



Nombre del Alumno:

Stefany Hernandez Cruz

Nombre de la Materia:

Administración de la Calidad en Sistemas de Salud

Nombre del profesor:

Mabel Domínguez

Nombre de la Maestría:

Administración en sistemas de salud

Cuatrimestre:

4°

Introducción

La certificación de hospitales es de vital importancia para garantizar la calidad y seguridad de la atención médica en México. Al obtener la certificación, los establecimientos de atención médica demuestran su compromiso con altos estándares de calidad y se aseguran de cumplir con las normativas vigentes. Esto beneficia directamente a los pacientes, quienes confían en recibir servicios de calidad óptima y seguros.

Además de asegurar la calidad y seguridad de los servicios médicos, la certificación de hospitales también brinda ventajas competitivas a las instituciones. Al ser reconocidos como hospitales certificados, pueden mejorar su prestigio y reputación, lo que a su vez puede atraer a más pacientes y generar confianza en la comunidad. Asimismo, la certificación puede ser un requisito para acceder a determinados programas de salud o para establecer alianzas con otras instituciones.

Certificación de establecimientos de atención médica en México

Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención médica, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente (exceptuando aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud. Evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad. Refuerza su imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares y a la ciudadanía, que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad. Prueba que su Hospital es competitivo internacionalmente. Preferentemente será considerado para la asignación de personal en formación. En el caso de los hospitales privados, pueden: Formar parte de una Institución de Seguros Especializada en Salud (ISES). Tener el reconocimiento y negocio con alguna Aseguradora. Participar en los procesos de adquisición de servicios de atención médica que sean convocados por el Gobierno Federal y los Gobierno de las Entidades Federativas. En el caso de los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud: Podrán incorporarse o seguir prestando servicios al Sistema de Protección Social en Salud.

Atención Médica y de manera operativa, de la Dirección General Adjunta de Articulación, evalúa el cumplimiento de calidad y seguridad del paciente en la estructura, procesos y resultados. Dichas fases son: Inscripción y Autoevaluación. Auditoría. Dictamen. ¿Qué requisitos se debe de cubrir para que un establecimiento de atención médica se inscriba al Sistema Nacional de Certificación? El establecimiento de atención médica hospitalaria, ambulatoria, de rehabilitación, de hemodiálisis o psiquiátrica, deberá: Tener, por lo menos, un año de funcionamiento. Demostrar que cuenta con las Licencias Sanitarias que correspondan a los servicios que brinde. En los casos que aplique, haber pasado, por lo menos un año, después de haber recibido un dictamen de “No Certificado” por parte de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social, Secretaría de Salud. privado comprende a las compañías

aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de médicos.

De acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho. El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias;

Los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias.

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a 48.3 millones de personas. El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios.

Programa nacional de certificación de hospitales

Ante la necesidad de resolver las complejas situaciones de salud de la población, entre las cuales podemos hacer Énfasis en el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, de problemas asociados a la industrialización y urbanización, de la prevalencia de enfermedades asociadas a la pobreza y de la insuficiencia de recursos para satisfacer la creciente demanda, México requiere de importantes transformaciones en el sistema de salud para responder a los retos presentes y futuros.

Por tal motivo en la reforma del Sistema Nacional de Salud (1995-2000), se incluyeron programas dirigidos al mejoramiento de la calidad de la atención, sustentados en los principios de universalidad, solidaridad y pluralismo con los propósitos fundamentales de lograr equidad, eficiencia y calidad.

Hoy en día existe en todo el mundo tendencia hacia la certificación, tanto en el sector privado de producción de bienes y servicios como en algunos organismos gubernamentales. Los servicios de atención a la salud no escapan a estas acciones, por lo que existe interés en garantizar la calidad de los servicios. En la mayoría de los países se han iniciado estas actividades, y son muy pocos los que ya realizan funciones de certificación de establecimientos de salud, entre las cuales destacan Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, Australia y Nueva Zelanda. En los Estados Unidos de Norteamérica las acciones tendientes a evaluar y mejorar la calidad de la atención médica, de la enseñanza de la medicina y el control de las infecciones, se iniciaron a principios del siglo XX de manera aislada por médicos e instituciones privadas.

Desarrollo del modelo público e implantación de la certificación.

Acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función .

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada cuatro años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada cuatro años. El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones

basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.

La gestión de la calidad del servicio de salud se fundamenta en varios principios esenciales que aseguran una experiencia del cliente consistente y satisfactoria. Estos pilares incluyen:

- ❖ **Fiabilidad:** se refiere a la capacidad de la empresa para ofrecer un servicio de manera consistente y sin errores. La fiabilidad genera confianza y lealtad en los clientes, quienes esperan que sus necesidades sean atendidas con precisión.
- ❖ **Capacidad de respuesta:** La disposición a ayudar a los clientes rápidamente y de manera eficiente es fundamental para mantener su satisfacción. Esto implica no sólo reaccionar ante las solicitudes, sino también anticiparse a las necesidades del cliente.
- ❖ **Seguridad:** garantizar que el cliente se sienta seguro en sus interacciones con la empresa es crucial. Esto incluye la protección de datos personales, la seguridad física en el punto de servicio, y la confianza en que se recibirán productos y servicios de calidad.
- ❖ **Empatía:** mostrar un interés genuino y comprensión hacia las necesidades del cliente crea una conexión emocional. La empatía permite que los empleados se relacionen mejor con los clientes, lo que mejora la experiencia general.
- ❖ **Tangibilidad:** se refiere a los aspectos físicos que respaldan el servicio, como la infraestructura, los recursos, y la presentación. La tangibilidad impacta la primera impresión que el cliente tiene sobre el servicio y puede influir en su percepción de calidad.

Conclusión

Algunos de los principales retos a resolver para mejorar la calidad asistencial en salud incluyen la modificación de políticas de salud fragmentadas, revertir el predominio de programas verticalizados, garantizar la cobertura centralizada en la atención hospitalaria y evitar la mala atención médica, ya que algunos de estos elementos pueden representar obstáculos para identificar las necesidades reales en salud de las comunidades. Es indispensable que se establezcan las acciones necesarias para lograr suficiencia de medicamentos, mejorar el acceso a las tecnologías de salud en áreas marginadas, facilitar el desarrollo de normatividad en salud y su implementación, así como asegurar el financiamiento suficiente, una planeación de recursos humanos armonizada con las necesidades del Sistema de Salud e implementar el enfoque en Atención Primaria de Salud y a través de Redes Integradas de Servicios de Salud

Bibliografía

- Antología UDS
- Donabedian A (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, pp.166–206.
- Donabedian A. (1984). *La calidad de la atención médica*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- IOM (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of HealthCare in America & IOM: National Academy Press.
- Ross A, Luis J, Infante A (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latinay el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*; 8(1):93–8.