



**Nombre del alumno:**

Victoria Guadalupe Molina Gómez

**Nombre del profesor:**

Melva Gálvez García

**Nombre del trabajo:**

Ensayo

**Materia:**

ADMINISTRACION DE LA CALIDAD EN SISTEMAS DE SALUD

**Grado: 4o. cuatrimestre**

**Grupo: semiescolarizado**

## **INTRODUCCIÓN**

En este ensayo hablaremos de la importancia y funcionamientos de la gestión de calidad, ya que es clave para empresas, instituciones o cualquier tipo de organizaciones para satisfacer los clientes, sus necesidades y expectativas. Todo esto hay un trasfondo que es mediante el liderazgo y sus acciones, la alta gerencia propiciará un ambiente en el que los trabajadores estén totalmente involucrados y en el que el propio sistema pueda operar eficazmente así mismo desempeñar sus funciones para lograr los objetivos.

## **METODOLOGIA DEL PROCESO**

procesos que deberíamos seguir para gestionar correctamente y de forma integral un proyecto, independientemente de las características de este y de la organización que lo ejecute

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. Se propondrán soluciones para la mejora de la cadena de valor y toma de decisiones.
4. Auditoría Interna Comprobación del grado de implantación de la norma ISO-9001 en la organización, previa a la Auditoría de Certificación.
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)

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 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. 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. UNIVERSIDAD DEL SURESTE 25
- Criterios para la certificación de hospitales, el 25 de junio de 1999, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.

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

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.

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.

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).

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:

Mantiene vigentes los siguientes requisitos de la fase de Inscripción y Autoevaluación: Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables que correspondan a los servicios que brinden y de acuerdo a la normatividad vigente.

No tiene Procedimientos Administrativos Abiertos con las instancias de regulación sanitaria estatales o federales.

Cumple todos los estándares ponderados como “indispensables” para la prestación de servicios de atención médica.

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 cuasi fallas.

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.

## **CONCLUSIÓN**

Todo esto nos damos cuenta que es indispensable en una institución u organización porque podemos ver futuramente finanzas, rentabilidad, seguridad... El logro de los objetivos causará un impacto positivo en la calidad del producto, en la capacidad operativa de la organización, en el desempeño económico, y por tanto en el éxito de la organización constituye una 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.