

UNIVERSIDAD DEL SURESTE



NOMBRE DE LA PROFESORA:

D.A Nelva Gálvez García

NOMBRE DE LA ALUMNA:

Gladis Alcazar Rincon

MATERIA:

Administración de la calidad
Sistemas de Salud

TEMA:

Ensayo

FECHA:

14 de octubre 2022

INTRODUCCION

En este ensayo aprenderemos cómo funciona el sistema de acreditación en establecimientos de atención de la salud, conoceremos cómo se rigen las normas y cómo funciona un sistema de gestión de la calidad dentro de un hospital qué metodología utilizan y cómo funciona cada una de ellas, cómo se ha dado la certificación en México en qué años y cómo ha funcionado, conoceremos las fases de la acreditación.

DESARROLLO

Fundamentos para la Gestión de la Calidad

Es una norma apoyada por un gran número de organizaciones está respaldada por unos fundamentos para los Sistemas de Gestión de la Calidad que dan sentido al desarrollo e implantación del estándar en organizaciones de diferentes tipologías.

Los Fundamentos de los Sistemas de la Gestión de la Calidad están recogidos en la norma ISO 9000 y son los siguientes:

BASE RACIONAL. La base racional es la lógica que se sustenta la razón de ser del sistema de calidad.

ENFOQUE SISTEMICO DE LA CALIDAD. La existencia de un sistema de gestión de la calidad ISO9001 en una entidad aporta confianza a los clientes y a la propia organización en temas como:

- La capacidad para suministrar productos que satisfagan los requisitos
- Forjan confianza en los procesos en su capacidad y calidad
- Trabajar para la mejora continua

ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

El enfoque basado en procesos es un concepto que incluye al conjunto de las actividades de identificación y gestión sistemática de procesos y su interacción. Este enfoque es útil para que las organizaciones operen de forma eficaz, aunque para ello deben identificar y gestionar procesos interrelacionados.

POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD.

Determinan qué resultados son los que desea una organización lograr y ayudar a definir y aplicar los recursos para llegar a ellos. Los objetivos deben ser coherentes y consistentes con la política de calidad, y medibles para poder comprobar el grado de consecución de los mismos. Estos objetivos se complementan con otros ya existentes en la organización, ya sean relativos a finanzas, rentabilidad o seguridad.

PAPEL DE ALTA DIRECCION.

La alta dirección se sirve de los principios de la calidad para desempeñar sus Funciones, y entre ellas encontramos:

- Instaurar y mantener la política y objetivos de la calidad.
- Fomentar la concienciación, motivación y participación del personal.
- Comprobar que toda la organización orienta su trabajo en la satisfacción del cliente.
Asegurar que el sistema es eficiente y eficaz.
- Revisar y evaluar el sistema.

VALOR DE LA DOCUMENTACION:

La documentación es necesaria porque permite la comunicación de los propósitos y la firmeza de las acciones. A la hora de evaluar un Sistema de Gestión de la Calidad se puede hacer desde diversas formas o métodos

- Auditorías
- Revisiones
- auto evaluaciones

sea cual sea el método que se use en la evaluación los resultados deben ser revisados y, cuando sea requerido, determinar oportunidades de mejora.

MEJORA CONTINUA.

La mejora continua es una práctica llevada a cabo para incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes. Para ello existen una serie de acciones como:

- Analizar y evaluar la situación existente.
- Identificar oportunidades de mejora.
- Buscar alternativas para la consecución de objetivos
Selección de alternativas
- Evaluar resultados
- Formalizar los cambios

Los clientes necesitan productos con características que satisfagan sus necesidades y expectativas. Estas necesidades y expectativas se expresan en la especificación del producto y son generalmente denominadas como requisitos del cliente.

El enfoque a través de un sistema de gestión de la calidad anima a las organizaciones a analizar los requisitos del cliente, definir los procesos que contribuyen al logro de productos aceptables para el cliente y mantener estos procesos bajo control.

METODOLOGIA PARA LA IMPLEMENTACION.

10 Metodologías para implementar ISO9001 que pueden ser de utilidad

Planeación estratégica

- Honshi Kanri *Matriz MEFI
- Análisis PESAT *análisis de los Stakeholders
- Análisis DAFO *Definición del alcance
- Matriz MEFE *Mapeo y documentación del proceso

METODOLOGIA DEL PROCESO

1.- Revisión inicial

2.- Diseño de la documentación

3.- Implantación

4.- Auditoría interna

5.- Procesos de certificación

PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

En México, la certificación de establecimientos de atención médica (EAM) por el Consejo de Salubridad General (CGS) equivale a la acreditación que otorgan organizaciones como la de Joint Comisión Internacional (JCI) inició en 1999 como instrumento de evaluación para apoyar el mejoramiento del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El proceso de certificación comprende 3 fases: 1) inscripción y autoevaluación 2) auditorías 3) dictámenes, a partir del cual se clasifican los establecimientos como certificados y no certificados la vigencia de la certificación es variable entre (1 y 5 años) y depende de la calificación general obtenida y del cumplimiento de las reglas de decisión. Al concluir la vigencia de un certificado el establecimiento puede optar por recertificarse.

El Dr. Eduardo de Gortari Gorostiza, Director General de la de Regularización de los Servicios de Salud conjuntó un grupo de expertos para desarrollar un Sistema de

Certificación de Hospitales y se conformó una Comisión Nacional de Certificación de Hospitales sin embargo y debido al cambio de sexenio, no se tuvo éxito con esta comisión. No fue hasta en el año del 1999 que el Dr. Juan Ramón de la fuente Secretario de Salud convoca en el mes de abril representante de las principales instituciones relacionadas con la salud, para integrar la Comisión Nacional de Certificación.

El programa de Certificación que originalmente incluía únicamente a hospitales, se extendió a unidades ambulatorias, hospitales psiquiátricos, unidades de hemodiálisis y unidades de rehabilitación (Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica).

El Programa continuó funcionando sin cambios mayores hasta que en junio del 2007 en la Segunda Sesión Ordinaria de la Comisión Para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM) llevada a cabo el 28 de junio 2007 se aprobó el cambio de nombre de Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica a Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM).

Como producto de la operación de las estrategias antes mencionadas se aprueban las Normas de Auditoría para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica el día 04 de diciembre 2007, durante la celebración de la Cuarta Sesión Ordinaria 2007 de la CCEAM . A raíz de la publicación del Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del SiNaCEAM se presentaron en la Tercera Sesión Ordinaria 2008 del CCEAM los Reglamentos del SiNaCEAM y de la CCEAM los cuales fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación en el mes de mayo del 2009. Es muy importante señalar que el SiNaCEAM, guiado por su función estratégica de articulación con otras organizaciones e instituciones inició en el 2016 un trabajo colaborativo con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), con el objetivo de desarrollar un modelo de complementariedad Acreditación- Certificación en el cual existen de manera transversal entre la Acreditación Re acreditación y la Certificación, Acciones esenciales que permiten a todas las organizaciones implementar procesos de seguridad del paciente.

En el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), fue convocada a 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. En cuanto al

tránsito de pacientes, resultaba de suma importancia que las organizaciones de Atención Médica estuvieran certificadas por los organismos reconocidos por los tres países, inclusive como requisito para 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 Seguro de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, habían desarrollado y aplicado procedimientos de evaluación de forma independiente en congruencia con los programas de trabajo propios de la institución.

NATURALEZA, ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA ACREDITACIÓN

un sistema de gestión en seguridad y salud debe buscar siempre:

- Mejorar cada día la cultura de seguridad y salud en el trabajo.
- Reducir los accidentes.
- Establecer controles de riesgos para garantizar la seguridad y la protección.
- Cumplir con las leyes integrarse fácilmente con otros sistemas de gestión.
- Mejorar la credibilidad de la organización.

ALCANCES DE LA ACREDITACIÓN EN SALUD

El proceso de acreditación constituye una herramienta muy eficaz para evaluar la gestión de los procesos, detectando errores deficiencias y áreas de mejora tanto de mejora tanto en el sistema de calidad utilizando como los resultados obtenidos.

Con la acreditación las organizaciones de salud buscan:

- Garantizar a los usuarios un servicio de salud en condiciones de calidad humanización y efectividad.
- Generar confianza entre los clientes sobre los resultados que se alcancen con los procesos asistenciales y administrativos.
- Garantizar servicios de salud que cumplan con las características del Sistema. Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud tales como oportunidad Accesibilidad seguridad.
- Imagen y credibilidad entre los usuarios y la comunidad en general.
- Transformar la cultura organizacional.

Limitaciones más frecuentes:

- Falta de dedicación y tiempo por parte del personal con conocimiento y responsabilidad
- Diseño de procesos engorrosos y tratar de copiar
- Falta de coherencia entre los que se dice y lo que se hace
- Falta de un buen sistema de medición organizativa e indicadores
- Falta de liderar algo visible
- Sólo se toma interés por la certificación
- Se quiere imponer

CONCLUSION

En este ensayo pude conocer los procesos de acreditación, las fases en qué consiste cómo funciona cada una de ellas y como una acreditación en el área de salud constituye una herramienta muy eficaz para evaluar la gestión de procesos en donde se puede detectar errores, deficiencias, pero así también tiene áreas de mejora y que en este proceso existen procesos operativos donde se detectan ámbitos engañosos, por medio de una acreditación se puede garantizar una un servicio de calidad al usuario y así también generar confianza.

BIBLIOGRAFIA

<http://www.csg.gob.mxcontenidos/certificacion/sinaceam.html> (ANTOLOGIA UDS)

<https://www.revistaseguridadminera.com/gestión-seguridad/limitaciones-para-elexito-de-los-sistemas-de-gestion/> (ANTOLOGIA UDS)