



www.chcapacita.cl

*Técnicas para Aplicar en la
Atención Primaria de Salud*

*Tu espacio, tu comodidad, tu **Chile Capacita***

GESTIÓN DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN EN SALUD

Tema 1 Calidad y garantía en Salud

El término calidad presenta múltiples definiciones, resulta por tanto difícil poder elegir de manera asertiva una de ellas. La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por William Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. El resumía la calidad de la siguiente manera: “Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”. En ámbitos generales, la calidad de la atención en Salud tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, siempre considerando la realidad local.

En cuanto a Calidad en Salud, Florence Nightingale, enfermera Inglesa, nacida en Florencia el 12 de Mayo de 1820 que promovió la educación formal para las enfermeras, con miras a hacer evidente el valor de su gran contribución en la calidad de la atención de salud y funcionamiento de los hospitales, utilizó la estadística y el concepto de higiene dentro de la profesión, y mostró un particular interés por problemas comunitarios de los más desprotegidos.

Por lo tanto, es a partir del concepto de calidad que la OMS define Calidad en Salud de la siguiente forma “Es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.

La garantía de calidad en Salud por su parte, se refiere a un proceso de desarrollo y evolución sistemático que busca el mejoramiento del desempeño y la utilización de información en el proceso, ya sea en forma implícita o explícita, por lo cual la **garantía de calidad** es el conjunto de actividades que se realizan para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño con el objetivo de que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible.

Existen cuatro pilares fundamentales en los cuales se sostiene la Garantía de calidad, y a los que deberían adherirse en términos ideales los servicios de Salud.

1. La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.

2. La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.
3. La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.
4. La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.

Estos puntos señalan que el equipo de salud tiene que trabajar con la comunidad para satisfacer las necesidades, buscando no solo tratar meramente los síntomas de un problema, sino que la búsqueda de la resolución de éste a partir de la recopilación de información cuantitativa, incorporando la visión completa del equipo de Salud.

La Garantía en salud debe cumplir con estándares mínimos por parte de los prestadores de Salud, en nuestro país, esto se encuentra normado por el Ministerio de Salud, a través del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del 2005. Estos estándares si fijan de acuerdo a la complejidad del establecimiento y tipo de éste, abordando condiciones sanitarias, condición de instalaciones y equipos, además de los recursos humanos utilizados y aplicados para las prestaciones.

Historia y evolución de calidad

La historia e importancia del concepto de calidad es amplia, vale la pena sin duda nombrar a quienes forjaron cambio relevantes en los concepto de calidad, como Joseph Juran nacido en 1904 en la ciudad de Braila, Rumania. Reconocido como la persona que agregó la dimensión humana para la amplia calidad; de ahí provienen los orígenes estadísticos de la calidad total. Suministra formación sobre como planificar la calidad, utilizando el nuevo enfoque, asistir al personal de la empresa para re-planificar aquellos procesos insistentes que poseen deficiencias de calidad inaceptables.

Kaoru Ishikawa nació en Japón en 1915. Teórico de la administración de empresas japonés, experto en el control de calidad, explicó el interés y el éxito de los japoneses en la calidad basándose en la filosofía del kanji (escritura de letras chinas), puesto que la dificultad de su aprendizaje favorece los hábitos de trabajo preciso.

William Deming quien establecía que mediante el uso de mediciones estadísticas una compañía debía ver su funcionamiento, para luego desarrollar maneras de mejorar dicho sistema, siguiendo los Catorce Puntos y teniendo presente los Siete Pecados Mortales y pionero del concepto de Calidad Total.

Taylorismo y el Fordismo, en esto se señala que la base técnica de los modelos occidentales vigentes en ese momento, se desarrollaban a partir de concepciones en las que el hombre es malo por naturaleza. El trabajador era reducido a un objeto desechable, a un robot que cumplía las órdenes de los jefes. Para romper esa dinámica, Ishikawa intentaba conseguir el compromiso de los obreros como personas: solamente así los trabajadores tendrían interés en mejorar la calidad y la producción.

Es **Ishikawa** en 1986 define el control de calidad (CC) como: desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el útil y siempre satisfactorio para el consumidor. Aporta 7 herramientas para el desarrollo de estas que son Gráfica de Pareto, Diagrama de causa-efecto, Estratificación, Hoja de verificación, Histograma, Diagrama de dispersión, Gráfica de control de Shewhart.

Posteriormente **Philip Crosby**, señala que hay tres mitos sobre la calidad, que se describen así:

Primero: la calidad es intangible. Por esto hablamos de alta calidad.

Segundo: La calidad cuesta. El valor esta en inspeccionar, descubrir errores y corregirlos; lo que cuesta son las horas de computadora y el papel desperdiciado; lo que cuesta son las devoluciones de los clientes inconformes; lo que cuesta es rehacer las cartas mal mecanografiadas, etcétera. Lo costoso, realmente, son los errores y los defectos, no la calidad; por lo tanto, nunca será más económico tolerar errores que “hacerlo bien desde la primera vez”, y no habrá un “punto de equilibrio” entre beneficios y costo de calidad.

Tercero: los defectos y errores son inevitables, presentamos costumbre en aceptar los errores como tal.

Su concepto es que la calidad es gratis, es suplir los requerimientos de un cliente, al lograr cumplir con estos se logra cero defectos.

Principales aportes: “Del concepto cero defectos”.

Desarrolló un concepto denominado los absolutos de la calidad total, cuyos principios son:

1. La calidad se define como cumplimiento de requisitos.
2. El sistema de calidad es la prevención.
3. El estándar de realización es cero defectos.
4. La medida de la calidad es el precio del incumplimiento.

Plantea el control de calidad empresarial (CWQC), señalando que la calidad debe observarse y lograrse no solo en el producto sino también en las diferentes áreas relacionadas con el proceso. Es el padre de los círculos de calidad, a los cuales define como pequeñas unidades de trabajo próximos que potencian el desarrollo de habilidades, trabajo en equipo y rotación.

¿Qué podemos concluir a partir del concepto de calidad?

La gestión de la calidad es un constructo multidimensional sobre la cual no existe una definición comúnmente aceptada en primera instancia, siendo difícil de medir, con cambios importantes a través del tiempo, generando diversos enfoques de gestión de calidad, que han llevado a cambios sustanciales en los perfiles de las habilidades que requieren los especialistas de calidad, pues incluye funciones de tipo estadístico, competencias financieras, en gestión de recursos humanos, en estrategia y organización, habilidades como liderazgo, orden, entre otras. En consecuencia, los principios de gestión de calidad deben desarrollarse por toda la organización, lo cual se fundamenta en prácticas de gestión por procesos y en el pensamiento sistémico, jugando un rol fundamental los miembros de la organización, con gran capacidad de aportar elementos valiosos.

El concepto de calidad y algunas conclusiones

El enfoque de calidad ha evolucionado tanto cronológica como conceptualmente desde

1850 a hoy, atravesando etapas fundamentales: control de calidad por inspección, aseguramiento de calidad, calidad total y mejora continua.

- ✓ La gestión de la calidad es un constructo multidimensional sobre la cual no existe una definición comúnmente aceptada en primera instancia, porque se trata de un concepto complejo, difícil de observar, difícil de medir.
- ✓ Por la percepción incompleta que tienen los directivos de las organizaciones de los principios, prácticas, técnicas y herramientas de medición que conforman cada enfoque de la gestión de la calidad.
- ✓ Se olvidan partes muy importantes como las dimensiones cultural, estratégica y organizacional.
- ✓ La construcción de enfoques ha sido el resultado de un cúmulo de conocimientos de los gurús, instituciones internacionales, estudiosos y académicos que, a partir de ideas heredadas, han generado constructos nuevos y mejorados.
- ✓ Asimismo se puede apreciar la magnitud de los cambios a través de la historia.
- ✓ La evolución y el desarrollo de los diversos enfoques de gestión de calidad ha generado cambios sustanciales en los perfiles de las habilidades que requieren los especialistas de calidad, pues incluye funciones de tipo estadístico, competencias financieras, en gestión de recursos humanos, en estrategia y organización, habilidades como liderazgo, orden, organización, planeación operativa, planeación estratégica, control sin dejar de lado el pensamiento sistémico.

- ✓ Una característica particular de los modelos de gestión de calidad es su carácter global, dado que incluye la organización completa: personas, departamentos, facultades, actividades, procesos. Todos los miembros de la organización tienen el deber de identificar, controlar y mejorar los grados de calidad bajo su responsabilidad.
- ✓ En consecuencia, los principios de gestión de calidad deben desarrollarse por toda la organización, lo cual se fundamenta en prácticas de gestión por procesos (no a las funciones) y en el pensamiento sistémico.
- ✓ Es aquí donde cobra importancia la organización horizontal, lo que implica desechar la concepción Taylorista y las jerarquías verticales para adoptar un enfoque horizontal, transversal a los departamentos, facultades, divisiones y secciones.
- ✓ Otro concepto relevante que cobra importancia es el trabajo en equipo, el cual permite a la organización beneficiarse de las sinergias generadas por varias personas trabajando en pos de una misma meta.
- ✓ Las organizaciones que aprenden (Senge, 2006) son aquellas que se basan en la idea de que hay que aprender a ver la realidad con nuevos ojos, detectando ciertas leyes que nos permitan entenderla y manejarla.
- ✓ Considera que todos los miembros de la organización son elementos valiosos, capaces de aportar mucho más de lo que comúnmente se cree. Son capaces de comprometerse totalmente con la visión de la empresa, adoptándola como propia y actuando con total responsabilidad.
- ✓ En consecuencia, son capaces de tomar decisiones, de enriquecer la visión de la organización haciendo uso de su creatividad, reconociendo sus propias cualidades y limitaciones y aprendiendo a crecer a partir de ellas.
- ✓ Son capaces de trabajar en equipo con una eficiencia y una creatividad renovadas.

Tema 2

Sistema de Acreditación de Instituciones en Salud

Otras de las funciones del Ministerio de Salud, de acuerdo al Decreto con Fuerza de Ley N°1 del 2005 es establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar.

La acreditación se puede definir por lo tanto como un método reconocido de evaluación externa por el que se verifica que un centro sanitario asume un conjunto de estándares previamente establecidos y que se materializa a través de un certificado de garantía, buscando conseguir la mejora de dichos centros y garantizar la calidad.

Por lo tanto, la acreditación tiene beneficios para el paciente, ubicándolo como eje central, garantizando sus derechos y seguridad, además de entregarle de manera clara información objetiva en relación a los diferentes centros asistenciales. Además entrega beneficios a los profesionales, desafiándolos a una mejora continua de la calidad, además de fomentar el trabajo interdisciplinario.

Marco legal. Garantía Explícita de Calidad

Ley N° 19.966 establece un régimen de garantías en Salud

TITULO I

Del Régimen General de Garantías en Salud.

Párrafo 1º

Disposiciones generales

Artículo 1º.-

El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la ley N°18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos

beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469.

Artículo 2º.-

El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios. Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

Asimismo, las garantías señaladas en los incisos precedentes serán las mismas para los beneficiarios de las leyes N°18.469 y N°18.933, pero podrán ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes. Las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 31 de esta ley.

Artículo 3º.-

El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el artículo anterior, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. Dichas normas e instrucciones generales serán de público conocimiento.

Las normas señaladas en el inciso anterior no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de las modificaciones fundadas en aspectos sanitarios, técnicos y administrativos que correspondan.

Artículo 4º.-

Para los efectos previstos en el artículo 2º, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso:

Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N°18.469 y N°18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.

b) Garantía Explícita de Calidad:

Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N°19.937, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.

c) Garantía Explícita de Oportunidad:

Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.

Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas.

No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

d) Garantía Explícita de Protección Financiera:

La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las

prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N°18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas.

Título IV **De la ley N°18.469.**

El arancel señalado en el párrafo primero de esta letra deberá aprobarse en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 y sujetarse a los procedimientos indicados en el Párrafo 3° del presente Título.

REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACION PARA LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD DECRETO SUPREMO N° 15, DE 2007, DEL MINISTERIO DE SALUD Publicado en el Diario Oficial de 03.07.07

El Texto actualizado: Incorpora las modificaciones introducidas a este Reglamento por: el D.S. N°12/2012, MINSAL, publicado en el Diario Oficial del 16 de agosto de 2012; y el D.S. N°44/2013, MINSAL, publicado en el Diario Oficial del 23 de diciembre de 2013.(estas últimas destacadas en negrita).

REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD. N° 15 SANTIAGO, 19 de enero de 2007 VISTOS: lo dispuesto en los Artículos 4° N° 11 y 12, 121, 122, 123, 125, 126, 127 y 128 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, y en el artículo 32 N° 6 de la Constitución Política de la República; DECRETO:

Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud:

1.- Modificado por el N°1 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL.

2.- Frase final sustituida por el N°1 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.

- 3.- *Literal agregado por el N°2 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.*
- 4.- *Artículo reemplazado por el N°3 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.*
- 5.- *Artículo reemplazado por el N°2 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL.*
- 6.- *Frase reemplazada por el N°3 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL.*
- 7.- *Modificado por los Nos. 4, 5 y 6 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL.*
- 8.- *Los dos incisos finales fueron introducidos por el N°4 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.*
- 9.- *Modificado por el N°5 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.*
- 10.- *Los dos incisos finales fueron introducidos por el N°8 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL.*
- 11.- *Inciso segundo nuevo introducido por el N°6 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.*
- 12.- *Artículo reemplazado por el N°7 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.*

Título I

NORMAS GENERALES

Artículo 1º

La acreditación de los prestadores institucionales de salud autorizados, públicos y privados, se efectuará en conformidad con el presente reglamento. Dicho proceso estará destinado a evaluar el cumplimiento, por parte de aquellos prestadores institucionales que se sometan a él, de los estándares fijados con el objeto de velar porque las prestaciones que otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios.

Artículo 2º

Para los efectos de este reglamento, se entenderá por:

a) Acreditación: *el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud, en ejercicio de la atribución que le confiere el artículo 4º N° 11, del Decreto con 3 Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, por parte de los prestadores institucionales autorizados por la autoridad sanitaria para funcionar, tales como hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos y laboratorios.*

b) Entidad acreditadora: una persona jurídica, pública o privada, autorizada para ejecutar procesos de acreditación por la Intendencia de Prestadores de Salud e inscrita en el Registro Público de Entidades Acreditadoras, descrito en el artículo 42 de este Reglamento;

c) Proceso de Autoevaluación: proceso periódico y documentado de evaluación de las actividades de mejoría continua de la calidad de la atención en salud, que realiza la misma entidad que pretende acreditarse, en lo relacionado con la seguridad de las prestaciones que otorga, que involucra la globalidad de los procesos de relevancia clínica de la institución considerando, entre otros procesos críticos, aquellos por los que postula a ser acreditado.

d) Registro Público de Entidades Acreditadoras: rol de carácter público en que la Intendencia de Prestadores de Salud inscribirá a las entidades acreditadoras autorizadas según las normas del presente reglamento;

e) Registro Público de Prestadores Acreditados: rol de carácter público en el que la Intendencia de Prestadores de Salud inscribirá a los prestadores institucionales de Salud que hayan sido acreditados, en virtud de haberse dado cumplimiento a los requisitos y procedimientos fijados en este reglamento;

f) Arancel de Acreditación: la contraprestación pecuniaria que tienen derecho a percibir las entidades acreditadoras por los procesos de acreditación que ejecuten de conformidad con el presente reglamento y que será de cargo del prestador institucional evaluado, cuyo valor está fijado según el estándar a evaluar, el tipo de establecimiento y la complejidad de las prestaciones.

g) Estándar de Calidad: norma establecida por decreto del Ministerio de Salud dictado bajo la fórmula "Por orden del Presidente de la República", en cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4º del Decreto con Fuerza de Ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, con el objetivo de garantizar que las prestaciones otorgadas por los prestadores institucionales alcancen la calidad requerida para la seguridad de sus usuarios;

h) Superintendencia: la Superintendencia de Salud;

i) Intendencia o Intendencia de Prestadores: la Intendencia de Prestadores de Salud de la Superintendencia.

Artículo 3.- Los actos de autorización, fiscalización y registro relativos a la acreditación que se regulan en el presente reglamento, se regirán por lo dispuesto en el Decreto con Fuerza

de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud y en la ley N° 19.880 y por las normas de este reglamento.

Título II DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

Artículo 4°

El Ministerio de Salud fijará, mediante decreto dictado bajo la fórmula “Por Orden del Presidente de la República”, los estándares mínimos que se deberán cumplir, según los distintos tipos de establecimientos y los niveles de complejidad de las prestaciones, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de sus usuarios. Tales normas se elaborarán en un procedimiento que contemplará la consulta previa a organismos técnicos competentes, tales como sociedades: científicas, universidades, prestadores y organizaciones internacionales especializadas. Deberán basarse en criterios comúnmente aceptados y validados, fundamentados en evidencia científica. Aquellos estándares que se refieran a laboratorios serán elaborados con la participación del Instituto de Salud Pública de Chile.

Artículo 5°

Los estándares abarcarán todas las materias que incidan en la seguridad de las respectivas prestaciones de salud, tales como condiciones sanitarias; requisitos de seguridad de las instalaciones y equipos, mantención y calibración de los mismos. Además, deberán referirse a las técnicas y tecnologías aplicables a las prestaciones, personal necesario para llevarlas a cabo, su calificación laboral y cobertura, cumplimiento de protocolos de atención y los demás aspectos atinentes a la materia que resulten necesarios para el propósito de resguardar la seguridad de los usuarios.

Artículo 6°

Se establecerán estándares generales para los distintos tipos de establecimientos y específicos para determinadas prestaciones o grupos de prestaciones.

Los primeros se aplicarán a la totalidad del establecimiento en cuanto a su funcionamiento general como tal, en tanto que los específicos regirán prestaciones determinadas, de forma que los prestadores deberán evaluarse sobre el estándar general que corresponda a su tipo de establecimiento y además sobre aquellos específicos aplicables a las prestaciones por las que quiera ser acreditado.

Los estándares generales indicarán claramente qué nivel de cumplimiento de los mismos permite conceder acreditación al prestador y cual grado de observancia permite otorgar a éste acreditación condicionada a que se subsanen las observaciones formuladas.

Si no se subsanan en los términos previstos en este reglamento, quedará sin efecto la acreditación condicional otorgada y las 5 acreditaciones concedidas sobre estándares específicos asociados a dicho estándar general.

La acreditación para una determinada prestación de salud solamente se obtendrá por el prestador, al ser aprobado su cumplimiento tanto del estándar general que le sea aplicable según el tipo de establecimiento como de los estándares particulares correspondientes a esa prestación en especial.

Asimismo, los prestadores que cuenten con acreditación vigente que incluya el respectivo estándar general, y deseen ser acreditados en nuevas prestaciones de salud, solamente requerirán ser evaluados por los estándares específicos para éstas, sin que deban obtener una nueva evaluación del estándar general mientras ésta se mantenga vigente.

Artículo 7°

Los prestadores institucionales de salud deberán solicitar su reacreditación cada tres años contados desde la fecha de obtención de la anterior; la vigencia de esa acreditación anterior se mantendrá hasta el término del proceso solicitado siempre que no se excedan los cinco años desde aquella fecha.

Artículo 8°

El decreto respectivo que apruebe cada estándar se publicará en el Diario Oficial. El contenido de los mismos se imprimirá en un manual que estará a disposición de todos los interesados y se incluirá en la página de internet del Ministerio de Salud. Cada estándar regirá desde la fecha de la publicación en el Diario Oficial del decreto que lo aprueba, o desde aquella posterior que el mismo establezca.

Título III DE LAS ENTIDADES ACREDITADORAS

Artículo 9°

La acreditación será efectuada por personas jurídicas constituidas legalmente, autorizadas para este efecto por la Intendencia de Prestadores. Lo anterior es sin perjuicio de las facultades que a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, o a otras entidades, la ley y el reglamento les confieran a este respecto. Dichas entidades acreditadoras deberán justificar las competencias técnicas necesarias para las actividades que deseen desarrollar.

Artículo 10

Las entidades acreditadoras deberán tener como director técnico a un profesional universitario del área de la salud, que cuente con formación en salud pública o en gestión y administración de servicios clínicos de salud, o experiencia de, al menos, tres años en estas áreas. Deberá contar, además, con capacitación comprobada en el sistema de acreditación. Los directores técnicos podrán desempeñar esas funciones sólo en una entidad acreditadora a la vez y su función principal será la de dirigir el trabajo de los evaluadores.

1) Para llevar a cabo las evaluaciones que correspondan, la entidad acreditadora deberá contar con un cuerpo de evaluadores constituido por profesionales universitarios idóneos y suficientes, en un número no inferior a ocho, los que sólo podrán desempeñar dicha función en una entidad acreditadora a la vez, lo que será función de la entidad controlar. Dichos evaluadores deberán contar con formación universitaria en calidad en salud y capacitación acerca del sistema de acreditación, la cual será evaluada por la Intendencia de Prestadores mediante un examen que tendrá una vigencia de tres años y cuya aprobación será requisito necesario para incorporarse al mencionado cuerpo de evaluadores.

2) La entidad acreditadora deberá disponer y mantener una adecuada infraestructura física, tales como oficinas y equipos informáticos, así como los recursos humanos de apoyo suficientes para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 11

Para obtener autorización para operar como entidad acreditadora los interesados deberán presentar a la Intendencia de Prestadores de Salud una solicitud en tal sentido acompañada de la siguiente documentación:

- a) Identificación de la entidad, Rut, domicilio, teléfono e identificación completa de su representante legal: nombre, domicilio, Rut, estado civil, nacionalidad, dirección, profesión, teléfono;*
- b) Documentos auténticos que acrediten la personalidad jurídica de la entidad solicitante, sus estatutos y certificado de vigencia, según corresponda a cada tipo de persona jurídica;*
- c) Nómina del personal con que cuenta para dar cumplimiento a los requisitos de competencias humanas exigidas en el artículo 10, acompañando copias autorizadas de los correspondientes títulos y de los demás documentos que certifiquen sus competencias específicas; como asimismo, de los contratos que den cuenta de la vinculación existente entre la entidad solicitante y los profesionales referidos en dicha nómina;*
- d) Antecedentes que acrediten suficientemente la posesión por la solicitante de la infraestructura mínima a que alude el inciso final del artículo 10;*
- e) Nombre, domicilio, Rut, estado civil, nacionalidad, dirección, profesión, teléfono de su director técnico, con copia de los títulos o certificados que acrediten el cumplimiento de los requisitos previstos en el inciso primero del Artículo 10;*
- f) Protocolos de funcionamiento que aseguren buenas prácticas.*

Artículo 12

La capacitación en evaluación de calidad de salud, señalada en el artículo 10 precedente, deberá comprender los siguientes contenidos:

- ✓ Marco normativo que sustenta el Sistema Nacional de Acreditación.*
- ✓ Estructura y contenido de los estándares de acreditación vigentes.*
- ✓ Marco metodológico sobre la evaluación en terreno de los estándares de acreditación y constatación de los puntos de verificación.*

- ✓ *Instrucciones vigentes a entidades acreditadoras emitidas por la Superintendencia de Salud.*

Requisitos de orden ético y conductual del evaluador.

- ✓ *Buenas prácticas en el ejercicio de la evaluación.*
- ✓ *Revisión de tipos de indicadores en salud, fuentes de información y criterios estadísticos para definición de muestras.*
- ✓ *Normativa que regula el informe de acreditación y marco metodológico para su confección y fundamentación.*
- ✓ *Conocimiento general de sistemas informáticos establecidos para el proceso de acreditación por la Superintendencia de Salud.*
- ✓ *Prácticas en terreno de aplicación de estándares en prestadores institucionales de salud de atención cerrada de alta complejidad. Los cursos en que se imparta esta capacitación deberán tener una duración mínima de 80 horas pedagógicas en que se incluyan, a lo menos, 18 horas efectivas de práctica en terreno. La Intendencia de Prestadores podrá solicitar a las entidades acreditadoras todos los antecedentes que requiera para tener por acreditadas dichas condiciones.*

Artículo 13

La Intendencia de Prestadores podrá solicitar los antecedentes faltantes exigidos en el presente reglamento y las aclaraciones pertinentes y emitirá una resolución autorizando a la entidad o desechando, fundadamente, su petición en un plazo no superior a veinte días contados desde que se han completado todos los antecedentes necesarios.

Artículo 14

En la resolución que autorice a la entidad acreditadora o que la renueve, se podrán formular declaraciones respecto de las características técnicas y actividades que podrá desarrollar la entidad que se autoriza.

Artículo 15

La autorización concedida tendrá una vigencia de cinco años mientras no sea revocada por la Intendencia de Prestadores, en conformidad con el presente reglamento. Dentro del plazo de los 90 días anteriores al vencimiento de dicho plazo, la entidad deberá solicitar la renovación de su autorización, la que se tramitará de conformidad con los artículos anteriores. Si, por el contrario, transcurriera el plazo de vigencia de la autorización sin que dicha entidad hubiere presentado una solicitud de renovación, dicha autorización se extinguirá.

Las entidades acreditadoras autorizadas deberán informar a la Intendencia de Prestadores respecto de todo cambio relevante que experimente en materia de personal o en cualquiera otro de los antecedentes, a que se refiere el artículo 11 de este reglamento, y que sirvieron de fundamento a la obtención de su autorización, tan pronto ellos ocurran.

Título IV DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

Artículo 16

El representante legal del prestador institucional interesado en ser acreditado presentará una solicitud al efecto ante la Intendencia de Prestadores en los formularios físicos o electrónicos que se establezcan, señalando claramente las prestaciones o grupos de prestaciones que someterá al procedimiento. Junto con dicha solicitud se deberá acompañar copia de la respectiva autorización sanitaria vigente, así como un informe de su proceso previo de autoevaluación, el que deberá haber sido ejecutado y concluido en los doce meses anteriores. La solicitud de acreditación señalará, en todo caso, el domicilio en que el representante legal del prestador institucional desea ser en adelante notificado de las resoluciones que recaigan tanto en esta solicitud, como de toda otra posterior que se dicte por la Intendencia de Prestadores en el proceso de acreditación, así como en la fiscalización de la misma por parte de dicha Intendencia.

Artículo 17

Una vez que se hubiere constatado que la solicitud de acreditación reúne los requisitos antes señalados así se declarará en una resolución que señalará, además, los estándares

que deberán evaluarse para la acreditación solicitada, el valor de esta actuación de acuerdo con el arancel y la fecha del procedimiento de designación de entidad acreditadora para ese prestador y ordenará su incorporación al proceso de designación aleatoria de entidad acreditadora.

Artículo 18

La designación de la entidad que deberá efectuar la acreditación se realizará por la Intendencia de Prestadores mediante un procedimiento de sorteo en el que se utilizará una tómbola y se permitirá la libre asistencia del público. Este procedimiento deberá asegurar una adecuada distribución de los prestadores institucionales, según su tipo y complejidad, entre las entidades acreditadoras participantes en el sorteo. Con el fin de evitar que la misma entidad sea designada para dos acreditaciones consecutivas a un mismo prestador, se la excluirá de la tómbola en el sorteo correspondiente.

Artículo 19

Los sorteos para designar a las entidades acreditadoras se efectuarán los días lunes o el primer día hábil siguiente, si aquel fuere inhábil.

En éstas se incluirán todas las entidades acreditadoras contenidas en el registro de la Intendencia para los estándares de que se trata y todos los prestadores cuya acreditación se hubiere dispuesto hasta el día jueves anterior al procedimiento. La Intendencia de Prestadores dejará constancia de los resultados de la actuación, lo que será notificado a las entidades acreditadoras y prestadores interesados. Las entidades acreditadoras seleccionadas deberán manifestar a la Intendencia su aceptación o rechazo por motivos fundados de esta designación, en el término de cinco días contados desde su notificación.

Artículo 20

Si la entidad acreditadora designada comunica su aceptación de la evaluación, la Intendencia ordenará que el prestador pague a su evaluadora la cantidad correspondiente a la mitad del arancel fijado en la resolución señalada en el artículo 17 de este reglamento, en el plazo máximo de diez días hábiles, agregando a dicha cantidad, si correspondiere, el recargo por distancia a que se refiere el artículo 35. Vencido ese término sin que se haya cumplido esta obligación, se tendrá al prestador por desistido de su solicitud de acreditación. Dentro de quinto día hábil de recibido dicho pago, la entidad acreditadora

comunicará al prestador y a la Intendencia el día en que dará inicio al proceso de evaluación, el que deberá encontrarse dentro de los cuarenta días hábiles siguientes a dicho pago. En caso que el prestador que ha solicitado su acreditación esté en desacuerdo con la fecha de inicio de la evaluación definida por la entidad acreditadora, deberá comunicarlo a la Intendencia de Prestadores en el plazo de 5 días hábiles contados desde la notificación que, al efecto, se le haya efectuado. La Intendencia oír a ambas partes y, con el mérito de los antecedentes procederá a fijar una nueva fecha. La entidad acreditadora tendrá un plazo de 5 días hábiles para aceptar la nueva fecha propuesta, lo que dará lugar al pago del arancel correspondiente según lo dispuesto en el inciso primero. Si la entidad acreditadora no aceptare expresamente la fecha propuesta en el plazo antes señalado, se tendrá por desierta la acreditación y tendrá lugar lo dispuesto en el inciso final del artículo 22. Si, una vez recibido el pago de la parte del arancel que dispone este artículo, la entidad acreditadora no iniciará el proceso en el plazo señalado en el inciso segundo de este artículo, la Intendencia de Prestadores dará inicio al procedimiento sumarial correspondiente. Si en el plazo antes señalado, fuere el prestador quien rechazare la nueva fecha fijada o se desistiere de su solicitud de acreditación o, por cualquier causa que le sea imputable, impidiera el inicio de dicho procedimiento en la fecha acordada, se le tendrá por desistido del procedimiento, adquiriendo la entidad acreditadora el derecho a cobrar o retener, según corresponda, la parte del arancel a que se refiere el inciso primero.

Artículo 21

En caso de no existir entidades autorizadas para acreditar el estándar de que trate alguna solicitud, la Intendencia de Prestadores previa constatación de estas circunstancias podrá requerir del Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo la ejecución de determinados procesos de acreditación.

Artículo 22

En el proceso de evaluación, la entidad acreditadora contrastará las condiciones del prestador con los estándares aplicables para determinar si los cumple. Si la institución, al término de todas las evaluaciones que correspondan, no alcanza los requisitos y condiciones definidos en el estándar, en la forma en que éstos han sido previstos en él, no será acreditada. La acreditación, en total, no podrá exceder de 30 días hábiles contados desde su inicio hasta la emisión del informe final. En casos debidamente justificados, este plazo podrá ser ampliado por una sola vez y hasta por un período máximo igual, siempre

que tal ampliación se solicitare con anterioridad al vencimiento del plazo original. En el evento que el proceso excediere dichos plazos se tendrá por desierta la acreditación y el prestador institucional tendrá derecho a solicitar que se le designe, en la misma forma antes señalada, una nueva entidad acreditadora, perdiendo la entidad originalmente designada todo derecho a cobrar el arancel correspondiente y debiendo devolver, en el plazo de cinco días hábiles, la parte del mismo que recibió, así como todo antecedente o documentación que el prestador le hubiere entregado para efectuar las evaluaciones, y todo ello sin perjuicio de las sanciones que correspondan.

Artículo 23

En las evaluaciones que la entidad acreditadora efectúe durante y con motivo del procedimiento de acreditación empleará siempre criterios objetivos, no discriminatorios e imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados. La entidad acreditadora deberá conformar un expediente individual para cada procedimiento de acreditación que efectúe, en el cual se incorporarán todos los antecedentes del mismo, así como los registros de los hallazgos y constataciones efectuadas, de modo que ellos permitan fundamentar las evaluaciones y decisiones que adopte durante el procedimiento y en su informe final, pudiendo obtener copias u otras formas de registros de sus hallazgos. El expediente se encontrará permanentemente disponible en las oficinas de la entidad para su fiscalización por la Intendencia de Prestadores.

Artículo 24

Asimismo, tanto la entidad acreditadora como sus evaluadores deberán evitar encontrarse en situaciones de conflicto de intereses con los prestadores institucionales que les corresponda evaluar que les impidan la debida objetividad. Se entenderá que, especialmente, incurren en conflicto de intereses cuando los dueños, socios o administradores de una entidad acreditadora o sus evaluadores, se encuentren en alguna de las siguientes circunstancias:

a) *Ser dueños, socios, directores, administradores o representantes de prestadores institucionales de salud que se encuentren ubicados en la misma región que el prestador al que van a evaluar, proporcionarle a dichos prestadores servicios profesionales, comerciales o laborales a cualquier título, o tener alguna de esas condiciones sus cónyuges, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive.*

b) Haber prestado, en los últimos doce meses, asesoría en materias de calidad en salud, acreditación o programas de mejoramiento continuo de la calidad, a los prestadores que les corresponda evaluar. La entidad acreditadora que estime encontrarse en alguna de las situaciones referidas, rechazará sobre esa base la designación como evaluadora comunicándolo a la Intendencia y, si se tratare de un evaluador en particular lo excluirá completamente del proceso al que ha sido convocada. Si la incompatibilidad se produce durante la evaluación comunicará inmediatamente a la Intendencia la circunstancia sobreviniente y detendrá el proceso en curso. Ante esta situación, la Intendencia procederá a designar una nueva entidad evaluadora y ordenará la devolución de los aranceles pagados. En los meses de enero y julio de cada año las entidades acreditadoras deberán presentar a la Intendencia de Prestadores una declaración sobre las relaciones comerciales que la entidad, sus propietarios, socios y evaluadores tuvieren con prestadores institucionales de salud, sus representantes o administradores, así como de toda actividad de asesoría o capacitación en salud que, respecto de estas instituciones, hubieren ejecutado durante el año anterior. La Intendencia de Prestadores, establecerá el formato de dicha declaración y podrá solicitar las aclaraciones que considere necesarias.

Artículo 25

El prestador evaluado proporcionará todas las facilidades que la entidad requiera para efectuar oportuna y debidamente la acreditación respectiva. En caso de obstrucciones al cumplimiento de su cometido, la entidad acreditadora lo informará a la Intendencia, la cual podrá ordenar la emisión del informe final con sólo los antecedentes que hasta entonces se dispongan o dar por concluida la evaluación y ordenar el pago del arancel correspondiente a la entidad acreditadora.

La entidad acreditadora llevará a cabo una reunión final a la que asistirá su director técnico y los evaluadores que participaron en el proceso junto con los directivos y encargados de calidad del prestador evaluado para presentar los hallazgos encontrados en el mismo, especialmente aquellos referidos a las características obligatorias.

En dicha sesión el prestador evaluado podrá precisar o aclarar dudas antes de finalizar la fase de recabar información en terreno.

De dicha reunión se levantará un acta firmada por todos los asistentes, consignándose si alguno rehúsa firmar y sus motivos, que se remitirá a la Intendencia de Prestadores conjuntamente con el informe final.

Artículo 26

Todos los funcionarios públicos y los empleados y directivos de las entidades acreditadoras deberán guardar la más estricta confidencialidad sobre los datos, antecedentes o materias de que tomen conocimiento a causa o con ocasión de acreditaciones de prestadores institucionales de salud, conforme a las normas que rigen el secreto profesional y el secreto estadístico y demás leyes sobre la materia.

Artículo 27

La entidad acreditadora comunicará al prestador y a la Intendencia de Prestadores la fecha en que ha completado el proceso de evaluación y, dentro de los cinco días hábiles siguientes, enviará a la Intendencia de Prestadores un informe en el que se consignarán, a lo menos, los siguientes contenidos:

- 1.- Fecha del informe;*
- 2.- Los estándares evaluados;*
- 3.- Descripción del procedimiento realizado y su duración;*
- 4.- Profesionales que lo llevaron a cabo, indicando su nombre completo y título profesional;*
- 5.- Una relación ordenada, lógica y pormenorizada de todos los hallazgos efectuados, así como de los criterios objetivos, científica y comúnmente aceptados, que hayan fundamentado sus decisiones relativas al cumplimiento, o no, de cada una de las características evaluadas;*

6.- Una relación ordenada, lógica y pormenorizada sobre la forma en que se dio cumplimiento a las reglas de decisión establecidas para cada uno de los estándares evaluados;

7.- La declaración sobre si el prestador institucional ha resultado acreditado o no. Copia del informe será remitido por la Intendencia de Prestadores al Instituto de Salud Pública, cuando corresponda, a más tardar dentro de tercer día desde su recepción.

Dichas instituciones constatarán que se haya dado cumplimiento a las exigencias señaladas en el inciso primero, pudiendo, si así lo estimare necesario, ordenar a la entidad efectuar todas las correcciones correspondientes, oír a los representantes del prestador institucional evaluado y declarar desierto el procedimiento conforme lo dispuesto en el inciso final del Artículo 22, todo ello sin perjuicio del ejercicio de sus demás facultades fiscalizadoras y sancionatorias pertinentes. Una vez que la Intendencia de Prestadores o el Instituto de Salud Pública, en su caso, estimen que los contenidos del informe de acreditación cumplen las exigencias señaladas en el inciso primero, así lo declararán mediante resolución fundada y ordenarán a los representantes del prestador evaluado el pago de la segunda cuota de los aranceles dentro del plazo de cinco días hábiles. Ni la Intendencia, ni el Instituto de Salud Pública en su caso, podrán entregar el respectivo informe mientras el prestador evaluado no haya pagado el saldo del arancel antes aludido. Asimismo, la Intendencia no podrá inscribir al prestador en el registro de prestadores acreditados si no se le comprobare el pago total del arancel correspondiente, ni podrá admitir a trámite, en tales casos, ninguna solicitud de acreditación que se presente a su respecto.

Artículo 28

En aquellos casos en que el prestador evaluado se encontrare en situación de ser acreditado con observaciones, respecto de un estándar que así lo permita, la entidad acreditadora comunicará esta circunstancia en el informe aludido y solicitará al prestador que presente, en el plazo máximo de diez días, un plan de corrección de las deficiencias señaladas en el informe con un cronograma de su cumplimiento en un lapso no superior a seis meses. En caso de no acompañarse ese plan o ser rechazado por insuficiente el presentado, la entidad acreditadora, dentro de quinto día, declarará no acreditado al prestador, por el contrario y en el mismo plazo, si el plan es aprobado lo declarará acreditado, enviando copia de estos informes a la Intendencia.

Artículo 29

La verificación del cumplimiento del plan de corrección aprobado, se efectuará en un nuevo proceso de evaluación, dirigido solamente a esta materia y cuyo arancel corresponderá a la mitad del correspondiente al proceso de acreditación que lo causó. Esta nueva evaluación será solicitada por el prestador en el plazo de diez días hábiles contados desde el vencimiento del plan de corrección, si así no lo hiciere o el procedimiento fracasare el prestador quedará no acreditado y, en consecuencia, la Intendencia cancelará su inscripción en el registro correspondiente.

Título V DE LOS ARANCELES

Artículo 30

Las entidades acreditadoras y el Secretario Regional Ministerial de Salud, en su caso, cobrarán por las evaluaciones que lleven a cabo el Arancel de Acreditación, cuyo precio será pagado por el prestador institucional sometido a este proceso.

Artículo 31

Para el exclusivo efecto del pago de los aranceles correspondientes, se considerará prestador institucional de atención cerrada a aquel que cuente con autorización sanitaria otorgada en conformidad a la normativa aplicable a los hospitales y clínicas, todos los demás se entenderán ser de atención abierta.

Artículo 32

De acuerdo con su infraestructura, los prestadores de atención cerrada se considerarán pertenecer a alguna de las siguientes categorías:

a) *de Alta Complejidad cuando tengan una unidad destinada a la atención de pacientes críticos,*

b) *de Mediana Complejidad sí, no poseyendo la unidad mencionada, cuentan con pabellón de intervención quirúrgica para la práctica de cirugías generales que no requieran la participación de subespecialidades quirúrgicas, o*

c) de Baja Complejidad si no se incluyen en alguna de las categorías anteriores.

Artículo 33

Por su parte, los prestadores de atención abierta se entenderán pertenecer a una de las siguientes categorías:

a) de Alta Complejidad cuando efectúen cirugías ambulatorias tales como colecistectomías, cirugías ginecológicas por vía laparoscópica, artroscopias, mastectomías parciales, acceso vascular complejo y demás de semejante nivel de riesgo sanitario,

b) de Mediana Complejidad, si, no efectuando las cirugías descritas en la letra a) precedente, realizan procedimientos invasivos de tipo diagnóstico o terapéutico que pudieren requerir sedación moderada a profunda, o

c) de Baja Complejidad, si no se incluyen en alguna de las categorías anteriores. La categoría a que pertenecen los laboratorios señalados en la letra a) del artículo 59 del DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se determinará según la clasificación que para estos efectos establezca por decreto dictado bajo la fórmula “Por Orden del Presidente de la República”, el Ministerio de Salud de sus distintos niveles de complejidad.

Artículo 34

El grado de complejidad que poseen los establecimientos integrantes de la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud se determinará de acuerdo con lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Artículo 35

El arancel aplicable a las acreditaciones de establecimientos institucionales de salud será el siguiente:

I. Estándares generales:

A. Atención Cerrada:

a) de alta complejidad: 120 UTM

b) de mediana complejidad: 100 UTM

c) de baja complejidad: 60 UTM

B. Atención Abierta:

a) de alta complejidad: 100 UTM

b) de mediana complejidad: 80 UTM

c) de baja complejidad: 40 UTM.

II.- Estándares específicos:

A. Atención Cerrada:

20 UTM por cada seis estándares o fracción inferior a ese número

B. Atención Abierta:

*10 UTM por cada seis estándares o fracción inferior a ese número Recargo por distancia:
20 UTM por distancia superior a 450 kilómetros de vías terrestres o más de seis horas de traslado por el medio habitualmente disponible, entre el prestador y la sede más cercana de la entidad acreditadora.*

Artículo 36

En el evento que la entidad acreditadora al constituirse en el establecimiento a evaluar constatare que el monto del arancel determinado por la Intendencia, de conformidad con el artículo 17 de este reglamento, no corresponde con el verdadero tipo y nivel de complejidad del prestador, podrá reclamar ante dicho organismo, el cual, previa audiencia del prestador afectado, podrá ajustar los aranceles o, en caso de no aceptarlos el prestador, dar por terminada la evaluación sin obligación de devolución de la parte de los aranceles ya recibida.

Título VI DE LA FISCALIZACIÓN

1. Normas Generales

Artículo 37

Corresponderá a la Intendencia de Prestadores y al Instituto de Salud Pública, la fiscalización de las entidades acreditadoras de su competencia, verificando el cumplimiento de los procesos y estándares de acreditación en la realización de sus evaluaciones y de todas las disposiciones del presente reglamento. Sin embargo, sus facultades no incluyen el pronunciamiento sobre el manejo clínico individual de casos.

El Instituto de Salud Pública será competente para la fiscalización de las entidades acreditadoras de los laboratorios a que se refiere la letra a) del Artículo 59 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de las facultades de la Intendencia de Prestadores. Asimismo, les corresponderá la fiscalización de los prestadores institucionales acreditados respecto de la mantención de los estándares de acreditación.

Artículo 38

Sin perjuicio de sus facultades legales, la Intendencia de Prestadores y el Instituto de Salud Pública en las fiscalizaciones que ejecuten podrán requerir toda la información que sea necesaria para el cumplimiento de su función, conforme a las disposiciones de la ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada, en lo concerniente a datos de carácter personal, y con el debido resguardo por parte de los funcionarios que tengan acceso a ellos del secreto profesional y del secreto estadístico establecido en la ley N° 17.374 sobre los mismos, obligación que no cesa por haber terminado sus actividades en este campo. Igualmente, podrán solicitar de los organismos públicos la información y colaboración que sea necesaria para el mejor desarrollo de las funciones que la ley les asigna en esta materia. Del procedimiento sumarial

Artículo 39

Los organismos fiscalizadores señalados en los artículos anteriores, en sus respectivos ámbitos de competencias, instruirán de oficio o a petición de interesado, el correspondiente procedimiento sumarial destinado a verificar las eventuales infracciones a las normas del presente reglamento y a establecer las responsabilidades y sanciones consiguientes.

Los procedimientos sumariales se someterán a las siguientes reglas:

- 1. Cuando en un proceso de fiscalización se detecten eventuales infracciones al presente reglamento se levantará acta destinada al efecto, procediéndose a dar traslado a la entidad acreditadora o al prestador institucional.*
- 2. La entidad acreditadora o el prestador institucional, en su caso, dispondrá de diez días hábiles para formular sus observaciones por escrito contados desde la fecha de su notificación.*
- 3. En caso de ser procedente, se formularán cargos contra la entidad acreditadora o prestador institucional de salud de que se trate, requiriéndole que presente los descargos específicos en relación con los cargos formulados, en el plazo de diez días hábiles, debiendo acompañarse en dicho plazo todas las pruebas pertinentes.*
- 4. Las notificaciones que efectúe la Intendencia de Prestadores se efectuarán de conformidad a las normas establecidas en la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.*
- 5. Transcurrido el plazo señalado en el número precedente, con los descargos o sin ellos, se emitirá, dentro de décimo día hábil, el respectivo dictamen, el que será debidamente fundado y por el cual se absolverá o establecerá las responsabilidades y sanciones que correspondieren.*
- 6. En el caso de los procedimientos sumariales contra prestadores institucionales de salud por incumplimiento de los estándares de su acreditación, el Intendente de Prestadores de Salud o el Director del Instituto de Salud Pública, una vez que sea verificada la infracción, aplicarán las siguientes reglas:*

- a) Se comunicará formalmente tal verificación al sumariado, a fin que esté presente ante la Intendencia o el Instituto de Salud Pública, en el plazo que éstos señalen, y que no podrá ser inferior a diez días hábiles ni superior a veinte, una propuesta de plan de ajuste y corrección de las infracciones constatadas, en la que el sumariado propondrá los plazos en que tales correcciones serían materializadas por el infractor.*
- b) Formulada que sea la propuesta antes referida, la autoridad resolverá, dentro de décimo día hábil respecto de la misma, acogiendo el plan propuesto si éste se ajusta a la normativa o rechazándolo en caso contrario;*
- c) Si lo acogiere, ordenará la suscripción de un convenio que contendrá sus términos y fiscalizará su debido cumplimiento;*
- d) Si lo rechazare, procederá a emitir su dictamen, en el cual podrá ordenar la realización de una nueva evaluación a dicho prestador;*
- e) Si ordenare una nueva evaluación dispondrá al mismo tiempo la anotación de esta circunstancia en el Registro de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados. Todo lo anterior es sin perjuicio del ejercicio de las facultades conferidas al Intendente de Prestadores en el inciso segundo del artículo 122 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, cuando ello sea pertinente.*

Artículo 40

El Intendente de Prestadores de Salud o el Director del Instituto de Salud Pública podrán hacer observaciones a los prestadores institucionales de salud sobre las faltas graves en que hayan incurrido en el cumplimiento de sus tareas esenciales, informando de ello también al Director del Servicio de Salud respectivo y al Subsecretario de Redes Asistenciales. Asimismo, en casos graves de infracción a normas sanitarias, podrán informar a la autoridad sanitaria competente para la adopción de las medidas previstas en el Código Sanitario que sean pertinentes.

Artículo 41

Tratándose de entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud y el Director del Instituto de Salud Pública podrán aplicar las siguientes sanciones, de acuerdo al mérito del respectivo proceso:

- 1.- *Amonestación por escrito.*
- 2.- *Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En caso de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, comprobadas en un período de doce meses, podrá aplicar una multa de hasta cuatro veces ese monto.*
- 3.- *Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras, y*
- 4.- *Las demás que autoricen las leyes y reglamentos. La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción.*

Título VII DE LOS REGISTROS PÚBLICOS DE PRESTADORES ACREDITADOS Y ENTIDADES ACREDITADORAS AUTORIZADAS

Artículo 42

La Intendencia de Prestadores llevará un registro público informático de todas las entidades acreditadoras con autorización vigente para ejercer como tales.

Éste tendrá dos secciones, una de carácter general, en que figurarán todas las entidades acreditadoras de todo el país, y la otra de carácter regional, en que figurarán las entidades acreditadoras autorizadas de cada región, listadas en orden alfabético en cada una de ellas y en la forma que instruya al efecto dicha Intendencia.

Para este efecto, el Instituto de Salud Pública proporcionará a dicha Intendencia la información sobre las entidades acreditadoras que fiscaliza, manteniéndola permanentemente al día. Respecto de cada entidad acreditadora, en ambas secciones se incluirá, a lo menos, su nombre, domicilio y direcciones de sus sedes, número de teléfono y de rol único tributario, nombre y domicilio de su representante legal y la fecha de su autorización.

El registro estará disponible para el examen de cualquiera que desee consultarlo, y estará incorporado en la página de internet de la Superintendencia.

Artículo 43

Asimismo, la Intendencia de Prestadores llevará un registro público informático de todos los prestadores institucionales de salud acreditados, que constará de dos secciones en que éstos aparecerán divididos según el tipo de establecimiento y complejidad asistencial del mismo, en orden alfabético, una sección será de carácter nacional y otra regional, según las regiones del país en que se encuentren ubicadas.

Con esta finalidad, el Instituto de Salud Pública proporcionará la información respecto de los prestadores de su competencia y mantendrá dichos datos permanentemente al día.

En ambas secciones se incluirán, a lo menos, el nombre del prestador, dirección, teléfono, nombre, domicilio y Rut de su representante legal, la fecha de las acreditaciones que le han efectuado y las entidades que los llevaron a cabo, vigencia de las mismas.

El registro estará disponible para el examen de cualquiera que desee consultarlo y estará incorporado en la página de internet de la Superintendencia. Una vez efectuado el registro del prestador institucional, la Intendencia de Prestadores emitirá un certificado que contendrá todas las menciones de dicho registro, certificado que deberá ser mantenido en el establecimiento asistencial, en un lugar visible para todo el público que allí concurra, estándole prohibido al prestador proporcionar cualquier información sobre su acreditación que pueda inducir a error al público sobre la misma.

ARTÍCULO TRANSITORIO

El presente reglamento entrará a regir desde su publicación en el Diario Oficial. Sin perjuicio de lo anterior, al dictarse cada estándar de calidad se señalará el plazo a partir del cual será exigible la aplicación del sistema de acreditación respecto de tales estándares para los efectos de lo prevenido en el numeral 2° del Artículo Tercero Transitorio de la Ley N° 19.966.
**PRESIDENTA DE LA REPUBLICA.- DRA. MARÍA SOLEDAD BARRÍA IROUMÉ,
MINISTRA DE SALUD.-**

- 1) Modificado por el N°1 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL.**
- 2) Frase final sustituida por el N°1 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.**
- 3) Literal agregado por el N°2 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.**
- 4) Artículo reemplazado por el N°3 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.**

- 5) Artículo reemplazado por el N°2 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL.
- 6) Frase reemplazada por el N°3 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL.
- 7) Modificado por los Nos. 4, 5 y 6 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL.
- 8) Los dos incisos finales fueron introducidos por el N°4 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.
- 9) Modificado por el N°5 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.
- 10) Los dos incisos finales fueron introducidos por el N°8 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL.
- 11) Inciso segundo nuevo introducido por el N°6 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.
- 12) Artículo reemplazado por el N°7 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL.

Disposición Transitoria del Decreto Supremo N°12, de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial con fecha 16 de agosto de 2012: "Artículo 1°.- Los requisitos referidos a formación universitaria en calidad en salud y capacitación comprobada acerca del sistema de acreditación, que establece el presente decreto, les serán exigibles a quienes se encuentran ejerciendo funciones de directores técnicos y evaluadores en una entidad acreditadora autorizada a la fecha de entrada en vigencia del mismo, una vez que hayan transcurrido dos años desde esa fecha. Asimismo, las entidades acreditadoras autorizadas a la fecha de entrada en vigencia del mismo, dispondrán del plazo de dos años para que les sea exigible la obligación de contar con una cantidad mínima de ocho evaluadores exclusivos que el mismo establece." Disposiciones Transitorias del Decreto Supremo N°44, de 2013, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial con fecha 23 de diciembre de 2013: "ARTÍCULOS TRANSITORIOS".

Artículo 1°

Los requisitos que establece el presente decreto a entidades acreditadoras, evaluadores y procesos de evaluación sólo serán exigibles a partir de su entrada en vigencia, manteniendo plena validez los procesos de acreditación llevados a cabo hasta esa fecha y el reconocimiento otorgado a entidades evaluadoras. Sin perjuicio de ello, el requisito a los evaluadores de rendir un examen ante la Intendencia de Prestadores, que establece el nuevo texto del artículo 10, les será exigible una vez transcurridos seis meses desde la entrada en vigencia del presente decreto, mediante un examen al que convocará dicha institución, con una segunda convocatoria para quienes reprobren en el primer llamado y

para quienes, justificadamente, no hayan podido rendirlo en la primera ocasión. Asimismo, la modificación introducida al artículo entrará en vigencia el 1° de julio de 2014.

Estándares y pauta de cotejo Atención Abierta

Ver archivos originales de estándares y pauta de cotejo atención abierta de Superintendencia de Salud en plataforma eLearning, donde se encuentran disponibles para lectura y descarga.

Propuesta Proyecto Acreditación de Calidad y Sustentable.

Aprendamos de los Errores y enfrentemos los desafíos

Los errores que ya se están cometiendo son los mismos que todos los sistemas de gestión de Calidad, pero acá la no calidad afecta a seres humanos directamente. La NO CALIDAD te hace responsable directo e indirecto de Muertes, Complicaciones, reacciones anafilácticas, vacunas mal puestas o vencidas, etc.

Visión compartida:

Es fundamental tener una visión, que haga que los servicios sean con Calidad y sustentable en el tiempo.

Liderazgo Directivo:

Se requiere de Liderazgo Directivo (Director junto a su Asesor o Encargado de Calidad). Si encargado de la Política de Calidad y protocolos, no involucra al Director, no tiene sentido.

Equipo de Calidad:

Sin un Representante COMPROMETIDO de cada Unidad, será más difícil. Más vale armar el equipo, antes de partir.

Encargado de Calidad:

Un Encargado visionario, motivador y Guía del Director y Equipo es mejor, que uno que haga el trabajo solo. El proceso es de la Organización y no de una sola persona.

La cultura organizacional:

Antes de comenzar se debe analizar a la Organización respetando su cultura y dando importancia a todo lo realizado.

El Clima laboral y resistencia al Cambio:

Debemos considerar estas variables, para hacerlo con la Gente y no solos!!!

El Desarrollo Organizacional (DO):

Debemos diagnosticar y saber dónde estamos para ver brechas y hacer programa DO.

Gestión Capital Humano, Formación continua y gestión Conductual:

Debo definir las competencias (Conocimientos, habilidades y actitudes) y Conductas que agregan valor.

Experiencia Clientes Internos y Externos:

Debo definir protocolos de Experiencia tanto de los Usuarios/Clientes como clientes internos.

Humanizando la atención:

Junto con la definición de la Visión debo definir los valores que reporten en Humanización de la atención.

Tema 3

Modelos de Gestión de Calidad

Estándares ISO y otras similares

En Chile y Latinoamérica los estándares más conocidos son ISO 9000 referente a Calidad; ISO 14001 relacionado al medioambiente; ISO 26000 relacionado a Responsabilidad Social y OHSAS 18001 que involucra temas de Salud y Seguridad en el Trabajo.

ISO 9000

- ✓ Las Normas ISO 9000 son generadas por la International Organization for Standardization, cuya sigla es ISO.
- ✓ Esta organización internacional está formada por los organismos de normalización de casi todos los países del mundo.
- ✓ Se origina en las normas de la Organización del Atlántico Norte (OTAN) quien las utilizó como instrumentos para evaluar a los proveedores de partes y motores para aviación, que a su vez tuvieron su origen en la norma de la Rolls Royce (años 30). Posteriormente fueron adoptadas por la British Standards Institution BSI (1978) bajo el número BSI 5750, las cuales a su vez fueron utilizadas como base para la discusión, a partir de 1982 del comité N° CT176 de ISO y en 1987 se publicaron con la denominación actual de serie ISO 9000.

ISO 9001

- ✓ Referente a gestión de la calidad, por medio de mejorar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de requisitos del cliente y las regulaciones aplicables y para mejorar continuamente su desempeño en este aspecto. Internacionalmente, las organizaciones están implementando el modelo de gestión de calidad basado en procesos, el cual enuncia que para que una organización funcione eficazmente tiene que establecer y gestionar diversas actividades relacionadas entre sí. Se denomina “enfoque basado en procesos”, porque aplica un sistema de procesos dentro de la organización, la identificación e interacción de éstos, así como su gestión para producir los resultados deseados.

- ✓ El 23 de Septiembre de 2015 se publica la nueva norma ISO 9001, incorporando cambios importantes como gestión de riesgo o el enfoque basado en riesgos en los sistemas de gestión de calidad.

El siguiente cuadro representa las diferencias fundamentales entre la estructura 2008 y 2015.

ISO 9001 AÑO 2008	ISO 9001 AÑO 2015
1. Objeto y campo de aplicación	1. Alcance
2. Términos y definiciones	2. Términos y definiciones
3. Normas para la consulta	3. Contexto de la organización
4. Sistema de gestión de la calidad	4. Planificación
5. Responsabilidad de la dirección	5. Liderazgo
6. Realización del producto	6. Soporte
7. Gestión de los recursos	7. Mejora
8. Medición, análisis y mejora	8. Operaciones
	9. Referencias normativas
	10. Evaluación del desempeño

Modelo de un sistema de gestión de calidad basado en procesos, según norma 9001 año 2015.

Figura 1.

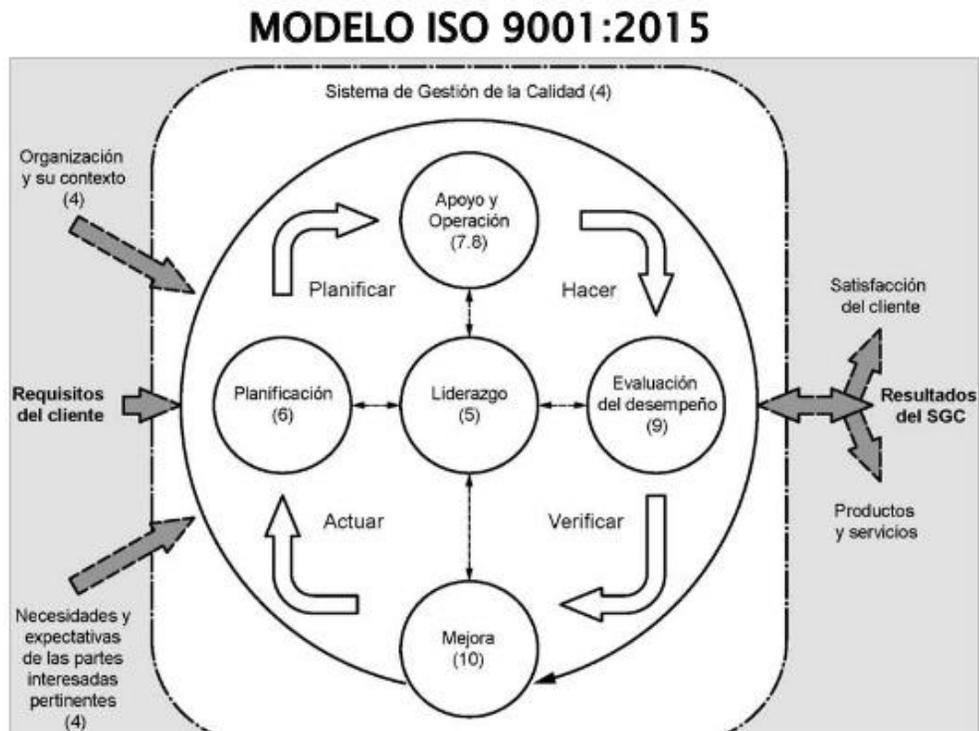


Figura 1.

Relación entre Certificación ISO 9001 y Acreditación en Salud

La Acreditación en salud corresponde a un proceso voluntario, en el que se realiza una evaluación específica para procesos del sector salud, garantizando el cumplimiento de los estándares estipulados por la ley.

La Certificación de Sistemas de Gestión de Calidad fundamentados en la norma ISO 9001 se puede aplicar en cualquier tipo de organización. Para que las entidades estén dotadas de dicha certificación es necesario que se sometan a una auditoría externa para todos los procesos que estén instaurados en la organización.

El punto de encuentro entre la Certificación según la ISO 9001 y la Acreditación en Salud son que ambos tienen en común diversos aspectos como el mejoramiento continuo y la gestión enfocada en el usuario.

A continuación se presentan las principales diferencias entre la norma ISO 9001 y el sistema de Acreditación en Salud

ISO 9001

- genérica para cualquier institución
- metodología de evaluación subjetiva según experiencia de los auditores
- su alcance lo determina la organización

Acreditación en salud

- específica para el área de la salud
- metodología de calificación estructurada
- carácter global

Todos los sistemas de Calidad aportan, pero en general se repiten una y otra vez, los siguientes problemas, barreras y dificultades para su implementación:

- ✓ Falta de compromiso y conocimiento por parte de la dirección o gerencia. Siendo este el punto decisivo entre la implementación sustentable y cambio cultural de toda la organización.
- ✓ Directivos ignorantes en estas temáticas y sin interés en la Calidad, solo excesivo interés por el certificado (Interés por el Certificado más no porque funcione el Sistema de Gestión de la Calidad).
- ✓ Falta de Programa y definiciones claras en temas Comunicacionales: sensibilización, socialización, incorporación de toda la organización en un tema transversal que puede cambiar o frustrar a la organización.
- ✓ Falta de dedicación o tiempo asignado por parte del personal con conocimientos y responsabilidad para desarrollar adecuadamente el soporte documental del sistema.
- ✓ No consideración desde la planificación estratégica y la respectiva asignación del presupuesto para la implantación del SGC.
- ✓ Falta de cumplimiento de la documentación del SGC.

- ✓ Actitud inadecuada de los auditores, en el momento de la auditoría.
- ✓ Mayor énfasis en las operaciones diarias de la empresa que a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. Seguir haciendo lo de siempre, como siempre.
- ✓ Imposición de alta Gerencia o Directivos para el cumplimiento (cumplir con el Sistema de Gestión de la Calidad por imposición más no por compromiso).
- ✓ Resistencia al cambio de los colaboradores. (Se trata de cambios de hábitos, de actitudes, redefiniciones de puestos, de aprender y desaprender, etc.). Desinterés de los colaboradores para la implementación, por falta de visión de los Directivos, se debe hacer con Gestión del Cambio y Gestión Capital humano.
- ✓ Por falta de compromiso de altos Directivos; ausencia de proactividad del responsable de la implementación del SGC, quien debe monitorear o ayudar a ello buscando la participación de los colaboradores.
- ✓ Pérdida de rumbo, sistemas de gestión que no aportan y hacen difícil a la gestión de los procesos propios del negocio.
- ✓ Burocracia por la excesiva documentación y fuerza de poderes.

Identificación y priorización de problemas de calidad

Identificación del problema

Las empresas se encuentran en un entorno constantemente cambiante desde todo punto de vista, incluyendo tecnología, valores agregados en los bienes y servicios y en la calidad, esto ha llevado cada vez más a generar esfuerzos para adaptarse a los cambios e ir adquiriendo las nuevas tendencias gerenciales que les permita ser competitivas y mantenerse en el mercado. Estas tendencias son las que dan origen a las modificaciones sustanciales en la cultura empresarial, generando enfoques, filosofías y herramientas de la calidad para mejorar continuamente bienes, servicios, procesos y en general el enfoque sistemático de las organizaciones con el único fin de satisfacer a sus clientes, trabajadores y proveedores. Uno de los errores que suelen cometer las empresas es, creer que la calidad está referida a las empresas manufactureras, sin embargo, **actualmente el sector servicios** se presenta como uno de los más importantes dentro de la economía mundial,

por lo cual es de vital importancia contar con un sistema de gestión de calidad en una empresa de servicio. Las empresas de servicios de Salud, recién parten con la definición de estándares mínimos. Cualquier empresa requiere materiales, trabajadores, activos fijos, y otros recursos que son necesarios para realizar un servicio, por ello hace falta idear la manera organizada en que todos estos recursos estén funcionando bajo un enfoque de procesos. La implementación de un sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001, organiza los procesos de la empresa, además permite corregirse constantemente a través de la **mejora continua de procesos**, asegurando así la satisfacción en los clientes. Es por ello que es importante para la empresa contar con un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001, que le permita mantener sus procesos organizados, no solo para sobrevivir sino para la mejora continua en la gestión empresarial.

Identificación del problema: alcance y limitación

Como punto de partida, para implantar un sistema de gestión de la calidad (SGC) o mejorar uno ya existente, se debe analizar en qué medida su funcionamiento cotidiano se ajusta a los requisitos de la norma, para conocer la distancia que hay entre la gestión actual de la organización y el modelo de gestión propuesto.

Metodología

Para realizar el diagnóstico de la organización se establecerán los criterios de valorización de cumplimiento (valorización de cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001) que se basan en calificar el estado de las cosas, variables, comportamientos, desempeños y/o conformidad.

Problemas y análisis causal

Descripción de los problemas más frecuentes

- ✓ Desconocimiento tanto de los Directivos y línea de mando de las ventajas de la implementación de un Sistema Gestión de Calidad.
- ✓ Ausencia de manual de organización y funciones.
- ✓ Procedimientos no definidos.

- ✓ Elevada rotación del personal.
- ✓ Incumplimiento de requisitos del cliente.
- ✓ Falta de presupuesto.
- ✓ Falta control de Gastos.
- ✓ Falta de verificación a los procesos con auditorias.
- ✓ Falta de capacitación o Capacitación no estratégica, actividades que no agregan valor a la Visión, Misión e indicadores estratégicos.
- ✓ Falta de Programas controlados orden y limpieza.
- ✓ Falta de evaluación de proveedores.
- ✓ Inadecuada protección de la propiedad del cliente.
- ✓ Registros de mala calidad.

Una vez determinados los problemas y sus causas, es fundamental considerar presupuesto, por lo que sí o sí, debemos priorizar.

Cuando hablo de presupuesto, hablo del presupuesto conversado y definido en conjunto y no el del impuesto por alguien sentado en su escritorio, que lo define sin tener idea de lo que ello implica. La priorización debe considerar Procesos y Herramientas estratégicas para la toma de decisiones.

¿Por qué fracasan los Sistemas de Calidad en una organización?

No existe sistema de gestión de la calidad que solucione los problemas de las organizaciones y países, soy yo el verdadero motor que con esta herramienta puede cambiar la Visión de lo que hago todos los días La implementación de sistemas de gestión de la calidad bajo la serie de normas ISO 9000 se ha ido propagando de manera exponencial, las últimas dos décadas en Latinoamérica. Es cada vez más común encontrar organizaciones con sistemas de gestión de calidad certificados.

Acontecimientos recurrentes en proceso de acreditación post acreditación.

- ✓ La Alta Dirección, de cada organización, promueve su implementación bajo la esperanza de poder contar a mediano plazo con procesos más competitivos, que puedan generar mayores ingresos, y clientes más satisfechos.
- ✓ Las organizaciones suelen designar un responsable para la implantación, por lo general un profesional con conocimientos en organización y métodos y dominio de las normas referenciales. Esta persona suele preparar una planificación del proyecto, incluyendo la elaboración de los procedimientos, los programas de capacitación y las auditorías internas previas a la de certificación. Iniciado el proceso, el funcionario responsable o “Responsable de Calidad”, **se convierte en un policía** que suele estar sobre el personal controlando la elaboración y cumplimiento de los procedimientos, revisando los registros y su correcta aplicación.
- ✓ Luego de un par de meses de trabajo arduo, donde todo el personal se siente agobiado por la exigencia y control permanente del Responsable de Calidad, la empresa logra la esperada certificación de su sistema de gestión de la calidad.
- ✓ La Alta Dirección celebra intensamente y hace partícipe a todos sus funcionarios. El reconocimiento se amplía a individuos que, no habiendo estado involucrados, también reciben los beneficios de ser identificados con la organización.
- ✓ La organización en general le da una gran publicidad al logro y crea un ambiente de celebración constante e incesante. Pero después de algunos días, cuando va disminuyendo el fervor de la celebración, y todo el trabajo intenso de tiempo atrás comienza a caer en el olvido, se vuelve al mismo ritmo de antes del inicio del proyecto. La Alta Dirección se frustra por los resultados, que no van más allá que la mejora de la imagen corporativa; y sus ejecutivos van a engrosar la gran lista de aquellos que opinan que los sistemas de gestión no son más que mercadotecnia para la organización.

El cuestionamiento por lo tanto, es si efectivamente los sistemas de gestión de calidad conllevan a los beneficios indicados, y si estamos realmente preparados para este tipo de proceso. La explicación a esto podría estar determinado por:

- ✓ Los Directivos y Expertos en Calidad, toman al sistema de gestión de la calidad como una meta o fin a alcanzar, que termina al momento que obtiene la certificación.
- ✓ Pero los sistemas de gestión no son un fin. Son un medio para alcanzar la eficiencia y la mejora de nuestros procesos.
- ✓ Con la implantación y certificación del sistema de gestión de la calidad lo único que estamos obteniendo es la herramienta para la mejora, el siguiente paso es empezar a utilizarla a diario, hacerla parte de la organización.
- ✓ El problema se centra en la espera que el Responsable de Calidad mantenga el sistema de la misma forma que logro implementarlo, y esto no funciona de esa manera.
- ✓ Cada uno de los integrantes de la organización, empezando desde la Alta Dirección, deben hacer que el sistema funcione, pero tomando a la calidad como una forma o filosofía de trabajo y no así como un fin a alcanzar.
- ✓ Nadie más que cada funcionario puede hacer el trabajo que se le ha asignado, entonces no se puede deslindar la responsabilidad de la calidad de la organización a una persona específica.
- ✓ Cada miembro de la organización, es responsable de realizar su trabajo en función a los requerimientos establecidos.