



Mi Universidad

Cuadro sinoptico

Nombre del Alumno: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre del tema: Iso 900 y sistemas de acreditación de establecimientos de atención de la salud.

Parcial II

Nombre de la Materia: Administración de la calidad en Sistemas de Salud

Nombre del profesor: D.A Nelva Gálvez García.

Nombre de la Maestría: Maestría en sistemas de salud

Cuatrimestre Segundo

La norma ISO 9001:2015 establece que adoptar un Sistema de Gestión de la Calidad constituye una decisión estratégica por parte de la compañía. Esta decisión nacerá de la Alta Dirección con un objetivo delimitado y en busca de un resultado concreto.

El segundo beneficio pasa por hacer incrementar las oportunidades de maximizar la satisfacción de los clientes. El tercero toma en consideración las oportunidades y los riesgos que tengan que ver con cada uno de los objetivos y del propio contexto.

2.1 Introducción a las Normas ISO 90

Principios de gestión de la calidad

En cuanto a los principios de gestión de la calidad, la ISO 9001 cuenta con los 7 principios que se describen en la norma ISO 9000. Estos 7 principios de gestión de la calidad se corresponden con una versión actualizada y revisada de los antiguos 8 principios. De manera práctica, los principios sirven para hacer una correcta interpretación de la ISO 9001:2015.

Enfoque basado en procesos

En cuanto a este punto en el interior de la introducción puede señalarse que la norma ISO 9001:2015 incorpora el ciclo PHVA, adoptando un enfoque basado en procesos. Todo ello, con el foco puesto en un enfoque basado en riesgos y en la mejora continua.

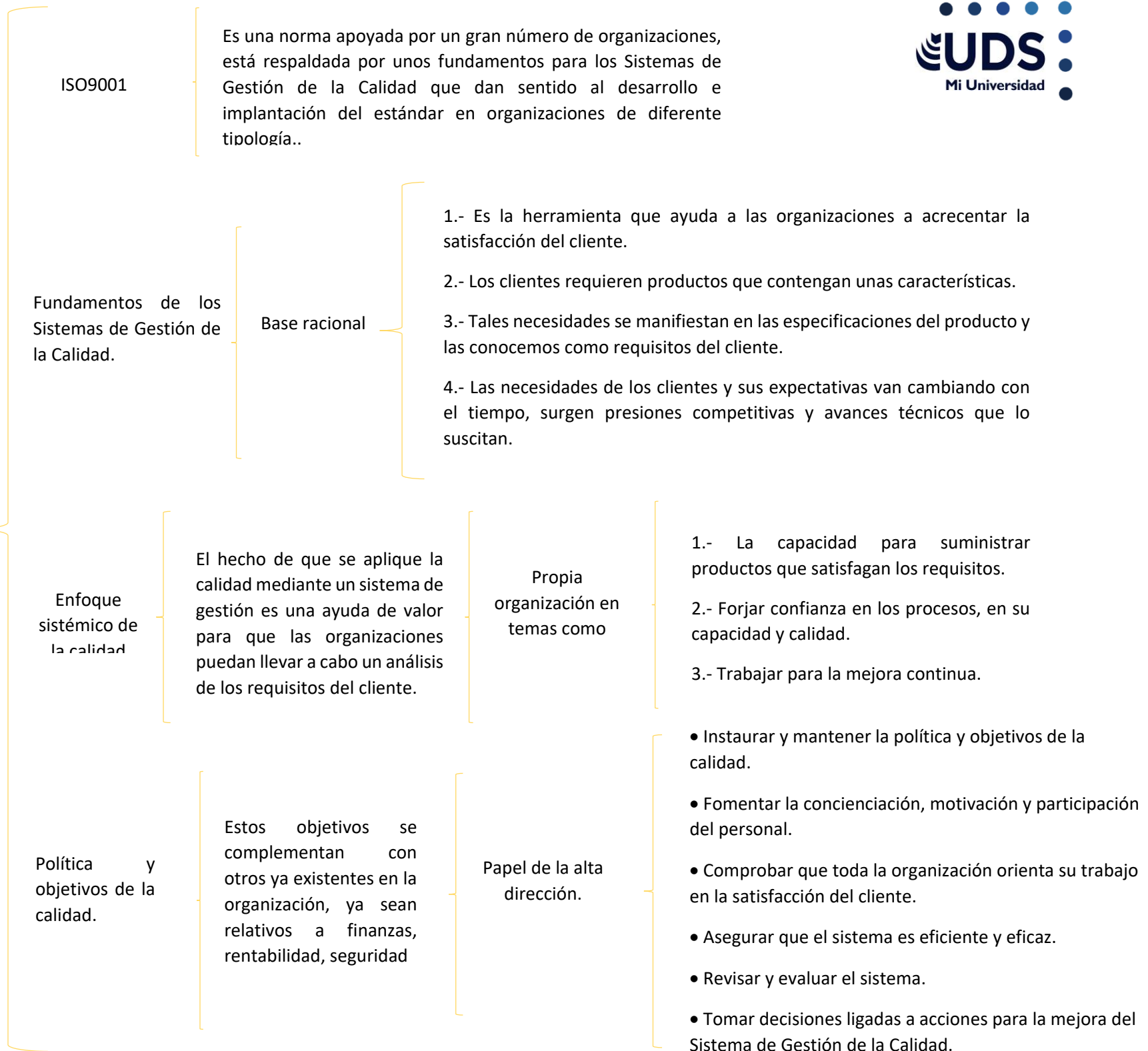
Relación con otras normas

La familia ISO 9000 guarda una estrecha relación con la norma ISO 9001, concretamente la norma ISO 9000 y la ISO 9004. En la norma ISO 9000. Sistemas de Gestión de la Calidad Fundamentos y Vocabulario se hace un desarrollo y descripción de las diferentes terminologías, fundamentos y principios de lo que respecta a la gestión de la calidad.

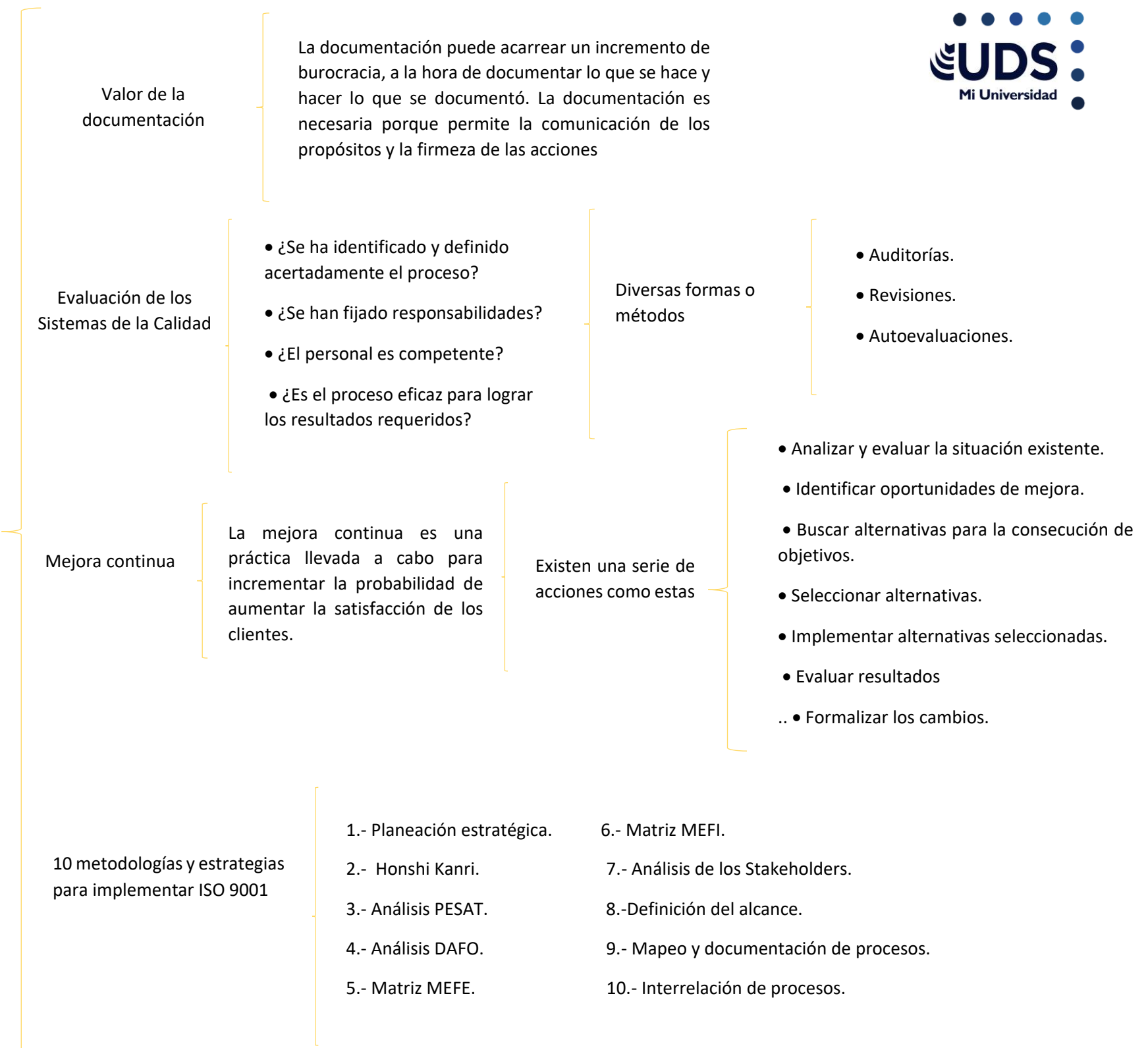
UNIDAD II

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

2.2 ISO 9001: Fundamentos para la Gestión de la Calidad



**2.2 ISO 9001:
Fundamentos para
la Gestión de la
Calidad**



Valor de la documentación

La documentación puede acarrear un incremento de burocracia, a la hora de documentar lo que se hace y hacer lo que se documentó. La documentación es necesaria porque permite la comunicación de los propósitos y la firmeza de las acciones

Evaluación de los Sistemas de la Calidad

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

Diversas formas o métodos

- Auditorías.
- Revisiones.
- Autoevaluaciones.

Mejora continua

La mejora continua es una práctica llevada a cabo para incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes.

Existen una serie de acciones como estas

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

10 metodologías y estrategias para implementar ISO 9001

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1.- Planeación estratégica. | 6.- Matriz MEFI. |
| 2.- Honshi Kanri. | 7.- Análisis de los Stakeholders. |
| 3.- Análisis PESAT. | 8.-Definición del alcance. |
| 4.- Análisis DAFO. | 9.- Mapeo y documentación de procesos. |
| 5.- Matriz MEFE. | 10.- Interrelación de procesos. |

2.2 ISO 9001: Fundamentos para la Gestión de la Calidad

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

Realización de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad requerida por la norma ISO-9001, 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.

4. Auditoria Interna

Comprobación del grado de implantación de la norma ISO-9001 en la organización, previa a la Auditoria de Certificación.

4

5. Proceso de Certificación

Presencia y apoyo en todas las fases del proceso de certificación del Sistema de Gestión de la Calidad, asegurando así el éxito del proyecto

- Fase 1: Visita Previa y Estudio Documental.
- Fase 2: Auditoría de Certificación.
- Plan de Acciones Correctivas (PAC)

Inició en 1999 como instrumento de evaluación para apoyar el mejoramiento del Sistema Nacional de Salud (SNS).

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).

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 2014 se difundió la primera edición de estándares para unidades de atención estomatológica y en 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”,

2.3 Programa De Certificación De Establecimientos De La Atención Médica.

Requisito para que los hospitales privados formen parte de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

- Criterio de preferencia como campo clínico para ciclos clínicos e internado de pregrado.
- Criterio de preferencia como campo clínico para ciclos clínicos e internado de pregrado.
- 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.

El proceso de certificación comprende tres fases

- 1) inscripción y autoevaluación.
- 2) Auditoría.
- 3) dictamen, a partir del cual se clasifica a los establecimientos como certificados y no certificados

Las Normas de Auditoría para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica el día 4 de diciembre de 2007.

El 28 de mayo de 2008, en donde se aprueba el Acuerdo y se publica en Diario Oficial de la Federación el 13 de junio del mismo año.

2008 de la 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 de 2009.

2.3 Programa De Certificación De Establecimientos De La Atención Médica.

A diez años de su conformación como sistema, el SiNaCEAM, cuenta hoy con 7 subsistemas.

- 1.- Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- 2.- Investigación y desarrollo de indicadores, métodos y estándares de evaluación de la calidad.
- 3.- Fortalecimiento permanente de los Evaluadores.
- 4.- Articulación del SiNaCEAM con otras instituciones y organizaciones.
- 5.- Información, Transparencia, Difusión y Promoción.
- 6.- Retroinformación y Continuidad de Objetivos y Metas.
- 7.- Ética.

Los primeros 5 subsistemas se encuentran desde su origen en el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del SiNaCEAM, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2008

Los subsistemas seis y siete son el resultado del Plan de Trabajo del SiNaCEAM 2017, los cuales fueron aprobados en la Primera Sesión Ordinaria de 2017 [CCEAM 12/28.03.2017/1SO] y en la Segunda Sesión Ordinaria de 2017 [CCEAM 14/06.06.2017/1SO],

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.

Subsistemas que conforman el SiNaCEAM

- 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.

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.
- No tener procedimientos administrativos abiertos con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- 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.

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.

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.

2.3 Programa De Certificación De Establecimientos De La Atención Médica.

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 un herramienta muy eficaz para evaluar la gestión de los procesos, detectando errores, deficiencias y áreas de mejora tanto en el sistema de calidad utilizado como en los resultados obtenidos.

Alcance del SGC

- Ante situaciones de externalización de procesos de la organización.
- Cuando se desarrollan actividades en múltiples localizaciones.
- Ante centros de servicio.
- Cuando se presta/entrega servicio en las instalaciones del cliente.
- Ante productos y servicios realizados en colaboración.
- Ante servicios logísticos.

Ejemplos de ámbitos engañosos

- El alcance del texto incluye un estándar normativo/ norma que no está incluido en la auditoría y que puede dar la idea de que la organización también está certificadas con esta norma
- El alcance es demasiado amplio o está vagamente definido, dando una impresión incorrecta.
- Listas de productos/servicios que son poco realistas y para la que la organización ni siquiera pueda demostrar disposición del mismo o evidencias de su producción o prestación. Día".

2.4 Naturaleza, Alcances y limitaciones de la Acreditación.



2.4 Naturaleza, Alcances y limitaciones de la Acreditación.

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 cumplen con las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.
- Reconocimiento público en el ámbito de la salud por haber iniciado un proceso de mejoramiento continuo hacia la excelencia.
- Imagen y credibilidad ante los usuarios y la comunidad en general.
- Aportes significativos al desarrollo de un sector vital para la sociedad, de acuerdo con sus objetivos en materia de responsabilidad social.
- Reducir los costos de la no calidad.
- Promover la libertad de elección como eje de la competencia por calidad en el sistema de salud.
- 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.

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 para registrar la información necesaria.
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, porque todavía se sigue pensando que es un gasto.
10. Falta de recursos (tiempo, materiales, personal e información).