

XIII JORNADAS TÉCNICAS DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Málaga, 6, 7 y 8 de Noviembre de 2019

Asociación Andaluza Inspección Servicios Sanitarios
Sala de Ámbito Cultural de El Corte Inglés
(Ed. Calle Hillera)
Avda de Andalucía (Málaga)



COMITÉ ORGANIZADOR
Presidente
D. F. Javier Estebanariz García

COMITÉ CIENTÍFICO
Presidente
D. Antonio del Corral García



MESA DE CALIDAD INTERNA Y EXTERNA: La Inspección en la evaluación y control de la calidad de las prestaciones y servicios sanitarios

Alberto Pardo

**Subdirector General Calidad Asistencial
Consejería Sanidad. Comunidad Madrid**

Conceptos de calidad asistencial
Su evaluación y control
El papel inspección en la
Comunidad de Madrid
Reflexiones finales

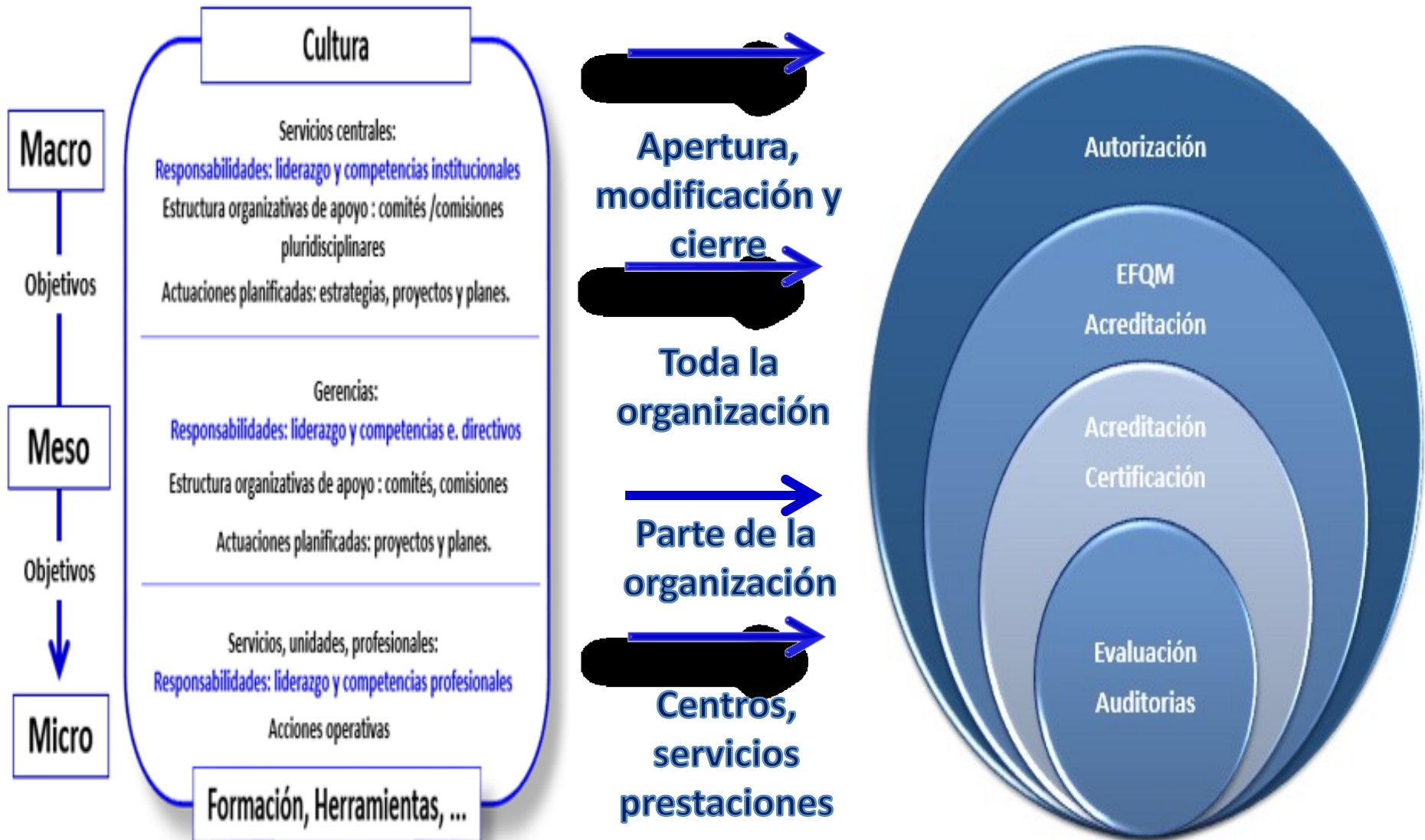


Definición calidad asistencial Geyndt

**El concepto de atención médica o
atención sanitaria es multidimensional y
eso es lo que explica la existencia de
tantas definiciones y formas de evaluarla**

De Geyndt W. Managing the Quality of Health Care in Developing Countries.
1994.(World Bank Technical Papers No. 258)

Niveles de actuación: evaluación y control

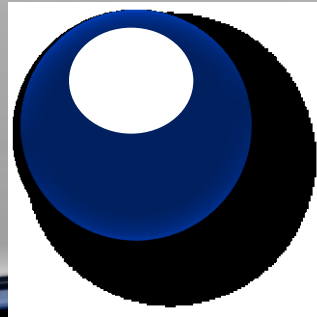


Enfoque evaluación y mejora

Actuar

Monitorizar

Mejorar



Objetivos

Indicadores

**Acciones
de mejora**

Qué quiero hacer

Cómo lo mido

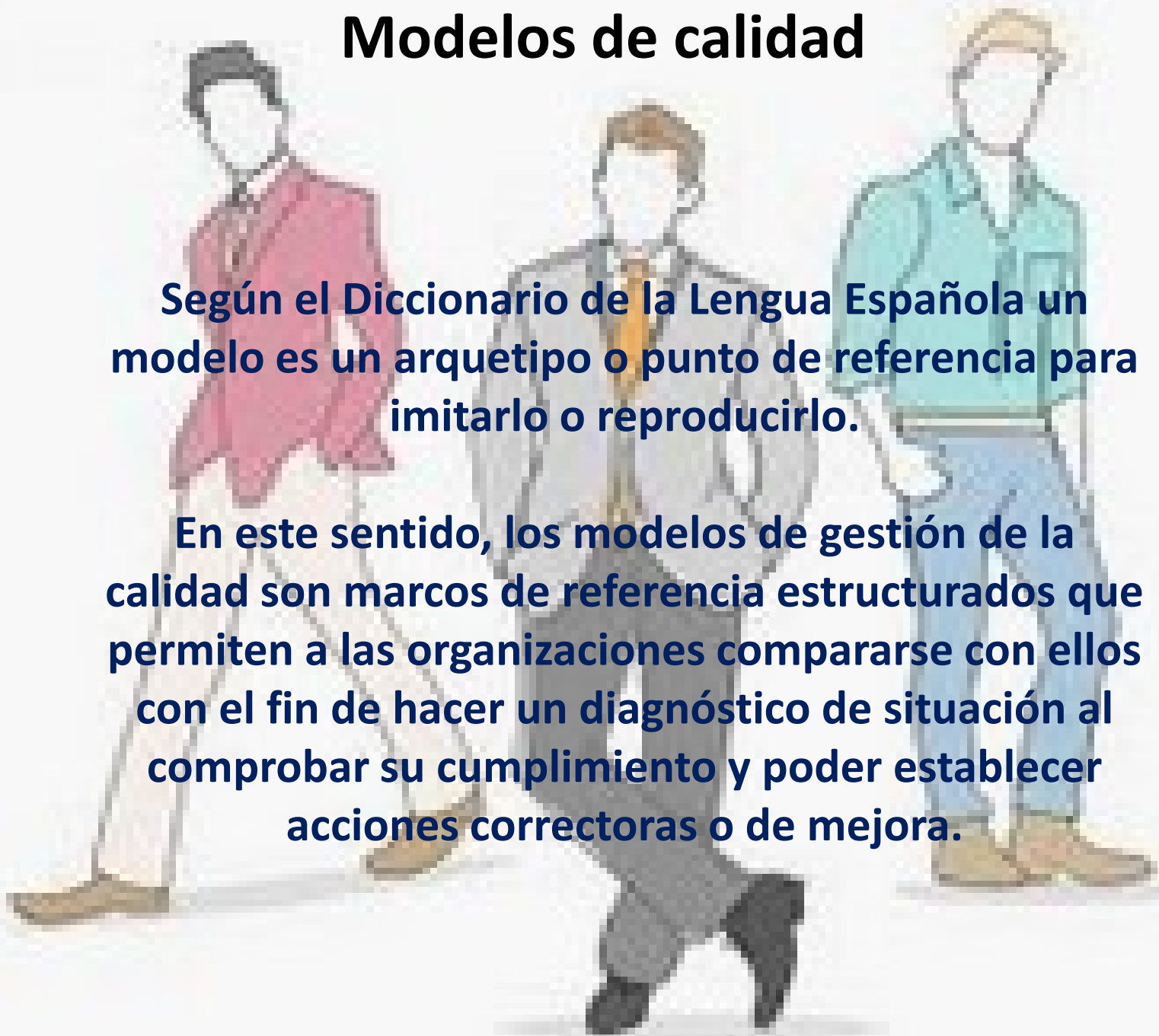
Cómo optimizo

**Evaluación
Auditoria**

Modelos de calidad

Según el Diccionario de la Lengua Española un modelo es un arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo.

En este sentido, los modelos de gestión de la calidad son marcos de referencia estructurados que permiten a las organizaciones compararse con ellos con el fin de hacer un diagnóstico de situación al comprobar su cumplimiento y poder establecer acciones correctoras o de mejora.



Modelos de calidad utilizados en sanidad

Autorización

OBLIGATORIA.

NORMAS.

INSPECCIÓN: EXTERNA.

MINIMOS.

PREVIA A LA APERTURA.

BASE PUBLICA: INTERÉS GENERAL.

Acreditación

VOLUNTARIO.

CRITERIOS/ ESTANDARES.

VERIFICACION EXTERNA.

AUDITORES.

ORGANO ACREDITADOR.

BASE : MEJORA DE LA CALIDAD.

Certificación

VOLUNTARIO.

NORMAS / NO CONFORMIDADES

VERIFICACION EXTERNA.

AUDITORES.

TIENDE AL MÁXIMO

BASE : MEJORA DE LA CALIDAD.

Modelo EFQM

VOLUNTARIO.

CRITERIOS / FLEXIBLE NO ESTANDARES

AUTOEVALUACION: VERIFICACION EXTERNA.

PUNTUACIÓN.

MAXIMOS

BASE : MEJORA DE LA CALIDAD.

**ESTOY EN UNA EDAD
QUE SI ME DICEN:
"TE QUIERO"**

**AUTOMÁTICAMENTE PREGUNTO:
PARA QUÉ?**

Autorización sanitaria

BOLETÍN OFICIAL DEL PAÍS VASCO

N.º 28

mércoles 25 de mayo de 2016

DISPOSICIONES GENERALES

DEPARTAMENTO DE SALUD

2210

DECRETO 78/2016, de 17 de mayo, sobre medidas de seguridad de pacientes que reciben asistencia sanitaria en los centros y servicios sanitarios ubicados en Euskadi.

Si bien la seguridad de las y los pacientes constituye un deber básico y esencial en la práctica sanitaria, el creciente volumen de actividad asistencial, unido a la progresiva complejidad de los procesos, de las tecnologías sanitarias, así como las interacciones humanas que conforman el actual modelo de prestación asistencial hacen que, junto a importantes beneficios para la salud, puedan ocurrir también acontecimientos adversos asociados a la propia actividad asistencial.

Se estima que entre el 8% y el 12% de las personas ingresadas en los hospitales de la Unión Europea sufren un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria recibida. No es de extrañar, por tanto, que la seguridad en la prestación de la asistencia sanitaria, tanto para las y los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las y los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Todo ello ha llevado a la Organización Mundial de la Salud, y a numerosos organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el Consejo de Europa, la Comisión Europea, y la mayoría de las autoridades sanitarias de muchos países, a la adopción y puesta en marcha de diversas iniciativas, estrategias y programas tendentes a reducir el impacto de estos eventos adversos. En concreto, la Organización Mundial de la Salud, mediante la Resolución WHA56.18 instó a los Estados Miembros a que prestaran la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y establecieran y consolidaran sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.

En este contexto, la Ley 18/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas, concretándose los elementos que configuran lo que se denomina la infraestructura de calidad y que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas clínicas y de acontecimientos adversos. En consonancia con esta previsión, la estrategia 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto mejorar la seguridad de las personas atendidas en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma, la Ley 8/1997, de 28 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, establece, en su artículo 9.c), como actividad prioritaria del Sistema Sanitario de Euskadi «la adopción de medidas para la promoción de la calidad de los servicios sanitarios por los proveedores de los mismos, así como el establecimiento de controles de calidad generales». Así mismo, conforme al artículo 29.1 de la citada Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, y al objeto de garantizar la tutela general de la salud pública, las estructuras sanitarias de titularidad privada se someterán a las previsiones del presente Decreto.

En concordancia con dichas estrategias y previsiones legales, la Comunidad Autónoma de País Vasco ha asumido el compromiso de situar la seguridad de las y los pacientes en el centro de

Consejería de Sanidad

Dirección General de Inspección y Ordenación

Consulta pública del proyecto de Decreto por el que se establecen requisitos para mejorar la seguridad de los pacientes, en los centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Objetivos.

El objetivo del nuevo texto, por tanto, es establecer medidas que mejoren la seguridad de los pacientes atendidos en los centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, creando una estructura organizativa con responsables, comités de asesoramiento y apoyo y una planificación de actuaciones que incluye la implantación de prácticas seguras.

En el momento actual la seguridad de los pacientes es una dimensión esencial de la calidad asistencial y por esta razón el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha elaborado una Estrategia de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud y, en el mismo sentido, la Comunidad de Madrid también ha elaborado y está desarrollando su propia Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2015-2020.

En estos documentos se establecen diferentes actuaciones y se desarrollan estructuras organizativas a nivel de los centros y servicios sanitarios. En este sentido esta norma crea y define las funciones de un responsable de seguridad y de una comisión o unidad funcional para promover, desarrollar y asesorar en esta materia a los centros y servicios sanitarios.

Por último, junto con los responsables y las estructuras de apoyo, establece la planificación de actuaciones incluyendo líneas concretas para la implantación efectiva de la gestión de riesgos. Destacando entre ellas la adecuada coordinación con las actuaciones de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia (VIRAS), integrada en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), puesto que de todos los problemas de seguridad relacionados con la asistencia, son las infecciones nosocomiales uno de los más importantes y prevalentes.

Alberto Pardo Hernández



Auditorías internas ISO

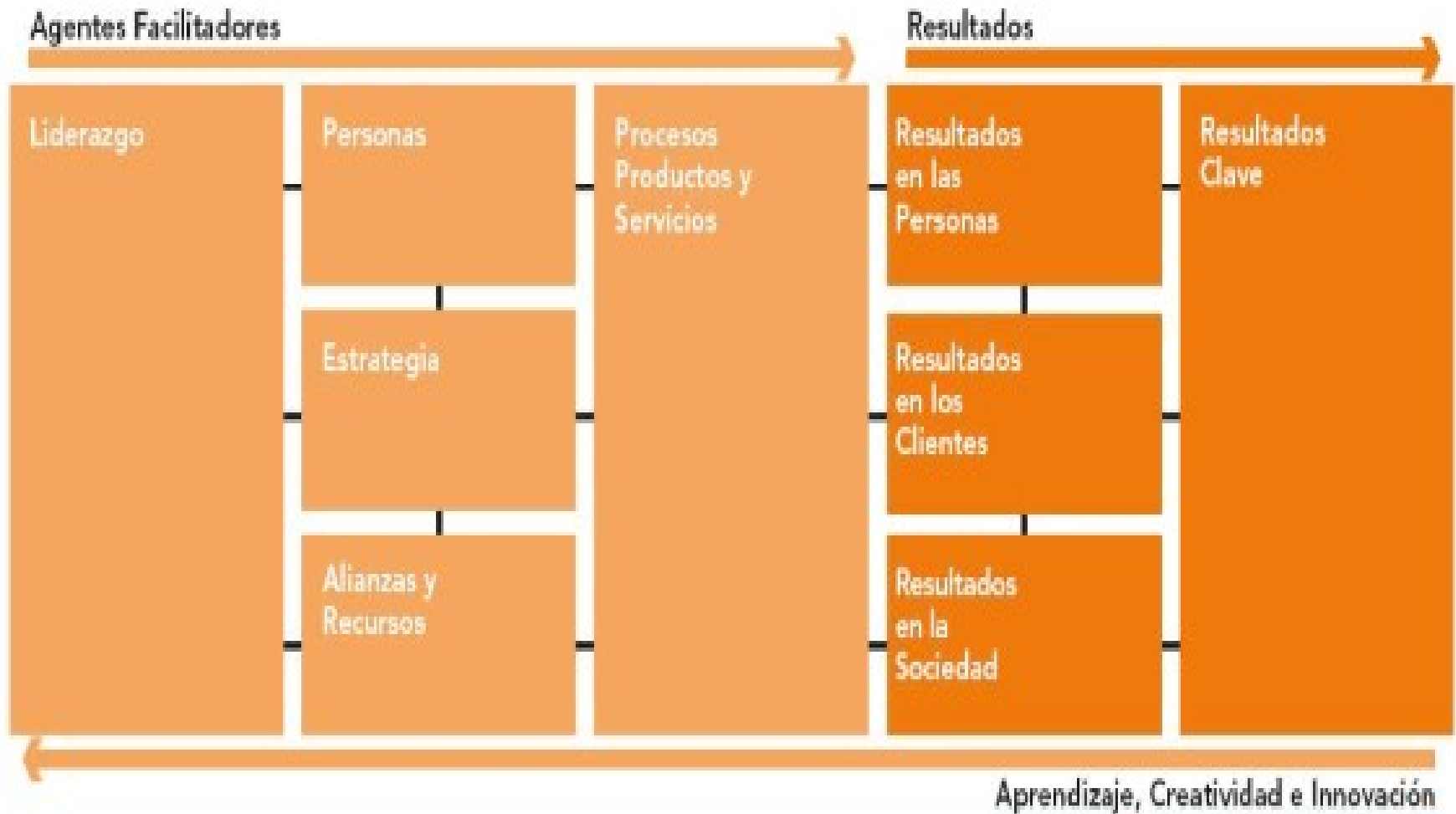
Plan de Auditoría Interna

Organización:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE		
Domicilio:		Fecha de Auditoría:	Del 25 al 29 de noviembre de 2019
Representante de la Organización:			
Auditor Jefe:			
Equipo Auditor:	Pendiente de Incorporar algún observador.		
Tipo de auditoría	Auditoría interna	Nº de auditoría:	Seguimiento
Normas de referencia:	UNE EN ISO 9001:2015,		
Alcance:	Sistema de gestión de calidad de: Análisis Clínicos, Banco de Sangre, Banco de Tejidos, Microbiología, Urgencias Farmacia Atención Sanitaria al Paciente Quemado, Cuidados enfermeros en hospitalización médica, Cuidados enfermeros en hospitalización quirúrgica, Cuidados enfermeros en tercer trimestre, parto y postparto, Seguridad y orden interno, Cuidados paliativos, Servicio de Atención al Paciente, Unidad de Diálisis, Alergia, Provisión de Bienes y Servicios (Suministros), Servicio de Admisión, Ortopedia infantil, Bloque Quirúrgico Laboratorio de Hematología		
Objetivo de la auditoría:	Determinar si el sistema de gestión de calidad es ESTABLE (los procesos definidos están implantados y se mantienen) y es EFICAZ (se han alcanzado y se mantienen los objetivos que se habían planificado).		

Del 25 al 29 de noviembre de 2019			
AUDITOR	DÍA	HORA	ÁREA A AUDITAR
APERTURA	25 noviembre		EQUIPO AUDITOR /DIRECCIÓN, UNIDAD DE CALIDAD, RESPONSABLES SERVICIOS
	25-nov	8,30-11,00	BANCO DE TEJIDOS
		11,30-14,30	BANCO DE SANGRE
	26-nov	8,30-11,00	ANÁLISIS CLÍNICOS
		11,30-14,30	MICROBIOLOGÍA



Modelo EFQM 2013



<https://www.clubexcelencia.org/modelo-efqm>

Modelo EFQM 2020



<https://www.clubexcelencia.org/modelo-efqm>

La estructura del Modelo **EFQM 2020** se basa en una lógica sencilla pero muy poderosa, que responde a tres cuestiones:

- ¿"Por qué" existe la organización? ¿"Qué" propósito cumple? ¿"Por qué" esta estrategia concreta? => **DIRECCIÓN**
- ¿"Cómo" tiene la intención de cumplir con su propósito y estrategia => **EJECUCIÓN**
- ¿"Qué" ha logrado hasta ahora? ¿"Qué" quiere lograr en el futuro? => **RESULTADOS**

El Modelo EFQM consta de **7 criterios** y su hilo conductor fundamental muestra la lógica conexión entre el propósito y la estrategia de una organización y cómo ésta es utilizada para ayudar en la creación de valor sostenible para sus grupos de interés clave y en la generación de resultados sobresalientes.



Evaluaciones personalizadas

Artículo 24 Contrato Programa de las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud

1. Con el objeto de avanzar en la autonomía de gestión la **elaboración del Contrato Programa** de las organizaciones sanitarias, de acuerdo con el presupuesto, deberá permitir que la descentralización de la gestión se fundamente en una **rendición de cuentas integrada que vincule financiación, recursos, actividad, calidad y resultados.**

I. COMUNIDAD DE MADRID

A) Disposiciones Generales

Presidencia de la Comunidad

1 LEY 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.

La Presidencia de la Comunidad de Madrid.

Hago saber que la Asamblea de Madrid ha aprobado la siguiente Ley, que yo, en nombre del Rey, promulgo.

PREÁMBULO

El artículo 43 de la Constitución Española de 1978 reconoce el derecho a la protección de la salud y atribuye a los poderes públicos la competencia para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, estableciendo al mismo tiempo que los derechos y deberes de todos al respecto consisten en reservar para el legislador ordinario, en el marco de competencias que corresponden al Estado y a las Comunidades Autónomas de acuerdo con la distribución constitucional y con lo que establecen en cada caso los respectivos Estatutos de Autonomía.

La Asamblea de Madrid el 22 de octubre de 2015 aprobó por unanimidad la Resolución 24/2015, que contempla cinco puntos que consisten en el denominar comité de buen gobierno y buena gestión pública para los centros y organizaciones sanitarias en los planes de nuestro exterior; órganos colegiados de gobierno en todos los organismos del Servicio Madrileño de Salud; profesionalización de la función directiva; fortalecimiento de los órganos de asesoramiento y participación; establecimiento de instrumentos de buen gobierno y autonomía de gestión y capacidad de innovación.

Esta Ley regula y concreta dichos instrumentos de buen gobierno, pues dota al sistema sanitario madrileño de un marco estructural y organizativo moderno, ágil y eficaz, con el objetivo de lograr mayor eficiencia y calidad, más participación y control y más transparencia y rendición de cuentas en la gestión sanitaria, teniendo presente el enfoque del paciente como eje del sistema.

Los órganos de gobierno, denominados Juntas de Gobierno, existían en todos las organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, permitiendo una mayor autonomía en la gestión al tiempo que garantizaban un nivel adecuado de control y transparencia al rendir cuentas ante ellos los órganos directivos.

La presente Ley reconoce la necesaria profesionalización de la función directiva en el sistema sanitario madrileño y dispone el establecimiento de procedimientos de selección que permitan garantizar el mérito y la capacidad en el acceso a los puestos directivos, así como de sistemas de evaluación del desempeño y participación profesional y sus respectivos de participación de representantes públicos y del tejido asociativo de la ciudadanía. El

La Ley refuerza los órganos de asesoramiento y participación profesional fomenta el refuerzo de los órganos de asesoramiento y participación profesional fomenta la inclusión de una mayor garantía de rigor científico-profesional en la toma de decisiones, favoreciendo la participación de los profesionales sanitarios con sus centros, hacer el proceso de toma de decisiones más transparente y participativo y mejorar su calidad.

En el ámbito de la transparencia, dicha pública, el acceso a la información y otros instrumentos de buen gobierno, la Ley introduce medidas concretas que incluyen compromisos, como un Código de Transparencia, Ética y Buen Gobierno de la sanidad pública madrileña, comprensivo de regulación de conflictos de interés y códigos de buenas prácticas aplicables al personal directivo de los centros dependientes o adscritos al Servicio Madrileño de Salud. La Ley establece que las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud, para el mejor cumplimiento de sus fines, actúan bajo el principio de autonomía de gestión, dentro de un marco general común, establecido por el Servicio Madrileño de Salud que tiene como instrumentos de referencia el Contrato Programa y el presupuesto. Una

Estructura objetivos calidad



Auditorias objetivos calidad

Evaluación de los Objetivos de Calidad establecidos para los Hospitales

Centro Sanitario
Fundación Jiménez Díaz

Plan de Evaluación

Indice

Introducción.....	1
Objetivos.....	2
Metodología y Actuaciones.....	4
Calidad Percibida.....	6
Seguridad del Paciente y Gestión de la calidad.....	8
Información y Atención al Paciente.....	15
Indicadores de comparación hospitalaria.....	17
Conclusiones.....	18

Urgencias.....	SI
Cirugía.....	SI
Anestesia.....	SI
Obstetricia.....	SI
Neonatología.....	SI
Farmacia.....	SI

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Todos los servicios prioritarios deben tener un Responsable de Seguridad del Paciente.
Verificación: El 100% de los servicios hospitalarios cuentan con un Responsable de Seguridad, se aporta relación nominativa de los mismos.

3.b.3.- Promover la seguridad clínica en los Servicios.

• Número de Servicios Clínicos con sesiones de seguridad impartidas.....	16
• Número Total de Servicios Clínicos.....	19
• Índice SCCSS/NTSC*100.....	84.21%
<small>SCCS= Servicios Clínicos con sesiones de seguridad</small>	
<small>NTSC: Nº total de Servicios Clínicos</small>	

Observaciones y Comentarios

Objetivo: >70% de los servicios clínicos deben tener sesiones de Seguridad del Paciente.
Verificación: Se comprueban las sesiones de seguridad impartidas mediante las presentaciones en P.Point que los Responsables de Seguridad deben remitir a la Subdirección Médica encargada de la misma.

3.b.4.- Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: " rondas de seguridad".

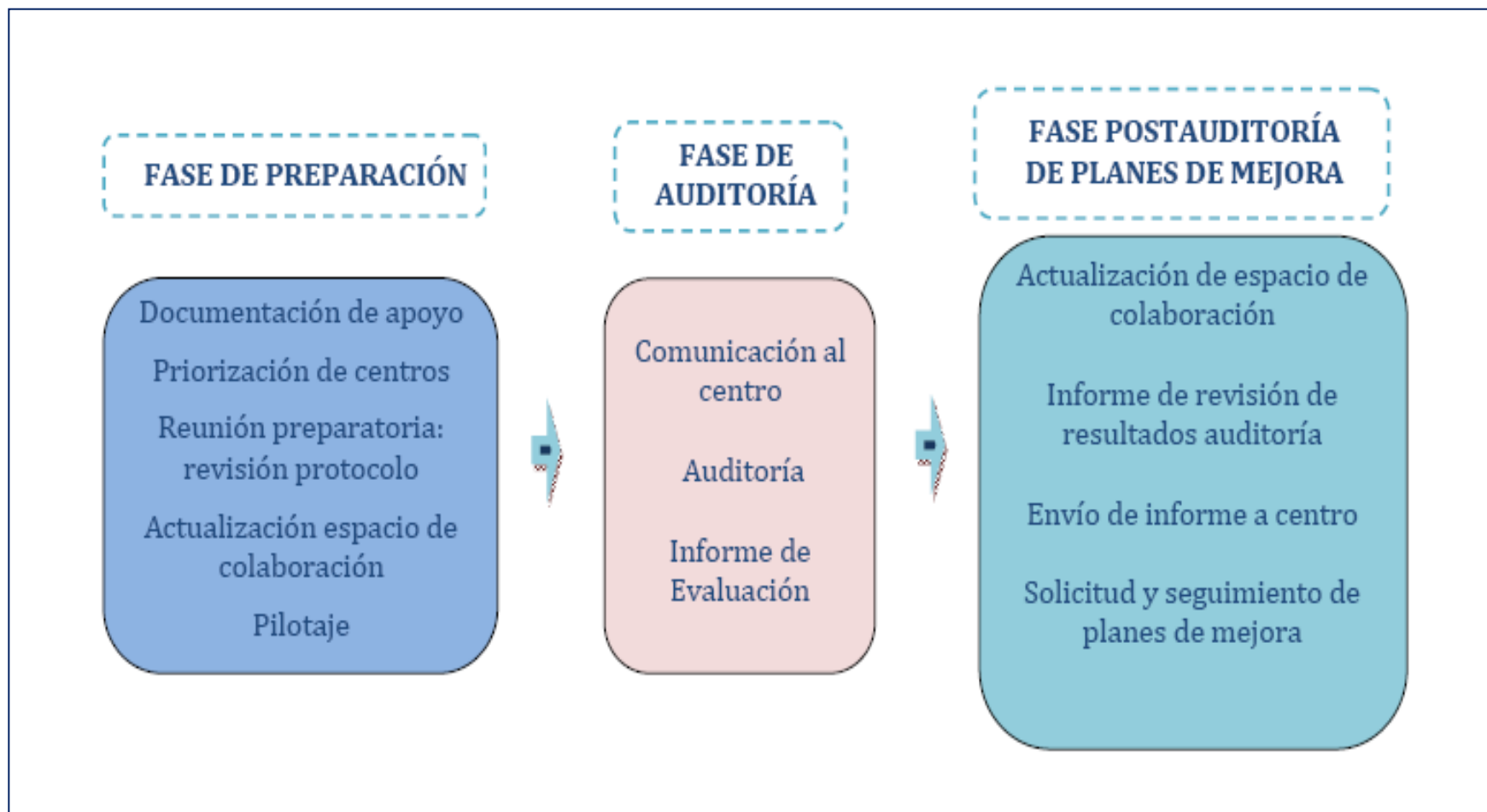
• Se han realizado por el Equipo Directivo al menos tres visitas.....	SI
• Se han realizado al menos dos visitas en la UCI.....	SI
• Número Total de visitas realizadas Servicios.....	5

Observaciones y Comentarios

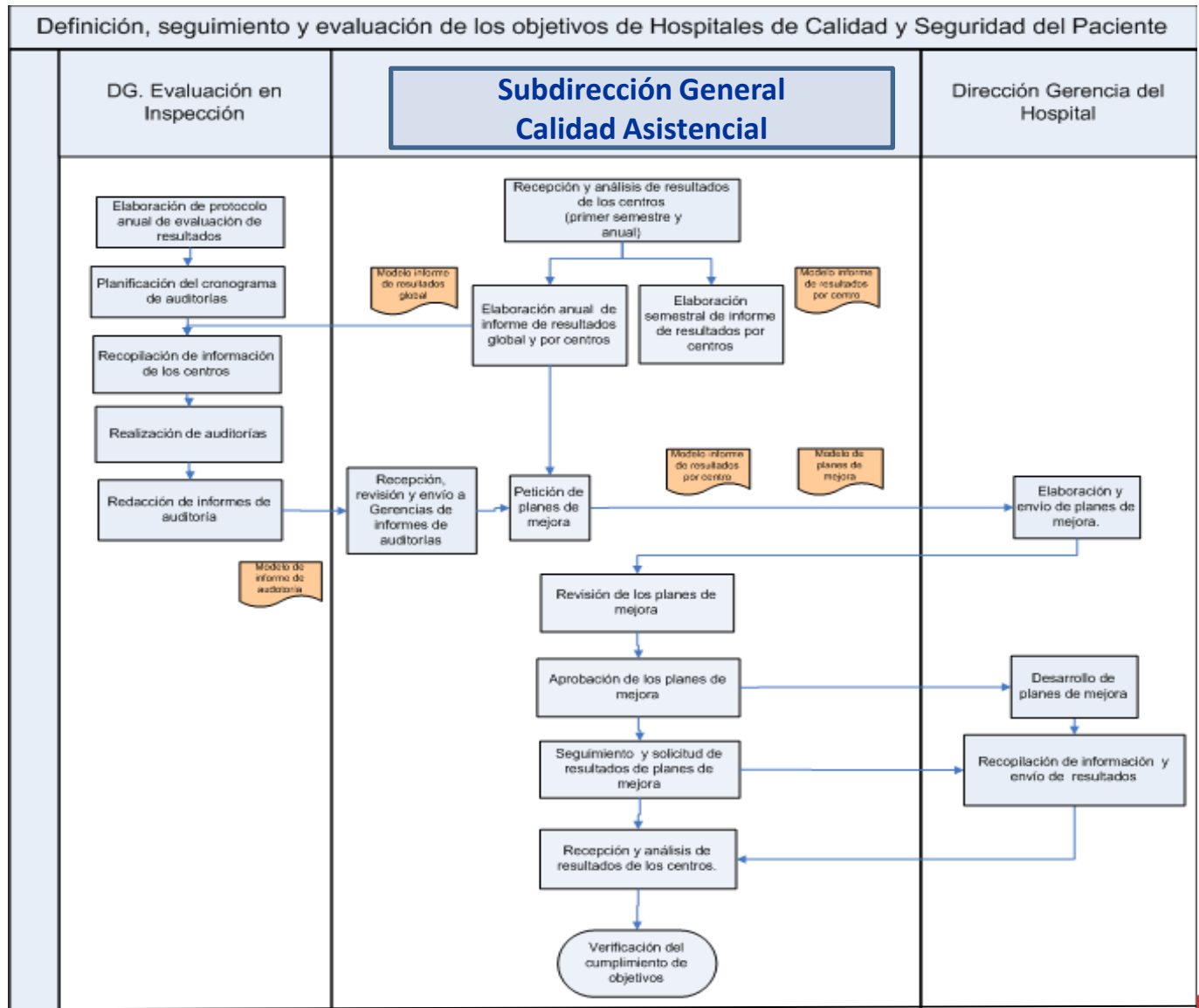
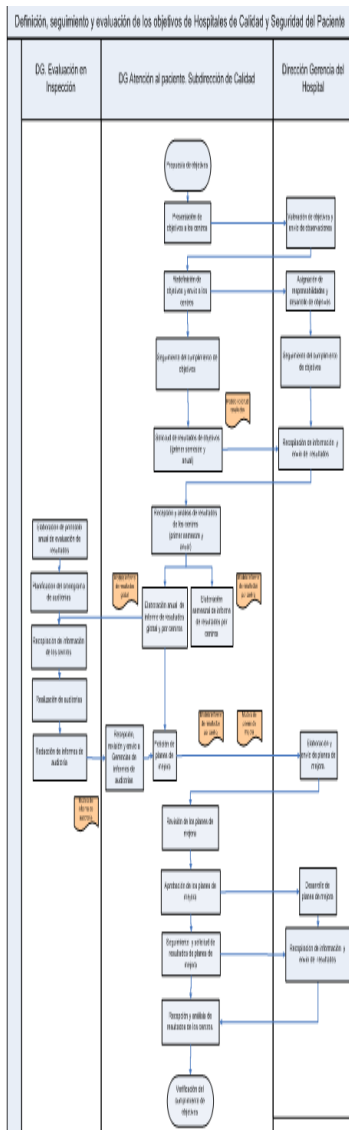
Objetivo: Al menos tres rondas de seguridad, y dos de ellas en UCI.
Verificación: Durante el año 2012 se realizaron 5 rondas de seguridad (3 en UCI, 1 en Neonatología y 1 en Obstetricia). De las citadas rondas se levantan las correspondientes actas.

Objetivos: aprendizaje y mejora

METODOLOGÍA (ACTIVIDADES DESARROLLADAS):



Pictograma elaboración y evaluación objetivos



*Concordancia de resultados en
aproximadamente el*

70%

de los apartados evaluados

Criterios auditorias

Conclusiones

A.- Objetivos del Plan de Calidad del hospital

- > El hospital ha desarrollado las actividades RSC declaradas y la Gerencia participa en la elaboración de un proyecto corporativo todavía no disponible.
- > El hospital cumple con los objetivos anuales previstos en Gestión de Procesos y Cultura y Formación.
- > El hospital dispone de un Procedimiento de Acceso a la Información (PAI) con múltiples indicadores, pero todavía no cuenta con un Cuadro de Mando Integral.

B.- Seguridad del Paciente

- > El Hospital cumple los objetivos establecidos.

C.- Indicadores de Comparación Hospitalaria

- > Los indicadores de comparación hospitalaria están dentro del rango de su grupo de hospitales.

D.- Calidad Percibida

- > El hospital cumple los objetivos establecidos, salvo el porcentaje de implantación de protocolos de información que solo alcanza el 69% de los servicios.

E.- Gestión de la Calidad

- > El hospital cumple los objetivos establecidos.

F.- Información y Atención al Paciente

- > El hospital cumple los objetivos establecidos.

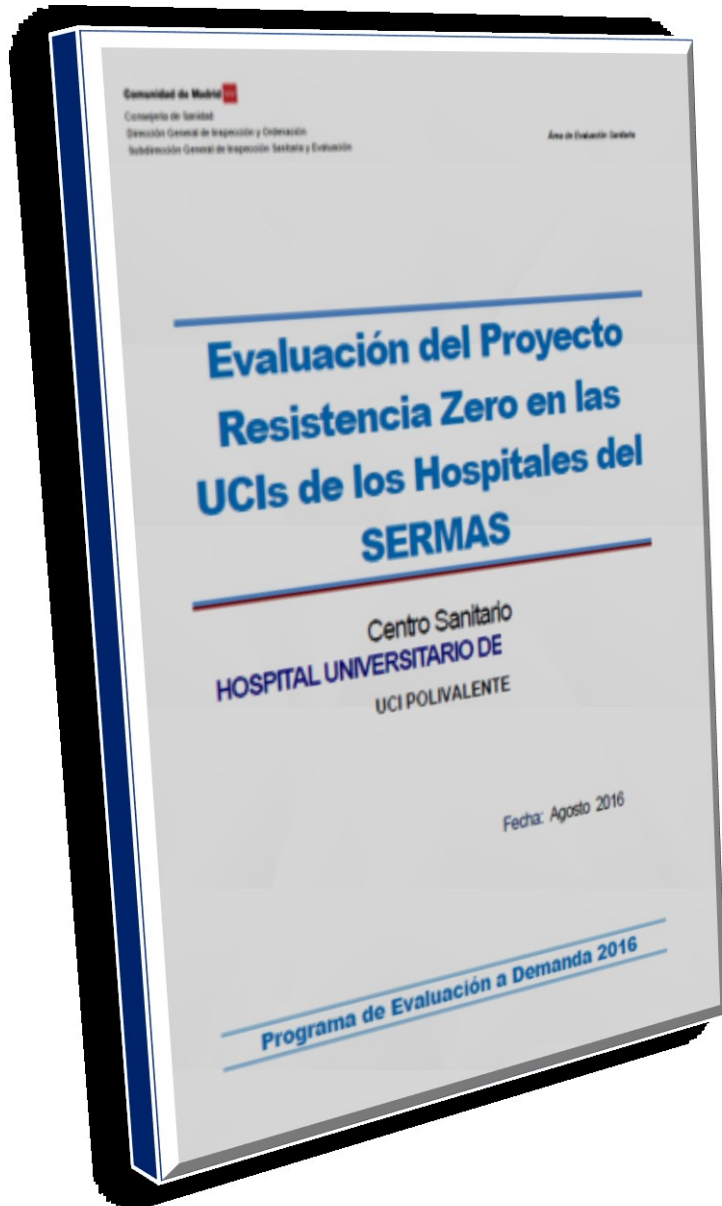
24



CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:

- Centros concertados y concesionados.
- Haber obtenido los resultados más bajos de su grupo
- Presentar un número elevado de incongruencias en la auditoría de los objetivos respecto a resultados remitidos por el centro.
- Tratarse de una empresa pública o fundación.
- No haber sido auditado en años previos

Auditorias seguridad UCI: enfoque general




Verificar el cumplimiento de la aplicación de las Recomendaciones para prevenir la aparición y/o diseminación de BMR en pacientes críticos (STOP BMR).

- **Contratar los datos existentes: no teníamos datos a nivel central de cada UCI.**
- **Conocer la situación real del proyecto.**
- **Dar herramientas de mejora: informes de auditoria.**
- **“Alinear” a la organización.**

Auditorias seguridad del paciente

AUDITORIAS SEGURIDAD PACIENTE QUIRURGICO: PROTOCOLO COMUNIDAD MADRID


Comunidad de Madrid 
Consejería de Sanidad
Dirección General de Inspección y Ordenación
Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación

Área de Evaluación Sanitaria

Índice

	Página
1. Justificación.....	4
2. Objetivos.....	6
3. Metodología y Actuaciones	7
4. Resultados	9
4.1. Programa Cirugía Segura (PCS).....	9
4.1.1. Gestión del PCS	9
4.1.2. Implantación del LVQ.....	11
4.1.3. Evaluación de la cumplimentación del LVQ.....	13
4.1.4. Protocolo de profilaxis tromboembólica	18
4.1.5. Medidas para prevención de errores de medicación anestésica.....	19
4.1.6. Indicadores del PCS.....	20
4.2. Programa Infección Quirúrgica Zero (IQZ).....	20
4.2.1. Adecuación de la profilaxis antibiótica	20
4.2.2. Pincelado con clorhexidina alcohólica al 2%.....	22
4.2.3. Correcta eliminación del vello.....	22
4.2.4. Medidas para mantenimiento de normotermia.....	23
4.2.5. Medidas para mantenimiento de normoglucemia	24
4.2.6. Indicadores de resultado IQZ	24
5. Conclusiones.....	25

INFORMES PROYECTOS SEGURIDAD CIRUGIA

Comunidad de Madrid 
Consejería de Sanidad
Dirección General de Inspección y Ordenación
Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación

Área de Evaluación Sanitaria

PROGRAMA DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO

Profilaxis antibiótica

- CUENTAN CON UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA.
- EN EL 92,7 % SE REGISTRA LA ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA.
- EN TODOS LOS CASOS REGISTRADOS HA SIDO CORRECTO EL TRATAMIENTO, LA DOSIS Y LA VÍA, SEGÚN PROTOCOLO.
- EL INTERVALO DE TIEMPO HA SIDO CORRECTO EN EL 96,5%.

Preparación prequirúrgica: clorhexidina alcohólica al 2%

- DISPONEN DE UN PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DE LA PIEL POR GRUPOS QUIRÚRGICOS, EN EL QUE CONSTA EL PINCELADO CON CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA AL 2%, Y POVIDONA YODADA AL 10%.
- LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA DESINFECCIÓN DE LA PIEL EN LAS HISTORIAS REVISADAS HA SIDO DE UN 100%, AUNQUE SE ENCONTRÓ LA UTILIZACIÓN DE CLORHEXIDINA EN EL 50% DE LOS CASOS.

Preparación prequirúrgica: correcta eliminación del vello

- ESTE APARTADO SE RECOGE TAMBIÉN EN EL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DE LA PIEL POR GRUPOS QUIRÚRGICOS.
- LA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTE ÍTEM EN LAS HISTORIAS REVISADAS HA SIDO DE UN 100% EN LOS PACIENTES EN LOS QUE ESTABA INDICADO.
- LA ELIMINACIÓN DEL VELLO SE HA HECHO SIGUIENDO LAS INDICACIONES DEL PROTOCOLO.

Modelo de Reconocimiento

RESPONSABILIDAD SOCIAL
SOCIOSANITARIA

MARCO DE RECONOCIMIENTO
DE LAS ORGANIZACIONES
SANITARIAS

Cuestionario de Evaluación
Versión 02. 2019



BÁSICO

- PUNTUACIÓN
- ÍTEMS CLAVE



MEDIO

- PUNTUACIÓN
- ÍTEMS CLAVE



AVANZADO

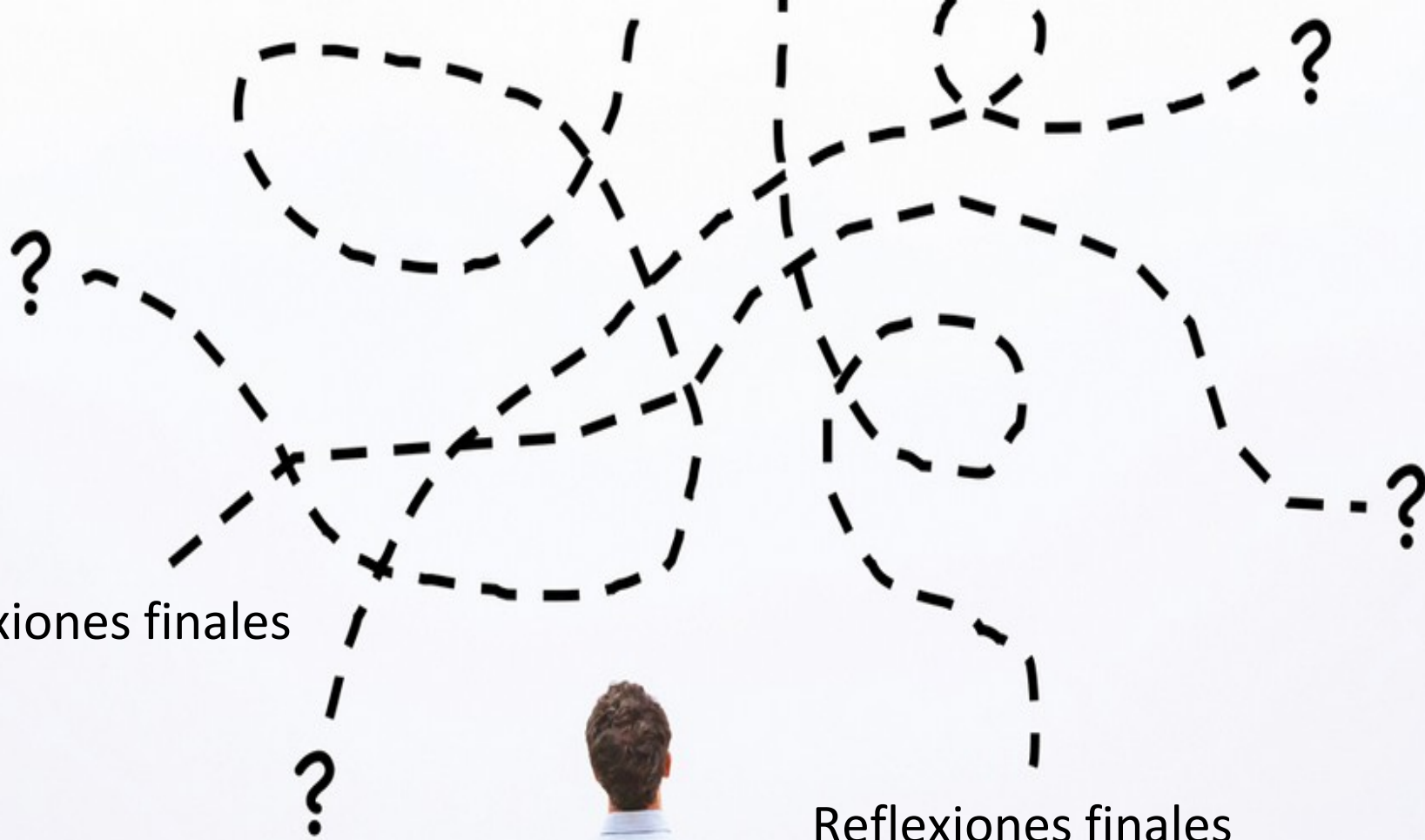
- PUNTUACIÓN
- ÍTEMS CLAVE
- EVIDENCIA DOCUMENTAL



EXCELENTE

- PUNTUACIÓN
- ÍTEMS CLAVE
- EVIDENCIA DOCUMENTAL
- VISITA AL CENTRO

Hospitales/Centros
socialmente responsables



Reflexiones finales

Reflexiones finales



Cómo ven los USUARIOS a los INFORMÁTICOS



Cómo ven los INFORMÁTICOS a los USUARIOS



★★★★

"Una historia fascinante"
THE GUARDIAN



DIOSES

Nadie podrá pararlo, ni dioses ni hombres






100.000 cabinas x 100 pacientes/día

Ignacio Hernández Medrano. ihmedrano@savanamed.com





A VER, EL CARNET
DE CONDUCIR. . .

A VER SI OS ACLARÁIS.
EL OTRO DÍA ME LO QUITÁIS,
HOY ME LO PEDIS,
AL FINAL ME LO VAIS A
PERDER...!!!!

Enfoque formativo

Formación líderes y equipos

Formación expertos proyectos institucionales

Formación profesionales



Presencial

Formador de formadores

Cursos "on line"

Segmentación de cursos


Diez claves, a modo de reflexión.....

1. Aprovechar el camino: cultura.
2. Ser útiles a la organización.
3. Re-ingeniería?.
4. Manejar palancas: planificación, coordinación y comunicación
5. Enfocar: objetivos evaluaciones.
6. Liderazgo institucional mantenido.
7. Metodología adecuada...
8. Feedback: informes.
9. Aprendizaje y mejora: Formación.
10. Transformación digital



XIII JORNADAS TÉCNICAS DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Málaga, 6, 7 y 8 de Noviembre de 2019

 Asociación
Andaluz
Inspección
Servicios
Sanitarios

Sala de Ámbito Cultural de El Corte Inglés
(Ed. Calle Hillera)
Avda de Andalucía (Málaga)



La Inspección como
instrumento de
mejora continua
para el Sistema
Sanitario.

COMITÉ ORGANIZADOR
Presidente
D. F. Javier Estebanaraz García

COMITÉ CIENTÍFICO
Presidente
D. Antonio del Corral García



Gracias por vuestra atención