 09:00 – 11:00 | Rastreador del Sistema de Uso de la Información para la Gestión de Calidad <i>Revisión de Indicadores de QPS.3.2 a QPS.3.22</i> <i>Revisión de Guía Clínica y/o Protocolo de Atención (QPS.2.1)</i> <i>Revisión de la Herramienta Proactiva (QPS.10)</i> | | |
| 11:00 – 12:00 | Rastreador Indeterminado | Rastreador Indeterminado | Rastreador Indeterminado |
| 12:00 – 12:30 | Sesión de Liderazgo | | |
| 12:30 – 15:00 | COMIDA Y PREPARACIÓN DEL REPORTE PRELIMINAR DE AUDITORÍA | | |
| 15:00 – 15:30 | Sesión de Clausura Entrega del Reporte Preliminar de Auditoría | | |

CONFERENCIA DE APERTURA

PROPÓSITO

Que el Auditor Líder transmita al Cuerpo de Gobierno las expectativas que tiene el Consejo de Salubridad General del hospital que se audita. Para ello, presentará el objetivo, alcance y método de evaluación, enfatizará el principio de transparencia que tiene la auditoría y la forma de darle cumplimiento; posteriormente explicará, conforme se encuentra señalado en el Plan Específico de Auditoría, cada una de las actividades de la auditoría, puntualizando el objetivo de cada una de ellas y los requisitos de logística que deberán cumplirse.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Presencia de todos los integrantes del Cuerpo de Gobierno del hospital.
- Presencia de personal del hospital que el Director del hospital determine.
- Todos los asistentes a la “Conferencia de Apertura” deberán contar con el Plan Específico de Auditoría. Una opción para que el hospital cumpla con este requisito es que el Plan Específico de Auditoría sea proyectado en diapositivas, de tal manera que pueda ser observado por todos los asistentes.
- Asignar un área en donde se pueda llevar a cabo la conferencia, de acuerdo al número de participantes.

PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL

PROPÓSITO

El Director del hospital deberá presentar el contexto general del establecimiento de atención médica al equipo de auditoría, entre otros puntos, deberá explicar su historia, misión, visión, estructura organizacional, servicios que ofrece, población que atiende, estadísticas y otros temas que considere de importancia para que el equipo de auditoría conozca la organización. Asimismo, debe presentar de manera general el Plan o Programa de Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente, basado en los estándares que solicita el apartado de “Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente” (QPS), y también deberán presentar las políticas y los avances en la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP). Esto le proporcionará al Equipo Auditor información básica sobre la organización y sobre el plan de mejora de la calidad y seguridad, lo cual ayudará a enfocar las actividades subsecuentes de la Auditoría.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Presentación con diapositivas. No está permitido que la presentación del hospital sea solamente con un discurso.
- Presencia al menos del Coordinador de Auditoría y del Cuerpo de Gobierno de hospital, incluyendo al Responsable de Calidad.
- Deberá ser la misma área en donde se lleve a cabo la “Conferencia de Apertura”.

REVISIÓN DE DOCUMENTOS

PROPÓSITO

Que el equipo de auditoría conozca:

- a) Las políticas y procedimientos establecidos por la organización para respaldar, estandarizar y sistematizar la atención que se brinda en el hospital.
- b) Los planes y programas que tiene la organización para gestionar la calidad y seguridad.

Es importante recalcar que las políticas, procedimientos y otros documentos que se solicitan por escrito deben describir claramente cómo se llevará a cabo lo solicitado en el propósito del estándar correspondiente.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Contar con la documentación (impresa o en electrónico) requerida para la auditoría, ordenada por apartados, la cual forma parte de la Autoevaluación y es ponderada como **INDISPENSABLE**). En caso de que llegara a faltar alguno de estos documentos y sea solicitado por algún miembro del Equipo Auditor, la organización solamente tendrá como plazo el primer día de la auditoría para entregarla.
- Los documentos deberán ponerse a disposición del equipo auditor para su revisión en el área privada asignada para ellos y deberán permanecer ahí durante toda la auditoría.
- Además de los documentos citados con anterioridad, es necesario contar con:
 - *Formatos que se utilizan en el expediente clínico.*
 - *Plano actualizado de las instalaciones del hospital.*
 - *Copia simple de todas las Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables que correspondan a los servicios que proporciona el hospital.*
- La documentación requerida para esta sesión es la mínima indispensable para realizar la auditoría, lo cual no debe entenderse como la única documentación que debe presentar el hospital, ya que los Auditores pueden solicitar documentos adicionales en diferentes momentos de la auditoría para clarificar algún punto y/o para profundizar en el análisis de políticas, procedimientos y desempeño del hospital.

RASTREADOR DE PACIENTE

PROPÓSITO

El rastreador de paciente es un método de para evaluar la atención otorgada al paciente, utilizando al expediente clínico como guía..

Durante este rastreador, el auditor realiza lo siguiente:

- Seguirá el curso de la atención, tratamiento y/o servicios brindados al paciente dentro del establecimiento.
- Evaluará las interrelaciones entre los departamentos, programas, servicios o unidades, y los servicios que están siendo brindados.
- Evaluará el desempeño de los procesos relevantes, con un enfoque particular en la integración y coordinación de diferentes procesos interrelacionados.
- Identificará riesgos potenciales dentro de los procesos relevantes.

Durante este proceso de rastreo, los auditores podrán entrevistar a:

- a) Cualquier miembro del equipo multidisciplinario que otorga atención al paciente, siempre y cuando no se interrumpa el proceso de atención.
- b) Familiares y pacientes, siempre y cuando su condición de salud lo permita y estén de acuerdo.

El rastreador inicia en Servicio Clínico donde se encuentra el paciente, y guiado por medio del Expediente Clínico, el auditor puede “rastrear” todo el proceso de atención del paciente desde su ingreso hasta su alta.

Es posible que se revisen los Expedientes Clínicos de varios pacientes durante una sola actividad rastreadora para verificar la consistencia de algún hallazgo.

Los pacientes rastreados serán seleccionados del censo de pacientes y/o de la programación quirúrgica del día correspondiente.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Censo actualizado de todos los pacientes y la programación quirúrgica del día, que contenga como datos mínimos: nombre del paciente, edad, diagnóstico y fecha de ingreso, de acuerdo a lo descrito en los requisitos generales para el proceso de auditoría.
- Por cada rastreador de paciente que se realice es importante contar con un secretario de acuerdo a lo descrito en los requisitos generales para el proceso de auditoría.

RASTREADOR DEL SISTEMA DE MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS

PROPÓSITO

Esta sesión tiene como propósito evaluar la integración de todas las fases que conforman el manejo y uso de medicamentos como un sistema que garantice la seguridad del paciente y reduzca la probabilidad de un error de medicación.

Los procesos vinculados con la medicación que se evalúan abarcan la selección, adquisición, almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación, preparación, administración, desecho y control de los efectos de los medicamentos, este último, abarcando la Farmacovigilancia, el reporte y análisis de los errores y cuasifallas de medicación. Además, se evalúa la continuidad de los procesos de manejo de medicamentos y su relación con otros procesos y con otros apartados de la Cédula, por ejemplo: QPS (Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente) con respecto a los Indicadores de Mejora con Enfoque Clínico referente a Errores y Cuasifallas de medicación y Uso de medicamentos y con SQE (Calificaciones y Educación del Personal) con respecto a la autorización sobre quién tiene permitido prescribir y administrar medicamentos.

El rastreador del Sistema de manejo y uso de medicamentos será realizado por el auditor(es) con el enfoque en Medicación, mediante un análisis grupal en donde deben estar presentes en primer lugar, quien o quienes realizan la supervisión del sistema, además de todas las personas responsables de cada uno de los procesos que conforman el sistema y personal operativo; la información obtenida en esta discusión grupal se complementará con la información obtenida en otras actividades de la auditoría.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Asignar un área en donde se pueda llevar a cabo el análisis grupal, de acuerdo al número de participantes.
- Contar con el plan o programa de manejo y uso de medicamentos y la revisión documentada de todo el sistema de medicación (MMU.1).

RASTREADOR DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

PROPÓSITO

Esta sesión tiene como propósito evaluar cómo se ha conformado un sistema de prevención y control de infecciones que abarque a todo el establecimiento, pacientes, familiares, visitantes y personal; y que sea respaldado por los líderes y por un Plan o Programa efectivo de prevención y control de infecciones que esté integrado al Plan o Programa de Mejora de la Calidad y Seguridad del paciente.

Se evaluará en este rastreador cómo se ha llevado a cabo el desarrollo, implementación y evaluación del Plan o Programa de Prevención y Control de Infecciones teniendo como prioridad garantizar la seguridad del paciente y del personal al identificar riesgos y diseñar estrategias para reducirlos.

El rastreador del Sistema de Prevención y Control de Infecciones será realizado por el auditor(es) con el enfoque en Prevención y Control de Infecciones, mediante un análisis grupal en donde debe estar presente el personal que es responsable del Plan o Programa, miembros del Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN), personal responsable de realizar la vigilancia y personal operativo. El equipo auditor puede solicitar la participación de cualquier otro miembro del personal operativo, administrativo o directivo.

La información obtenida en esta discusión grupal se complementará con la información obtenida en los rastreadores de paciente y en los rastreadores indeterminados.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Asignar un área en donde se pueda llevar a cabo el análisis grupal, de acuerdo al número de participantes.
- Contar con el Plan o Programa de Prevención y Control de Infecciones y la Evaluación de Procesos asociados a riesgo de Infección (PCI.5, PCI.7)

RECORRIDO POR LAS INSTALACIONES

PROPÓSITO

Que el auditor realice una inspección física de las instalaciones para conocer el estado en que se encuentran y del personal para observar su equipo de protección; asimismo, realizará entrevistas a personal del hospital para conocer:

- La forma en que procederían ante algún riesgo identificado.
- La capacitación que ha recibido en materia de seguridad hospitalaria.
- El resultado de los simulacros en que ha participado.

El recorrido inicia en la azotea y termina en la planta baja o sótano, según corresponda. Los seis temas que se revisan son:

- Seguridad y protección.
- Manejo de materiales, sustancias químicas y residuos peligrosos.
- Respuesta ante emergencias, desastres y epidemias.
- Seguridad contra incendios.
- Mantenimiento de equipo médico.
- Aseguramiento de los sistemas de servicios básicos.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Inspección documentada y vigente de las instalaciones.
- Planos de las instalaciones.
- Mapa de Riesgos del establecimiento.
- Acompañamiento de los responsables de Ingeniería Biomédica, Mantenimiento, Seguridad, Medio Ambiente y Salud Ocupacional.
- Equipo de protección personal para el auditor y personal del hospital que participen en el recorrido.

RASTREADOR DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

PROPÓSITO

El rastreador del sistema de administración y seguridad de las instalaciones tiene como propósito evaluar la precisión que tiene el personal del hospital en la identificación y diagnóstico de peligros y riesgos internos y externos, y con base en ellos evaluar la existencia, avance y cumplimiento de programas que minimicen la probabilidad de ocurrencia y el impacto de los peligros y riesgos, así como el mantenimiento y desarrollo de condiciones seguras bajo la premisa de que el personal del hospital tenga una respuesta planificada y efectiva ante los riesgos existentes.

Los seis temas que se revisan son:

- Seguridad y protección.
- Manejo de materiales, sustancias químicas y residuos peligrosos.
- Respuesta ante emergencias, desastres y epidemias.
- Seguridad contra incendios.
- Mantenimiento de equipo médico.
- Aseguramiento de los sistemas de servicios básicos.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Contar con los seis programas de seguridad de las instalaciones señalados en el apartado “Gestión y Seguridad de las Instalaciones” (FMS) y con la documentación que señale el auditor respectivo.
- Presencia de los responsables de Ingeniería Biomédica, Mantenimiento, Seguridad, Medio Ambiente y Salud Ocupacional.
- Asignar un área en donde se pueda llevar a cabo el análisis grupal, de acuerdo al número de participantes.

RASTREADOR INDETERMINADO

PROPÓSITO

Evaluar estructura, procesos y/o resultados del establecimiento que el equipo auditor considere relevantes, por alguna o varias de las siguientes razones:

- Son procesos o actividades críticas que no fueron posibles de evaluar durante los rastreadores de pacientes y de sistemas.
- Son estándares en los que falta obtener mayor evidencia para determinar, con objetividad y justicia, el grado de cumplimiento.
- Es estructura indispensable para la prestación de servicios de atención médica.

El rastreador indeterminado tiene la característica de “indeterminado” en el momento en que se diseña el Plan Específico de la Auditoría (aproximadamente 3 semanas antes del inicio de la auditoría), pero una vez que el equipo auditor va conociendo al hospital, estará en condiciones de decidir qué estructura, proceso o resultado evaluar, teniendo siempre como alcance los Estándares para la Certificación de Hospitales. Para que la organización pueda preparar la información y logística correspondiente, en la “Sesión de Retroalimentación con los Directivos del Hospital” el Auditor Líder señalará el área o proceso que se revisará, así como las personas y documentos que requiere para hacer la evaluación.

Algunos ejemplos de los rastreadores indeterminados son:

- Gestión de quejas.
- Control de Calidad de Servicios Subrogados.
- Estructura indispensable para la prestación de servicios de atención médica.
- Diagnóstico de Necesidades de Capacitación.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Los que en su momento señale el Auditor Líder.

REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS CERRADOS

PROPÓSITO

Evaluar la sistematización de la documentación y registros que se solicitan en los Estándares para la Certificación de Hospitales con el objetivo de que el expediente clínico sea una herramienta de comunicación entre todos los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de atención del paciente. Durante esta revisión también se evalúa el grado de apego a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

Se evaluará la consistencia en la documentación de al menos los cuatro meses previos al inicio de la auditoría. En esta sesión se revisan expedientes clínicos cerrados de pacientes que ya fueron egresados y la revisión se realiza de acuerdo al Anexo 2.

Además se evaluará lo relacionado a la revisión de expedientes clínicos abiertos y cerrados por parte del establecimiento según lo solicitado en el apartado de MCI (Manejo de la Comunicación y la Información) y su relación con el apartado de QPS (Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente).

Un día previo a la realización de la revisión de expedientes, durante la sesión de coordinación de la logística del día de siguiente, se solicitarán los expedientes seleccionados de acuerdo a los criterios que el equipo auditor señale, el número de expedientes seleccionados dependerá de la complejidad del hospital y de los estándares relacionados con documentación en el expediente clínico que el equipo auditor requiera de evaluar de manera más profunda.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Asignar un área en donde se pueda llevar a cabo la revisión de los expedientes con la participación de al menos un miembro del Comité del Expediente Clínico que explique al auditor(es) cuál es el método de revisión de expedientes clínicos, sus resultados, avances y las estrategias que han implementado para mejorar la calidad del expediente clínico para coadyuvar a la continuidad de la atención y a la comunicación entre profesionales.

REVISIÓN DE EXPEDIENTES DEL PERSONAL CLÍNICO

PROPÓSITO

En esta sesión se analiza el proceso de reclutamiento, orientación, capacitación y evaluación del personal clínico del establecimiento (médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud). Además, se profundizará en el proceso de evaluación de acuerdo a su descripción del puesto y/o privilegios y su vinculación con el Plan o Programa de Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente y en lo solicitado por la Sección de Estándares Centrados en el Paciente acerca de la descripción del puesto y la capacitación del personal, por ejemplo, las responsabilidades y capacitación del personal que realiza evaluaciones y revaloraciones.

Un día previo a la realización de la revisión de expedientes, durante la sesión de coordinación de la logística del día de siguiente, se solicitarán los expedientes seleccionados de acuerdo a los criterios que el equipo auditor señale, el número de expedientes seleccionados dependerá de la complejidad del hospital y de los estándares relacionados calificaciones y educación del personal que el equipo auditor requiera de evaluar de manera más profunda.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Asignar un área en donde se pueda llevar a cabo la revisión de los expedientes con la participación del personal que participe en el proceso de reclutamiento, inducción, asignación y evaluación de cada uno de los grupos de personal clínico: médicos, enfermería y otros profesionales de la salud, por ejemplo, nutriólogos, psicólogos, entre otros.

REVISIÓN DE EXPEDIENTES DEL PERSONAL NO CLÍNICO Y DIRECTIVOS

PROPÓSITO

Constatar en los expedientes de personal administrativo y directivo el cumplimiento de las competencias y la realización de, al menos, una evaluación del desempeño por año, así como la documentación de la capacitación que ha recibido.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Contar con la siguiente documentación:
 - Manual de Organización.
 - Perfiles de puesto, descripciones de puesto o profesiograma.
 - Plan o Programa de Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente.
 - Expedientes de personal solicitados por el auditor.
 - Programa de Educación del Personal.

- Presencia de:
 - Responsable de Recursos Humanos.
 - Director de Administración.
 - Director General.
 - Dueño, representante del Consejo de Administración o Junta de Gobierno o representante del corporativo del grupo hospitalario que realice la evaluación del desempeño directivo.

- Asignar un área en donde se pueda llevar a cabo el análisis grupal, de acuerdo al número de participantes.

SESIÓN DE RETROALIMENTACIÓN

PROPÓSITO

Dar a conocer a los directivos del hospital las observaciones de auditoría y hallazgos más relevantes desde el punto de vista del equipo de auditoría, derivadas de las actividades de evaluación realizadas el día anterior. Asimismo se reiterarán, para el día que corresponda, las actividades señaladas en el Plan Específico de Auditoría, puntualizando los requisitos de logística.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Presencia de todos los integrantes del Cuerpo de Gobierno del hospital.
- Presencia de personal del hospital que el Director del hospital determine.
- Todos los asistentes a la sesión deberán contar con el Plan Específico de Auditoría. Una opción para que el hospital cumpla con este requisito es que el Plan Específico de Auditoría sea proyectado en diapositivas, de tal manera que pueda ser observado por todos los asistentes.
- Asignar un área en donde se pueda llevar a cabo la sesión, de acuerdo al número de participantes. Puede ser la misma área asignada para la “Conferencia de Apertura”.

RASTREADOR DE USO DE LA INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD

PROPÓSITO

Que la organización demuestre la forma en que mejora continuamente la calidad y seguridad de los pacientes a partir de:

- El uso de indicadores con enfoque de mejora en los procesos clínicos y de gestión establecidos en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS.3 a QPS.3.21).
- La adopción, adaptación, difusión y monitorización de, al menos, una guía de práctica clínica o un protocolo de atención al año (QPS.2.1).

Durante la sesión, el equipo auditor evaluará lo siguiente:

- La confiabilidad del plan de monitorización de los indicadores.
- La profundidad del análisis de la información derivada de la medición de los indicadores.
- La comparación de los datos con otras organizaciones, mejores prácticas y estándares reconocidos.
- Las decisiones que se tomaron para mejorar.
- La difusión y estandarización de las mejoras logradas

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Indicadores del Plan o Programa de Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente.
- Debe presentarse un indicador por cada Meta Internacional de Seguridad del Paciente (QPS.3.2) y por cada uno de los estándares de QPS.3.3 a QPS.3.21, es decir, **se presentarán los gráficos o tablas de 25 indicadores.**
- La presentación de los gráficos o tablas deberá ser con diapositivas. No está permitido que la presentación de los indicadores sea solamente con un discurso.
- Cada indicador deberá ser presentado por la persona responsable del proceso que se esté midiendo.
-

- La guía clínica o protocolo de atención deberá ser presentado por la persona responsable de su difusión y monitorización.
- Presencia obligada del Coordinador de Auditoría y del Cuerpo de Gobierno de hospital, incluyendo al Responsable de Calidad.
- Asignar un área en donde se pueda llevar a cabo el rastreador, de acuerdo al número de participantes. Puede ser la misma área asignada para la “Conferencia de Apertura”

SESIÓN DE LIDERAZGO

PROPÓSITO

Conocer la forma en que el cuerpo de gobierno del hospital participa activamente en la promoción e impulso de una cultura de calidad y seguridad de los pacientes. La “Sesión de Liderazgo” se desarrolla mediante una entrevista donde, a raíz de preguntas específicas que formulen los auditores, los directivos expondrán sus avances, logros y retos en materia de calidad y seguridad, así como la forma en que atienden y resuelven temas relacionados con el desempeño del hospital.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Presencia obligada del Cuerpo de Gobierno de hospital, incluyendo al Responsable de Calidad.
- Asignar un área en donde se pueda llevar a cabo la sesión, de acuerdo al número de participantes.

SESIÓN DE CLAUSURA Y ENTREGA DEL REPORTE PRELIMINAR DE AUDITORÍA

PROPÓSITO

Cerrar el proceso de Auditoría, haciendo entrega del “**Reporte Preliminar de Auditoría**” al Director del hospital, por parte del Auditor Líder, quien además informará sobre la Fase de Dictamen.

REQUISITOS A CUMPLIR POR PARTE DEL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL

- Presencia de personal del hospital que el Director del hospital determine.
- Asignar un área en donde se pueda llevar a cabo la conferencia, de acuerdo al número de participantes.

ANEXO 1



EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL EQUIPO AUDITOR POR EL DIRECTOR DEL HOSPITAL

Con el propósito de mejorar la calidad de los procesos de Certificación de Establecimientos de Atención Médica que realiza el Consejo de Salubridad, se están efectuando distintas evaluaciones. Por ello le pedimos que conteste este cuestionario **para conocer su opinión respecto al desempeño del equipo de auditores** que evaluaron el establecimiento de atención médica que Usted dirige. La información que nos brinde es muy importante para identificar oportunidades de mejora, en el entendido de que será manejada con estricta confidencialidad.

Esta Evaluación podrá entregarla directamente al Auditor Líder o enviarlo por correo a hilda.reyes@salud.gob.mx en un plazo máximo de dos semanas, debiendo confirmar su recepción vía telefónica al 52639270 o al 20003400 Ext. 59070.

Nombre del Hospital _____

Fecha de Auditoría _____

Nombre del Auditor Líder evaluado _____

Lea cuidadosamente y anote en el paréntesis la calificación que corresponda al nivel de cumplimiento que Usted considere corresponde a la actuación del Auditor Líder durante la visita de auditoría.

- (0) No cumplió.
- (1) Cumplió parcialmente.
- (2) Cumplió totalmente
- (3). No aplica

1. PUNTUALIDAD

- 1.1 El equipo inició con puntualidad la reunión de apertura de la auditoría ()
- 1.2 Concluyeron en el tiempo previsto las actividades de auditoría ()

2. ORGANIZACIÓN

- 2.1 El auditor líder presentó el plan de trabajo al inicio de la auditoría ()
- 2.2 En caso de presentarse modificaciones al plan de trabajo, el auditor líder le informó al respecto ()
- 2.3 ¿Se cumplió con el alcance de la auditoría? ()
- 2.4 Se realizó la reunión de cierre ()

3. INTERACCIÓN

- 3.1 Se presentaron los integrantes del equipo de auditores a las autoridades de la Unidad ()
- 3.2 Los integrantes del equipo se condujeron con respeto hacia todo el personal de la Unidad ()
- 3.3 Usaron Gafete que los identificó como Auditores del Consejo de Salubridad General ()

4. ¿Fue profesional la imagen que proyectó el equipo de auditoría?

Si () **No** ()

En caso negativo describa por qué

5. ¿Fue resuelta cualquier duda manifestada por el personal del Hospital?

Si () **No** ()

En caso afirmativo: ¿Quién fue el Auditor que no le pudo resolver su duda? ¿Cuál fue la duda?

5. ¿El equipo auditor extrajo alguna información del hospital en documentos, medio electrónico o tomando fotografías?

Si () **No** ()

En caso afirmativo describa qué información:

6. ¿Algún miembro del equipo Auditor informó si el hospital iba a Certificar o No Certificar?

Si () **No** ()

7. Previamente a la visita de auditoría, ¿Conocía usted a algún miembro del Equipo de Auditoría?

Si () **No** ()

En caso afirmativo ¿Por qué lo conocía?

CONSIGNE LOS COMENTARIOS QUE CONSIDERE PERTINENTES

Nombre Completo, Firma y Fecha

ANEXO 2



EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS CERRADOS

| ESTÁNDAR | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA | Expediente Clínico No. 1 | | | Expediente Clínico No. 2 | | | Expediente Clínico No. 3 | | |
|-----------------------|--|--------------------------|----|----|--------------------------|----|----|--------------------------|----|----|
| | | No. | | | No. | | | No. | | |
| | | Dx. | | | Dx. | | | Dx. | | |
| | | Si | No | NA | Si | No | NA | Si | No | NA |
| AOP.1.2 | <i>Historia Clínica</i> | | | | | | | | | |
| | <i>Evaluación Psicológica de tamizaje</i> | | | | | | | | | |
| | <i>Evaluación social y económica</i> | | | | | | | | | |
| AOP.1.8.1 | <i>Criterios para planificar el alta</i> | | | | | | | | | |
| AOP.1.8.2 | <i>Evaluación y Revaloración del Dolor</i> | | | | | | | | | |
| PFR.1.1. (AOP.1.2) | <i>Identificación de valores y creencias</i> | | | | | | | | | |
| AOP.1.7 | <i>Evaluaciones Especializadas</i> | | | | | | | | | |
| AOP.1.5 | <i>Evaluación inicial de enfermería en las primeras 24 hrs</i> | | | | | | | | | |
| | <i>Evaluación médica inicial en las primeras 24 hrs</i> | | | | | | | | | |
| AOP.1.6 | <i>Valoración Nutricional de tamizaje</i> | | | | | | | | | |
| | <i>Valoración Funcional de tamizaje</i> | | | | | | | | | |
| | <i>Valoración Exhaustiva</i> | | | | | | | | | |
| AOP.2 | <i>Evaluación inicial del Dolor</i> | | | | | | | | | |
| PFE.2 | <i>Detección de Necesidades de Educación</i> | | | | | | | | | |
| ASC.3 | <i>Evaluación Presedación</i> | | | | | | | | | |
| ASC.4 | <i>Evaluación Preanestésica</i> | | | | | | | | | |
| PFE.2.1 | <i>Barreras del Aprendizaje</i> | | | | | | | | | |
| | <i>Disposición para Aprender</i> | | | | | | | | | |

| ESTÁNDAR | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA | Expediente Clínico No. 1 | | | Expediente Clínico No. 2 | | | Expediente Clínico No. 3 | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------|----|----|--------------------------|----|----|--------------------------|----|----|
| | | No. | | | No. | | | No. | | |
| | | Dx. | | | Dx. | | | Dx. | | |
| | | Si | No | NA | Si | No | NA | Si | No | NA |
| PFR.6.3 | <i>Consentimiento de ingreso</i> | | | | | | | | | |
| PFR.6.4 (Consentimiento Informado) | <i>Procedimientos Quirúrgicos</i> | | | | | | | | | |
| | <i>Anestesia y Sedación</i> | | | | | | | | | |
| | <i>Sangre y Hemoderivados</i> | | | | | | | | | |
| | <i>Procedimientos y Tratamientos de Alto Riesgo</i> | | | | | | | | | |
| ASC.6.4.1 | <i>Consentimientos Especiales</i> | | | | | | | | | |
| ASC.5.1 | <i>Riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia (Formato de Consentimiento Informado)</i> | | | | | | | | | |
| ASC.7.1 | <i>Riesgos, beneficios y potenciales complicaciones de los procedimientos quirúrgicos e invasivos (Formato de Consentimiento Informado)</i> | | | | | | | | | |
| PFR.8 | <i>Investigación</i> | | | | | | | | | |
| ASC.5 | <i>Plan de anestesia</i> | | | | | | | | | |
| ASC.5.3 | <i>Registro transanestésico</i> | | | | | | | | | |
| ASC.6 | <i>Nota postanestésica</i> | | | | | | | | | |
| ASC.7 | <i>Nota prequirúrgica</i> | | | | | | | | | |
| ASC.7.2 | <i>Nota Postquirúrgica</i> | | | | | | | | | |
| ASC.7.2 | <i>Nota de técnica quirúrgica quirúrgica</i> | | | | | | | | | |
| ASC.6 | <i>Hora de ingreso y egreso de recuperación</i> | | | | | | | | | |

| ESTÁNDAR | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA | Expediente Clínico No. 1 | | | Expediente Clínico No. 2 | | | Expediente Clínico No. 3 | | |
|------------------------|--|--------------------------|----|----|--------------------------|----|----|--------------------------|----|----|
| | | No. | | | No. | | | No. | | |
| | | Dx. | | | Dx. | | | Dx. | | |
| | | Si | No | NA | Si | No | NA | Si | No | NA |
| MMU.4.5 | <i>Lista de medicamentos que tomaba el paciente antes de la admisión</i> | | | | | | | | | |
| MMU.4.3 | <i>Registro de medicamentos prescritos y administrados</i> | | | | | | | | | |
| COP.8 | <i>Partograma</i> | | | | | | | | | |
| COP.8.1 (COP.8.1.1) | <i>Justificación de la Cesárea (Primera Vez)</i> | | | | | | | | | |
| AOP.1.4.1 | <i>Notas Médicas cada 24 horas</i> | | | | | | | | | |
| | <i>Notas de enfermería cada 24 horas</i> | | | | | | | | | |
| MCI.19.3 | <i>Fecha, hora y firma en todas las notas</i> | | | | | | | | | |
| ACC.3.2.1 | <i>Resumen de egreso</i> | | | | | | | | | |

SiNaCEAM

**Sistema Nacional de Certificación de
Establecimientos de Atención Médica**

Homero 213 Piso 2 Col. Chapultepec Morales

C.P.: 11570 Del. Miguel Hidalgo, México DF

Tel.: 52 63 92 50 Ext. 1098 y 1065

20 00 34 00 Ext. 59036 y 53522

www.csg.gob.mx