

Nombre del Alumno: José del Carmen Hernández Vázquez

Actividad: Ensayo sobre “ ISO 9000 y sistemas de acreditación de establecimientos de atención de la salud”.

Nombre de la Materia: Administración de la calidad en sistemas de salud

Nombre del Profesor: Nelva Gálvez García

Nombre de la Maestría: Administración en sistemas de salud

Cuatrimestre: 4to.

“EL LIDERAZGO EFECTIVO ES PONER PRIMERO LO PRIMERO. LA GESTIÓN EFICAZ ES LA DISCIPLINA LLEVADA A CABO”

STEPHEN COVEY.

El futuro es ahora y con ello vienen nuevas técnicas, nuevas tecnologías, nuevas enfermedades, nuevos padecimientos; la población se expande cada vez más y por ello la salud es importante para el bienestar de una sociedad, buscamos la excelencia y ser cada vez más vanguardistas en cuestiones de salud, pero si no se gestiona, ni se dirige en tiempo y forma los sistemas de salud que son cada vez más demandante, no será posible acreditar y crecer como buenos promotores de salud.

ISO 9000 es la norma internacional de Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC). Proporciona a las organizaciones un conjunto de principios que garantizan que las actividades realizadas se enfoquen en la satisfacción del cliente y se lleven a cabo con un propósito específico: la calidad. El presente ensayo proporciona un breve análisis de los fundamentos, naturaleza, alcances y limitaciones de normas ISO 9000, para ser interpretados e implementados en cualquier tipo de organización.

TEMARIO

UNIDAD 2

Información de la unidad:

ISO 9000 Y SISTEMAS DE ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION DE LA SALUD.

2.1 Introducción a las normas ISO 9000

2.2 fundamentos teóricos y metodología

2.3 Programa de Certificación de establecimientos de la atención médica.

2.4 Naturaleza, alcances y limitaciones de los sistemas de acreditación.

UNIDAD II

ISO 900 Y SISTEMAS DE ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION DE LA SALUD.

ISO 9001: FUNDAMENTOS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

2.1 Introducción a las Normas ISO 9000

- 1) Se refiere a productos y servicios
- 2) Conceptos y vocabularios.
- 3) Términos y definiciones
- 4) Estable requisitos de un sistema una gestión de calidad, identifica objetivos
- 5) Optimiza la alta dirección y los recursos obtenidos
- 6) Proporciona los medios para alcanzar la excelencia en la calidad

2.2 ISO 9001: Fundamentos para la Gestión de la Calidad ISO 9001 - norma apoyada por organizaciones, respaldada por fundamentos para los Sistemas de Gestión de la Calidad que están recogidos en la norma ISO 9000 y son los siguientes:

Base racional - lógica que sustenta la razón de ser del sistema de calidad.

- ❖ herramienta que ayuda a las organizaciones a acrecentar la satisfacción del cliente.
- ❖ Los clientes requieren productos con características para satisfacer necesidades.
- ❖ necesidades que se manifiestan en las especificaciones del producto.
- ❖ Requisitos establecidos por clientes u las organizaciones.
- ❖ Las necesidades de los clientes y sus expectativas van cambiando con el tiempo, surgen presiones competitivas y avances técnicos que lo suscitan.

Enfoque sistémico de la calidad – al aplicar calidad mediante un sistema de gestión ayudan a las organizaciones para analizar requisitos del cliente y definir procesos este sistema aporta confianza a los clientes.

Enfoque basado en procesos

- ❖ Proceso - actividad que transforma los recursos entrantes en salidas.
- ❖ enfoque basado en procesos concepto que incluye al conjunto de las actividades de identificación y gestión sistemática de procesos y su interacción.
- ❖ Enfoque útil para que las organizaciones operen eficazmente

- ❖ Política y objetivos de la calidad
- ❖ Política y los objetivos de calidad constituyen un punto de referencia para dirigir la organización.
- ❖ Determinan qué resultados son los que desea una organización

Los objetivos deben ser coherentes y consistentes con la política de calidad, El logro de los objetivos causará un impacto positivo en la calidad del producto.

Papel de la alta dirección - Propiciará un ambiente en el que los trabajadores se involucren y operen eficazmente desempeñando funciones como:

1. Instaurar y mantener la política y objetivos de la calidad.
2. Fomentar la concienciación, motivación y participación del personal.
3. Comprobar que toda la organización orienta su trabajo en la satisfacción del cliente.
4. Asegurar que el sistema es eficiente y eficaz.
5. Revisar y evaluar el sistema.
6. Tomar decisiones ligadas a acciones para mejorar el Sistema de Gestión.

Valor de la documentación - permite la comunicación de los propósitos y la firmeza de las acciones.

Evaluación de los Sistemas de la Calidad - existen cuatro preguntas para cada uno de los procesos a evaluar: se puede hacer desde diversas formas o métodos: Auditorías, revisiones y autoevaluaciones.

1. ¿Se ha identificado y definido acertadamente el proceso?
2. ¿Se han fijado responsabilidades?
3. ¿El personal es competente?
4. ¿Es el proceso eficaz para lograr los resultados requeridos?

Mejora continua - práctica para incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes. 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.
10 metodologías y estrategias para implementar ISO 9001:

1. **Planeación estratégica** - se definen la visión, metas y objetivos
2. **Honshi Kanri** - define el rumbo estratégico de la organización,

3. **Análisis PESAT** - analiza la situación Política, Económica, Social, Ambiental y Tecnológica.
4. **Análisis DAFO** – hace un reconocimiento a nivel interno, mediante la búsqueda de fortalezas y debilidades de la organización.
5. **Matriz MEFE** - da al análisis un carácter más específico y cuantitativo.
6. **Matriz MEFI** - aporta un carácter cuantitativo.
7. **Análisis de los Stakeholders** - identifica quiénes son las partes interesadas de nuestra organización y el nivel de interés de cada uno de ellos.
8. **Definición del alcance** - el alcance de la organización debe quedar documentado en el manual de calidad o en el documento que estime la organización.
9. **Mapeo y documentación de procesos** - Es la base para la determinación de la documentación del SGC.
10. **Interrelación de procesos** – se busca analizar los lazos de unión existentes entre los diferentes procesos que se llevan a cabo en la organización.

METODOLOGIA DEL PROCESO.

1. Revisión Inicial - verificación del estado actual de la organización en cuanto al grado de acercamiento a los requisitos especificados en la norma ISO-9001.
2. Diseño de la documentación - cumpliendo con las premisas de agilidad, operativa y consenso, incorporándose aquella documentación preexistente que resulte de utilidad para la organización.
3. Implantación Verificación de la aplicación y utilidad del Sistema de Gestión de Calidad diseñado. Se propone soluciones para la mejora de la cadena de valor y toma de decisiones.
4. Auditoria Interna Comprobación del grado de implantación de la norma ISO-9001 en la organización, previa a la Auditoria de Certificación.
5. Proceso de Certificación Presencia y apoyo en todas las fases del proceso de certificación del Sistema de Gestión de la Calidad.
 - a. Fase 1: Visita Previa y Estudio Documental
 - b. Fase 2: Auditoría de Certificación
 - c. Plan de Acciones Correctivas (PAC)

2.3 PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

- ❖ En México, la certificación de establecimientos de atención médica (EAM) por el Consejo de Salubridad General (CSG) equivale a la acreditación que otorgan organizaciones como la Joint Commission International (JCI).
- ❖ Inició en 1999 como instrumento de evaluación para apoyar el mejoramiento del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- ❖ En 2002 se estableció que el CSG realizara la evaluación, con participación de profesionales de instituciones del SNS.
- ❖ En 2008 se creó el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (Solacean).
- ❖ En 2009, el CSG adoptó los estándares de JCI para la acreditación de hospitales y promovió la evaluación basada en procesos rastreadores.
- ❖ En 2011 y 2012 se publicaron sendas ediciones de los estándares para hospitales con mejoras en la sintaxis y descripción de elementos medibles,
- ❖ En 2014 se difundió la primera edición de estándares para unidades de atención estomatológica.
- ❖ 2015 se publicaron dos ediciones de los estándares en las que se incluyó el “Modelo del CSG para la atención en salud con calidad y seguridad”,
- ❖ 2016 se modifica por “Modelo de seguridad del paciente del CSG”.

Desde el inicio, las autoridades responsables establecieron incentivos para incrementar la participación de EAM en el proceso consistían en promover la certificación como requisito para establecer convenios con otras instancias, principalmente públicas:

- ❖ Requisito para que los hospitales privados formen parte de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES): mayo de 2006 ratificado en 2010.
- ❖ Criterio de preferencia como campo clínico para ciclos clínicos e internado de pregrado, aplicable a establecimientos públicos y privados: enero de 2005.
- ❖ Requisito para que las aseguradoras realicen pago directo a hospitales privados; establecido en 2010 en tres ciudades; para 2012 sería aplicable a todo el país.

- ❖ Requisito para renovar la vigencia de la acreditación de hospitales de la Secretaría de Salud (SS), para prestar servicios a beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud: a partir de 2011.
- ❖ Requisito para la contratación gubernamental de servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados: a partir de 2012.
- ❖ Requisito para la participación en premios de calidad que otorgan los gobiernos federales y estatales: a partir de 2012. El proceso de certificación comprende tres fases: 1) inscripción y autoevaluación, 2) auditoría y 3) dictamen,

Los subsistemas se interrelacionan con el objetivo de otorgar una ventaja competitiva a los establecimientos que diseñan, implementan y desarrollan el Modelo de Seguridad del Paciente 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

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

1. Asuman la responsabilidad de la Seguridad del Paciente.
2. Brinden atención médica centrada en necesidades.
3. Respeten los derechos de los pacientes y participen en procesos de atención.
4. Cuenten con personal en cantidad y competencias idóneas.
5. Tengan implementados procesos de atención médica estandarizados.
6. Dispongan de espacios, insumos, equipo e instrumental en óptimas condiciones.
7. Gestionen la mejora continua de la calidad de la atención médica y seguridad de los pacientes con base en evidencia científica.
8. Mantengan o desarrollen condiciones óptimas y deseables de seguridad y satisfacción del personal que ahí labora.
9. brinden atención médica, en forma planificada y efectiva, durante y después de emergencia y/o desastre.
10. Desarrollen una cultura de seguridad de los pacientes

El director de un hospital que desee incursionar en el proceso de certificación, que cumple la totalidad de los “Estándares para la Certificación de Hospitales”, el

incumplimiento de alguno de ellos implica, en mayor o menor medida, un riesgo para el paciente y/o para su personal.

2.4 NATURALEZA, ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA ACREDITACIÓN.

Un sistema de gestión en seguridad y salud debe: Mejorar cada día la cultura de seguridad y salud en el trabajo, reducir accidentes, establecer controles de riesgos, garantizar la seguridad y la protección, cumplir con las leyes, Integrarse fácilmente con otros sistemas de gestión y mejorar la credibilidad de la organización.

El proceso de acreditación constituye una herramienta muy eficaz para evaluar la gestión de los procesos, detecta errores, deficiencias y áreas de mejora tanto en el sistema de calidad. El alcance del SGC debe basarse en la naturaleza de los productos y servicios de la organización. Es importante establecer el alcance de una manera fiable y no engañosa. Como ejemplos de ámbitos engañosos podemos considerar situaciones en las que:

- El alcance del texto incluye un estándar normativo/ norma no incluido en la auditoría
- El alcance es demasiado amplio o está vagamente definido.
- Listas de productos/servicios que son poco realistas
- Alcances con indicaciones que no puedan comprobarse
- Ámbito de aplicación que incluya declaraciones de marketing o promoción.
- El alcance de la certificación debe estar claramente definido en información

Con la acreditación las organizaciones de salud buscan:

- Garantizar un servicio de salud en condiciones de calidad, humanización, y efectividad
- Generar confianza entre los clientes sobre los resultados que se alcancen
- Garantizar Servicios de salud que cumplen con características del Sistema Obligatorio.
- Reconocimiento público por iniciar un proceso de mejoramiento
- Imagen y credibilidad ante los usuarios y la comunidad en general.
- Aportes significativos al desarrollo de un sector vital para la sociedad
- Reducir los costos de la no calidad.
- Promover la libertad de elección como eje de la competencia por calidad
- Ser más competitivos y abrir nuevas posibilidades, por ejemplo exportar servicios.

- Promover una mayor participación del usuario en las decisiones que lo afecten.
- Basar las relaciones de toda la institución en principios y valores.
- Formar líderes en el Mejoramiento Continuo de la Calidad
- Transformar la cultura Organizacional
- Comparar y ser referente para la adopción de mejores prácticas
- Acceso a Incentivos específicos para la calidad superior.

Limitaciones más frecuentes:

1. Falta de dedicación y tiempo por parte del personal con conocimientos
2. Diseño de procesos engorrosos y tratar de copiar.
3. Falta de coherencia entre lo que se dice y lo que se hace.
4. Procedimientos mal explicados y formatos inadecuados
5. Falta de un buen sistema de medición organizativa o indicadores.
6. Falta de compromiso por parte de alta gerencia.
7. Falta de liderazgo visible.
8. Falta de conocimiento de los sistemas.
9. Falta de asignación de un presupuesto o de recursos para la implantación del sistema.
10. Falta de recursos (tiempo, materiales, personal e información).
11. Falta de planificación estratégica de la empresa.
12. Búsqueda de rentabilidad, basado en la disminución de costos en la compañía.
13. Solo se toma interés por la certificación.
14. Se quiere imponer.
15. Falta de conocimiento sobre la importancia y beneficios
16. Resistencia al cambio.
17. Desinterés
18. Inadecuado sistema para medir los avances.
19. Designación de un responsable sin la preparación y experiencia adecuada.
20. Ausencia de liderazgo y pro actividad del responsable.
21. Falta de un objetivo claro.

CONCLUSIÓN

Es sumamente importante conocer acerca de las normas de calidad **iso 9000, 9001 sistemas de acreditación de establecimientos de atención de la salud**. La calidad en la atención va a depender de los recursos que se obtengan mediante una buena gestión en las instituciones de gobierno, el director de un centro de salud debe tener la capacidad y el enfoque al momento de dirigir ya que esto conlleva a un nivel de calidad y una atención oportuna y veraz utilizando la tecnología y los recursos humanos.

En este análisis nos enfocamos a la calidad y la atención del usuario, las directrices que tienen por objeto la atención a los grupos vulnerables y en zonas étnicas, las capacidades humanas son múltiples, cada ser humano tiene diferente forma de pensar e ideas que pueden nutrir en las decisiones futuras. Tenemos que estar capacitados y actualizados en la legitimidad de cualquier asunto que compete a una buena intervención médica hacia la búsqueda de la excelencia.