



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales  
Escuela de Trabajo Social

**TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN HOSPITALARIA:  
“DISEÑO Y PROPUESTA DE REGLAMENTO INTERNO DEL  
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO, QUE DE  
RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DEL DECRETO 40 DE LA  
LEY 20.584, QUE REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE  
TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES  
VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD”**

**INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL  
GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL  
Y EL TÍTULO PROFESIONAL DE TRABAJADOR SOCIAL**

**ALUMNO:** CHRISTIAN MANCILLA  
LAZCANO

**PROFESORA GUÍA:** JEMIMA FERNANDEZ  
HORMACHEA

**2 0 1 5**

## **Agradecimientos**

Este documento representa la culminación de un proceso, pero a la vez el comienzo de otro nuevo, lleno de desafíos y nuevas experiencias que sin duda serán enriquecedoras para mi persona.

Es difícil el poder recordar y comenzar a agradecer a las personas que hicieron todo este proceso posible, han sido seis años en los cuales he aprendido mucho de una carrera que me ha brindado grandes valores y por sobre todo, herramientas para ser un agente de cambio.

Quisiera agradecer a mi familia, quienes fueron el pilar fundamental para que pudiera mantenerme con energías hasta el final de este proceso, a mi madre quien desde chico me inculco que la perseverancia es algo fundamental para lograr mis metas, y cuánta razón tenía. A mi padre quien a través de su esfuerzo y dedicación me demostraba que lo importante es mantenerse a pesar de que en muchas ocasiones quisiera tirar la toalla. A mis hermanos Claudia y Juan Carlos quienes siempre tuvieron una palabra de apoyo y me brindaban ánimo cada vez que podíamos estar reunidos. A mis princesas Mary Paz, Emily y María José, mis bellas sobrinas quienes siempre me dieron cariño y me entregaron alegría. A Sandra quien a través de su fe me entregaba tranquilidad y una palabra de apoyo. A mi Familia de Putaendo, a mis tíos, primos, a todos ellos le doy las gracias por el cariño y el apoyo al momento de querer conocer sobre mi proceso.

Quiero hacer un aparte en los agradecimientos para dar gracias a dos personas que hoy no se encuentran físicamente cerca de mí, pero sé que están velando y cuidándome desde lo más alto. A mi Abuela Norberta quien partió hace muchos años, pero sé que dentro de mi proceso siempre estuvo velando y cuidándome para que continuara con energías y mucho entusiasmo. Y por otra a mi Abuela Modesta, quien partió hace muy poco tiempo, agradezco cada palabra, oración y por sobretodo la comida excesiva cada vez que la podía ir a visitar. Este trabajo es para ustedes, un beso al cielo ♥

A lo largo de mi proceso académico, me encontré con gente a la fecha han sido grandes amigos y por sobretodo compañeros de vida. Pues no podía recordar las tardes de conversaciones sobre la vida y lo que sería de nosotros más adelante, el estresarnos con los trabajos y disfrutar compartiendo algo en la bohemia porteña. A Diego, Dani, Moni, Zapata, Pozo y Vergara, a todos ellos va este trabajo y agradezco su simpatía, cariño al momento de compartir dentro de estos años. A mis compañeros de CEETS 2014 (Isa, Bryan, Cona, Cami y Javi), quienes también fueron personajes importantes dentro de mi proceso, con quienes compartí muchos momentos de alegría, de tensión, pero siempre con ideales claros orientados, democratizar, transparentar y por sobre todo, levantar nuestra escuela.

A los amigos de la vida, a esos que llegan y se quedan para siempre, los cuales estuvieron para compartir y ser parte de esos momentos de dispersión que muy bien me vinieron para recargar energías para poder continuar. A Álvaro, Daniel, Henry, Seba, Nico y Adolfo, gracias por tantas risas, momentos juntos y por su calidez humana.

También quiero mencionar a grandes personas que fueron parte de este proceso, a quienes a pesar de ser de otra carrera, me incluyeron en su círculo, logrando formar una gran amistad. Al Negro Ortiz, Vicho, Pipe, Matu, gracias por los momentos para compartir algo, las pichangas eternas de los martes y las salidas "piola".

A mi Familia Teletón, quien me entrego también mucha alegría dentro de estos casi 3 años que he logrado estar con ustedes. Al Team Karma (Karla, Seba, Kate, Cami, Sebiche y Mile), a la Maca, la Caro y Paloma, sin duda grandes personas que a lo largo de este tiempo han permanecido y han sido parte fundamental de mi desarrollo personal y formativo. Gracias por las palabras de apoyo, el cariño, los abrazos, los memes jaja y por sobre todo por su calidad humana, sin duda son y serán grandes profesionales.

A mis compañeros de trabajo, a la Familia CTR que sin duda a lo largo de los 2 años que llevamos juntos, hemos formado un vínculo grato, por compartir y hacer catarsis por nuestras tesis y por sobretodo la flexibilidad para poder compatibilizar con los tiempos de la universidad.

A la Profe Jemima quien siempre creyó en este proceso, un tanto extraño dado que la metodología para mí era nueva, pero tuvo la dedicación y paciencia para poder enseñar y demostrar que todo eso era posible. Agradecer por su transparencia y por sobre todo las herramientas que me entrego en mi proceso formativo dentro de mis 6 años y lo aprendido dentro de este proyecto de título, dejando claro que el Trabajo Social dentro de la gestión si puede posicionarse y ser un referente en el área.

Finalmente, a la Unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren, a Lidia, Adri, Gabi, Prisci, Carolin, Vane, Felipe, Octavio, Nati jo, Nati y Sandy. Queridísimos y Queridísimas. Muchas gracias por el recibimiento, desde mi llegada en la práctica de comunidad, hasta hoy que culmino mi proceso formativo junto a ustedes. Agradezco su apoyo incondicional, el siempre tener un espacio para poder permitir trabajar junto a ustedes, por creer en mis habilidades, por sus críticas constructivas y por brindar un espacio óptimo para poder desarrollarme personal y profesionalmente.

**Christian Mancilla Lazcano**

## **SUMMARY**

**SOCIAL WORK AND HOSPITAL MANAGEMENT:** Design and draft rules of procedure Carlos Van Buren Hospital in Valparaiso, which responds to the requirement of the law decree 40 of 20,584, which regulates the rights and duties that people have regarding their actions related to health care.

In the present work, the progress of protocols units of Carlos Van Buren Hospital performed with the objective of developing an internal regulation response to the request of 40 of the law decree 20,584, which establishes the basic requirements It must contain the internal regulations of the public and private providers regarding your health care.

Data will be collected through meetings with selected by the headquarters of Social Work and Planning and Control, then the proposal will be elaborated by expert judgment validated references. They then this will be sanctioned by the management team of the Hospital Carlos Van Buren.

Finally the result of experience, allow us to meet our guidelines and will enhance the relationship between the hospital and users.

**Key Words:** Hospital Social Workers, Internal Regulation, Social Work and Public Health, Protocols

### **Author**

- Christian Mancilla Lazcano

## RESUMEN EJECUTIVO

### 1. PRESENTACIÓN

<b>PROYECTO DE TITULO</b>	<b>TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN HOSPITALARIA: “DISEÑO Y PROPUESTA DE REGLAMENTO INTERNO DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO, QUE DE RESPUESTA AL REQUERIMIENTO DEL DECRETO 40 DE LA LEY 20.584, QUE REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD”</b>
<b>ESTUDIANTE EN PROYECTO DE TITULO</b>	<b>CHRISTIAN MANCILLA LAZCANO</b>
<b>DOCENTE GUIA</b>	<b>JEMIMA FERNANDEZ HORMACHEA</b>
<b>INSTITUCION PATROCINANTE</b>	<b>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</b>
<b>EQUIPO SUPERVISOR</b>	<b>LIDIA PARRA CASTILLO MARIA ADRIANA MOYA M. CAROLIN GALVEZ V.</b>

### 2. FUNDAMENTACIÓN

El presente documento concluye la experiencia del estudiante en proyecto de título, que presenta un diseño y propuesta de reglamento interno, que dé respuesta al requerimiento del decreto 40 de la ley 20.584, que regula

los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

La relevancia del presente proyecto de título, recae en que la problemática es una necesidad para la institución de dar cumplimiento con una normativa emanada en octubre del año 2012 y que a la fecha aún no logra concretar. Es así que se genera un plan de trabajo retomando lo elaborado por la comisión conformada en esa época y generando alianzas estratégicas con la jefatura de las Unidades de Servicio Social y Jefatura de Planificación y Control, quienes definen a los referentes para poder elaborar un estado de avance que permitiese el diseño y propuesta de reglamento interno que fuese avalado por un grupo de expertos reunidos en una comisión denominada "Diseño y redacción del reglamento interno", que posteriormente fuese aprobado por el equipo directivo del Hospital Carlos Van Buren.

### **3. REFERENTES TEORICOS**

- Elementos conceptuales sobre Gestión Clínica
- Elementos Conceptuales Sobre Satisfacción Usuaría
- Elementos Conceptuales Sobre Bioética

### **4. OBJETIVOS DE TRABAJO**

- **Objetivo de Trabajo N°1**

*"Elaborar el estado de avance de los procesos asociados a los 18 puntos mínimos del reglamento interno, considerando los insumos y antecedentes entregados por parte de los referentes técnicos de las unidades del hospital Carlos van Buren de Valparaíso"*

- **Objetivo de Trabajo N°2**

*"Levantar en conjunto a los referentes técnicos con documentación en desarrollo, los procesos asociados a los 18 puntos mínimos del reglamento interno del hospital Carlos van Buren de Valparaíso"*

- **Objetivo de Trabajo N°3**

*"Diseñar una propuesta que dé respuesta al requerimiento del decreto 40 que establece requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales para la atención en salud de las personas de la ley 20.584, considerando los insumos y antecedentes entregados por*

*parte de los Referentes Técnicos de las unidades del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso."*

## **5. METODOLOGÍA DE TRABAJO**

La experiencia fue desarrollada en una estructura metodológica vinculada a la gestión por procesos, que establece un desarrollo secuencial de los objetivos de trabajo planteados por el estudiante y que va en constante ajuste a la lógica de gestión, de manera que tanto para el objetivo N°1 lograra recopilar la información necesaria para establecer un estado de avance, como posteriormente en el Objetivo N°2, este estado permitiera realizar una segunda revisión de la información recopilada, para que finalmente en el Objetivo N°3 se realizara el diseño y propuesta de reglamento interno que tuviera como objetivo, dar cumplimiento con lo requerido por la institución.

## **6. CONCLUSIONES**

Los principales hallazgos encontrados dentro del desarrollo del presente proyecto de título, se encuentran estructurados a partir de tres ejes: Conclusiones metodológicas, temáticas y profesionales, esto en función de los objetivos de trabajo que fueron planteados por el estudiante, a partir del trabajo levantado alrededor del diseño del reglamento interno que cumpliera con los requerimientos del decreto 40, asociados a la ley 20.584.

Al finalizar el proceso de aprendizaje, se destaca la importancia de sistematizar los protocolos de las unidades para una mejor gestión que apunte a la mejor calidad en atención y la mejora de la satisfacción usuaria dentro de la institución, así como también dar cumplimiento a normativas establecidas a través de las políticas públicas que al igual apuntan a mejorar la calidad del servicio.

A partir de esto se espera que el producto generado sirva como un aporte fundacional a la gestión hospitalaria, respecto a dar cumplimiento a un requerimiento establecido hace unos años a través de la ley 20.584 y que el Hospital Carlos Van Buren a la fecha, aún no logra cumplir.

## INDICE GENERAL

Presentación general	1
<b>Capítulo I Contexto Institucional</b>	<b>3</b>
1. Antecedentes Generales Hospital Carlos Van Buren	4
1.2 Antecedentes Históricos	6
1.3 Política de la Institución	9
1.4 Estructura Política y Organización Sector Salud	15
1.5 Unidad de Servicio Social	17
1.6 Contexto Situacional de la Experiencia	21
1.7 Aspecto Situacional de la Experiencia	32
<b>Capitulo II Marco de Referencia</b>	<b>34</b>
2.1 Eje Temático N°1 Gestión Clínica	35
2.2 Eje Temático N°2 Satisfacción Usuaría	42
2.3 Eje Temático N°3 Bioética	48
<b>Capitulo III Marco Metodológico</b>	<b>57</b>
3.1 Fundamentación Metodológica	58
3.2 Necesidades de la institución para dar cumplimiento a la ley 20.584 sobre la existencia de un Reglamento Interno en todo prestador institucional de salud	60
3.3 Objetivos de Trabajo y Procedimiento metodológico asociado	61
3.3.1 Objetivo de Trabajo N°1	61
3.3.2 Objetivo de Trabajo N°2	68
3.3.3 Objetivo de Trabajo N°3	75
3.4 Etapas y plazos	82

<b>Capitulo IV Resultados y Productos de la experiencia</b>	83
4.1 Presentación Capitulo Caracterización y Resultados de la Experiencia	84
4.2 Preámbulo Objetivo de Trabajo N°1	85
A. Caracterización de los requerimiento contenidos en el Decreto 40 de la ley 20.584	86
B. Caracterización e Identificación de los referents Técnicos	93
C. Convocatoria de los referents y recolección de Información	99
D. Categorización de los referentes y validación del proceso	100
E. Resultados y estado de avance de los requerimientos	102
4.3 Preambulo Objetivo de Trabajo N°2	104
A. Caracterización de los referentes técnicos para el Objetivo de Trabajo N°2	105
B. Convocatoria de los referentes y recolección de la información	105
C. Categorización y Validación del proceso	106
D. Resultados y estado de avance de los requerimientos	107
4.3 Preambulo Objetivo de Trabajo N°3	109
A. Diseño y propuesta del instrumento	109
B. Convocatoria, Validación del Instrumento y Presentación Final	110
C. Resultados del diseño del reglamento interno	111
D. Presentación Final	120
4.4 Productos de la Experiencia	121
1. Reglamento interno de atención en salud Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	122
A. Descripción	123

B. Contexto de Aplicación	123
C. Orientaciones de Uso	124
<b>Capítulo V Reflexiones, Conclusiones y Aprendizajes</b>	166
5. Reflexiones, Conclusiones y Aprendizajes	167
A. Conclusiones Metodológicas	168
B. Conclusiones Temáticas	168
C. Conclusiones Profesionales: Trabajo Social y Gestión	169
<b>Capítulo VI Bibliografía</b>	172
6. Bibliografía Documental	173
6.1 Bibliografía Digital	174
<b>Anexos</b>	175
7. Anexos correspondientes a Objetivo de Trabajo N°1	176
7.1 Anexos correspondientes a Objetivo N°2	213

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Identificación de la Institución HCVB	4
Tabla N°2 Instrumentos EAR	16
Tabla N°3 Organización Unidad Servicio Social HCVB	18
Tabla N°4 Relación Calidad - Satisfacción	45
Tabla N°5 Requerimientos mínimos que deben contener los reglamentos internos, Decreto 40 Ley 20.584	86
Tabla N°6: Distribución de los procesos según artículos referidos al decreto 40 de la Ley 20.584	89
Tabla N°7: Distribución de referentes técnicos según proceso	94
Tabla N°8: Categorización referentes según documentación	100

Tabla N°9: Integrantes Comisión Diseño y Redacción Reglamento Interno	101
Tabla N°10 Dificultades en el proceso de diseño del reglamento	111

### ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen N°1 Ubicación HCVB Google Maps	4
Imagen N°2 Ubicación Googlemaps Street View	4
Imagen N°3 HCVB Patrimonio de la Salud Chilena	7
Imagen N°4 Don Carlos Van Buren Vallejo	7
Imagen N°5 Carta Ley de Derechos y Deberes del Paciente	27
Imagen N°6: Copia de correo enviado al Director del Hospital Carlos Van Buren	120

### ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1 Población Asignada	5
Figura N°2 dotación Unidad Servicio Social HCVB	17
Figura N°3 Principios de la Reforma Sanitaria Chilena	22
Figura N°4 Objetivos Reforma Sanitaria Chilena	22
Figura N°5 Organigrama de distribución de la Autoridad Sanitaria	25
Figura N°6 Tipos de Prestadores	28
Figura N°7: Procesos que cumplen con la categoría	102
Figura N°8: Referente que cumple la categoría	103

Figura N°9: Ficha de actualización reunión con referente técnico asociado al reglamento interno	106
Figura N°10: Procesos que cumplen con la categoría	107
Figura N°11: Referente que cumple la categoría	108

## PRESENTACIÓN GENERAL

El proyecto de Título que se presenta en las páginas siguientes fue desarrollado por el estudiante, tras la inserción en la Institución patrocinante durante los primeros meses del año en curso. En este contexto, la tarea consistió en atender la necesidad emanada por la institución de dar cumplimiento a la normativa establecida dentro de la ley 20.584, que regula que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Dicha ley en su decreto N°40, establece los requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales ya sean públicos y privados para la atención en salud de las personas.

En esta lógica se inicia un plan de trabajo en base a los requerimientos que la institución deseaba, recopilando información respecto a lo realizado por la primera comisión encargada de elaborar dicho instrumento, que por motivos de la dinámica propia del hospital, no lograron terminar el proceso. De esta manera y habiendo establecido alianzas estratégicas con la jefatura de la Unidad de Servicio Social y Jefatura de Planificación y control, se definieron los referentes para poder recopilar y elaborar un estado de avance que permitiera posteriormente, levantar un diseño y propuesta de reglamento interno que fuera avalado por una comisión de expertos, para que finalmente dicho documento sea sancionado por el equipo directivo del Hospital Carlos Van Buren.

De esta forma, el trabajo desarrollado se encuentra estructurado a partir de seis capítulos presentados a continuación: **Capítulo I “Marco Institucional”**, en él se describen elementos relativos a la institución patrocinante. Estructura organizacional, rango de acción, nivel de complejidad, entre otros elementos. Además dentro de este apartado se establece el aspecto situacional en el cual se enmarca el presente proyecto de título.

En un segundo momento, se presenta el **Capítulo II: “Marco de Referencia”**, en él se establecen los ejes en los cuales la presente experiencia tuvo su base conceptual: Elementos conceptuales sobre Gestión Clínica, Elementos conceptuales sobre Satisfacción Usuaría y Elementos Conceptuales sobre Bioética.

Posteriormente se da paso al **Capítulo III: “Diseño Metodológico”**, correspondiente a los elementos que sustentan el trabajo desarrollado desde la fundamentación de la metodología de gestión por procesos, la cual fue utilizada por el estudiante en proyecto de título para plasmar tres objetivos de trabajo, orientados a levantar las diferentes necesidades plasmadas por la institución y elaborar los productos como base de propuestas de mejora desde el Trabajo Social.

A continuación se prosigue con el **Capítulo IV: “Resultados y Productos de la Experiencia”**, momento en el que se presentan en extenso los resultados obtenidos tras el proceso de levantamiento de información, así como los productos asociados al trabajo llevado a cabo. El momento siguiente corresponde al **capítulo V: “Reflexiones, Conclusiones y Aprendizajes”**, instancia en la que el estudiante en proyecto de título, hace presentación de los hallazgos más importantes dentro de la experiencia, segmentándolas en tres apartados: Conclusiones metodológicas, conclusiones temáticas y Conclusiones profesionales, esto con el objeto de exponer lo evidenciado y aprendido dentro del desarrollo del proyecto de título. Finalmente la experiencia finaliza con el desarrollo del **Capítulo VI: “Bibliografía”**, donde se encontrara un complejo ordenamiento en relación a las fuentes revisadas para la construcción del presente documento.

A continuación, se invita al lector/a a una revisión de los elementos expuestos en el presente proyecto de título, que en base al desarrollo de una metodología centrada en la gestión por procesos, configura un desafío para el estudiante en términos de lograr concretar la problemática plasmada por el Hospital Carlos Van Buren, de dar cumplimiento del requerimiento establecido en la Ley 20.584.

# Capítulo I

## Contexto


### Institucional

# 1. ANTECEDENTES GENERALES HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

## 1.1 Identificación de la Institución

Tabla N°1 identificación de la Institución HCVB

<b>Nombre</b>	Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso
<b>Tipo de Institución</b>	El hospital Carlos Van Buren, es una institución de Nivel Terciario en Atención de Salud, de Carácter Público ya que pertenece al Estado, Sin fines de lucro, dependiente del MINSAL, por medio del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio
<b>Ubicación Geográfica</b>	 <p>Imagen N°1 Ubicación Hospital Carlos Van Buren GoogleMaps</p>  <p>Imagen N°2 Ubicación en GoogleMaps StreetView</p>
<b>Fono:</b>	Mesa Central - 2364000 Dirección Hospital Carlos Van Buren - 2364188
<b>Email</b>	Alejandra.Sanchez@redsalud.gov.cl
<b>Página Web</b>	<a href="http://www.hospitalcarlosvanburen.cl/">http://www.hospitalcarlosvanburen.cl/</a>
<b>Cobertura</b>	Beneficiarios tramos A – B – C – D del Fondo Nacional de Salud, y

	aquellos convencionales	
<b>Beneficiarios<sup>1</sup></b>	Población asignada  481.916 personas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0- 14 años (19%): 91.564 Niños y niñas</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15-64 años (69%): 332.522 Adolescente y Adultos</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 65 y más años (12%): 57.830: Adultos Mayores</li> </ul>
	<p><b>Figura N°1</b></p>  <p><b>Población Asignada 481.916 personas</b></p> <p>12% 19% 69%</p> <p>■ 0-14 Años ■ 15-64 Años ■ 65 y más Años</p> <p><b>Fuente:</b> Hospital Carlos Van Buren, Cuenta Pública 2014</p>	
<b>Radio de Acción</b>	<p>La Institución, tiene responde a la jurisdicción correspondiente al Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (Algarrobo, El Tabo, San Antonio, Santo Domingo, El Quisco, Casablanca, Juan Fernández, Cartagena, incluyendo ambas provincias, al momento de entregar atención de salud. Además entrega atención a las regiones de Atacama (III), Coquimbo (IV) y Valparaíso (V) en Neurocirugía e Imagenología Compleja, y en Oncología a la región de Coquimbo y Valparaíso.</p>	
<b>Infraestructura</b>	<p>El establecimiento se compone de 4 edificios principales: Torre Médica, Torre Quirúrgica, Oncología y Otorrino Oftalmología, más el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE). Esto quiere decir que la superficie del terreno principal es de 28.167, 77 m2 y cuenta con una superficie construida aproximada de 40.559 m2, en total.</p>	

<sup>1</sup> Cuenta Pública 2014, Hospital Carlos Van Buren.

<b>Emplazamiento</b>	La Institución, se encuentra compuesta por dos terrenos de dominio propio, teniendo un total de 13 dependencias. El terreno principal como se mencionó anteriormente abarca un total de 28.167,77 m <sup>2</sup> , donde se encuentran la mayoría de las especialidades del Hospital. En el caso del segundo terreno, este se encuentra ubicado en la Calle Blas Cuevas y cuenta con una superficie de 5.097 m <sup>2</sup> , este terreno corresponde al antiguo Hospital de Niños, el cual actualmente se encuentra siendo utilizado por el Jardín Infantil del establecimiento, la Fundación Lionel Cooper, de igual forma la Corporación Bresky a cargo del Programa de Salud Mental, también la Clínica Dental del Consultorio de Atención Primaria del Hospital de Niños, y por ultimo por oficinas administrativas y bodegas disgregadas del Hospital.
----------------------	---

<b>Patologías</b>	72 de un Total de 80 Patologías (90, 0%).		
<b>Dotación de Camas<sup>3</sup></b>	Unidad de Paciente Crítico	UCI	14 Camas
		UTI	24 Camas
	Días de Estadía Promedio: 6,3 días promedio		
	Dotación Total de Camas: 535 Camas		

## 1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

### 1.2.1 Origen e Historia

Los inicios del Hospital Carlos Van Buren se remontan al siglo XVIII, en tiempos donde Chile era una Colonia del Rey de España Carlos III.

Tras varias Cédulas reales fallidas, finalmente el 18 de noviembre de 1772 se funda el "Hospital Jeneral de la Caridad", en el sector de la Quebrada de Elías, actual subida Ecuador, en instalaciones que habían dejado los padres dominicos, La conducción del Hospital tanto en lo económico como en la atención de enfermos se encomendaba a los Religiosos de la Orden de San Juan de Dios

En sus primeros años, la atención del Hospital estuvo centrada en la marinería que desembarcaba en el este Puerto proveniente de largas jornadas de viaje. Mucho más adelante se admitió "Al paisanaje", habitantes comunes

<sup>2</sup> Cuenta Pública 2014, Hospital Carlos Van Buren.

<sup>3</sup> Cuenta Pública 2014, Hospital Carlos Van Buren.

de la época. En cuanto a la atención de mujeres, recién fueron incorporadas en una pequeña sala en el año 1846.

La instalación del Hospital en calle Colón se efectúa entre los años 1833 - 1834, siendo Gobernados de Valparaíso Don Diego Portales.



Imagen n°3: Hospital Carlos Van Buren, Patrimonio de la Salud Chilena<sup>4</sup>

### **Don Carlos Van Buren Vallejo**

Notable comerciante, filántropo, Gerente de Banco, Promotor de negocios y hombre de bien en general.

El terremoto de 1906, que arruino a Valparaíso le proporciono ocasión para enjugar lágrimas y mitigar Dolores a tantos porteños que se vieron en desgracia.

El año 1907 asume la Sub-Administración del Hospital San Juan de Dios, momento crucial en que comienza una lenta reconstrucción. Durante el periodo 1912-1921 fue su Administrador, época de complete renovación para el Hospital. Su obra abarcó la apertura de nuevas salas,

Imagen N° 4 Don Carlos Van Buren Vallejo



<sup>4</sup> Cuenta pública 2014, Hospital Carlos Van Buren

servicios, construcción de una Casa Comunidad para las Hijas de la Caridad, además de equipamiento de última generación. En su testamento dejó diversos legados, entre ellos la fundación de una escuela de enfermeras y otro para una Clínica de Ojos.

A causa de una dolencia gástrica, fallece un día 25 de Abril de 1929. Cumplido un mes de su fallecimiento, la Junta de Beneficencia aprueba el cambio de nombre del establecimiento. Pasando a llamarse Carlos Van Buren.

En la actualidad, sus restos descansan en el Cementerio N°2 de Valparaíso.

### **Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul**

Congregación religiosa fundada en Francia por San Vicente de Paul (1581-1660) y Sta. Luisa de Marillac.

Tras largos tres meses de viaje en el Velero "Magallanes", Llegan desde el Puerto de Burdeos - Francia (15 de Marzo 1854), las primeras 30 Hermanas extranjeras, destinadas a trabajar a los Hospitales Chilenos, las que tras un breve descanso en Valparaíso son ubicadas en tres diferentes Hospitales de Santiago.

En febrero de 1860. Llegan las primeras nueve Hermanas entonces Hospital Jeneral de la Caridad, actual Carlos Van Buren, las que iniciarían un trabajo arduo y sostenido que se mantiene hasta el día de Hoy.

La Capilla El Carmen y la Casa Comunidad son entregadas a la Congregación en el año 1931, sin alcanzar Don Carlos Van Buren a ver concluido uno de sus ansiados anhelos. El año 2003 todo el inmueble es declarado Patrimonio Histórico, bajo Decreto N°0355 del 20 de Mayo. Arquitectónicamente la capilla corresponde a una réplica de uno de sus templos en Francia.

### **El Hospital en el Presente**

En la actualidad el Hospital Carlos Van Buren es uno de los tres centros más complejos de Chile, Con sus 535 camas y especialidades y servicios de apoyo atiende a tres regiones: Tercera, Cuarta y Quinta, en sus especialidades de Neurocirugía, Oncología y Radioterapia. Con una población asignada cercana a los tres millones de usuarios.

### 1.3 POLITICA DE LA INSTITUCIÓN

El hospital Carlos Van Buren, tiene como objetivo general:

*"Desarrollar acciones de Salud orientadas a la protección, recuperación y rehabilitación de la población asignada"*

A su vez tiene como Misión y Visión, los siguientes apartados:

Misión<sup>5</sup>

*"Somos una institución pública de salud, asistencial, docente, integrada a la red del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, que entrega prestaciones oportunas y de calidad a su comunidad, con la finalidad de satisfacer sus necesidades de salud, a través de un equipo multidisciplinario, competente con servicios especializados de alta complejidad, ambulatoria y de hospitalización".*

Visión<sup>6</sup>

*"Queremos ser reconocidos como una institución de excelencia, innovadora, asistencial y docente, con las personas adecuadas para satisfacer las necesidades de salud de nuestros usuarios, como también, llevar al Hospital a ser líder en especialidades de alta complejidad, comprometida con sus usuarios, la familia y la sociedad"*

#### 1.3.1 Valores

Los valores que enmarcan todo accionar en la institución son:

- ❖ Compromiso
- ❖ Equidad
- ❖ Solidaridad
- ❖ Respeto
- ❖ Lealtad
- ❖ Participación

---

<sup>5</sup> Resolución exenta N°9586 , 30.12.2011

<sup>6</sup> Resolución exenta N°9586 , 30.12.2011

### **1.3.2 Políticas Sociales en que se enmarca la institución**

El funcionamiento del Hospital Carlos Van Buren, se encuentra enmarcado en lineamientos de acción, que dictó el Gobierno Supremo y que contempla los siguientes aspectos:

**a. El acceso es un Derecho de todos los chilenos, que solo se hará efectivo en la medida en que el estado asume la responsabilidad en:**

1. Garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud que entreguen atención equitativa, eficiente y eficaz.

2. Formular y ejecutar programas de prevención de enfermedades y saneamiento del ambiente.

**b. Las acciones de salud deben ser guiadas por un adecuado diagnóstico de las necesidades de la población, tomando en cuenta los cambios que se producen en la composición de los grupos de edad y enfermedades más frecuentes.**

**c. Los servicios de Salud deben organizarse en torno a los conceptos de descentralización, desburocratización, participación de la comunidad y coordinación intersectorial.**

En cuanto a la Estructura y Organización del Sistema:

- ✓ Fácil acceso y oportuna atención de la población en los centros de atención primaria.
- ✓ En el Marco de una Carrera funcionaria, estabilidad y capacitaciones permanentes.
- ✓ Coordinación con los servicios de salud públicos, como con los de carácter
- ✓ Privado.
- ✓ Consolidación con los servicios de los logros de salud, especialmente con relación a la mortalidad infantil y la atención de la madre embarazada.
- ✓ Combatir los brotes epidémicos, en general las enfermedades causadas por la pobreza de los sectores urbano

### 1.3.3 Estructura Organizacional

El 30 de octubre y 09 de diciembre de 2009, en reuniones efectuadas por el Consejo Técnico Ampliado del Hospital Carlos Van Buren se acordó y sancionó la nueva estructura organizacional de centros de responsabilidad a través de la cual se organiza el establecimiento hospitalario. La estructura, nace a partir de:

- Los requerimientos de los Hospitales auto gestionados, en el marco de la Reforma Sanitaria.

- **Los lineamientos del Ministerio de Salud, en el documento denominado Modelo de Gestión de establecimientos Hospitalarios “Manual N°9”**, donde se determina a la estructura organizacional como un componente estratégico del nuevo modelo de atención integral de salud.

- También nace de la norma general técnica administrativa N°17, Gestión y Desarrollo de Recursos Financieros Humanos en Establecimientos auto gestionado en red.

- La norma general administrativa N°19, que especifica la Gestión del Cuidado de enfermería para la atención cerrada y las orientaciones expresadas por la Dirección de Servicio en el Plan estratégico 2008-2010, plan donde se especifica que los establecimientos que componen el Servicio de Salud y sus centros de responsabilidad constituyentes deben trabajar nodos interrelacionados.

- Además se agrega lo estipulado en la Ley N° 19.937, que modifica el D.L N°2763 de 1979, con el propósito de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, de igual forma distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

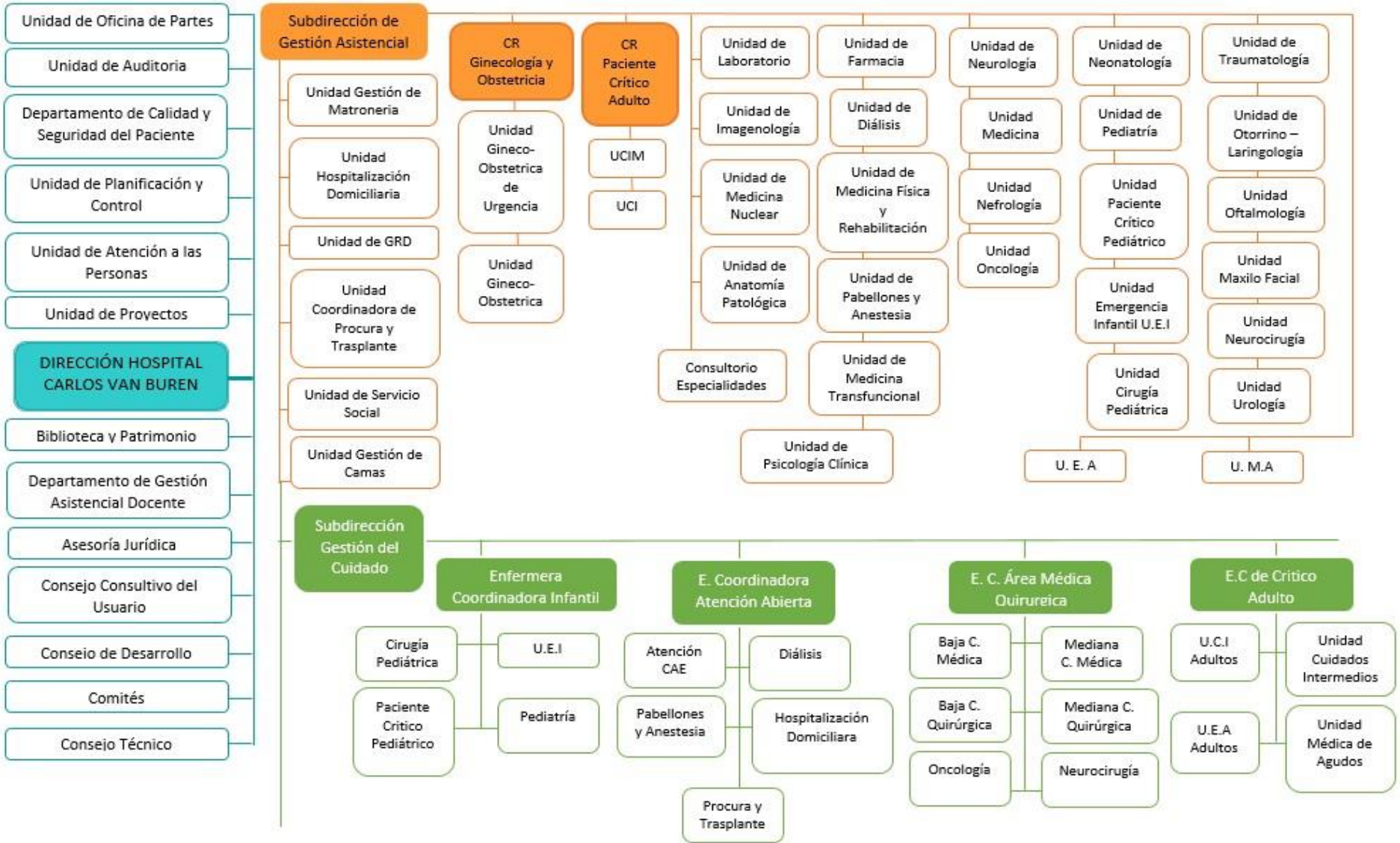
- Nace también a partir del Reglamento Orgánico de Servicios de Salud Decreto N°140 de 2004 en su Artículo 46, Letra C.

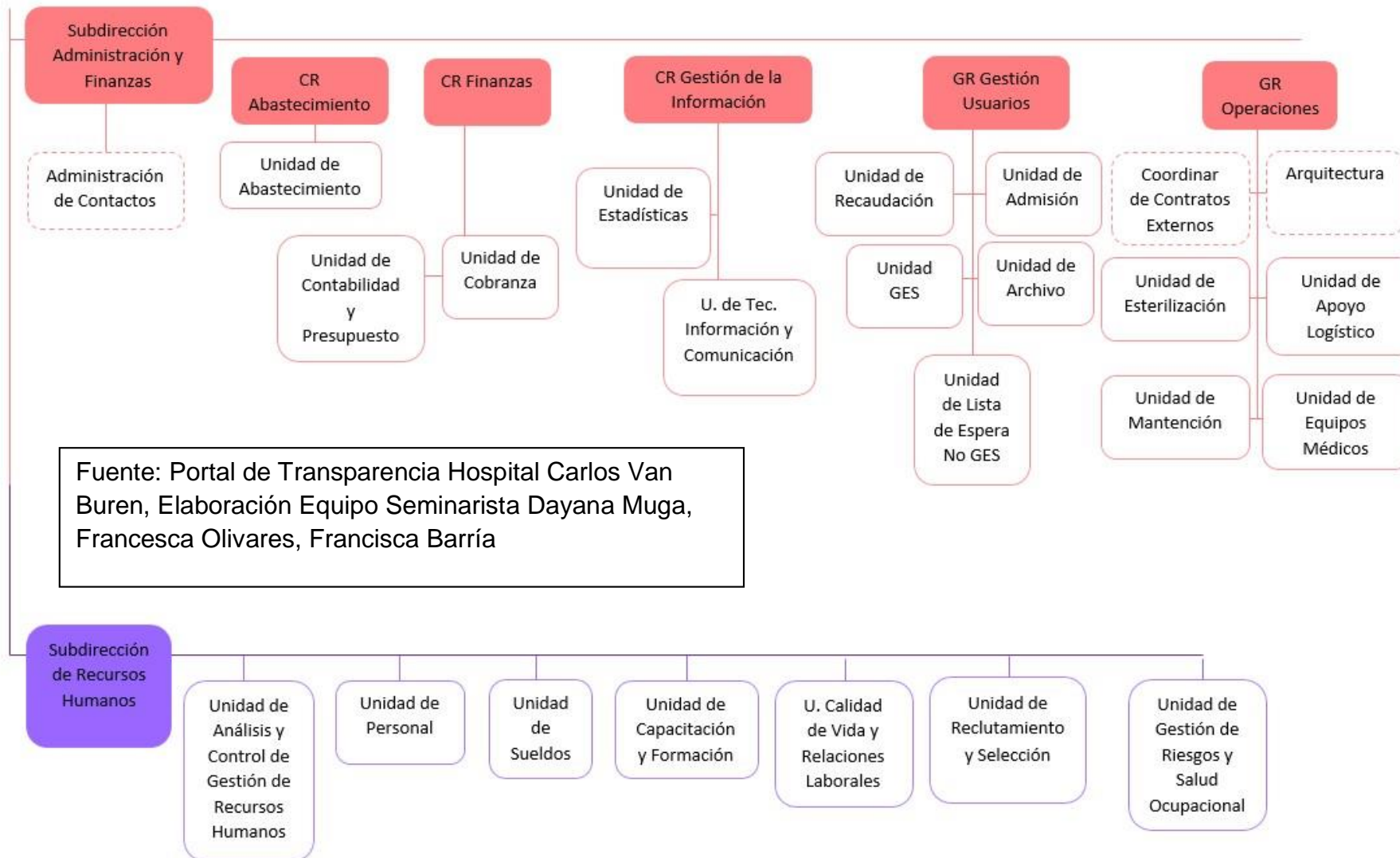
- El Decreto N°38, que contiene el Reglamento Orgánico de los establecimientos de Salud de Menor complejidad y de los establecimientos de autogestión de red.

- Por último la estructura nace a partir del Manual Administrativo N°9, el cual traduce la visión de la subsecretaría de Redes asistenciales de gestión

hospitalaria, y su rol en el cambio del Modelo de Atención a fin de enfrentar los desafíos de consolidación de la Reforma de Salud.

# 1.3.4 Organigrama Institucional





Fuente: Portal de Transparencia Hospital Carlos Van Buren, Elaboración Equipo Seminarista Dayana Muga, Francesca Olivares, Francisca Barría

## **1.4 Estructura Política y Organización Sector Salud**

### **1.4.1 Reforma Sanitaria**

La reforma sanitaria es creada para impulsar un nuevo enfoque en el Sistema de Salud Chileno, ya que este nuevo enfoque se centra en mejorar las condiciones de salud de las poblaciones, define además, un marco de equidad que implica que los objetivos planteados en esta reforma no solo en términos de mejoría de indicadores promedios, sino también de distribución de brechas entre grupos extremos. Los objetivos planteados por la actual reforma son los siguientes:

- *Mejorar la calidad de salud de la población, prolongando los años de vida de las personas.*
- *Reducir las desigualdades en el ámbito de la salud.*
- *Mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad.*

Para poder lograr cumplir con los objetivos que plantea la reforma, es que se fijaron nuevas prioridades en salud, no solo considerando la mortalidad, sino también la carga de enfermedad, en donde se valora la incapacidad provocada por enfermedades de carácter crónico, que no necesariamente son mortales en el corto plazo.

La reforma se encuentra compuesta por cinco leyes, que forman parte del Marco legal que permitirá realizar los cambios en el sistema de salud. Estas leyes se mencionaran a continuación:

- ❖ Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (Ley 19.937)
- ❖ Ley de Financiamiento
- ❖ Derechos y Deberes del paciente
- ❖ Instituciones de Salud Previsional
- ❖ Régimen de Garantías explícitas en salud

### **1.4.2 Hospital Carlos Van Buren Auto Gestionado**

El Hospital “Carlos Van Buren”, a contar del 1 de febrero del 2010, posee la calidad de Establecimiento Auto gestionado en Red, es decir de acuerdo al marco legal tiene las facultades y atribuciones en lo administrativo,

financiero, gestión de recursos humanos y celebración de convenios, y de optimizar su funcionamiento, organizando de forma adecuada los recursos disponibles para responder a las diversas demandas de la población y de la contingencia del país.

Entre el 20 y 25 de septiembre del año 2009, se realizó un informe con el propósito de evaluar aspectos técnicos del Hospital para calificarlo con la calidad de “EAR”, aplicado los instrumentos de certificación de cumplimiento de requisitos, organizados en el siguiente acápite:

**Tabla N°2 Instrumentos EAR**

Aspectos Formales	Planificación
Gestión y Desarrollo de los Recursos Humanos	Gestión Financiera
Gestión de la Red Asistencial	Metas de Desempeño
Consejo Asesores	Sistema de Información
Cuenta Pública de Resultados	Gestión de la Información de los Usuarios
Auditoría Interna	Organización Interna

Los establecimientos con calidad EAR, son órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicios, conforme a lo dispuesto en el Artículo N°33 de la Ley N°18.575 “Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado”, las atribuciones con las que cuentan corresponderán solo en cuanto a los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus propios fines y, conforme a su nivel de complejidad, deberán ejecutar las acciones de salud que corresponden a los Servicios de acuerdo a la ley.

## 1.5 Unidad de Servicio Social

El proyecto de título si bien se encuentra inserto en el Hospital Carlos Van Buren a nivel, general producto de la utilidad que este generara, es necesario determinar, que la iniciativa, surge de forma específica de la Unidad de Servicio Social, donde el rol del Trabajador Social, es clave para abordar las diversas problemáticas generadas producto de una situación de salud en particular.

La Unidad tiene como misión, el siguiente apartado:

### 1.5.1 Misión

*"Otorgar atención social de excelencia a los usuarios de atención cerrada y abierta del Hospital Carlos Van Buren, contribuyendo a la eficiencia de la gestión hospitalaria, en el marco de la legislación y normativa vigente".*

La Unidad de Servicio Social, está ubicada en el segundo piso del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE)

La Unidad de Servicio Social depende de la Subdirección de Gestión Asistencial, actualmente ejercida por el Dr. Leonardo Díaz, médico nefrólogo

### 1.5.2 Dotación

La Unidad de Servicio Social está conformada por un equipo de 7 Asistentes Sociales y un administrativo, matriz a continuación desarrollada:

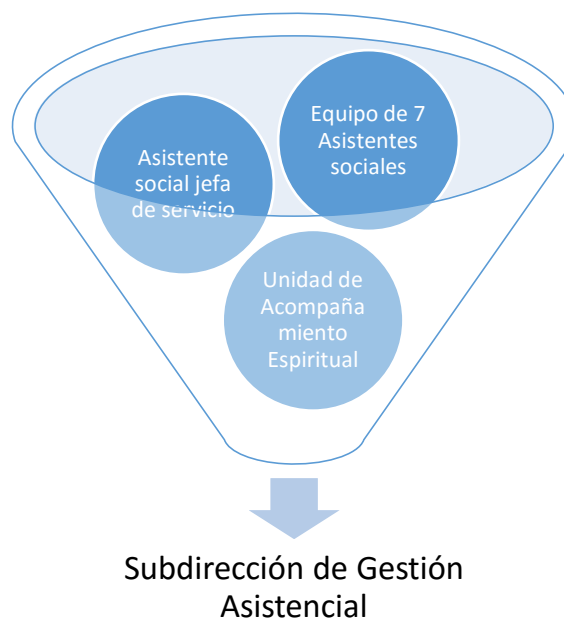


Figura nº2 Dotación USS HCV

Por otra parte, es necesario identificar cuáles son los objetivos y las funciones que la Unidad de Servicio Social posee, la matriz a continuación esclarecerá ambos aspectos:

**Tabla N°3: Organización Unidad Servicio Social HCVB**

<p>Objetivos de la Unidad de Servicio Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Otorgar atención social a usuarios de atención abierta y cerrada de todos los grupos etarios, contribuyendo al abordaje integral de los problemas de salud con énfasis en la calidad.</li> <li>✓ Educar y orientar a los usuarios de atención abierta y cerrada, así como a los equipos de salud del establecimiento hospitalario, respecto a derechos asociados a la seguridad social y los recursos disponibles en la red de salud, comunitario y de políticas sociales.</li> <li>✓ Asesorar al equipo de salud del establecimiento hospitalario respecto del manejo de situaciones judiciales vinculadas a los usuarios de atención abierta y cerrada</li> <li>✓ Otorgar atención social a usuarios de atención abierta y cerrada de todos los grupos etarios, contribuyendo al abordaje integral de los problemas de salud con énfasis en la calidad.</li> <li>✓ Educar y orientar a los usuarios de atención abierta y cerrada, así como a los equipos de salud del establecimiento hospitalario, respecto a derechos asociados a la seguridad social y los recursos disponibles en la red de salud, comunitario y de políticas sociales.</li> <li>✓ Asesorar al equipo de salud del establecimiento hospitalario respecto del manejo de situaciones judiciales vinculadas a los usuarios de atención abierta y cerrada</li> </ul>
<p>Funciones de la Unidad de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar investigación, diagnóstico y tratamiento social a usuariosde atención abierta y cerrada de todos los grupos etarios en situación de riesgo social y</li> </ul>

<p>Servicio Social</p>	<p>vulneración de derechos, de acuerdo a requerimiento de los equipos de salud Del establecimiento hospitalario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Representar al establecimiento hospitalario y a los equipos de salud Del mismo en instancias judiciales por comisión de delitos o vulneración de derechos vinculadas a los usuarios de atención abierta o cerrada.</li> <li>✓ Otorgar atención social a usuarios de atención abierta y cerrada, según corresponda, por demanda espontánea o derivación de los equipos de salud Del establecimiento hospitalario.</li> <li>✓ Efectuar acciones de coordinación con la red de salud, comunitaria y de políticas sociales para la orientación y derivación de usuarios.</li> <li>✓ Mantener una retroalimentación y coordinación permanente con los equipos de salud Del establecimiento hospitalario a través de la realización de entrevistas, reuniones, informes sociales y registros en ficha clínica correspondiente.</li> <li>✓ Asesorar a organizaciones y grupos de usuarios en torno a adherencia a tratamientos y participación social en salud.</li> <li>✓ Administrar y monitorear Programas de Colocaciones Extra hospitalarias, GES (Órtesis y Audífonos) y Oxigenoterapia Domiciliaria.</li> <li>✓ Participar activamente de iniciativas de mejoramiento de la gestión hospitalaria y trato al usuario tales Como comités, comisiones y capacitación a funcionarios.</li> <li>✓ Mediar en la vinculación médico – paciente con usuarios de atención abierta y cerrada altamente demandantes con necesidades específicas.</li> <li>✓ Supervisar Práctica Profesionales de Estudiantes de Pregrado de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, realizadas al interior de la Unidad.</li> </ul>
------------------------	--

	✓ Otras funciones que el Subdirector de Gestión Asistencial del establecimiento hospitalario encomiende en materias de competencia de la Unidad.
--	--

### **1.5.3 Proyecciones Hospital Carlos Van Buren**

#### **Tareas para el año 2015**

- ✓ Obtener Acreditación de Calidad
- ✓ Proyecto Unidad de Emergencias Adultos y 40 Camas de Cuidados Medios
- ✓ Desarrollo y Aplicación de Nuevo Modelo de Gestión de Altas
- ✓ Aumentar la complejidad de camas hospitalarias
- ✓ Mayor Resolución de Lista de Espera Quirúrgica GES y no GES
- ✓ Crecimiento de Cirugía Mayor Ambulatoria
- ✓ Macro-red de Otorrinolaringología

#### **Desafío Año 2016**

- ✓ Ser líderes en Salud Pública a Nivel Regional

#### **Desafío Año 2017**

- ✓ Recuperar al menos 120 camas
- ✓ "Una nueva unidad materno infantil" para Valparaíso.

## **1.6 CONTEXTO SITUACIONAL DE LA EXPERIENCIA**

El Contexto Situacional del presente Proyecto de título, busca levantar un reglamento interno que rija a la institución en el marco de la ley 20.584 que **"REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD"**.

El Hospital Carlos Van Buren a partir del año 2012 y al igual que las diferentes instituciones prestadoras de salud, público y privadas, se somete a la ley antes mencionada que señala que toda persona tiene derecho, cualquiera sea el prestador de salud, a que las acciones de promoción, protección y recuperación se le den oportunamente y sin discriminaciones arbitrarias, en la forma que determine la constitución y las leyes. El propósito de la ley de derechos y deberes de los pacientes es lograr el respeto de los prestadores de salud a los derechos consustanciales a la personalidad humana que detenta todo aquel y toda aquella que recibe una atención de salud.

### **1.6.1 Reforma Sanitaria Chilena**

#### **Antecedentes**

En la década de los 90, en varios países de latino América y el Caribe se iniciaron procesos de reforma social comenzando a implementarse iniciativas de reforma del sector salud y de seguridad social, con el propósito de avanzar hacia la readecuación y/o redefinición de las agendas sociales vigentes y la reorganización del estado. Es en el caso de la realidad chilena se plantea a finales de la década, la actual reforma sanitaria chilena: El Régimen de garantías explícitas en salud (GES), la cual planteaba el acceso a salud para todos los chilenos, garantizando igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales.



Figura N°3: Principios de la Reforma Sanitaria Chilena, Elaboración Propia.

El proceso de reforma a la salud chilena se intensifica a partir del año 2000 cuando se establece la comisión de estudios de la reforma y el presidente de la república se compromete a presentar un conjunto de cinco proyectos legislativos al Congreso Nacional, enviados a discusión parlamentaria en Mayo del 2002 cuyos contenidos objetivos fueron los siguientes:

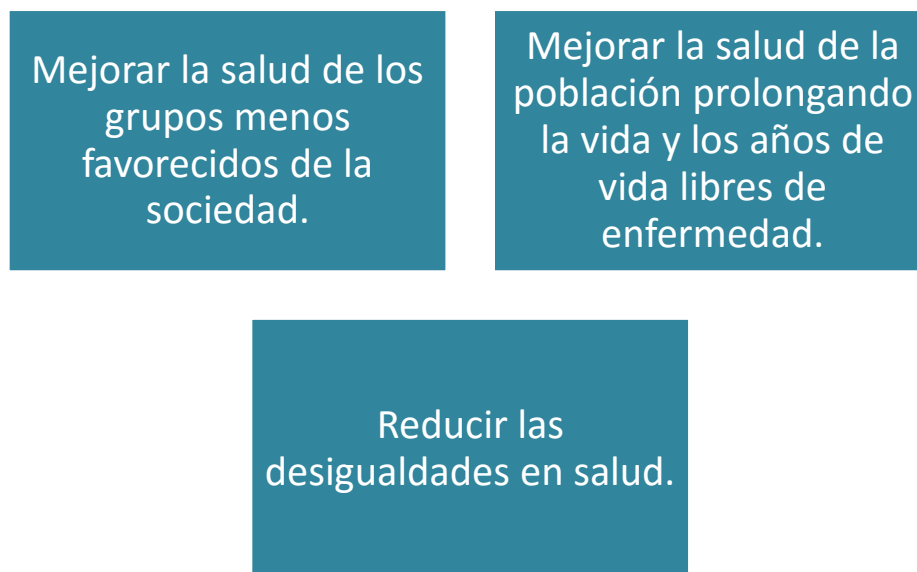
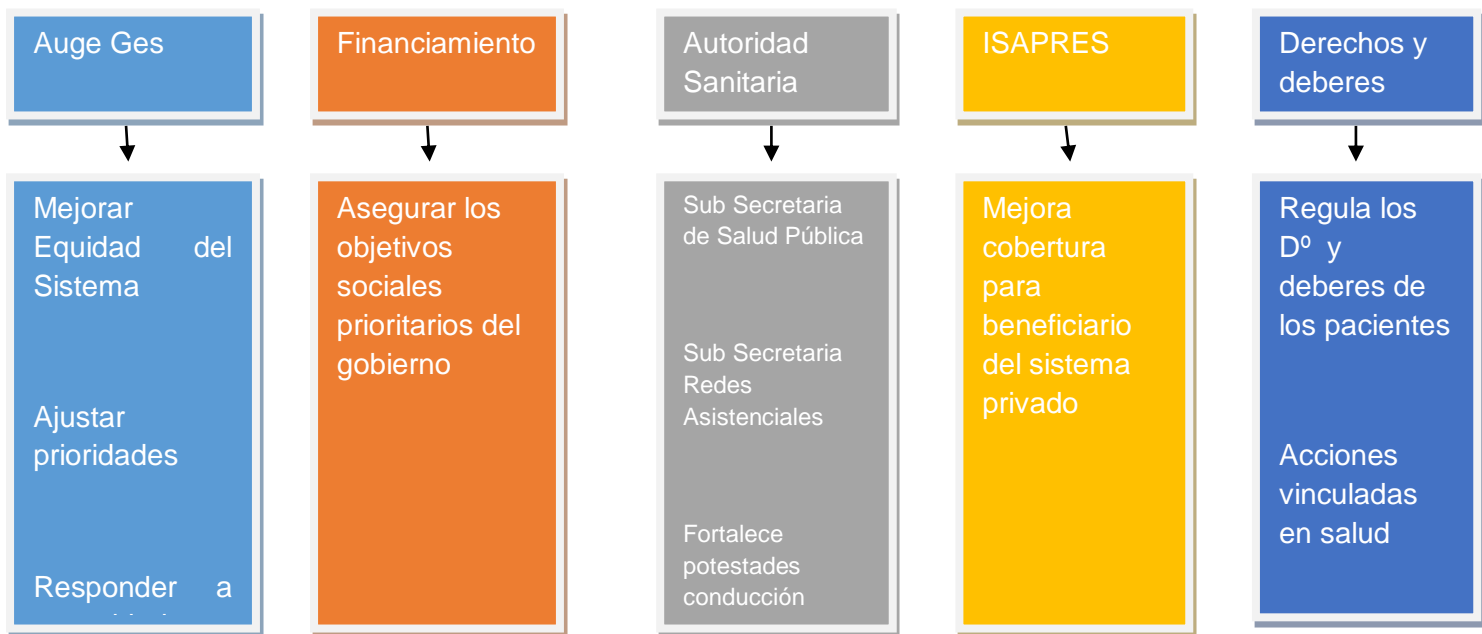


Figura N°4 : Objetivos Reforma Sanitaria Chilena, Elaboración Propia

Las razones que motivaron al gobierno actual a emprender la transformación del sistema son, en primer lugar, resolver la profunda inequidad que caracteriza la atención de salud en Chile; y, en segundo

término, adaptar el sistema a los tiempos actuales, de manera que pueda hacer frente a la evolución epidemiológica del país, y a los cambios científicos y tecnológicos que se producen a diario. Por último, hay razones de buena gestión que obligan, por una parte, a proveer de mayores recursos al sistema y, por otra, a transformar sustancialmente la gestión de los servicios públicos de salud,

### 1.6.2 Instrumentos de la Reforma de Salud en Chile



Esquema resumen Reforma de Salud en Chile, Elaboración propia.

La reforma propuesta por el gobierno de la época y tal como se planteó anteriormente, estuvo conformada por cinco proyectos de ley, que configuran el marco legal necesario para realizar los cambios en el sistema de salud los cuales serán considerados a continuación:

#### A. Régimen de garantías en salud (Plan AUGE)

Este es el eje conductor de toda la Reforma. En esta ley se definen una serie de garantías para un número de terminados problemas de salud, el cual en la actualidad abarca alrededor de 80 patologías cubiertas por esta normativa.

El AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) pretende ofrecer garantías de calidad y oportunidad para aquellos problemas previamente seleccionados en todo el país.

Estas garantías son constitutivas de derecho, y pueden ser exigidas por los usuarios si no son cumplidas de la manera que serán programadas y ofrecidas al país. Para aquellos problemas de salud que no se encuentren dentro del Plan no existirán garantías explícitas, y tendrán acceso habitual, un aspecto el cual debiese ser evaluado en función de poder brindar una mayor cobertura en prestaciones de salud en el País

## **B. Autoridad Sanitaria y Gestión**

Este proyecto se refiere a como se organizarán las instituciones sanitarias en Chile, ya sean hospitales, clínicas, centros médicos y prestadores individuales (profesionales y técnicos).

Fortalece las potestades de conducción sanitaria del Ministerio de salud, así como las de regulación y fiscalización, las que entrega a organismos especializados.

Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red asistencial y otorga nuevas atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.

La **autoridad Sanitaria** es la institucionalidad permanente del Estado, encargada de llevar a cabo estos objetivos (Rectoría, regulación y fiscalización) con ejercicio de su autoridad en todo el territorio nacional y sobre todos y cada uno de los actores del sistema, de manera de asegurar la conducción política integral del sector salud y ejercer el liderazgo estratégico del sistema.

Debe vigilar y controlar los factores que afectan la salud, incluido el medio ambiente y la atención médica y desarrollar políticas que contribuyan a generar condiciones para una vida más saludable. Además actúa en el espacio intersectorial y hacia todo el quehacer del Gobierno, de manera de promover y desarrollar políticas públicas de promoción y prevención, coherentes con las prioridades sanitarias,

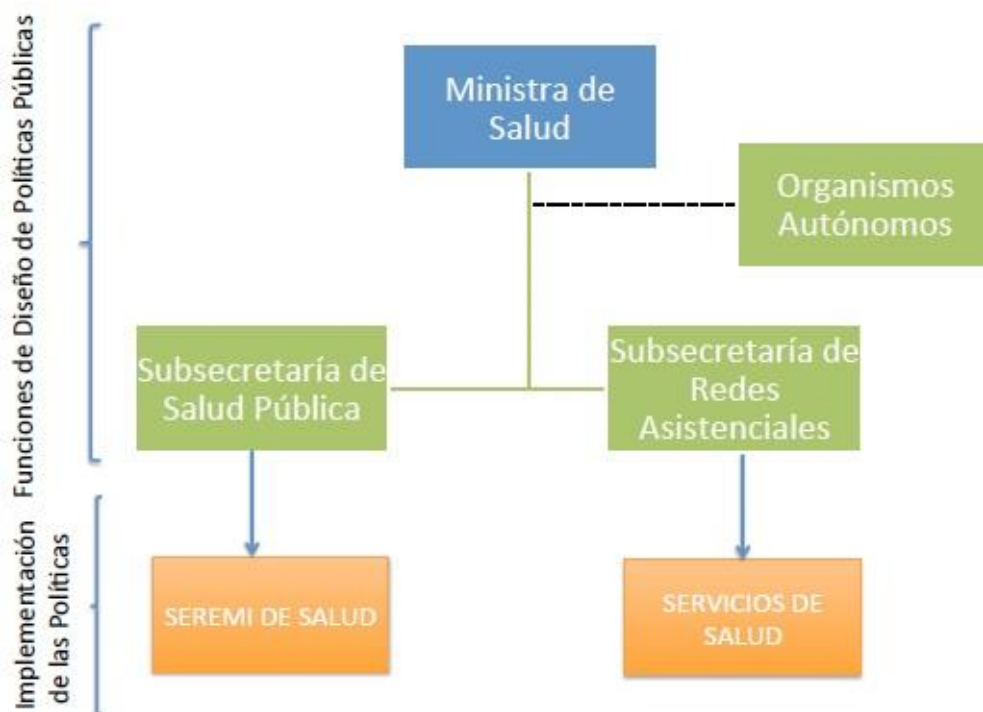


Figura Nº 5 Organigrama de distribución de la autoridad sanitaria, Elaboración Propia.

Además dicha ley establece los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijaran de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda materia que incida en la seguridad de las prestaciones.

Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.

### C. Financiamiento.

Dicha ley considera el incremento del impuesto al Valor Agregado (IVA) y de impuestos específicos destinados a financiar principalmente el Plan de Salud con Garantías Explicitas (GES), para todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Se refiere al financiamiento necesario que se requiere para llevar a la práctica la reforma a la salud, y define una serie de

medidas, principalmente subsidios, en el área social no relacionados con la salud con la finalidad de asegurar los objetivos sociales prioritarios del Gobierno.

Dicho régimen se reconoció como el de "Garantías Explícitas en Salud" (GES) conocido originalmente como AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas).

#### **D. Ley de ISAPRES**

El proyecto de modificaciones a la ley de ISAPRES está comprendida a un régimen especial de supervigilancia y control. Además la "Ley corta de isapres" también forma parte en lo relacionado a los reajustes de precios de los planes de salud, la elaboración de aranceles o catálogos valorizados de prestaciones, la difusión de información por parte de la superintendencia, así como el acceso a información de prestadores en convenio y registro de agentes de venta.

#### **E. Derechos y Deberes**

La Ley de derechos y deberes fue publicada en el diario oficial el día 24 de Abril del año 2012, pero en lo que respecta a su vigencia comenzó a regir desde el 1 de octubre del mismo año, esto para dar plazo a las instituciones prestadoras de salud a los requerimientos que la legislación estable.

# Exige tus derechos



<p>Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.</p>	<p>Recibir un trato digno, respetando su privacidad.</p>	<p>Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad.</p>	<p>Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos.</p>	<p>Ser informado de los costos de su atención de salud.</p>
<p>No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso.</p>	<p>Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención.</p>	<p>Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.</p>	<p>Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual.</p>	<p>Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.</p>
<p>A ser incluido en estudios de investigación científica solo si lo autoriza.</p>	<p>Donde sea pertinente, se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria.</p>	<p>Que el personal de salud porte una identificación.</p>	<p>Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.</p>	<p>Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.</p>

## y cumple tus deberes

<p>Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección.</p>	<p>Conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica.</p>	<p>Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto.</p>	<p>Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago.</p>	<p>Tratar respetuosamente al personal de salud.</p>	<p>Informarse acerca de los procedimientos de reclamo.</p>
---	--	---	--	---	--

TODA PERSONA PODRÁ RECLAMAR SUS DERECHOS ANTE EL CONSULTORIO, HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO PRIVADO QUE LO ATIENDE. SI LA RESPUESTA NO ES SATISFATORIA PODRÁ RECURRIR A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. (Extracto de la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes).

Imagen N° 5 Carta ley de derechos y deberes del paciente, MINSAL

Las disposiciones de la Ley 20.584 se aplicarán a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, sea público o privado. Asimismo, y en lo que corresponda, se aplicarán a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud. Para el otorgamiento de prestaciones de salud todo prestador deberá haber cumplido las disposiciones legales y reglamentarias relativas a los procesos de certificación y acreditación, cuando correspondan.

Se entiende por prestador de salud, toda persona, natural o jurídica, pública o privada, cuya actividad sea el otorgamiento de atenciones de salud. Los Prestadores son de dos categorías: **institucionales e individuales.**

Prestadores Institucionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Son aquellos que organizan en establecimientos asistenciales medios personales, materiales e inmateriales destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad. Corresponde a sus órganos la misión de velar porque en los establecimientos indicados se respeten los contenidos de esta ley.</li> </ul>
Prestadores Institucionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Son las personas naturales que, de manera independiente, dependiente de un prestador institucional o por medio de un convenio con éste, otorgan directamente prestaciones de salud a las personas o colaboran directa o indirectamente en la ejecución de éstas.</li> </ul>

Figura N°6 Tipos de Prestadores, Elaboración Propia

### 1.6.3 Derechos de los pacientes

**A una atención Segura y de calidad:** Esto significa que cuando se le brinde una atención de salud se cumpla con las Normas y protocolos establecidos, es decir, que no se le opere de manera equivocada o se le suministre un medicamento que no corresponde. Eso incluye además que se le informe en caso que ocurra un evento adverso, así como también de si en el establecimiento se registra algún tipo de infección intrahospitalaria o hay errores en la atención. También significa que el médico o funcionario que lo atiende se identifique o tenga una credencial con su nombre y cargo.

**A recibir información oportuna y comprensible de su enfermedad:** Así como también de las alternativas de tratamiento que dispone para su patología y los riesgos que puede enfrentar. También de los resultados de sus exámenes o de los tramites que debe realizar para acceder a una atención de salud.

**A recibir un trato digno, una atención respetuosa y amable:** Es decir, que el paciente sea llamado por su nombre, que le respondan adecuadamente cuando pregunte.

**A que se le respete y proteja su privacidad durante su atención de salud:** Es decir, que no puede ser fotografiado ni grabado con fines de difusión, sin su autorización.

**Compañía y Asistencia Espiritual:** Se le debe permitir al paciente recibir visitas de familiares o amigos durante su hospitalización o compañía y asistencia religiosa o espiritual, si lo desea

**Recibir un Informe Médico:** Que contenga todos los procedimientos aplicados mientras estuvo hospitalizado. Eso incluye: el diagnóstico, quien lo atendió, los exámenes que le realizaron, que medicamentos se le suministró, el tiempo que permaneció internado en el hospital o clínica.

**Que se le entregue un informe que incluya los precios de las prestaciones que recibió:** Además de los insumos, medicamentos, honorarios médicos, exámenes, derechos de pabellón, día-cama, información que debe ser dada a conocer antes del pago.

**Ficha Clínica:** Se establece el resguardo de la ficha clínica y los datos médicos, los cuales no pueden ser entregados a personas no relacionadas con la atención del paciente

**Aceptar o rechazar un tratamiento:** Una cirugía, o cualquier otro procedimiento médico. Esto tanto en el caso que la persona esté sana o en una condición terminal. No obstante, en ningún caso el rechazo podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte o un suicidio asistido. Además se incluye el derecho a que se respete su decisión de querer o no informar a sus familiares sobre su estado de salud.

**Alta voluntaria:** En el caso que la persona exprese su deseo de no ser tratada podrá solicitar la alta médica voluntaria.

**Investigación Científica:** Aceptar o rechazar ser parte de una investigación científica. En este caso la persona debe ser autorizada por escrito.

**Interculturalidad:** En los centros de atención públicos, que tienen alta concentración de la población indígena, se establece que deberán contar con facilitadores y/o señalética escrita con el idioma del pueblo originario.

**Personas con discapacidad psíquica o intelectual:** En el caso del empleo de medidas de aislamiento o contención, deberá consignarse en la ficha clínica y se establece instancias de reclamos para revisión de las medidas adoptadas, entre otros

#### 1.6.4 Deberes de los pacientes

**Entregar Información Veraz:** Acerca de su enfermedad, identidad y dirección.

**Conocer y cumplir el reglamento interno:** Del establecimiento de salud y resguardar su información médica.

**Cuidar las instalaciones y equipamiento:** del recinto de salud. En caso de ocasionar daños se deberá responder según las reglas generales.

**Tratar respetuosamente al personal del recinto:** Sea profesionales de la salud, técnicos o administrativos. Lo mismo rige para los familiares del paciente o sus representantes.

**Informarse acerca de los horarios de funcionamiento:** de las modalidades de atención y formas de pago.

**Informarse acerca de los procedimientos de reclamos y consultas establecidos:** El cumplimiento de la ley respecto de las personas que vean vulnerados sus derechos podrán reclamar en primera instancia al prestador de salud. En caso que la respuesta no sea satisfactoria, el usuario podrá recurrir a la Superintendencia de salud, Organismo que será el encargado de velar por el cumplimiento de esta ley. En caso que las irregularidades que se detecten no sean corregidas por los prestadores de salud en los plazos fijados por la autoridad, serán sancionados.

**Puede registrarse al hijo en la ciudad donde vive, no solo donde nació:** Al requerir inscripción del hijo, junto con anotarse la comuna en que nació, pide que se registre la comuna o localidad en que vive la madre, la que figurará como lugar de origen (Esto recoge el anhelo de la comunidad para establecer estadísticas reales).

La ley de derechos y deberes cuenta adicionalmente con 6 reglamentos auxiliares:

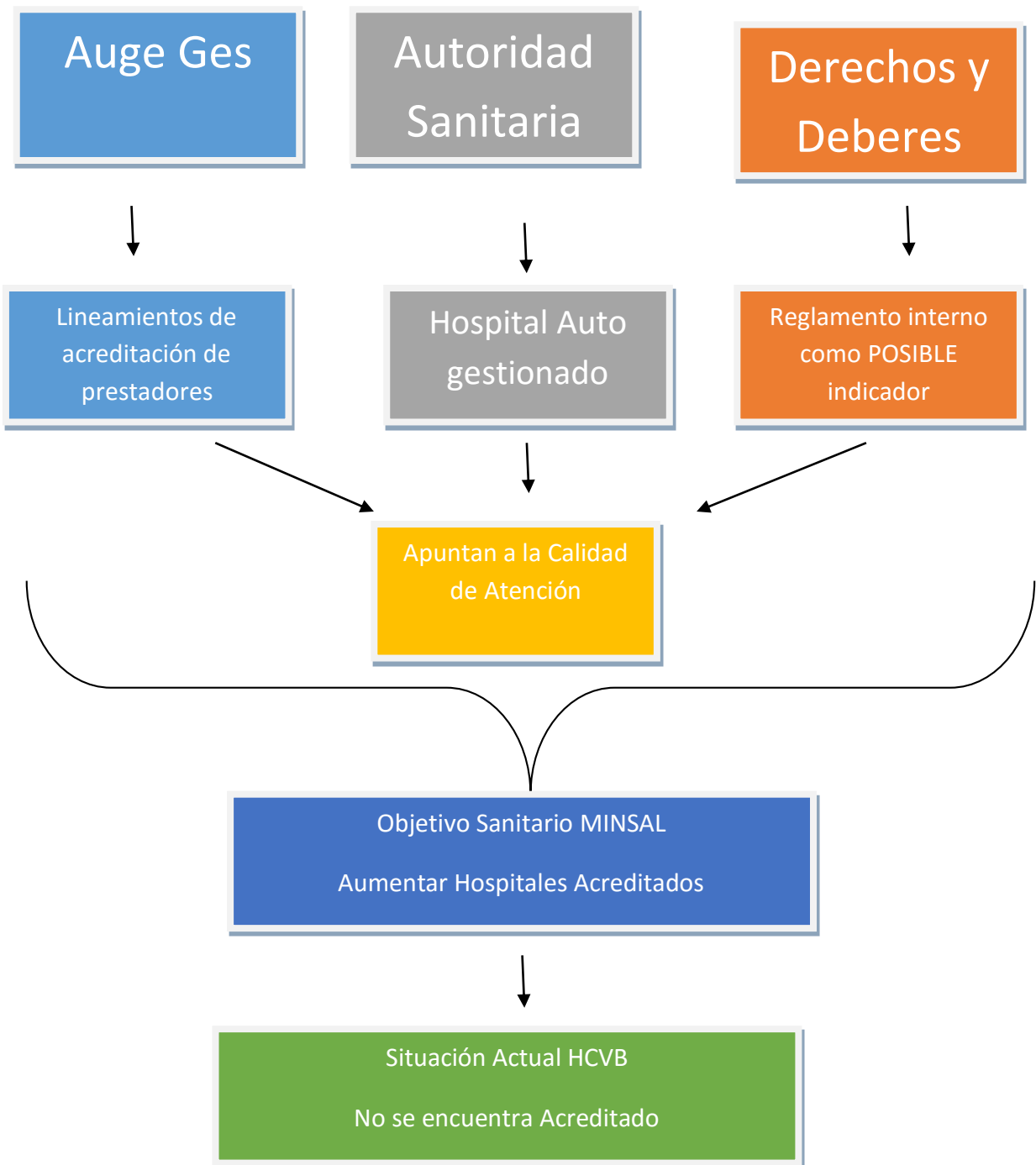
1. **Decreto 62** que Aprueba reglamento para constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial.
2. **Decreto 38** que Aprueba reglamento sobre derechos y deberes de las personas en relación a las actividades vinculadas con su atención en salud.

3. **Decreto 41** que Aprueba reglamento sobre fichas médicas.
4. **Decreto 40** Que aprueba reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención de la salud de las personas de la ley 20.584.
5. **Decreto 35** que aprueba reglamento sobre el procedimiento de reclamo de la Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes de las personas en relación a las actividades vinculadas con su atención en salud.
6. **Decreto 31** Aprueba Reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud.

Dichos decretos se promulgaron junto con la ley en abril del 2012, pero no fue hasta octubre del mismo año que la ley entró en vigencia efectiva dado que se dio un plazo para que los prestadores de salud, público y privado, pudiesen levantar todos los datos requeridos por la norma para un correcto funcionamiento.

Cabe destacar que la ley de derechos y deberes fue una de las primeras leyes en ser enviadas al parlamento, pero durante el proceso y paradójicamente fue la última en ser aprobada.

### 1.7 Aspecto situacional de la experiencia



Esquema Situacional HCVB, Elaboración propia

En base a lo expuesto anteriormente referente a las leyes comprendidas dentro de la reforma sanitaria llevada a cabo en la década pasada, es que se toman en consideración **3 de las 5 leyes para analizar la situación actual del Hospital Carlos Van Buren**, esto debido a que tienen relevancia para el proceso de proyecto de título que llevará a cabo el estudiante.

En primer lugar se plantea que la Ley GES, uno de los principales pilares de la reforma sanitaria es la encargada de emanar **los lineamientos**

**para los prestadores** de salud públicos y privados en función del proceso de acreditación.

Junto con ello es que además se toma en consideración la Ley de autoridad Sanitaria, el cual también plantea aspectos o lineamientos para los prestadores para establecer la **condición de hospital auto gestionado**.

Finalmente La ley de derechos y deberes, la cual es el marco principal de este proyecto de título, dentro de sus reglamentos anexos, en específico **el decreto 40, establece los requerimientos mínimos que debiese tener un reglamento interno de un prestador de salud público o privado**.

Esto toma relevancia para la institución dado que esto es un requerimiento de la normativa que debe ser sancionado y resuelto al corto plazo dado que **en la actualidad la institución hospitalaria no posee un reglamento que regule y de por cumplida dicha norma**.

Junto con ello este toma un espacio de relevancia en el sentido que puede ser considerado como posible indicador de acreditación por la compilación en un documento institucional de aspectos tales como consentimientos y procedimientos que apunten a la seguridad y calidad de atención del paciente.

# Capítulo II

## Marco de Referencia

## 2.1 Eje Temático Nº 1 Gestión Clínica

### A. Gestión como concepto general

El concepto de gestión, desde su base se define como: "todas las actuaciones conscientes de mejora que emprende un equipo clínico sobre el conjunto de procesos implicados en las decisiones que se producen al relacionarse con sus pacientes"<sup>7</sup>

Otro concepto asociado a la gestión clínica se basa en "el uso del conocimiento clínico, desde la perspectiva global del centro de salud, para optimizar el proceso asistencial, para proporcionar el servicio requerido y para gestionar el tiempo asistencial, tanto de la persona, familia, comunidad, es la magnitud ética y clínica de la eficiencia"<sup>8</sup>

Es en síntesis que la gestión clínica, es la principal herramienta de la gestión sanitaria para mejorar continuamente la calidad del cuidado de los usuarios, desarrollar la capacidad de mantener altos estándares de desempeño y de la seguridad en la atención. Desde la definición podemos comprender que permite dirigir instituciones de salud a través del planteamiento, administración y control, que con sustento clínico e información económica, logra construir de manera integral, los procesos e identificar los productos por sus características clínicas, por su costo y utilización.

### B. La gestión clínica como mecanismo de control de una institución sanitaria

Los elementos que otorgan nitidez al uso de la gestión clínica como mecanismo de funcionamiento de una institución de salud son:

**Mejora la motivación del personal:** La voluntad, la participación en la toma de decisiones y la firma responsable de programas con la gerencia de los centros asistenciales han hecho que muchos profesionales abandonen actitudes de desmotivación, puesto que los objetivos o resultados son definidos y depende de ellos.

---

<sup>7</sup> Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de la salud familiar y comunitaria, MINSAL, 2012

<sup>8</sup> Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios, División de gestión de red asistencial - subsecretaría de redes asistenciales, MINSAL

**Conlleva autonomía de gestión,** La gestión clínica provoca un desplazamiento formal de la toma de decisiones, y así enlaza con una antigua reivindicación profesional, y en muchos casos sindicales, de participar activa y constructivamente en las decisiones que se toman dentro del hospital. Se establece un binomio imprescindible entre decisión y responsabilidad y la responsabilidad habrá de establecerse en términos de resultados: mejorar la eficiencia, eficacia y efectividad.

También agiliza la capacidad de respuesta de la organización, es decir, las unidades de gestión clínica son más rápidas y más flexibles a la hora de tomar decisiones o de adaptarse a nuevas decisiones que el conjunto del hospital

**Mejora las relaciones entre profesionales y usuarios:** En general todas las unidades se han marcado objetivos en esta línea y así, las quejas, las encuestas post hospitalización o los reclamos se han convertido en parámetros a tener en cuenta.

**Es un proceso Paulatino y voluntario:** Se trata de llevar al hospital cambios organizativos y culturales que permitan optimizar los recursos y mejorar la calidad de forma progresiva. Con la gestión clínica se intenta impregnar a los diversos colectivos del hospital de una nueva manera de hacer las cosas.

**No precisa cambios normativos:** Desde el punto de vista externo a las organizaciones sanitarias, la mayor ventaja de la gestión clínica, es precisamente que no requiere de cambios a nivel de legislación para su implementación, por lo que esta fórmula parece razonablemente ajena al debate parlamentario entre gobierno y oposición

**Proporciona mayor y mejor información:** la necesidad de elaborar un programa de conocer los costos de los procesos que se realizan, así como la actividad del conjunto de unidad clínica aporta información relevante estimulando los grupos constituidos a proponer líneas de actuación y objetivos de mejora.

**C. La gestión clínica como proceso de desarrollo de los actores ligados a la atención en salud.**

La gestión clínica permite el desarrollo de los diferentes actores e instituciones ligadas a la prestación de acciones en salud los cuales se detallan de la siguiente forma:<sup>9</sup>

En una primera instancia se establece **el desarrollo de los profesionales** dado que coloca el liderazgo de la toma de decisiones clínicas del profesional, con el máximo respeto hacia las necesidades y preferencias de sus pacientes.

El realizar gestión clínica, permite integrar la tarea asistencial, con el docente e investigadora, desde el momento que es una herramienta capaz de concretar la selección, implementación y evaluación de intervenciones con apoyo de protocolos clínicos basados en la evidencia y realizar comparaciones con los resultados de otras experiencias específicas en otros grupos de población y contextos similares. En conclusión permite trabajar en simultáneo en el proceso de decisión en una triple vertiente: Asistencial, docente e investigadora.

En una segunda instancia permite el **desarrollo de los centros de salud**, dado que a través de su misión, la gestión clínica le permite seguir evolucionando, articulándose como una organización de conocimiento y de servicio abierta a la comunidad, el cual incentiva el cambio del rol de los profesionales y directivos que lideran el proceso.

Y por último se encuentra **el desarrollo de los usuarios**, ya que a través del proceso de gestión clínica realizada dentro de la institución, este brinda el espacio para que estos asuman activamente su capacidad de expresión, su capacidad de decisión, con una asistencia más cercana, más informada, oportuna y de calidad.

El autor plantea que esta dialéctica entre distintos actores es la que está detrás de la gestión clínica, la que se define como "el más adecuado uso de los recursos profesionales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos"<sup>10</sup>. Por tanto, el objetivo de desarrollo de la gestión clínica es el ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica (efectividad), acorde con la información científica disponible que

---

<sup>9</sup> Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de la salud familiar y comunitaria, MINSAL, 2012

<sup>10</sup> Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios, División de gestión de red asistencial - subsecretaría de redes asistenciales, MINSAL

haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), considerando los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (eficiencia)

#### **D. Ética y Gestión Clínica**

La gestión clínica busca unir de modo virtuoso al paradigma asistencial con el administrativo en un mismo marco valórico, en el cual la ética de la práctica clínica es lo que permite esta integración.

La concepción médica tradicional de la ética está relacionada con la búsqueda del mayor beneficio posible para el enfermo: hacer el mayor bien y evitar causar daño. El problema se plantea cuando el recurso sanitario es crecientemente escaso frente a las demandas crecientes, particularmente aquellas relacionadas con la equidad (necesidades de la población con mayor vulnerabilidad).

Es por esto que el dilema ético que siempre se ha planteado es buscar la excelencia clínica y la gestión eficiente de los recursos, pero a este proceso se le suma el principio ético de no hacer daño y producir beneficio, respetando la opinión, autonomía y derechos del paciente como protagonista de la atención y responsable de su propia salud.

Hoy la gestión hospitalaria plantea nuevos ejes de trabajo enfocados al buen hacer y la gestión eficiente, produciendo el mayor bien, para la mayor cantidad de personas usuarias del sistema de salud. Pero no obstante ante cada acto médico, este genera consecuencias no solo en un paciente en particular, sino en los recursos que la sociedad dispone para muchos otros, y ante esto se plantea que es necesario integrar la ética en la relación entre el equipo de salud y el usuario, que implique la debida evaluación de los efectos sociales que conllevan las decisiones asistenciales cotidianas.

#### **E. Aspectos con implicancias éticas a considerar en la gestión hospitalaria**

Dentro de la gestión hospitalaria, la dirección del establecimiento, además de velar por el buen uso de los recursos que este dispone, debe además hacer hincapié en que se realice una asignación de recursos para poder cumplir debidamente con las metas que se han programado, pero es en este terreno donde convergen circunstancias en donde se producen una

colisión entre la eventualidad de privilegiar las necesidades del paciente o atender a las obligaciones contables. Es por esto que el Dr. Novoa señala 6 aspectos a considerar dentro del quehacer hospitalario en donde se considere un buen manejo de la ética profesional:<sup>11</sup>

**Contar con mecanismos de control para el cumplimiento de las labores asignadas y resultados, y que sean conocidos por los funcionarios:** Una buena gestión debe contar con mecanismos de control en relación al trabajo funcionario. Estos mecanismos deben ser ampliamente conocidos y los resultados deben ser debida y oportunamente comunicados a los afectados. Debe haber una permanente evaluación de los resultados generales del establecimiento, y hacer los ajustes que sean necesarios en forma oportuna cuando sea necesario.

**Asegurar un buen ambiente laboral en el cual se incluya la estabilidad de los funcionarios en su trabajo:** Todas las jefaturas deben mantener un trato respetuoso para con todos los funcionarios, y éstos a su vez deben tener un trato respetuoso hacia la autoridad y con sus pares. En el establecimiento debe ser considerado un valor, el respeto y dignidad que merecen todas las personas. El ambiente laboral es un importante factor a considerar para poder lograr los objetivos del establecimiento.

**Escuchar y considerar las opiniones de los funcionarios en el proceso de toma de decisiones** En particular se debe atender a este imperativo cuando se decide sobre el destino de los recursos disponibles, normas y funcionamiento de los servicios. En particular, la dirección debe escuchar la opinión fundamentada de los médicos en relación a la compra de medicamentos y determinados servicios. Se debe tener presente que ningún establecimiento está capacitado para asegurar todos los tratamientos y toda la tecnología existente, a todos los pacientes. Por este motivo las decisiones deben ser prudentes y debidamente fundamentadas, teniendo presente que lo que se destina a una determinada acción, necesariamente será restada a otra. Este debe ser el resultado de una deliberación entre los técnicos y los encargados de las finanzas.

**El directivo debe explicitar que las consideraciones éticas van a ser tomadas en cuenta a todo nivel de funcionamiento del**

---

<sup>11</sup> Novoa (2011) Ética y gestión hospitalaria, Panorama médico N°87

**establecimiento:** Las observaciones éticas deben ser tomadas en cuenta desde la decisión sobre las características que va a tener la infraestructura del establecimiento, hasta las normas y acciones directas sobre la población y funcionarios. Esto debe ser expresado de manera explícita por las jefaturas, para ser debidamente honrado por los mandos intermedios.

**Es recomendable una capacitación formal en Bioética de las jefaturas administrativas y también la capacitación formal de los médicos en Gestión hospitalaria:** Con el objeto de evitar una falta de vinculación entre el control de gastos de la función administrativa y las necesidades de los pacientes, es recomendable la capacitación de las autoridades gerenciales en lo que son los principios éticos básicos que guían los actos en medicina, y la metodología para tomar decisiones con implicancias éticas en situaciones conflictivas en diversas áreas de la salud. A su vez, los médicos que con sus decisiones son un factor fundamental que incide en los gastos del establecimiento, deben recibir una capacitación formal en Gestión hospitalaria, con el propósito que cuenten con los conocimientos necesarios para lograr la adecuada, prudente y oportuna utilización de los recursos existentes, los que siempre resultan escasos.

Finalmente es necesario lograr un equilibrio debidamente proporcionado entre el correcto manejo de los aspectos financieros y el objetivo principal del hospital público, que es la atención humana oportuna y eficaz de las necesidades de salud de la población que tiene a su cargo.

## **F. Gestión de calidad en los servicios públicos de salud**

El servicio es un proceso en el cual el elemento humano juega un papel vital, pues se ponen en juego las percepciones, actitudes, motivaciones en un intrincado proceso de comunicación que es diferente en cada caso.

El concepto de calidad en salud debemos enmarcarlo según Vanormalingen (1996) en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud. Sin embargo, la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos; todos imbricados tienen como

resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud.

## 2.2 Eje Temático Nº 2 Satisfacción Usuaría

### A. Satisfacción de los usuarios en salud

El término de Satisfacción usuaria, tiene connotaciones pasivas, por lo que el conocer la opinión de los usuarios se hace imprescindible para determinar fuentes de conformidad e inconformidad, y así iniciar un proceso de reestructuración de aquellos aspectos que han sido mal evaluados por los usuarios. Además es necesario destacar que la satisfacción se considera un fenómeno que se encuentra determinado por los hábitos culturales de los distintos grupos sociales, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social.

La satisfacción es el resultado de la interacción de las expectativas satisfechas, valores y acontecimientos vividos por los usuarios.

Las expectativas se pueden definir como las opciones, vivencias y percepciones que esperan los usuarios de la asistencia sanitaria.

La satisfacción del usuarios se relaciona con el concepto de calidad asistencial, que Avedis Donabedian lo define como "Aquella clase de atención que se espera que pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de pérdidas y ganancias de los resultados obtenidos"<sup>12</sup>

Donabedian desarrollo una propuesta conceptual basada en tres elementos: Estructura, proceso y resultado. Cada uno de estos elementos formó parte de un eje organizador de indicadores, guías prácticas de evaluación y estándares de medición y desempeño.

Por "estructura", Se define a los insumos concretos y cuantificables de edificaciones, equipamiento, medicamentos, insumos médicos, vehículos, personal, dinero y sistemas organizacionales, Todos ellos necesarios, pero no suficientes para brindar una adecuada calidad de atención. Denota atributos concretos, mensurables y a menudo visibles.

Por "Proceso", se entiende todo aquello que se realiza actualmente para que el paciente reciba una adecuada prestación. El proceso de atención podría

---

<sup>12</sup> Donabedian, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Washington D.C 1992

decirse que es el elemento clave para asegurar la calidad. Asumiendo que exista un mínimo de condiciones adecuadas de medicamentos, equipo e insumos, un adecuado "proceso" de atención tiene una alta probabilidad de producir un resultado satisfactorio de la atención.

Por "Resultado" se entiende una adecuada culminación del proceso de atención del paciente, con el tiempo e insumos requeridos.

## **B. Componentes de la satisfacción**

A través de la Bibliografía recabada durante el proceso de levantamiento del marco de referencia, se comprende que existen diferentes clasificaciones sobre los componentes de la satisfacción, algunos abocados específicamente al ámbito de la salud, por otra parte, otros abocados solo para los contextos de atención en salud. Según Ware<sup>13</sup> presenta una taxonomía más específica, en la cual presenta ocho dimensiones.

**La Calidad Técnica de la atención:** Esta se encuentra relacionada con la competencia de los proveedores y la adhesión a altos estándares de diagnóstico y tratamiento, por ejemplo se encuentra la minuciosidad, los riesgos innecesarios, que no se cometan errores.

**La asistencia interpersonal:** Este se refiere a los rasgos de la personalidad de los proveedores cuando interactúan con los pacientes, como por ejemplo el respeto, la preocupación, la amigabilidad, la cortesía.

**Accesibilidad/ Conveniencia:** Son los factores que ordenan o preparan la atención, por ejemplo los tiempos de espera, facilidad para acceder al profesional de la salud,

**La eficacia de los resultados del cuidado:** Son los resultados de servicios provistos, por ejemplo las mejoras obtenidas o el mantenimiento de salud.

**El ambiente físico:** este se comprende como los atributos ambientales en los que se proporciona la atención, entre ellos se encuentra la claridad de la señalización, ventilación, ambiente saludable.

---

<sup>13</sup> Velandía Freddy, Ardon Nelson, Jara Mari aines (2007), Satisfacción y Calidad: Análisis de la equivalencia o no de los términos, Gerencia y Políticas de la Salud,

**La disponibilidad de recursos de la atención sanitaria:** relacionada a contar con suficientes instalaciones y proveedores de atención de salud.

**Financieros:** este consiste en aquellos factores que involucran el pago por los servicios de salud.

**La continuidad del cuidado:** este consiste en la constancia del proveedor o del contexto de atención sanitaria.

### **C. Relación Satisfacción – Calidad**

Las relaciones entre satisfacción y calidad de servicio han sido una gran atención en la literatura, en donde la dirección de la relación es importante si los objetivos de investigación persiguen comprender el proceso evaluativo del usuario.

Junto con ello se puede constatar la existencia de un debate, relativo a la relación entre ambos conceptos, es decir, no hay claridad si la calidad de servicio es un antecedente o un consecuente de la satisfacción.

Es por esto que inicialmente se señala que la satisfacción es considerada como un antecedente de la calidad de servicio percibido<sup>14</sup>. La satisfacción contiene componentes tanto afectivos como cognitivos y representa una evaluación del usuario respecto a un servicio específico y a una experiencia.

La calidad de servicio percibida representa un juicio más global y duradero, a través de múltiples encuentros de servicio y es similar a una actitud general hacia el prestador de salud, es decir, la calidad de servicio se vincula a largo plazo, mientras que la satisfacción se asocia a un juicio transitorio, susceptible a ser cambiada en cada experiencia referente a un servicio utilizado.

Desde las bases sobre la satisfacción se utilizan normalmente expectativas predictivas hechas por el usuario sobre lo que le gustaría que pasase durante la utilización de un servicio. Por otro lado la calidad se toma normalmente como estándar de comparación del nivel de servicio deseado,

---

<sup>14</sup> Peris Salvador, Moliner Miguel (2008) Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido, Universitat Jaume

esto quiere decir lo que uno siente que el prestador del servicio debe ofrecer, que está diseñado sobre la base de las expectativas previas de una institución.

Una propuesta que intenta explicar la relación entre calidad de servicio y satisfacción es la que plantea Dabholkar<sup>15</sup>, el cual plantea la idea de que la calidad de servicio es básicamente cognitiva y la satisfacción es normalmente afectiva. El autor indica que la relación causal depende del momento en que se evalúe el servicio realizado. Finalmente se puede entender que las evaluaciones de calidad y satisfacción puedan ser divergentes para distintas situaciones y distintas personas, constatando la existencia de varios factores que influyen en la secuencia de evaluación del servicio y por tanto, en el orden causal entre satisfacción y calidad, lo cual queda especificado en la siguiente tabla:

**Tabla N°4 Relación Calidad - Satisfacción**

	Calidad → Satisfacción	Satisfacción → Calidad
<b>Naturaleza de la experiencia con el servicio</b>	Poca o ninguna emoción	Emoción fuerte activada
<b>Zona de indiferencia</b>	Dentro de esta	Fuera de esta
<b>Aspectos esenciales del servicio</b>	Presentes	Ausentes
<b>Aspectos periféricos del servicio</b>	Ausentes	Presentes
<b>Tipo de servicio</b>	Sin implicación emocional	Con implicación emocional
<b>Tipo de Usuario</b>	Cognitivo	Afectivo - Emocional
<b>Estado de ánimo del cliente</b>	Neutral	Muy bueno o muy malo

<sup>15</sup> Peris Salvador, Moliner Miguel (2008) Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido, Universitat Jaume

## **D. Modelos de Satisfacción Usuaría**

Existen algunos modelos que buscan esclarecer el término de satisfacción, Rachel Applegate<sup>16</sup> propone tres modelos de satisfacción de usuario:

### **Modelo de Satisfacción Material.**

Con el funcionamiento de un producto (obtención del mismo o precisión del mismo) se constata si este producto responde a la demanda o no, si satisface materialmente o no. Esta satisfacción material está determinada por la eficacia del sistema de recuperación. Las cuatro variables tradicionales en la medida del rendimiento son: La relevancia, la pertinencia, la precisión y la obtención.

### **Modelo de satisfacción emocional de vía simple**

Señala que los usuarios están "felices" o emocionalmente satisfechos, cuando se ha respondido correctamente a sus necesidades. Introducimos dos razones que imprimen importancia a la satisfacción emocional, la posibilidad de evaluación y el comportamiento. Un sistema que ofrece una satisfacción material, pero no emocional, es susceptible de mejora si conseguimos de un usuario positiva o negativamente. Las investigaciones sobre la satisfacción emocional son un intento de medir el actual sentimiento de satisfacción del usuario, más que el intento simple de deducir su presencia.

### **Modelo de satisfacción emocional vía múltiple**

Expresa que la felicidad de los usuarios depende no solo de las preguntas que se responden (satisfacción material, sino también de otros factores como la situación y las expectativas acerca del servicio. Este modelo de satisfacción permite la comprensión de la satisfacción emocional, denominada "positiva falsa", que corresponde a usuarios satisfechos aunque el resultado de sus consultadas haya sido infructuoso

---

<sup>16</sup> Rey, M.C (2000) La satisfacción Del usuario: un concepto en alza, Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 003, 139-153. Descargado el 9 de Mayo del 2015 desde <http://revistas.um.es/analesdoc/article/view/2451/2441>

## **E. Importancia de la satisfacción en salud**

La importancia de abordar las inquietudes del usuario, resulta importante para la atención de calidad, como la competencia técnica del profesional.

Para el usuario la calidad depende de su interacción con el equipo de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y, sobretodo, de que obtenga el servicio que requiere.

En la actualidad, la calidad de los servicios de salud pasa a constituir una exigencia que se extiende progresivamente desde una perspectiva tradicionalmente centrada en la institución a otra que incorpore la perspectiva de los usuarios y trabajadores de los servicios.

La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad, dado que interviene de manera determinante en su comportamiento. La satisfacción del cliente puede influir en:

- El hecho que el usuario procure o no la atención.
- El lugar al cual acude para recibir atención
- El hecho de que el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios
- El hecho de que el usuario regrese o no regrese al prestador de servicios.
- El hecho de que el usuario recomiende o no, los servicios a los demás.

## 2.3 Eje Temático Nº 3 Bioética

### A. Bioética

El término bioética es aludido por primera vez por Van Rensselaer Potter<sup>17</sup>, en el cual aludía a los problemas que el inaudito desarrollo de la tecnología plantea a un mundo en plena crisis de valores, urgía así superar la actual ruptura entre la ciencia y la tecnología de una parte y las humanidades de otra. La bioética por tanto surge como un intento de establecer un puente entre ciencia experimental y humanidades. De esta se espera una formulación de principios que permita afrontar con responsabilidades enormes que ofrece la tecnología.

Como primer concepto podemos citar a Francesc Abel quien define a la bioética como *“el estudio interdisciplinar de los problemas creados por el progreso biológico y médico, tanto a nivel micro social como a nivel macro social, y su repercusión en la sociedad y en su sistema de valores, tanto en el momento presente como en el futuro”*<sup>18</sup>

Otra definición es la que proporciona la enciclopedia de bioética, que define la bioética como *“el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios”*<sup>19</sup>.

La bioética es una disciplina que actualmente se incorporó en forma destacada a los diversos ámbitos del quehacer humano. Dicha afirmación se aplica cuando se evalúa la gestión que se realiza en el campo de la salud.

### B. Principios de la Bioética

Los principalísimos defiende que existen algunos principios generales descubiertos en el ámbito de la ética biomédica y que deben ser respetados cuando se plantean conflictos éticos en la investigación o en la práctica clínica. Con esto pretendemos indagar cuáles son los elementos relevantes que puede ofrecer el enfoque principialista para fundamentar una bioética intercultural.

---

<sup>17</sup> Potter V.R. Bioethics: the science of survival, "Perspectives in Biology and Medicine" New York, 1970.

<sup>18</sup>F Abel. 'Bioética: Origen y Desarrollo', en 'La vida Humana: Origen y Desarrollo'. Universidad Pontificia Comillas, 1989. 'Sal Terrae', Santander

<sup>19</sup> Reich W. Encyclopedia of Bioethics. Vol 1, p XIX, 1978

Beuchamp y James Childress, plantean cuatro principios relacionados con la bioética: Autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

### **Respeto de la autonomía**

Para los autores plantea que el individuo autónomo es el que actúa libremente de acuerdo con un plan auto escogido. Plantean que todas las teorías de la autonomía están de acuerdo en dos condiciones esenciales, la libertad, entendida como la independencia de influencia que controlen y la agencia, entendida como la capacidad para la acción intencional.

La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones.

Los autores plantean una serie de reglas para tratar a las personas de forma autónoma:

1. Decir la verdad.
2. Respetar la privacidad de otros.
3. Proteger la confidencialidad de la información.
4. Obtener consentimiento para las intervenciones a pacientes.
5. Cuando sea necesario, ayudar a otros a tomar decisiones importantes.

### **No-Maleficencia:**

Hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionalmente. Este principio se inscribe en la tradición de la máxima clásica *primum non nocere* (Lo primero no dañar).

Este principio solicita “no dañar”. Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de esta. Estos intereses pueden considerarse de manera amplia como son los referidos a la reputación, la propiedad, la privacidad o la libertad. Beauchamp y Childress plantean en el diseño del principio de no maleficencia, la concentración en los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia

de los daños mentales y las lesiones de otros intereses, por ende enfatizan las acciones que causan o que permiten la muerte o el riesgo de muerte.

### **Beneficencia**

Al contrario de la no maleficencia, la cual consistía en no causar daño a otros, la beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. Mientras que la no Maleficencia implica la ausencia de acción, la beneficencia incluye siempre la acción. Los autores plantean dos tipos de beneficencia: La beneficencia positiva y la utilidad.

La *Beneficencia positiva* requiere la provisión de beneficios. La *utilidad* requiere un balance entre los beneficios y los daños.

La beneficencia hace referencia a actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad. La beneficencia puede comprenderse como todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros.

Para los autores cuando hablan del principio de beneficencia, no se refieren a todos los actos realizados para hacer el bien, sino solo a aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito de la medicina, tomando en consideración que cuando la beneficencia se práctica sin considerar la opinión del paciente, se incurre en el paternalismo.

### **Justicia**

Para los autores, comprenden el principio de la justicia como el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente.

Sobre el principio de justicia en ética biomédica, se plantea que existe un conflicto de intereses entre los que precisan servicios de salud y los que soportan sus gastos. Agregan que la sociedad tiene la obligación de proteger la igualdad de oportunidades de todos sus miembros, por ende se estima necesario examinar las implicaciones que se siguen para las instituciones sanitarias, para garantizar esa igualdad de oportunidades, potenciada por el acceso igualitario a los cuidados de la salud.

### **C. Compromiso ético - médico profesional.**

La práctica de la medicina en la era actual sufre el asedio de desafíos, en prácticamente todas las culturas y sociedades. Estos desafíos se centran en las disparidades, en aumento, entre las legítimas necesidades de los pacientes, los recursos disponibles para satisfacer esas necesidades, la dependencia progresiva en las fuerzas del mercado para transformar los sistemas de atención de salud, y la tentación de los médicos de claudicar de su tradicional compromiso con la primacía del interés del paciente.

Para mantener la fidelidad del contrato social de la medicina, en estos tiempos turbulento, se establece que los médicos deben reafirmar su activa vocación por los principios del profesionalismo, lo que involucra no solo su especial compromiso con el bienestar del paciente sino también esfuerzos colectivos por mejorar el sistema de salud para el bienestar de la sociedad.

Dentro de los principios<sup>20</sup> establecidos dentro del ejercicio médico se establecen:

**Primacía del bienestar del paciente:** Este principio se basa en una dedicación a servir en lo que interesa al paciente. El altruismo contribuye a la confianza que es central en la relación médico – paciente. Las fuerzas del mercado, las presiones sociales y las exigencias administrativas no pueden afectar estos principios.

**Autonomía del paciente:** Los médicos deben tener respeto por la autonomía del paciente. Los médicos tienen que ser honestos con sus pacientes y darles la capacidad para tomar decisiones informadas sobre sus tratamientos. Las decisiones de los pacientes respecto a sus cuidados deben ser soberanas, en tanto esas decisiones se atengan a prácticas éticas y no den a lugar a demandas de cuidados inapropiados.

**Justicia Social:** La profesión médica debe promover la justicia en el sistema de atención de salud, incluyendo la distribución equitativa de los recursos asistenciales. Los médicos deben trabajar esforzadamente para eliminar la discriminación en los cuidados de salud, sea que está basada en

---

<sup>20</sup> Colegio Médico de Chile A.G (2006), Código de Ética, Manual de Ética médica de la asociación médica mundial, Reglamento Tribunales de Ética.

cuestiones de raza, género, estado socioeconómico, etnicidad, religión o cualquiera otra categoría social.

#### **D. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos – UNESCO**

La declaración universal sobre bioética y derechos humanos trata sobre las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías aplicadas a los seres humanos, tomando en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales. Por otra parte reconoce el respeto a la biodiversidad y protege los intereses de las generaciones actuales y venideras.

Esta declaración proporciona un marco coherente de principios y de procedimientos que sirven como guía a los estados en la formulación de políticas, legislaciones y códigos éticos. Ahora si bien a los estados les corresponda adaptar los documentos a sus culturas y tradiciones, el marco general propuesto por la Declaración puede contribuir a universalizar la ética frente a una ciencia que cada vez tiene menos fronteras.

La finalidad de esta declaración es suscitar y estimular nuevos debates sobre problemas éticos y de su resolución en los estados miembros, con el fin de ampliar el alcance de este documento.

La declaración define brevemente los principios bioéticos que han sido aceptados universalmente en otras declaraciones de UNESCO, los cuales deben ser respetados por los responsables políticos nacionales e internacionales, por los prestadores de salud y por los grupos.

Estos principios se pueden resumir de la siguiente forma<sup>21</sup>:

En una primera instancia la dignidad humana y los derechos humanos exigen que los intereses y el bienestar de la persona humana prevalezcan sobre el interés exclusivo de la ciencia y de la sociedad, tomando en cuenta que la igualdad fundamental de los seres humanos exige que sean tratados con justicia y equidad.

---

<sup>21</sup> UNESCO, Declaración Universal de Bioética y los Derechos Humanos, 2005

Por otra parte las decisiones prácticas que se adopten, la persona interesada debe ser protegida de efectos nocivos, de discriminación, de estigmatización y con respeto a la diversidad cultural.

En las investigaciones científicas deben respetarse la autonomía, responsabilidad individual con el consentimiento previo, libre, informado y expreso por la persona interesada, tomando en cuenta el respeto a la vida privada y a que la confidencialidad está asociada en forma irrestricta a una persona identificable.

El progreso de la ciencia y de la tecnología deberá estar asociado a una responsabilidad social, al bien común de la humanidad, dentro de un contexto de solidaridad y cooperación internacional con poblaciones vulnerables, teniendo en cuenta que los beneficios resultantes de las investigaciones deberán ser compartidos por todos los seres humanos.

Finalmente se reafirma la responsabilidad de que los seres humanos deben proteger el medio ambiente, la biodiversidad y la biosfera.

Dentro de la implementación de la declaración, esta enumera las normas sobre cómo estos principios anteriormente mencionados, deben ser aplicados con profesionalismo, honestidad, transparencia y considerando los conflictos de intereses. Es por esto que deben ser promovidos a través de debates públicos en los cuales se respeten todas las opiniones. Por otro lado los Comités de ética deben ser independientes, autónomos, multidisciplinarios y pluralistas.

Dentro de la práctica y ejercicio profesional, se debe evaluar y prevenir los riesgos de las aplicaciones científicas y tecnológicas aplicadas a seres vivos, se deben regular las prácticas comerciales y permitir la libre circulación de las actividades científicas, teniendo en cuenta que los beneficios resultantes de las investigaciones deben ser compartidos con la sociedad en su conjunto.

Finalmente los estados miembros de la UNESCO deben adoptar estas disposiciones adecuadas para que los principios enunciados en la presente declaración puedan ser aplicados libremente en sus países.

## **E. Comité de Ética Asistencial**

Los comités son órganos colegiados de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud, para contribuir a mejorar la calidad de la atención y proteger los derechos de las personas en relación con ella<sup>22</sup>.

Los comités tendrán una composición multidisciplinaria que incluya la presencia de un miembro de la comunidad y estarán compuestos por un mínimo de siete y un máximo de nueve miembros, entre los cuales deberá contarse con los siguientes integrantes<sup>23</sup>:

- Tres profesionales del área de la salud, debiendo al menos uno de ellos ser médico cirujano y este o alguno de los otros profesionales tener conocimientos o formación básica en bioética.
- Un miembro de la comunidad
- Un licenciado en derecho u otro titulado con conocimiento acreditado en legislación sanitaria.

En relación a la duración de los cargos, los integrantes permanecerán en estos por un periodo de tres años, el cual podrá ser prorrogado hasta por dos periodos adicionales.

### **De las funciones del Comité de Ética**

Dentro de las funciones que podemos encontrar dentro de los comités de ética sanitaria en las instituciones prestadoras de servicios de salud, se encuentran las siguientes:

1. Asesorar a los usuarios o prestadores en el proceso de toma de decisiones relativo a aquellos conflictos ético-clínicos que se susciten como consecuencia de la atención en salud.
2. Contribuir, en el marco de su función consultiva, a la protección de los derechos de los usuarios en su relación con los prestadores, y proponer a la institución las medidas adecuadas para la satisfacción de ellos en los casos de que resulten afectados.

---

<sup>22</sup> MINSAL, Decreto 62 Aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial Art 2, 2013

<sup>23</sup> MINSAL, Decreto 62 Aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial Art 5, 2013

3. Velar por el respeto a la dignidad, autonomía e intimidad de las personas que participan en la relación clínica, en el Marco de su función consultiva.
4. Elaborar y aprobar un reglamento de régimen interno del comité.
5. Proponer a la institución protocolos y orientaciones de actuación de carácter preventivo para enfrentar situaciones en las que puedan surgir frecuentemente conflictos ético clínicos.
6. Contribuir a la promoción de la formación en bioética, así como la de los miembros del propio comité y del equipo directivo de la institución a la que pertenezcan.
7. Elaborar una memoria anual de las actividades y remitirla a la dirección correspondiente y al ministerio de salud.

**No son funciones Del Comité de ética:**

1. Proponer sanciones y adoptar decisiones de carácter resolutivo
2. Actuar como tribunal de ética sobre la conducta de los prestadores individuales.
3. Reemplazar la decisión clínica del profesional tratante o asumir la responsabilidad de quien ha solicitado su asesoramiento.
4. Sustituir las funciones y competencias de los comités ético-científicos.
5. Efectuar auditorías a las actuaciones de los profesionales de la salud.

Finalmente las funciones del comité se entenderán sin perjuicio de las competencias que en materia de ética profesional correspondan a los respectivos colegios profesionales.

El comité de ética deberá solicitar su pronunciamiento u opinión en los siguientes casos<sup>24</sup>:

1. En caso de duda del profesional tratante acerca de la competencia de la persona para adoptar una decisión autónoma, siempre que previamente se haya realizado una evaluación clínica integral que no hubiese logrado aclarar dicha duda.
2. En el caso que se estime que la decisión autónoma manifestada por la persona o su representante legal la expone a graves daños a su

---

<sup>24</sup> MINSAL, Decreto 62 Aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial Art 13, 2013

salud o a riesgo de morir, que serían evitable prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados y siempre que el profesional tratante haya agotado todas las instancias de información que hubiesen permitido a la persona o a su representante alcanzar una decisión autónoma.

3. En el caso de una posible aplicación de alta forzosa por parte de la dirección del establecimiento a propuesta del profesional tratante, cuando la persona expresare su voluntad de no ser tratada, de interrumpir el tratamiento, o se negare a cumplir las prescripciones del profesional tratante.
4. En el caso de personas con discapacidad psíquica o intelectual que no se encuentran en condiciones de manifestar su voluntad, respecto de las cuales se analice la posible indicación y aplicación de tratamientos invasivos de carácter irreversible, sin perjuicio de la aplicación de la reglamentación particular que regula la materia.

Los profesionales tratantes podrán solicitar la opinión de dicho comité, si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazadas por la persona o por sus representantes legales.

En el caso de que la consulta diga relación con la atención de menores de edad, el comité deberá tener en cuenta especialmente el interés superior de estos últimos, debiendo proteger su derecho a ser informado y a expresarse.

Finalmente el pronunciamiento del comité tendrá solamente carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal derivada de ello. Tanto la persona como cualquiera a su nombre, podrán si no se conformaren con la opinión del comité, solicitar a la corte de apelaciones, del domicilio del actor, la revisión del caso y la adopción de las medidas que estime necesarias, acción que se tramitará conforme a las normas del recurso de protección contemplado en el artículo 20 de la constitución política de la república.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> MINSAL, Decreto 62 Aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial Art 14, 2013

# Capítulo III

## Marco Metodológico

### 3.1 Fundamentación Metodológica

La propuesta del presente proyecto de título se enmarca en la necesidad detectada por la Unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren al momento de la inserción del estudiante en la Institución en torno al levantar El Reglamento Interno que responda a la exigencia de la ley 20.584 que **"REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD"**, la cual señala que todo establecimiento público o privado que realice prestaciones de salud debe tener estandarizado una serie de requisitos.

En este contexto es que el estudiante y la Unidad de Servicio Social se hace cargo de realizar un catastro de los procedimientos estandarizados al interior del recinto hospitalario, con la finalidad entablar mesas de trabajo con referentes técnicos claves para levantar la información requerida para dar cumplimiento al requerimiento. Dicho procedimiento a la vez esta supervisado y orientado a través de la Unidad de Planificación y Control de la institución, la cual entrega los lineamientos en base al formato del documento.

Académicamente, se define la modalidad de trabajo que se adecue de mejor manera al proceso dinámico de la institución, optando por la metodología de enfoque por procesos, basada en el desarrollo de tres ejes temáticos de trabajo, orientados a la eficiencia y eficacia en la atención en salud: Bioética, Satisfacción Usuaría y Gestión Clínica.

En relación a la estructura metodológica que se utilizará para dar cumplimiento al presente requerimiento, será la **gestión basada en los procesos**. Dicha metodología expone que toda institución se puede concebir como una red de procesos interrelacionados o interconectados, en donde cada prestador de salud público y privado debe buscar su equilibrio en función de sus propias necesidades y posibilidades. Junto con ello esta metodología orienta a desarrollar la misión de la institución mediante la satisfacción de las expectativas de los usuarios, en función de los factores humanos y de recursos asociados al requerimiento. La metodología de aplicación de gestión basada en procesos, se trata de **una herramienta de mejora continua** adecuada para el momento actual de la institución, constituyéndose con fuerza como una alternativa exitosa para la obtención de resultados cada vez mejores.

De esta forma, y en la definición de una modalidad de trabajo que se adecue al proceso que se desea llevar y que se amolde al proceso dinámico de la institución, es que el estudiante en práctica en conjunto a la guía académica, opta por el desarrollo de tres ejes de trabajo, Bioética, Satisfacción Usuaría y Gestión Clínica, los cuales apuntan en su amplio concepto a la eficiencia y eficacia en la atención en salud, lo cual va orientado a entregar un aporte a la gestión hospitalaria.

Por último, la importancia que reviste la toma de acciones entorno a la problemática, escapan de la lógica de una sola disciplina, siendo innegable la contribución de una mirada integral y donde la metodología seleccionada fue clave para la elaboración del producto final.

### **3.2 Necesidades de la institución para dar cumplimiento a la ley 20.584 sobre la existencia de un Reglamento Interno en todo prestador institucional de salud.**

1. Revisión del estado de avance del trabajo realizado por la “Comisión Reglamento Interno”, respecto de los contenidos mínimos contemplados en el Decreto 40.
2. Reconocimiento de los procesos realizados por las unidades del Hospital Carlos Van Buren
3. Diseño de una propuesta metodológica de reglamento interno que dé cumplimiento con los requerimientos básicos contenidos en el decreto 40 de la ley 20.584.
4. Coordinación de la validación del Reglamento Interno de Funcionamiento según lo indicado en Decreto 40, por el equipo Directivo del establecimiento.

### 3.3 Objetivo de Trabajo y Procedimiento metodológico asociado

#### 3.3.1 Objetivo de Trabajo N°1

*“ELABORAR EL ESTADO DE AVANCE DE LOS PROCESOS ASOCIADOS A LOS 18 PUNTOS MÍNIMOS DEL REGLAMENTO INTERNO, CONSIDERANDO LOS INSUMOS Y ANTECEDENTES ENTREGADOS POR PARTE DE LOS REFERENTES TÉCNICOS DE LAS UNIDADES DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO”*

Definiciones Técnicas Asociadas a Objetivo N°1	
<b>Referentes Técnicos</b>	Corresponden a las personas seleccionadas por la opinión experta de la jefa de unidad de planificación y control y jefa de unidad de servicio social
<b>Reunión de Trabajo</b>	Corresponde a los espacios convocados por el estudiante en proyecto de título para trabajar junto al referente técnico, durante un tiempo determinado y con un objetivo específico
<b>Acta de acuerdos</b>	Corresponde al formato en el cual se plasma los acuerdos obtenidos con el referente durante la reunión.
<b>Referente con documento competente</b>	Corresponde al referente por el cual la información entregada se encuentra completa con ideas explicadas y profundizadas.
<b>Referente con documento en desarrollo</b>	Corresponde al referente por el cual la información entregada se encuentra con algunas ideas explicadas y profundizadas pero no cumple completamente con lo solicitado.

<b>Referente con documento no competente</b>	Corresponde al referente por el cual la información entregada se remite tan solo a una enumeración descriptiva de ideas sin profundizar en ellas.
<b>Referente sin documentación</b>	Corresponde al referente por el cual la información no se encuentra sistematizada en un formato formal y escrito.
<b>Unidades Asociadas al Objetivo N°1</b>	
<b>Unidad de Servicio Social</b>	Corresponde al servicio ubicado en el segundo piso del consultorio de especialidades del Hospital Carlos Van Buren
<b>Gestión Docente</b>	Corresponde al servicio ubicado en el segundo piso del consultorio de especialidades del Hospital Carlos Van Buren
<b>Comité de ética</b>	Se entiende como el órgano colegiado de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud en el Hospital Carlos Van Buren
<b>Gestión de Camas</b>	corresponde al servicio encargado de velar por los casos de larga estadía en la atención cerrada del Hospital Carlos Van Buren

<b>Unidad de Alimentación</b>	corresponde al servicio ubicado en el primer piso de la torre Quirúrgica del Hospital Carlos van Buren
<b>Subdirección Administrativa</b>	Corresponde al servicio ubicado en el segundo piso de la torre médica del hospital Carlos Van Buren.
<b>Gestión de calidad</b>	Corresponde al servicio ubicado en el segundo piso de la torre médica del hospital Carlos Van Buren.
<b>Unidad de Recaudación</b>	Corresponde al servicio ubicado en el primer piso de la Torre Médica del Hospital Carlos Van Buren.
<b>Unidad de Atención de Personas</b>	Corresponde al servicio ubicado al costado de la unidad de emergencia de adultos del Hospital Carlos Van Buren
<b>Unidad de Comunicación y Relaciones Públicas</b>	Corresponde al servicio ubicado en el primer piso de la Torre Médica del Hospital Carlos Van Buren.

<b>Procedimientos Metodológicos Asociados a objetivo N°1</b>	
<b>Procedimiento Metodológico</b>	<b>Descripción</b>
<b>Definición de variables</b>	<p>Las <i>definición de variables</i> con fines a los objetivos de trabajo tuvo como base:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis documental de experiencias de otros hospitales de alta complejidad del país.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis documental de bibliografía especializada en gestión clínica, satisfacción usuaria y bioética.</li> </ul> <p>Las definiciones de variables asociadas al objetivo de trabajo fueron seleccionadas <b>dada las condiciones establecidas para poder contactar a los referentes</b>. No obstante que estas apuntan a la <b>eficiencia y eficacia</b> en la atención en salud otorgada en las instituciones prestadoras de salud.</p> <p>De esta forma las variables definidas y validadas corresponden a:</p> <p><b>Factor Clínico:</b> Espera del referente técnico, para poder ser entrevistado por el estudiante en proyecto de título, ante la agenda que diariamente posee en función de la prestación de salud que brinda la institución.</p> <p><b>Factor Administrativo:</b> Corresponde a la tramitación interna de la institución correspondiente a la validación de los instrumentos por parte de la Unidad de Gestión de Calidad y la validación por parte del director del establecimiento.</p> <p>Una vez definidas las variables, estas fueron <i>validadas técnicamente por la guía académica y jefa de unidad de servicio social</i></p>
<p><b>Diseño Instrumento para recolección de información de referentes técnicos</b></p>	<p>- <b>Diseño de una matriz de evaluación</b> de la documentación entregada por el referente técnico con fines de verificar estado de avance de los procesos asociados a</p>

	<p>los 18 puntos mínimos del reglamento interno, acorde a la estructura validada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Diseño de un acta de acuerdo</b> a fin de visualizar lo conversado con el referente técnico</li> <li>- Validación de dichos instrumentos por <b><i>criterio de juicio de expertos</i></b> de parte de Jefa de Unidad de Servicio Social y Guía Académica.</li> </ul>
<p>Condiciones de Aplicación del instrumento de recolección de información con fines de verificar el estado de avance de los requerimientos mínimos del decreto 40 de la ley 20.584</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se determina en base a la colaboración de la <b><i>Jefa de Unidad de Servicio Social y la Jefa de Planificación y control</i></b>, considerar a referentes técnicos designados por estas entidades con la finalidad de poder recabar la información necesaria para dar respuesta al requerimiento, considerando su disponibilidad horaria en función de la carga laboral dentro de la institución.</li> <li>- En el contexto de la recolección de información para realizar el estado de avance, <b><i>este se realizara durante 40 días al interior de las unidades que pertenecen los referentes técnicos designados por las jefaturas</i></b>, sujeto a la demanda que posee cada funcionario dentro de la institución</li> <li>- Respecto a los <b><i>Referentes técnicos</i></b> seleccionados estos se caracterizan por estar ligados a los procesos mencionados en los requerimientos mínimos contenidos en el decreto 40 de la Ley 20.584.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las fuentes de información designadas por las jefaturas serán: <i>Asistentes sociales de la Unidad de Servicio Social, Jefe de la Unidad de Planificación y control, Jefe de prevención de riesgos, Enfermera Subdirectora Administrativa, Enfermera Supervisora, Equipo de gestión administrativa (Gestión de calidad, Recaudación), Jefe de Unidad de Alimentación.</i></li> </ul>
<p><b>Condiciones de Análisis</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los elementos consignados en la matriz de definiciones técnicas, permitirán establecer los servicios asociados a los referentes técnicos y permitirán así catalogar en función a la calidad y consistencia del documento entregado, asociado a 4 categorías: <b>Referente con documento competente, referente con documento en desarrollo, referente con documento no competente, referente sin documentación.</b></li> <li>- Dicha categorización permitirá <i>establecer un estado del arte en función a lo necesario para dar cumplimiento al requerimiento del decreto 40 de la ley 20.584.</i></li> </ul>
<p><b>Validación de resultados obtenidos con la aplicación del instrumento de recolección de información del estado de avance de los requerimientos mínimos del decreto 40 de la ley 20.584</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La validación de los resultados obtenidos mediante las reuniones de trabajo realizadas por el estudiante en proyecto de título y los insumos que este se recolecte, <b><i>será por parte de juicio de expertos.</i></b></li> <li>- El Equipo encargado de validar la documentación corresponde <b>a la comisión formada por la Jefa de</b></li> </ul>

	<p>Unidad de Servicio Social, Asistente Social de la Unidad de Emergencia de Adultos, Jefa de Unidad de Atención de las Personas, Subdirectora Administrativa, Director del Consultorio de Especialidades, Abogado del Hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b><i>Dicha comisión se reunirá entre 1 a 3 veces durante el proceso académico del estudiante</i></b>, con la finalidad de evaluar y categorizar en función a la matriz realizada por el estudiante en proyecto de título, con la finalidad de realizar retroalimentación a los referentes que no tengan la documentación pertinente.</li></ul>
--	--

### 3.3.2 Objetivo de Trabajo N°2

*"Levantar en conjunto a los referentes técnicos con documentación en desarrollo, los procesos asociados a los 18 puntos mínimos del reglamento interno del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso"*

<b>Definiciones Técnicas Asociadas a objetivo N°2</b>	
<b>Referentes Técnicos con documentación en desarrollo</b>	Corresponde a las personas que en la evaluación realizada por el comité de expertos, resultaron con la obtención del indicador de "Referente con documento en desarrollo, no competente o sin documentación", por lo que es necesario reunirse nuevamente para dar respuesta al requerimiento
<b>Matriz de evaluación de documentación entregada por referentes institucionales</b>	Corresponde al documento que contiene la evaluación y categorización realizada por el comité de expertos, encargado de asesorar al estudiante en proyecto de título, en función de los procedimientos entregados por los referentes seleccionados.
<b>Ficha de reunión (Actualización)</b>	Corresponde al formato en el cual se plasma lo acordado junto al referente en lógica de relato.
<b>Referente con documento competente</b>	Corresponde al referente por el cual la información entregada se encuentra completa con ideas explicadas y profundizadas.
<b>Referente con documento en desarrollo</b>	Corresponde al referente por el cual la información entregada se encuentra con algunas ideas explicadas y profundizadas pero no cumple completamente con lo solicitado.

<b>Referente con documento no competente</b>	Corresponde al referente por el cual la información entregada se remite tan solo a una enumeración descriptiva de ideas sin profundizar en ellas.
<b>Referente sin documentación</b>	Corresponde al referente por el cual la información no se encuentra sistematizada en un formato formal y escrito.
<b>Unidades Asociadas a Objetivo Nº2</b>	
<b>Gestión Docente</b>	Corresponde al servicio ubicado en el segundo piso del consultorio de especialidades del Hospital Carlos Van Buren
<b>Comité de ética</b>	Se entiende como el órgano colegiado de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud en el Hospital Carlos Van Buren
<b>Gestión de Camas</b>	corresponde al servicio encargado de velar por los casos de larga estadía en la atención cerrada del Hospital Carlos Van Buren
<b>Unidad de Alimentación</b>	corresponde al servicio ubicado en el primer piso de la torre Quirúrgica del Hospital Carlos van Buren

<b>Gestión de calidad</b>	Corresponde al servicio ubicado en el segundo piso de la torre médica del hospital Carlos Van Buren.
<b>Unidad de Recaudación</b>	Corresponde al servicio ubicado en el primer piso de la Torre Médica del Hospital Carlos Van Buren.
<b>Unidad de Comunicación y Relaciones Públicas</b>	Corresponde al servicio ubicado en el primer piso de la Torre Médica del Hospital Carlos Van Buren.

<b>Procedimientos Metodológicos Asociados a objetivo N°2</b>	
<b>Procedimiento Metodológico</b>	<b>Descripción</b>
<b>Definición de variables</b>	<p>Las definición de variables con fines a los objetivos de trabajo tuvo como base:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de matriz de evaluación de documentación entregada por referentes institucionales.</li> </ul> <p>Las definiciones de variables asociadas al objetivo de trabajo fueron seleccionadas dada las condiciones establecidas para volver a contactar a los referentes que <b>no consiguieron el grado de competencia necesaria para levantar el instrumento, dado que en una primera instancia, estas debieran apuntar a la eficiencia y eficacia en la atención en salud otorgada en las instituciones prestadoras de salud.</b></p>

	<p>De esta forma las variables definidas y validadas corresponden a:</p> <p><b>Factor Clínico:</b> Corresponde a que el referente técnico vuelva a ser entrevistado por el estudiante en proyecto de título, ante la evaluación obtenida por el comité de expertos que asesora el proceso, teniendo en consideración, la agenda que diariamente posee en función de la prestación de salud que brinda la institución.</p> <p><b>Factor Administrativo:</b> Corresponde a la tramitación interna del comité evaluador de categorizar en un rango de competencia, los instrumentos entregados por los referentes al estudiante en proyecto de título, para la elaboración del documento que dé respuesta al requerimiento del establecimiento.</p> <p>Una vez definidas las variables, estas fueron validadas técnicamente por la guía académica y jefa de unidad de servicio social</p>
<p><b>Diseño Instrumento para recolección de información de referentes técnicos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Diseño de ficha de actualización con referente técnico asociado al reglamento interno</b>, que contenga un resumen sobre los temas tratados, intervenciones de los participantes, resultados y acuerdos.</li> <li>- <b>Actualización de matriz de evaluación</b> de la documentación</li> </ul>

	<p>entregada por el referente técnico con fines de realizar un nuevo estado de avance de los procesos asociados a los 18 puntos mínimos del reglamento interno, acorde a la estructura validada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Validación de dichos instrumentos por criterio de juicio de expertos</b> de parte de Jefa de Unidad de Servicio Social y Guía Académica.</li> </ul>
<p>Condiciones de Aplicación del instrumento de recolección de información con fines de levantar los requerimientos mínimos del decreto 40 de la ley 20.584</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><i>Se determina en base a la matriz de evaluación entregada por la comisión asesora,</i></b> considerar reunirse nuevamente junto a referentes técnicos, que no lograron entregar documentación competente para dar respuesta al requerimiento, esto considerando su disponibilidad horaria en función de la carga laboral dentro de la institución.</li> <li>- <b><i>En el contexto de la recolección de información para realizar un nuevo estado de avance, este se realizará durante 30 días al interior de las unidades que pertenecen los referentes técnicos que calificaron con documentación en desarrollo,</i></b> esto sujeto a la demanda que posee cada funcionario dentro de la institución</li> <li>- Respecto a los Referentes técnicos seleccionados estos se corresponde a las personas que en la evaluación realizada por el comité de expertos, resultaron con la obtención del</li> </ul>

	<p>indicador de “Referente con documento en desarrollo, no competente o sin documentación”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las fuentes de información designadas por las jefaturas serán: Jefe de la Unidad de Planificación y control, Jefe de prevención de riesgos, Equipo de gestión administrativa (Gestión de calidad, Recaudación), Jefe de Unidad de Alimentación.</li> </ul>
<p><b>Condiciones de Análisis</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los elementos consignados en la matriz de definiciones técnicas, permitirán establecer los servicios asociados a los referentes técnicos y permitirán así catalogar en función a la calidad y consistencia del documento entregado, asociado a 4 categorías: <b>Referente con documento competente, referente con documento en desarrollo, referente con documento no competente, referente sin documentación.</b></li> <li>- Dicha categorización permitirá establecer un nuevo estado del arte en función a lo necesario para dar cumplimiento al requerimiento del decreto 40 de la ley 20.584.</li> </ul>
<p><b>Validación de resultados obtenidos con la aplicación del instrumento de recolección de información con fines de levantar los requerimientos mínimos del decreto 40 de la ley 20.584</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La validación de los resultados obtenidos mediante las entrevistas realizadas por el estudiante en proyecto de título y los insumos que este se recolecte, <b><i>será por parte de juicio de expertos.</i></b></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- <i>El Equipo encargado de validar la documentación corresponde a la comisión formada por: Jefa de Unidad de Servicio Social, Asistente Social de la Unidad de Emergencia de Adultos, Jefa de Unidad de Atención de las Personas, Subdirectora Administrativa, Director del Consultorio de Especialidades, Abogado del Hospital.</i></li><li>- Dicha comisión se reunirá <b>entre 1 a 3 veces</b> durante el proceso académico del estudiante, con la finalidad de evaluar y categorizar en función a la matriz realizada por el estudiante en proyecto de título, con la finalidad de realizar retroalimentación a los referentes que no tengan la documentación pertinente.</li><li>- Se establece que al menos el 80% de los referentes asociados a los requerimientos mínimos del decreto 40 de la ley 20.584, deberán estar al menos en la categoría de referente con documento en desarrollo o referente con documento competente para validar el proceso.</li></ul>
--	---

### 3.3.3 Objetivo de Trabajo N°3

"Diseñar una propuesta que dé respuesta al requerimiento del decreto 40 que establece requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales para la atención en salud de las personas de la ley 20.584, considerando los insumos y antecedentes entregados por parte de los Referentes Técnicos de las unidades del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso."

Definiciones Técnicas Asociadas a objetivo N°3	
Decreto N°40 de la Ley 20.584	Corresponde a uno de los decretos emanados en conjunto a la ley de derechos y deberes (20.584) en la que señala el reglamento sobre los requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la presente ley.
Unidades Asociadas a objetivo N°3	
Unidad de Servicio Social	Unidad ubicada en el segundo piso del Consultorio de especialidades del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso. Dicha unidad es la encargada, a través del estudiante en proyecto de título, de elaborar la propuesta para el comité evaluador coordinado por el mismo.

Procedimientos Metodológicos Asociados a Objetivo N°3	
Procedimiento Metodológico	Descripción
	<p>En torno al desarrollo de la propuesta, los elementos considerados para el desarrollo del instrumento son los siguientes:</p> <p><b><i>Referencia de experiencias reglamentarias de otros hospitales de la red, homologables a la realidad del Hospital Carlos Van Buren</i></b>, esto con la finalidad de</p>

<p>Elementos considerados en el diseño de la propuesta de reglamento interno</p>	<p>poder comparar y contrastar aspectos que dentro de la referencia técnica interna del hospital, no dejaran en claro el desarrollo de un punto de los requerimientos básicos establecidos dentro del decreto 40, por lo que es necesario investigar otras experiencias dentro de la red de prestadores de salud.</p> <p><b><i>Documentación entregada mediante orientación técnica de un referente perteneciente a las unidades del Hospital Carlos Van Buren</i></b>, con la finalidad de adecuar todos los requerimientos a la realidad del Hospital Carlos Van Buren, tomando en cuenta que dicha documentación fue previamente validada por la comisión coordinada por el estudiante en proyecto de título.</p> <p><b><i>Reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la ley 20.584</i></b>, tal documento establece los requerimientos mínimos que deberán contener los reglamentos internos para que estos tengan la validez suficientes para ser ejecutados dentro de la institución y sean un insumo más para la acreditación hospitalaria.</p>
<p>Diseño metodológico de la propuesta basada en requerimientos mínimos establecidos en el decreto 40 de la ley 20.584</p>	<p>El diseño de la propuesta está dada por la identificación de <i>títulos asociados a los requerimientos básicos establecidos en el decreto 40 de la ley 20.584</i>, de tal forma que es posible presentarlos en el desglose siguiente:</p>

**Título I Disposiciones generales:** En dicho título se dispondrán los antecedentes generales de la institución, tales como el objetivo del documento, la misión y visión de la institución, el alcance que este tendrá al momento de la aplicación, la documentación referida para construir el instrumento y las definiciones generales que son esenciales para la óptima comprensión al momento de realizar lectura del documento.

**Título II Servicios y Prestaciones:** En dicho acápite se establecerá el desglose de las prestaciones y servicios que la institución ofrece a la red de atención de salud, tales como la atención abierta o ambulatoria, la atención de hospitalizados o cerrada, los servicios de emergencia, hospitalización domiciliaria y los servicios de apoyo diagnóstico.

**Título III Docencia e investigación:** En dicho capítulo se establecerá la información referida a la condición asistencial – docente adquirida por la institución con las diferentes casas de estudios.

**Título IV Ingreso, estadía y egreso:** En dicho apartado se establecerán las condiciones para poder ingresar desde las diferentes áreas, las normas que se deben cumplir durante la estadía en la institución, las condiciones y facultades de la institución para establecer el alta. Junto con ello se establece la documentación que debe ser entregada en cualquier condición de alta.

**Título V Referencia y Contrarreferencia:** En tal acápite se establecerán las condiciones en

que un médico tratante solicita a otra institución de la red la Contrarreferencia en base a una mayor capacidad resolutive.

**Título VI Visita Médica, gestión de cuidados y alimentación:** En dicho apartado se establecerán las condiciones de visita o supervigilancia médica realizada por los médicos tratantes y/o residentes de turno, a los usuarios durante la jornada. Junto con ello se establecen las condiciones de los cuidados cotidianos realizados por el equipo de salud, además de la distribución de la alimentación, tomando en cuenta la condición nutricional de los usuarios.

**Título VII Información a las personas, sus acompañantes y visitantes:** En dicho título se establecerá la información sobre las condiciones en que el equipo de salud hace entrega sobre el diagnóstico y tratamiento recibido al paciente, coordinador familiar (si este estuviese definido) y visitantes.

**Título VIII Consentimiento Informado:** En él se establecen las condiciones en que el paciente establecerá el derecho de otorgar o denegar su voluntad de someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, salvo cuando su negativa ponga en riesgo su salud o la salud pública.

**Título IX De los derechos y deberes del equipo de salud y del trato que debe recibir el paciente:** Se establecerá en dicho apartado los derechos y deberes que debe cumplir el equipo de salud durante su ejercicio de funciones, además de establecerse las

condiciones de buen trato que debe recibir el paciente durante la atención.

**Título X Horarios de atención de público y agendamiento de horas de atención:** Se establecerán los horarios de funcionamiento de las diferentes áreas del hospital, además de establecer el proceso de agendamiento de horas de atención.

**Título XI Régimen de visita y acompañamiento a los pacientes:** Se establecerán las condiciones y horarios de visita a los pacientes, los deberes y derechos que deben cumplir los acompañantes y las condiciones de estadía de estos durante la visita al paciente.

**Título XII Identificación del usuario y de los funcionarios:** Se establecerán las condiciones que por disposición de la ley 20.584, deben cumplir los funcionarios respecto a la individualización de los usuarios y del personal que realiza labores dentro de la institución.

**Título XIV Regulación de la ficha clínica:** En dicho capítulo se expresará la regulación de la ficha clínica y cuáles son las condiciones de solicitud de una copia de esta.

**Título XV Asistencia Religiosa o espiritual:** Se definirán las condiciones en que un paciente puede solicitar asistencia religiosa, además se establecer las condiciones de ingreso y permanencia en la institución.

**Título XVI Comité de Ética:** Se establecerán las condiciones de funcionamiento del comité dentro de la institución, además de establecer los mecanismos de acceso al mismo.















	<p><b>Título XVII Arancel de prestaciones y modalidades de pago:</b> Se detallaran las condiciones de acceso a la información arancelaria de las prestaciones y las modalidades de pago, además de agregar las condiciones de atención en salud para inmigrantes.</p> <p><b>Título XVIII Sistema de reclamos, sugerencias y felicitaciones:</b> Se establecerá el mecanismo de acceso a ingresar y manifestar su opinión a través de consultas, felicitaciones, sugerencia y/o reclamos.</p> <p><b>Título XIX Acceso a la información pública:</b> En dicho capítulo, se detallaran los mecanismos de acceso a la información pública (Ley de transparencia) y las condiciones para poder solicitar información.</p> <p><b>Título XX Vías de evacuación y procedimientos en caso de emergencia:</b> En este último capítulo se establecerán los mecanismos que debe realizar el equipo de salud en caso de contingencia y posterior evacuación del establecimiento.</p> <p>Además se agrega un apartado denominado <b>Actualización del Documento</b>, en donde se establece el número de correcciones que ha recibido el documento y el detalle de la misma.</p>
<p>Validación de Diseño metodológico de la propuesta basada en requerimientos mínimos establecidos en el decreto 40 de la ley 20.584</p>	<p>La validación del instrumento realizado por el estudiante en proyecto de título, será por parte de <b>juicio de expertos</b>.</p> <p>El Equipo encargado de validar la documentación corresponde a la comisión</p>

formada por: ***Jefa de Unidad de Servicio Social, Asistente Social de la Unidad de Emergencia de Adultos, Jefa de Unidad de Atención de las Personas, Subdirectora Administrativa, Director del Consultorio de Especialidades, Abogado del Hospital.***

Dicha comisión se reunirá entre ***1 a 3 veces durante el proceso académico del estudiante***, evaluando en función a los requerimientos mínimos necesarios y la realidad del hospital, con la finalidad de una vez finalizada la revisión, este sea ***enviado al director del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso para su revisión en conjunto al equipo directivo.***

### 3.4 Etapas y plazos

Para efectos del presente proyecto de título y en base a los objetivos de trabajo planteados anteriormente, el estudiante en proyecto de título establece una ruta de trabajo basado en etapas con tiempos y plazos definidos, para así dar un orden al trabajo realizado durante el proceso de inserción en la institución.

Etapa	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Inserción en la institución										
Encuentro con referentes técnicos										
Primera reunión con comisión de evaluación estado de avance										
Segundo encuentro con referentes técnicos en base a evaluación de primera reunión con comisión										
Segunda reunión evaluación de estado de avance										
Elaboración Propuesta de Reglamento Interno										
Revisión de propuesta de reglamento interno										
Entrega de Propuesta de reglamento interno a dirección HCVB										
Salida del estudiante de la institución										

# Capítulo IV

## Resultados y Productos de la Experiencia

#### **4.1 Presentación Capítulo Caracterización y Resultados de la experiencia**

En el presente capítulo, serán expuestos los resultados obtenidos por el proyecto de título en curso, el que realizó en conjunto a la comisión conformada por funcionarios de la institución, una propuesta metodológica de reglamento interno para el Hospital, cumpliendo con el requerimiento de la ley 20.584, que establece que todo prestador debe tener un reglamento para los usuarios.

En las páginas posteriores, se mostrará en detalle los resultados que se encuentran contenidos en los diferentes objetivos de trabajo planteados por el estudiante en proyecto de título, que en principio establecía realizar un estado de avance de los procesos asociados a los 18 requerimientos básicos que debían contener los reglamentos internos. Producto del Objetivo N°1, se genera un segundo objetivo, en el cual se establece un plan de trabajo en conjunto a los referentes para poder levantar los procesos restantes que no lograron cumplir con lo requerido por el estudiante.

Tras reunir la información necesaria de parte de los referentes y validada por comisión de reglamento interno, instancia coordinada por el estudiante en proyecto de título en conjunto a funcionarios que cumplen el rol de juicio de expertos, se elabora un tercer y último objetivo de trabajo el cual correspondió en realizar una propuesta metodológica considerando los recursos técnicos obtenidos por los referentes asociados a los requerimientos básicos establecidos en el decreto 40 de la ley 20.584, instrumento validado por la comisión y entregada a dirección para su validación en conjunto al equipo directivo.

Finalmente el producto generado busca fortalecer la relación entre el paciente, su familia y el equipo de salud del Hospital Carlos Van Buren. Su objetivo es informar acerca del funcionamiento de la institución, establecer las normas de relación asistencial entre los pacientes, familias y el personal, además de facilitar el respeto de los derechos y deberes mutuos.

## **4.2 Preámbulo Objetivo de Trabajo N°1**

El primer objetivo de trabajo tuvo como finalidad desarrollar un estado de avance de los requerimientos básicos que deben tener los prestadores de salud, públicos y privados, respecto a la atención en salud que brindan en las instituciones respectivas.

En función de aquello es que el estudiante en proyecto de título establece una propuesta para poder abordar dicha necesidad de la institución, estableciendo un desglose de los requerimientos, siendo estos separados en procesos. Dichos requerimientos fueron asignados a un funcionario quien cumplió el rol de referente técnico, orientando al estudiante en función dar cumplimiento a lo solicitado por la normativa.

**A. Caracterización de los requerimientos contenidos en el decreto 40 de la ley 20.584**

El decreto 40 denominado “Reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la ley 20.584”, contempla los contenidos básicos, que cada prestador institucional público o privado de atención abierta o cerrada, con el fin de proporcionar a los usuarios información acerca de la atención de salud que se les ofrece, la forma y modalidades en que ella se otorga, siendo de su responsabilidad informar a los usuarios acerca de su contenidos y el deber de éstos de observar sus disposiciones.

Los prestadores institucionales a los que se refieren los artículos del presente decreto, deberán elaborar un reglamento interno de funcionamiento que incluya, a lo menos las siguientes materias, según corresponda al tipo de atención abierta o cerrada que otorgue:

**Tabla N°5 Requerimientos Decreto 40**

Nº	ARTICULO
1	<b>Los tipos de prestaciones de salud que otorgará y los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, con que cuenta, así como en su caso, su condición de colaborador de la docencia conforme a los convenios que haya suscrito con entidades de educación superior reconocidas.</b>
2	<b>Las normas existentes sobre ingreso, estadía y egreso del establecimiento, así como aquellas que digan relación con los procedimientos de alta Disciplinaria o voluntaria.</b>

3	<p>Los procedimientos que deben adoptarse, así como la documentación necesaria, para operativizar la referencia y la contrarreferencia de las personas, en su caso; en el caso que exista indicación, los resguardos y mecanismos adoptados para la derivación y hospitalización del usuario en otros establecimientos que otorguen atención cerrada</p>
4	<p>Los procedimientos relacionados con la visita o supervigilancia médica de rutina y de gestión de cuidados cotidianos y alimentación según la condición médica de la persona</p>
5	<p>Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas y sus acompañantes o visitantes, la información sobre su estado de salud</p>
6	<p>Los documentos e información necesaria para llevar a cabo el proceso de Consentimiento informado, conforme a la reglamentación pertinente.</p>
7	<p>Los mecanismos implementados para asegurar el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad de la atención de Salud que se aprueben Mediante Resolución dictada por el Ministro de Salud.</p>
8	<p>Los horarios de funcionamiento del establecimiento, la modalidad de agendamiento de horas y el medio por el cual ello se comunica a los Usuarios.</p>
9	<p>Los horarios de visita y acompañamiento de los pacientes, en el caso que Corresponda, y las normas que los acompañantes deberán respetar.</p>
10	<p>Los mecanismos de identificación, acreditación de la afiliación u otros de Información que sean necesarios para la atención de los usuarios.</p>
11	<p>La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o Asistencial.</p>

12	<p>Los procedimientos necesarios para resguardar la privacidad del paciente, la modalidad para la captación y uso autorizados de imágenes de su cuerpo con fines de divulgación en medios de difusión social o científica según proceda y las regulaciones existentes en cuanto a la ficha clínica, según la Reglamentación pertinente.</p>
13	<p>El derecho a la asistencia religiosa o espiritual, en el caso de ser ésta Requerida por el paciente o su acompañante, así como las atenciones especiales de pertinencia cultural, según corresponda, en ambos casos.</p>
14	<p>El comité de ética de que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él</p>
15	<p>Los costos arancelados de las prestaciones que otorga y las modalidades de su pago, intereses u otros conceptos cuando corresponda. Asimismo se deberá contar con sistemas de libre acceso de información de precios de medicamentos e insumos que se utilicen en la atención y la forma como se proporcionará una cuenta actualizada y detallada de los gastos incurridos, en la oportunidad en que sea solicitada por el usuario, con indicación de los Insumos y las dosis utilizadas en el caso en que éstas sean unitarias. Las prestaciones que quedan cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud y La modalidad de su ejercicio por parte de los usuarios.</p>
16	<p>Condiciones previsionales que se requieren para obtener la atención y los antecedentes y trámites para ello</p>
17	<p>Ubicación y uso del Libro de Reclamos y Sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según los establece la reglamentación pertinente</p>

18	<p><b>La información referida a las diversas vías de evacuación existentes y Procedimientos adoptados en su caso, para casos de emergencia.</b></p>
----	---

**Tabla Nº5: Requerimientos mínimos que deben contener los reglamentos internos, Decreto 40 Ley 20.584, Elaboración propia**

En función del presente objetivo de trabajo, el estudiante en práctica realiza en conjunto a la jefatura de Servicio Social y la Jefa de Planificación y control, desglosar en una primera instancia los artículos contenidos en el decreto 40, transformándolos así en procesos para operativizar posteriormente, la asignación de los referentes técnicos para poder recabar la información necesaria para dar respuesta al requerimiento.

De esta forma tras realizar el desglose de los artículos en los posteriores procesos, estos quedaron de la siguiente forma:

**Tabla Nº6 Requerimientos mínimos subdivididos en procesos**

Nº	ARTICULO	PROCESO
1	Los tipos de prestaciones de salud que otorgará y los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, con que cuenta, así como en su caso, su condición de colaborador de la docencia conforme a los convenios que haya suscrito con entidades de educación superior reconocidas.	Tipo de prestaciones de salud que otorgará y servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico con que cuenta
		Condición de colaborador de la docencia conforme a los convenios que haya suscrito con entidades de educación superior reconocidas.
2	Las normas existentes sobre ingreso, estadía y egreso del establecimiento, así como aquellas que digan relación con	Las normas existentes sobre ingreso,
		Estadía y egreso del establecimiento

	los procedimientos de alta Disciplinaria o voluntaria.	Procedimientos de alta disciplinaria o voluntaria
3	Los procedimientos que deben adoptarse, así como la documentación necesaria, para operativizar la referencia y la contrarreferencia de las personas, en su caso; en el caso que exista indicación, los resguardos y mecanismos adoptados para la derivación y hospitalización del usuario en otros establecimientos que otorguen atención cerrada	Los procedimientos que deben adoptarse, la documentación necesaria para operativizar la referencia y la contrarreferencia de las personas en su caso
		En el caso que exista indicación, los resguardos y mecanismos adoptados para la derivación y hospitalización del usuario en otros establecimientos que otorguen atención cerrada.
4	Los procedimientos relacionados con la visita o supervigilancia médica de rutina y de gestión de cuidados cotidianos y alimentación según la condición médica de la persona	Los procedimientos relacionados con la visita o supervigilancia médica de rutina
		Los procedimientos relacionados con la gestión de cuidados cotidianos
		Los procedimientos relacionados con alimentación.
5	Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas y sus acompañantes o visitantes, la información sobre su estado de salud	Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas y sus acompañantes o visitantes, la información sobre su estado de salud.
6	Los documentos e información necesaria para llevar a cabo el proceso de Consentimiento informado, conforme a la reglamentación pertinente.	Los documentos e información necesaria para llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, conforme a la reglamentación pertinente
7	Los mecanismos implementados para asegurar el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad de la atención de Salud que se aprueben Mediante Resolución dictada por el Ministro de Salud.	Los mecanismos implementados para asegurar el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad de la atención de salud que se aprueben mediante Resolución dictada por el MINSAL

8	Los horarios de funcionamiento del establecimiento, la modalidad de agendamiento de horas y el medio por el cual ello se comunica a los Usuarios.	Horarios de funcionamiento del establecimiento
		La modalidad de agendamiento de horas
		El medio a través del cual ello se comunica a los usuarios
9	Los horarios de visita y acompañamiento de los pacientes, en el caso que Corresponda, y las normas que los acompañantes deberán respetar.	Los horarios de visita y acompañamiento de los pacientes en el caso que corresponda
		Normas que los acompañantes deberán respetar
10	Los mecanismos de identificación, acreditación de la afiliación u otros de Información que sean necesarios para la atención de los usuarios.	Los mecanismos de identificación, acreditación de la afiliación u otros de información que sean necesarios para la atención de los usuarios
11	La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o Asistencial.	La forma de identificación de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, que deberá incluir la función que desempeña ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.
12	Los procedimientos necesarios para resguardar la privacidad del paciente, la modalidad para la captación y uso autorizados de imágenes de su cuerpo con fines de divulgación en medios de difusión social o científica según proceda y las regulaciones existentes en cuanto a la ficha clínica, según la Reglamentación pertinente.	Los procedimientos necesarios para resguardar la privacidad del paciente, la modalidad para la captación y uso autorizados de imágenes de su cuerpo con fines de divulgación en medios de difusión social o científica según proceda
		Las regulaciones existentes en cuanto a la ficha clínica, según la reglamentación pertinente.

13	El derecho a la asistencia religiosa o espiritual, en el caso de ser ésta Requerida por el paciente o su acompañante, así como las atenciones especiales de pertinencia cultural, según corresponda, en ambos casos.	El derecho a la asistencia religiosa o espiritual, en el caso de ser ésta requerida por el paciente o su acompañante, así como las atenciones especiales de pertinencia cultural, según corresponda en ambos casos.
14	El comité de ética de que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él	El comité de ética de que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.
15	Los costos arancelados de las prestaciones que otorga y las modalidades De su pago, intereses u otros conceptos cuando corresponda. Asimismo se deberá contar con sistemas de libre acceso de información de precios de medicamentos e insumos que se utilicen en la atención y la forma como se proporcionará una cuenta actualizada y detallada de los gastos incurridos, en la oportunidad en que sea solicitada por el usuario, con indicación de los Insumos y las dosis utilizadas en el caso en que éstas sean unitarias. Las prestaciones que quedan cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud y La modalidad de su ejercicio por parte de los usuarios.	Los costos arancelados de las prestaciones que otorga y las modalidades de pago, intereses u otros conceptos cuando corresponda
		Sistema de libre acceso de información de precios de medicamentos e insumos que se utilicen en la atención y la forma como se proporcionará una cuenta actualizada y detallada de los gastos incurridos en la oportunidad en que sea solicitada por el usuario, con indicación de los insumos y las dosis utilizadas en el caso que éstas sean unitarias.
		Las prestaciones que quedan cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud y la modalidad de su ejercicio por parte de los usuarios.
16	Condiciones previsionales que se requieren para obtener la atención y los antecedentes y trámites para ello	Condiciones previsionales que se requieren para obtener la atención y los antecedentes y trámites para ello

17	Ubicación y uso del Libro de Reclamos y Sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según los establece la reglamentación pertinente	Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según los establece la reglamentación pertinente.
18	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes y Procedimientos adoptados en su caso, para casos de emergencia.	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes y procedimientos adoptados en su caso, para casos de emergencia.

**Tabla N°6: Distribución de los procesos según artículos referidos al decreto 40 de la Ley 20.584, Elaboración Propia**

De la tabla anterior, una vez definidos los procesos en conjunto a las jefaturas antes mencionadas, se pudo dar paso a la identificación de los referentes asociados a los procesos estructurados, considerando su disponibilidad horaria en función a la carga laboral en la institución.

### **B. Caracterización e Identificación de los Referentes Técnicos**

Para determinar a los referentes técnicos ligados a los requerimientos básicos del decreto 40 de la ley 20.584, el estudiante en proyecto de título en conjunto con la jefa de Unidad de Servicio Social y Jefa de Planificación y control, definieron a las potenciales unidades que pudiesen dar respuesta a los requerimientos.

Dichos referentes se caracterizaron principalmente, por ser jefaturas de servicio, que participan activamente dentro de la elaboración y estandarización de los procesos contenidos dentro de su Unidad. Se espera ante este contexto, que el estudiante al realizar el primer contacto con el referente, este pudiese dar respuesta a la información solicitada. No obstante al no haber presencia de una jefatura de unidad disponible para poder trabajar junto al estudiante, este designó a un funcionario que pudiese atender las inquietudes y dar respuesta al requerimiento que el estudiante estaba solicitando.

Las fuentes de información designadas por las jefaturas de Unidad de Servicio Social y Planificación y control, consisten en *Asistentes Sociales pertenecientes a la Unidad de Servicio Social, jefatura de prevención de riesgos del Hospital, Subdirección Administrativa, Enfermera Supervisora de Mediana Complejidad Médica, al equipo de gestión administrativa que consta*

con la Unidad de Gestión de Calidad y Recaudación Central y Jefe de Alimentación, Cabe destacar que las Jefaturas que ayudaron a designar a los referentes, también son consideradas dentro del proceso, por lo que también representan un valor humano significativo para el estudiante, al momento de elaborar el estado de avance.

De esta los referentes consignados por las jefaturas de servicio, se distribuyeron entre los procesos de la siguiente forma:

**Tabla N°7 Distribución de responsables por proceso asignado**

Nº	ARTICULO	PROCESO	RESPONSABLE
1	Los tipos de prestaciones de salud que otorgará y los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, con que cuenta, así como en su caso, su condición de colaborador de la docencia conforme a los convenios que haya suscrito con entidades de educación superior reconocidas.	Tipo de prestaciones de salud que otorgará y servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico con que cuenta	Carla Fierro (Planificación y Control)
		Condición de colaborador de la docencia conforme a los convenios que haya suscrito con entidades de educación superior reconocidas.	Patricio Scotti (Unidad de Gestión Docente)
2	Las normas existentes sobre ingreso, estadía y egreso del establecimiento, así como aquellas que digan relación con los procedimientos de alta Disciplinaria o voluntaria.	Las normas existentes sobre ingreso,	Dr. Fuentes (UMA) / Dr. Novoa (Comité de Etica)
		Estadía y egreso del establecimiento	Dra. Carvajal (Medicina Gneral), Dr. Fuentes (UMA)
		Procedimientos de alta disciplinaria o voluntaria	Dra. Carvajal, Dr. Fuentes

3	Los procedimientos que deben adoptarse, así como la documentación necesaria, para operativizar la referencia y la contrarreferencia de las personas, en su caso; en el caso que exista indicación, los resguardos y mecanismos adoptados para la derivación y hospitalización del usuario en otros establecimientos que otorguen atención cerrada	Los procedimientos que deben adoptarse, la documentación necesaria para operativizar la referencia y la contrarreferencia de las personas en su caso	Jeanette Martínez (Gestión del Usuario)
		En el caso que exista indicación, los resguardos y mecanismos adoptados para la derivación y hospitalización del usuario en otros establecimientos que otorguen atención cerrada.	Gina Peirano (Gestión de Camas)
4	Los procedimientos relacionados con la visita o supervigilancia médica de rutina y de gestión de cuidados cotidianos y alimentación según la condición médica de la persona	Los procedimientos relacionados con la visita o supervigilancia médica de rutina	Dr. Fuentes
		Los procedimientos relacionados con la gestión de cuidados cotidianos	Doris Abarzua (Subdirección Administrativa)
		Los procedimientos relacionados con alimentación.	Víctor Leal (Unidad de Alimentación)
5	Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas y sus acompañantes o visitantes, la información sobre su estado de salud	Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas y sus acompañantes o visitantes, la información sobre su estado de salud.	Dra. Carvajal, Dr. Fuentes
6	Los documentos e información necesaria para llevar a cabo el proceso de Consentimiento informado,	Los documentos e información necesaria para llevar a cabo el proceso de consentimiento informado,	Karim Arias (Gestión de Calidad)

	conforme a la reglamentación pertinente.	conforme a la reglamentación pertinente	
7	<p>Los mecanismos implementados para asegurar el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad de la atención de Salud que se aprueben</p> <p>Mediante Resolución dictada por el Ministro de Salud.</p>	<p>Los mecanismos implementados para asegurar el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad de la atención de salud que se aprueben mediante Resolución dictada por el MINSAL</p>	Karim Arias
8	<p>Los horarios de funcionamiento del establecimiento, la modalidad de agendamiento de horas y el medio por el cual ello se comunica a los Usuarios.</p>	Horarios de funcionamiento del establecimiento	
		La modalidad de agendamiento de horas	Jeanette Martínez
		El medio a través del cual ello se comunica a los usuarios	Jeanette Martínez
9	<p>Los horarios de visita y acompañamiento de los pacientes, en el caso que Corresponda, y las normas que los acompañantes deberán respetar.</p>	Los horarios de visita y acompañamiento de los pacientes en el caso que corresponda	Ivonne Otey (Mediana complejidad Médica)
		Normas que los acompañantes deberán respetar	Ivonne Otey
10	<p>Los mecanismos de identificación, acreditación de la afiliación u otros de Información que sean necesarios para la atención de los usuarios.</p>	<p>Los mecanismos de identificación, acreditación de la afiliación u otros de información que sean necesarios para la atención de los usuarios</p>	Ivonne Otey
11	<p>La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo</p>	<p>La forma de identificación de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, que deberá incluir</p>	Ivonne Otey

	atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o Asistencial.	la función que desempeña ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.	
12	Los procedimientos necesarios para resguardar la privacidad del paciente, la modalidad para la captación y uso autorizados de imágenes de su cuerpo con fines de divulgación en medios de difusión social o científica según proceda y las regulaciones existentes en cuanto a la ficha clínica, según la Reglamentación pertinente.	Los procedimientos necesarios para resguardar la privacidad del paciente, la modalidad para la captación y uso autorizados de imágenes de su cuerpo con fines de divulgación en medios de difusión social o científica según proceda	Hans Acosta  (Unidad de Comunicación y Extensión
		Las regulaciones existentes en cuanto a la ficha clínica, según la reglamentación pertinente.	Karim Arias/Natalia Ampuero
13	El derecho a la asistencia religiosa o espiritual, en el caso de ser ésta Requerida por el paciente o su acompañante, así como las atenciones especiales de pertinencia cultural, según corresponda, en ambos casos.	El derecho a la asistencia religiosa o espiritual, en el caso de ser ésta requerida por el paciente o su acompañante, así como las atenciones especiales de pertinencia cultural, según corresponda en ambos casos.	Lidia Parra /Adriana Moya  (Unidad de Servicio Social)
14	El comité de ética de que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él	El comité de ética de que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.	Dr. Novoa

15	Los costos arancelados de las prestaciones que otorga y las modalidades De su pago, intereses u otros conceptos cuando corresponda.	Los costos arancelados de las prestaciones que otorga y las modalidades de pago, intereses u otros conceptos cuando corresponda	René Peña
	Asimismo se deberá contar con sistemas de libre acceso de información de precios de medicamentos e insumos que se utilicen en la atención y la forma como se proporcionará una cuenta actualizada y detallada de los gastos incurridos, en la oportunidad en que sea solicitada por el usuario, con indicación de los Insumos y las dosis utilizadas en el caso en que éstas sean unitarias.	Sistema de libre acceso de información de precios de medicamentos e insumos que se utilicen en la atención y la forma como se proporcionará una cuenta actualizada y detallada de los gastos incurridos en la oportunidad en que sea solicitada por el usuario, con indicación de los insumos y las dosis utilizadas en el caso que éstas sean unitarias.	René Peña
	Las prestaciones que quedan cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud y La modalidad de su ejercicio por parte de los usuarios.	Las prestaciones que quedan cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud y la modalidad de su ejercicio por parte de los usuarios.	René Peña (Recaudación Central)
16	Condiciones previsionales que se requieren para obtener la atención y los antecedentes y trámites para ello	Condiciones previsionales que se requieren para obtener la atención y los antecedentes y trámites para ello	Rene Peña
17	Ubicación y uso del Libro de Reclamos y Sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según los	Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según los	Alejandra Sánchez (UAP)

	establece la reglamentación pertinente	establece la reglamentación pertinente.	
18	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes y Procedimientos adoptados en su caso, para casos de emergencia.	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes y procedimientos adoptados en su caso, para casos de emergencia.	José Miguel López  (Unidad de gestión de riesgos y salud ocupacional)

**Tabla N°7: Distribución de referentes técnicos según proceso, Elaboración propia**

Una vez definidos los referentes y asignados a los diferentes procesos establecidos por el estudiante en conjunto a las jefaturas de Unidad de Servicio Social y Planificación y control, el proceso de convocatoria y acceso a la información, va a depender de dos factores esencialmente.

En una primera instancia existe un **factor clínico**, en el cual consiste principalmente en la agenda que diariamente posee en función de la prestación de salud que brinda en la institución. Y un segundo **factor administrativo**, que corresponde a la tramitación interna de la institución correspondiente a la validación de los instrumentos por parte de la Unidad de Gestión de Calidad y la Validación por parte del director del establecimiento.

### **C. Convocatoria de los referentes y recolección de Información**

Para el proceso de convocatoria de los diferentes referentes asociados a los 18 requerimientos mínimos que establece del decreto 40 de la Ley 20.584, fue mediante correo institucional por parte de la Jefatura de Unidad de Servicio Social. Ella fue la encargada de elaborar un formato tipo de correo electrónico en el cual daba cuenta del contexto en el que se encontraba el estudiante en proyecto de título, que consistía en levantar este reglamento interno dentro de la institución, y la vinculación del referente a dicho proceso a través del requerimiento asignado por parte de las jefaturas de servicio social y planificación y control.

Una vez establecido el primer contacto, el estudiante en proyecto de título elabora un diseño de un acta de reunión en el cual tiene como finalidad

de plasmar los acuerdos con el referente técnico y contextualizarlo frente a lo que se le estaba requiriendo:

Para motivos de levantamiento de información respecto a lo recolectado a través de las reuniones realizadas con los referentes, es que el estudiante elabora un instrumento en el cual realiza un registro de acta de reunión (Ver Anexos) ejecutada con el fin de visualizar los principales aspectos conversados con el referente técnico, así como los principales compromisos que este adquiere con el estudiante.

El plazo de la ejecución de dichas reuniones se establece de alrededor de 40 días, esto considerando las eventuales contingencias que pudiesen surgir debido a la carga laboral de los funcionarios del establecimiento.

#### **D. Categorización de los referentes y Validación del proceso**

Los elementos consignados y recolectados a través de las entrevistas realizadas por el estudiante a los referentes técnicos asociados a los requerimientos del reglamento interno, se categorizarán en función de establecer un estado del arte de acuerdo a lo necesario para dar cumplimiento al requerimiento del decreto 40 de la ley 20.584.

Para esto el estudiante plantea una matriz de proceso en el cual establece cuatro categorías definidas a tipos de referentes que se vieron presentes en el proceso de levantamiento de información. Las categorías elaboradas por el estudiante son las siguientes:

**Tabla N°8: Categorización de Referentes**

Referente con documento competente	Referente con documento en desarrollo	Referente con documento no Competente	Referente sin documentación
La información entregada por parte del referente se encuentra completa con ideas explicadas y profundizadas	La información entregada por parte del referente se encuentra con algunas ideas explicadas y profundizadas pero no cumple completamente con lo solicitado	La información entregada por el referente sobre el tema se remite tan solo a una enumeración descriptiva de ideas sin profundizas en ellas	La información entregada por el referente no se encuentra sistematizada en un formato formal y escrito

**Tabla N°8: Categorización referentes según documentación, Elaboración Propia**

Para realizar dicha categorización y para establecer si el documento era competente o no, el estudiante establece que dicho proceso se debe realizar a través de una comisión de expertos, integrada por diferentes entidades del hospital, que fueran referente del estudiante para poder realizar un estado de avance que permitiría verazmente entregar la información requerida en base a la necesidad de la institución. Para esto la jefatura de la Unidad de Servicio Social en conjunto a la Jefa de Planificación y control, extienden la invitación a diferentes funcionarios para que sean parte de un comité de diseño y redacción del reglamento interno, con la finalidad de dar consistencia y validez al proceso realizado por el estudiante.

Dicha comisión fue conformada por los siguientes funcionarios:

**Tabla N°9 Equipo de Diseño y Redacción**

Equipo Diseño y Redacción
Lidia Parra Castillo Jefe Unidad Servicio Social
María Adriana Moya Jefe (S) Unidad Servicio Social
Alejandra Sánchez Jefe UAP
Doris Abarzúa Subdirectora de Gestión del Cuidado
Dr. Fernando Novoa Presidente del Comité de Ética HCVB
Karina Valderrama Asistente Social UEA
Carla Fierro Jefe Planificación y Control
Ivonne Otey

Enfermera Supervisora MCM
Dr. Luis Ponce Jefe CAE
José Gómez Coordinador Área Crítica y Urgencia

Tabla N°9: Integrantes Comisión Diseño y Redacción Reglamento Interno, Elaboración Propia

Dicha comisión será la encargada de revisar cada requerimiento en base a los documentos recolectados por el estudiante, quien previamente hará envío a través de correo electrónico. Cabe destacar que dicha comisión establecerá en función de los tiempos del estudiante y las contingencias que surjan dentro del proceso, de establecer que elementos son consignados finalmente en la propuesta final que será presentada al director.

### E. Resultados y estado de avance de los requerimientos

Tras reunirse la comisión de diseño y redacción del reglamento interno y habiendo evaluado todos los requerimientos con sus respectivos procesos, se puede establecer lo siguiente:

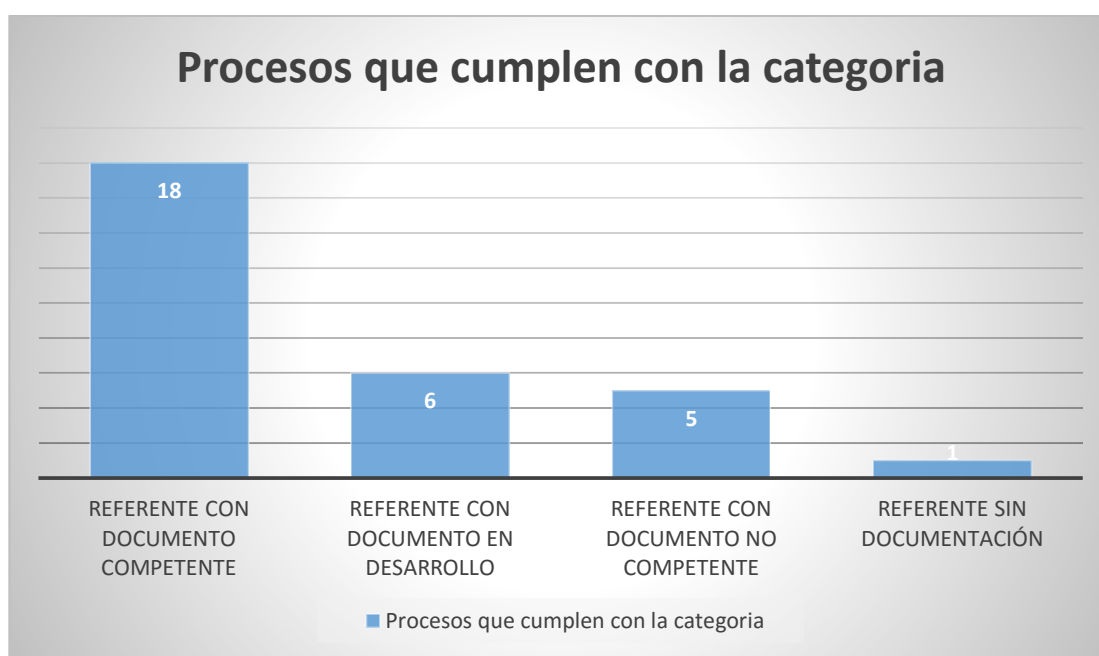
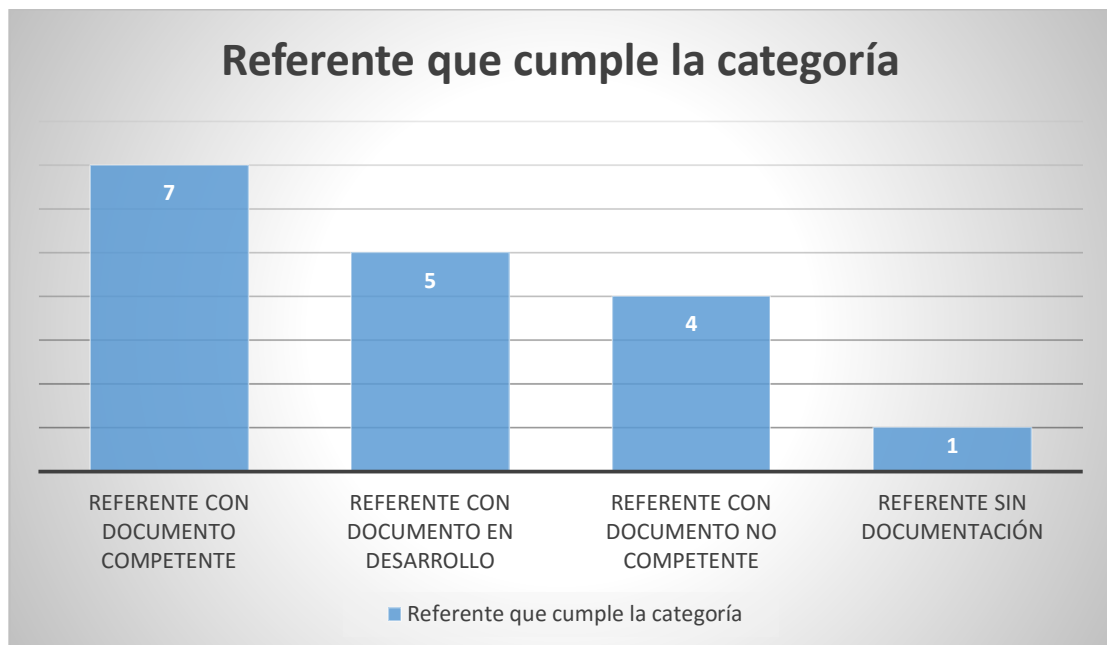


Figura N°7: Procesos que cumplen con la categoría, Elaboración propia

Del total de 30 procesos en los cuales se desglosaron los 18 artículos que componen el decreto 40 de la Ley 20.584, se establece que 18 de estos se encuentran en la categoría referente con documento competente, 6 se encuentran en la categoría referente con documento en desarrollo, 5 se encuentran en la categoría referente con documento no competente, 1 se encuentra en la categoría referente sin documentación.

encuentra en la categoría referente con documento no competente y 1 se encuentra en la categoría referente sin documentación.



**Figura N°8: Referente que cumple la categoría, Elaboración Propia**

De 17 referentes que fueron entrevistados por el estudiante y habiendo evaluado la documentación por parte de la comisión, se establece que 7 de ellos cumplen con la categoría de referente con documentación competente, 5 de ellos se encuentran en la categoría referente con documento en desarrollo, 4 en la categoría de referente con documento no competente y 1 solo sin documentación.

Finalmente tras conocerse el estado de avance de la documentación recolectada por el estudiante, la comisión establece trabajar con los referentes que se encuentra con el documento no competente y sin documentación, para así tener un porcentaje mínimo esperado para poder levantar el instrumento por parte del estudiante y poder dar respuesta al requerimiento de la institución.

### **4.3 Preámbulo Objetivo de Trabajo N°2**

El presente objetivo de trabajo tiene como finalidad graficar el trabajo realizado posteriormente con los referentes que no consiguieran la categoría de documento competente, esto quiere decir que se encuentra tanto en la categoría de documento no competente o no posee el documento.

Para dicho proceso el estudiante establece nuevamente un plan de trabajo para abordar a los referentes, con la finalidad de poder dar respuesta a lo requerido por la comisión de diseño y redacción del reglamento interno.

Finalmente y al igual que el objetivo de trabajo N°1, esta documentación es validada por la comisión y categorizada en función a lo construido por el estudiante.

## **A. Caracterización de los referentes técnicos para el objetivo de Trabajo N°2**

Para motivos del presente objetivo de trabajo, el estudiante en proyecto de título establece trabajar con los referentes que tras la reunión realizada en conjunto a la comisión de diseño y redacción del reglamento interno, poseen documentación no competente o que se encuentran sin documentación, con la finalidad de profundizar los contenidos y así poder dar respuesta satisfactoria a los requerimientos del decreto 40 de la ley 20.584.

## **B. Convocatoria de los referentes y recolección de la información**

Tal como se realizó en el objetivo de trabajo N°1, la convocatoria fue a través de correo institucional enviado a través de la jefatura de Unidad de Servicio Social, comentando que es necesario reunirse una segunda oportunidad dado que de parte la comisión de diseño y redacción del reglamento interno, existen observaciones en base al documento entregado por el referente.

Una vez realizado el contacto con el referente, el estudiante en proyecto de título diseña una ficha de actualización en el cual consiste en añadir a lo ya conversado en una primera instancia, lo acontecido en esta segunda reunión, estableciendo nuevas responsabilidades y plazos de entrega para los referentes que no consiguieron un grado satisfactorio en la evaluación por parte de la comisión.

### **Ficha de actualización reunión con referente técnico asociado al Reglamento Interno**

<b>Fecha y lugar de reunión</b>	
<b>Referido a Proceso</b>	
<b>Responsable del proceso (Unidad o servicio)</b>	
<b>Participante Clave</b>	
<b>Evaluación Comité de Expertos</b>	

<p><b>Desarrollo (Detallar un resumen sobre los temas tratados, con las intervenciones de los participantes, resultados y acuerdos. Especificar los temas y compromisos consensuados mencionando a los participantes que se harán cargo de los mismos)</b></p>	
<p><b>Información Requerida</b></p>	
<p><b>Información Obtenida</b></p>	
<p><b>Tareas Pendientes</b></p>	

**Figura N°9: Ficha de actualización reunión con referente técnico asociado al reglamento interno, Elaboración Propia**

El plazo de la ejecución de dichas entrevistas se establece de alrededor de 30 días, esto considerando las eventuales contingencias que pudiesen surgir debido a la carga laboral de los funcionarios del establecimiento.

**C. Categorización y Validación del proceso**

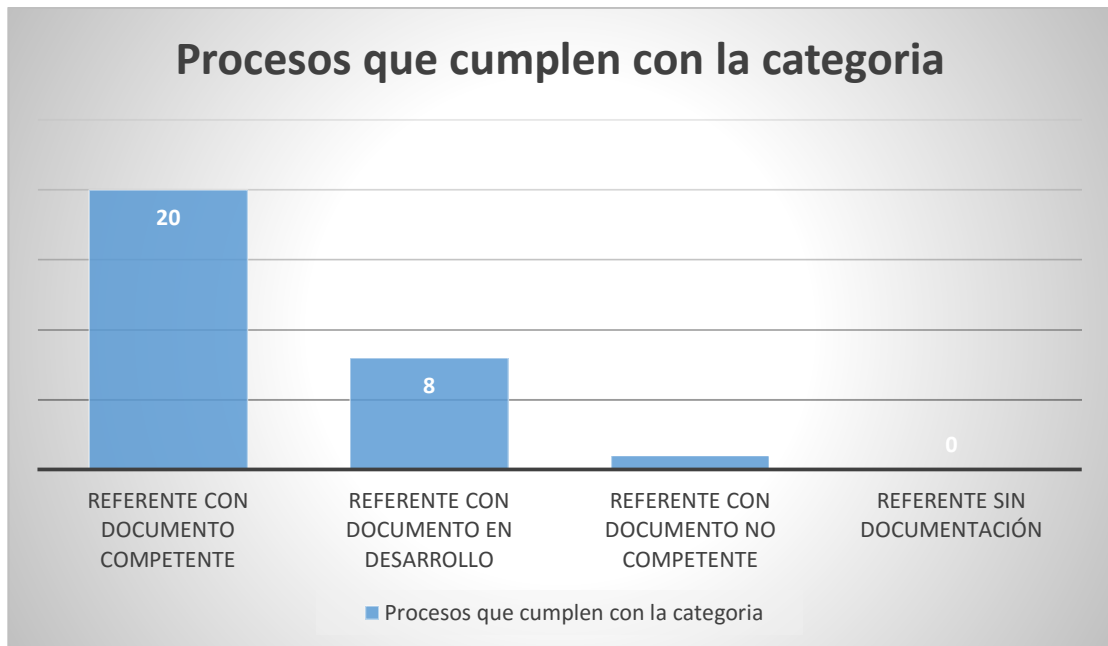
Para motivos del presente objetivo se utilizará la misma categorización realizada en el objetivo anteriormente desarrollado.

La validación del proceso será mediante la comisión de diseño y redacción del reglamento interno, el cual reevaluará la documentación obtenida por parte el referente y le asignará una nueva categorización por parte de esta.

Finalmente para poder establecer que el proceso se encuentra con la documentación suficiente, se establece que para que sea satisfactoria la propuesta del documento, al menos el 80% de los referentes seleccionados por la comisión deberán encontrarse en la categoría de referente con documentación competente o documentación en desarrollo, así se dará paso para que el estudiante pueda desarrollar una propuesta para que el equipo valide el proceso académico del estudiante,

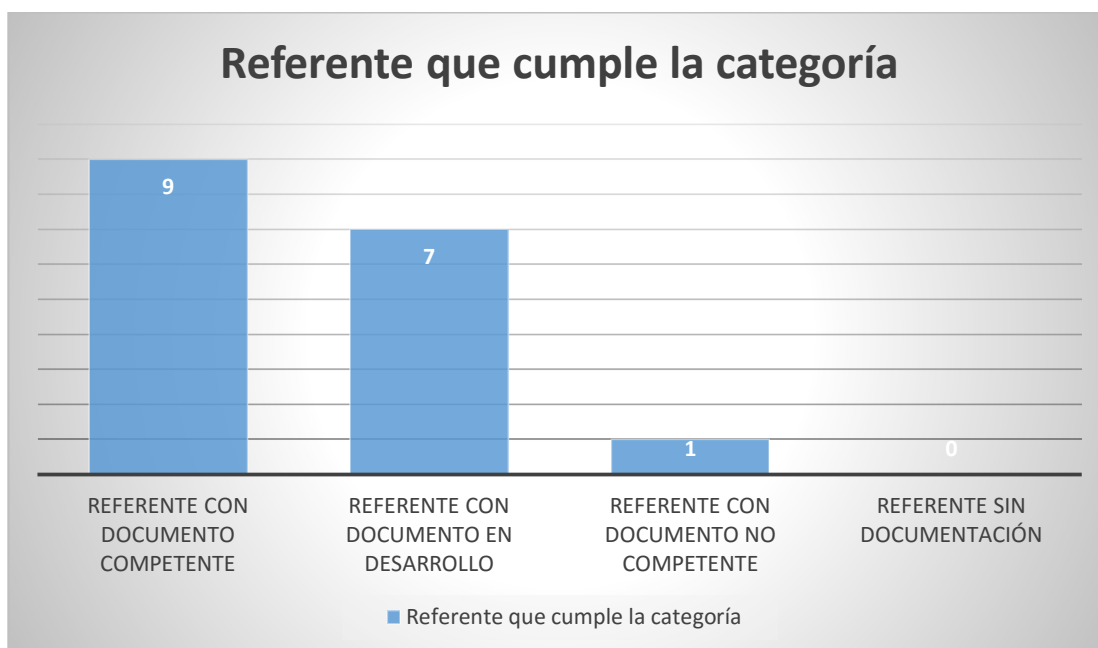
#### D. Resultados y estado de avance de los requerimientos

Tras reunirse nuevamente con la comisión de diseño y redacción del reglamento interno y habiendo analizado la documentación entregada por los referentes que recibieron observaciones, se establece lo siguiente:



**Figura N°10: Procesos que cumplen con la categoría, Elaboración Propia**

Del total de 30 profesos disgregados de los 18 artículos que contiene el decreto 40 de la ley 20.584, se establece que 20 de ellos se encuentran bajo una categoría de referente con documento competente, 8 se encuentra bajo una documentación en desarrollo, 1 se encuentra con documento no competente y ninguno sin documentación.



**Figura N°11: Referente que cumple la categoría, Elaboración Propia**

En relación a los 17 referentes asignados a los distintos procesos, se establece que 9 de ellos cumplen con la condición de tener un documento competente, 7 de ellos se encuentra con un documento en desarrollo, 1 se encuentra con documento no competente y ninguno sin documentación.

Tras realizar la evaluación por parte de la comisión se establece que al menos el 80% de la documentación entregada por los referentes técnicos, se encuentra sobre la categoría de referente con documento en desarrollo, por lo que es viable realizar una propuesta de reglamento interno en base a la documentación recolectada por el estudiante.

Cabe destacar que dentro de las principales dificultades del presente objetivo, fue el tener que acordar una nueva reunión con los referentes o que estos se comprometieran a realizar dicha documentación, debiendo hacer refuerzo del objetivo de la construcción del instrumento por parte del estudiante. No obstante ante las eventualidades la comisión validó las acciones realizadas por el estudiante en función de las contingencias presentadas y detalladas anteriormente.

### **4.3 Preámbulo Objetivo de Trabajo N°3**

El Tercer y último objetivo de trabajo se enmarco en el proceso de diseño y redacción del instrumento denominado “Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren”, el cual serviría como propuesta para el equipo directivo del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

Dicho documento fue elaborado por el estudiante en proyecto de título, el cual tomo como referencia técnica la información recopilada a través de los encuentros con los diferentes funcionarios y funcionarias del hospital para cumplir con los requerimientos que el decreto 40 definía para la aplicación del reglamento interno de parte del prestador institucional.

Tras el diseño y redacción de este, dicho instrumento fue sometido a evaluación por parte del equipo denominado “Equipo de Diseño y Redacción del Reglamento Interno”, conformado por diferentes funcionarios interesados en levantar el insumo y fueran un referente para el estudiante. En esta instancia la labor del estudiante fue de coordinador de la mesa de trabajo, quien recogió los aportes brindados por el equipo y los adapto al formato final presentado al equipo directivo.

#### **A. Diseño y propuesta del Instrumento**

Para el proceso de elaboración de la propuesta emanada por parte del estudiante en proyecto de título, se basó en alcances entregados por el equipo de diseño y redacción del documento, los cuales precisaron que para su validación por parte del equipo directo, este debiese cumplir con un formato formal para obtener la resolución por parte de la institución.

Además para la construcción del documento se tomó en cuenta la referencia de otros centros hospitalarios que cumplieran con el nivel de atención del Hospital Carlos Van Buren (Hospital Homologo) para así poder contrastar experiencias y precisar aspectos que dentro de los objetivos de trabajo anteriores no quedaron del todo claros. Dentro de los Hospitales que se tomaron referencia para el diseño de la presente propuesta fueron los siguientes:

1. Hospital Del Salvador Santiago.
2. Hospital de Urgencia Asistencia Pública
3. Hospital Clínico San José
4. Hospital Clínico San Borja Arriarán

Junto con ello fue necesaria la utilización de la documentación entregada por los referentes, para así adecuar el reglamento a la realidad hospitalaria

Finalmente el estudiante en proyecto de título, adopta el formato de calidad entregado por la Unidad de Gestión de Calidad, para elaborar la propuesta de reglamento interno al equipo de diseño y redacción.

### **B. Convocatoria, Validación del Instrumento y Presentación Final**

La metodología de revisión y validación del instrumento elaborado por el estudiante en proyecto de título, será por parte de Juicio de expertos, los cuales otorgaran alcances al insumo para poder plasmar de forma efectiva y concreta, la realidad del Hospital Carlos Van Buren.

El equipo de diseño y redacción del reglamento interno, será el encargado de realizar dicha evaluación del documento. Esto se realizará a través de reuniones de trabajo en el cual el estudiante presentará en formato digital (a través de proyección) el reglamento y se hará lectura de este para su revisión. Posteriormente el estudiante enviará a los correos institucionales correspondientes, las apreciaciones emanadas por el equipo de expertos, para así darle mayor claridad al documento previa entrega al equipo directivo.

El equipo de diseño y redacción lo conforman diferentes funcionarios del hospital, principalmente Jefaturas de Unidad interesados en la elaboración y aplicación del instrumento en la institución. Dada la diversidad de profesionales que participan en esta comisión es que se logra una mirada integra del documento, abarcando aspectos clínicos, sociales y de gestión.

La convocatoria de los integrantes del equipo será mediante correo institucional enviado a través de la jefatura de servicio social. La cantidad de reuniones será en un intervalo de 1 a 3 encuentros como mínimo para analizar y establecer que el documento cumpla con los requisitos necesarios para ser presentado al equipo directivo.

Finalmente tras la validación de parte del equipo de expertos, dicho documento final será presentado a la Jefatura de Planificación y Control, miembro del equipo directivo del Hospital Carlos Van Buren, para que este haga envío al director para su revisión.

### C. Resultados del diseño de Reglamento Interno

Tras reunirse con la comisión de diseño y redacción y habiendo hecho los alcances al documento presentado por el estudiante en proyecto de título, se presentara a continuación los acápite que tuvieron mayor controversia en el proceso de discusión.

**Tabla N°10 Dificultades en el proceso de diseño del reglamento**

Titulo	Dificultad	Resolución
<b>TITULO II SERVICIOS Y PRESTACIONES</b>	En dicho acápite cumple con la función de presentar de forma detallada, los servicios que el hospital dispone para la atención de los usuarios. Dentro de la discusión que se forma en la comisión es sobre que formato es viable presentar tal acápite dado que la lista es muy extensa, saturando de información al usuario y haciendo poco entendible el acápite.	Como comisión se toma como decisión el utilizar un formato de esquema dado que es posible agrupar los diferentes servicios que brinda el hospital, haciendo mucho más amigable la lectura para el usuario. Dicho proceso fue realizado por la jefatura de planificación y control, dado que como referencia técnica en los primeros objetivos, era la encargada de elaborar dicho requerimiento
<b>TITULO IV INGRESO, ESTADIA Y EGRESO</b>	La elaboración de dicho acápite contrajo	Ante esta dificultad es que se hace necesidad de solicitar

	<p>complicaciones dado que este requerimiento no estaba del todo construido, al momento de ser presentado por el estudiante en proyecto de título, este se basó en experiencias de otros centros hospitalarios adaptándose a la realidad del Hospital de origen, por lo que al momento de la revisión se debía realizar alcances respecto a las vías de ingreso del hospital, además de especificar los tipos de alta que se pudiesen otorgar por el centro hospitalario.</p>	<p>referencia a la Jefatura de Gestión del Usuario quien realiza alcances respecto al ingreso, agregando las vías de acceso a la atención abierta. Por otro lado la Trabajadora Social encargada del área de Urgencia, otorga la información correspondiente al ingreso por dicha área y finalmente, respecto a los tipos de alta que se otorgan desde el hospital, se construyen en forma conjunta, haciendo referencia a la ley de derechos y deberes que especifica los tipos de alta disciplinaria y siendo validadas por el abogado del establecimiento.</p>
<p><b>TITULO V REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b></p>	<p>Dicho acápite tuvo dificultades dado que desde el proceso de estado de avance realizado por el estudiante, era uno de los</p>	<p>Tras la revisión del referente, este se encarga de especificar que lo mencionado en dicho acápite, redundaba con lo especificado en los tipos de ingreso,</p>

	<p>requerimientos que el referente técnico no logro aportar la mayor información al proceso del estudiante, debiendo este que hacer una aproximación utilizando experiencias de otros centros hospitalarios que fueran homólogos al Hospital Carlos Van Buren.</p> <p>Tras la presentación al equipo de diseño y redacción se estima que es necesario realizar una validación por parte del referente seleccionado en la primera etapa de trabajo, por lo que se redacta una nueva propuesta emanada desde la comisión y es presentada a la jefatura de gestión del usuario.</p>	<p>dado que una referencia se inicia a través de una interconsulta del médico tratante hacia otro que pueda cumplir en función de un mejor diagnostico o que dadas las condiciones del hospital, este no puede resolver la necesidad del usuario.</p> <p>Finalmente y tras una evaluación del equipo de diseño y redacción, se decide mantener dicho apartado, dado que es un requerimiento exigido por el decreto y para mejor comprensión del usuario al momento de hacer lectura del documento.</p>
--	--	--

<p><b>TITULO VI VISITA MÉDICA, GESTIÓN DE CUIDADOS Y ALIMENTACIÓN</b></p>	<p>En dicho apartado surge la necesidad de esclarecer la figura de médico tratante durante la visita médica, dado que en las unidades críticas y de emergencia, la figura mencionada no se presenta, teniendo dudas respecto a quien se hace cargo de los pacientes al momento de su ingreso al establecimiento, esto como normativa que menciona que todo usuario al momento de ingresar se le será asignado un médico de cabecera.</p>	<p>Para resolver dicha inquietud, fue necesario pedir la referencia de las jefaturas de medicina general y Unidad médica de agudos, además de solicitar apoyo del encargado de áreas críticas, para esclarecer la duda sobre el médico tratante en dichos espacios.</p> <p>Finalmente se establece que la visita en las áreas no críticas, se presenta la figura de un médico tratante y/o residente de turno. Junto con ello, para las áreas críticas y de emergencia, la visita médica será abordada por parte del médico residente y de turno respectivamente.</p>
<p><b>INFORMACIÓN A LAS PERSONAS, ACOMPAÑANTES Y VISITANTES</b></p>	<p>Junto con lo mencionado anteriormente en los párrafos anteriores, la figura de médico tratante, además de visitar al paciente</p>	<p>Es en base a esto, que tras la discusión del equipo de diseño y redacción es que se establece no publicar los diferentes horarios de los doctores, dado</p>

	<p>para evaluar el progreso de su estado de salud, mientras este se atiende dentro del recinto, debe tener un horario definido para la atención del coordinador familiar, entendiéndose este como familiar o persona significativa que el paciente ha definido y/o aceptado coordinar la entrega de la tarjeta entre los distintos visitantes y ser el referente para la entrega de información por parte del hospital.</p> <p>En función de aquello y habiendo esclarecido las figuras respecto a quien maneja la información respecto de los diagnósticos en cada área de atención, se hace necesario esclarecer los horarios de atención y el tipo de información que el médico está</p>	<p>que esto es algo variable y rotativo. Además se establece de forma general, el tipo de información que tanto el médico como la enfermera o matrón pudiesen entregar al coordinador familiar, estableciendo así un límite en función de preservar la privacidad del diagnóstico del paciente.</p>
--	---	---

	<p>autorizado a entregar.</p>	
<p><b>TITULO IX DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL EQUIPO DE SALUD Y DEL TRATO QUE DEBE RECIBIR EL PACIENTE</b></p>	<p>En función del presente título, este fue agregado debido a que el equipo de salud debe velar por una calidad en la atención, asegurando que siempre la moral y el buen trato este presente mientras el usuario sea atendido en el recinto hospitalario.</p>	<p>Ante esto se definen derechos y deberes que velan por los intereses mencionados anteriormente, recalcando aspectos dentro de los derechos como el derecho a no ser fotografiado, como también dentro de los deberes, la restricción del uso de dispositivos electrónicos, en las áreas de atención clínicas, entiéndase este, como el espacio donde están hospitalizados los usuarios.</p> <p>Además y velando por entregar una atención integral, se establecen factores que aportan a la inclusión de las personas presentan alguna situación de discapacidad o que no tengan dominio del idioma español. En</p>

		<p>estos casos el equipo de diseño y redacción establece que se movilizaran los recursos para poder brindar una atención optima y efectiva para poder así dar respuesta al requerimiento del usuario.</p>
<p><b>TITULO X HORARIOS DE ATENCIÓN DE PUBLICO Y AGENDAMIENTO DE HORAS DE ATENCIÓN</b></p>	<p>La dificultad presentada en dicho capitulo, se da en base a esclarecer los horarios de atención brindados a los usuarios, además de esclarecer las modalidades de agendamiento de horas dentro de la institución.</p> <p>Esto dado que en el primer caso se establece dos tipos de horarios, uno de atención de público en modalidad ambulatoria y otro en la modalidad cerrada, pero a través de la discusión dentro del equipo, se establece</p>	<p>Finalmente la Jefatura de Gestión del Usuario, establece que los horarios para la atención de público son los establecidos en el presente documento y que cualquier extensión del horario, se debe a la compra de servicios por parte de otra entidad, como es en el caso de oncología. Por otra parte la Jefatura realiza apreciaciones al proceso de agendamiento de horas, asignando las vías de obtención de esta, como es el usuario con hora nueva y el usuario con hora control, además</p>

	<p>que hay presencia de servicios que poseen una atención extendida, por lo que nace la propuesta de anotar los horarios de cada servicio en función de informar de forma óptima al usuario.</p> <p>Por otro lado, el agendamiento de horas era un acápite que no se logró desarrollar en la primera etapa de trabajo, por lo que se tuvo que realizar una apreciación general del proceso realizado por la Unidad de Gestión del usuario, teniendo alcances de parte del equipo de diseño, dado que no se asemejaba a la realidad del hospital, debiendo pedir referencia nuevamente a la Unidad mencionada.</p>	<p>agrega aspectos importantes respecto a la puntualidad y los requisitos previos al momento de asistir a la atención profesional.</p>
<p><b>TITULO XVII ARANCEL DE PRESTACIONES Y MODALIDADES DE PAGO</b></p>	<p>En tal apartado se establece que en la presentación realizada por el</p>	<p>Es en base a esto que se agrega a dicho apartado un cuadro descriptivo en el cual</p>

	<p>estudiante, no existía una claridad respecto a los montos que debiese cancelar cada usuario, respecto a su tramo en Fonasa o si este pertenece a otra entidad previsional. Además nace la inquietud en base a agregar aspectos a la atención a inmigrantes, dado que se debe esclarecer aspectos sobre la garantía de atención en salud a personas inmigrantes con situación regular o irregular, como también casos especiales (maternidad, control niño sano)</p>	<p>se detalla cada tramo con el porcentaje que cada usuario debiese cancelar en base a su atención. Además de especificar que las personas atendidas por el GES también deben hacer pago por prestaciones.</p> <p>En el caso de las personas inmigrantes se agrega los convenios internacionales que Chile tiene con los diferentes países, así como también las situaciones especiales para personas que se encuentran en situación irregular, como es el embarazo y el control a menores de edad</p>
<p><b>TITULO XIX ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA</b></p>	<p>Dentro de los aspectos adicionales que se agregaron al reglamento, fue el acceso a la información pública, como una forma de difundir a que toda</p>	<p>Es por esto que se agrega las condiciones de solicitud y las vías en que un usuario puede ejercer el derecho de solicitar información al establecimiento.</p>

	<p>persona tiene derecho a solicitar información respecto a los órganos de la administración del estado.</p>	
--	--	--

#### D. Presentación Final

Tras la revisión del documento por parte del equipo de diseño y redacción, este fue presentado a la Jefatura de planificación y control, para que a través de su intermedio, lo enviara al director para su revisión y aprobación.

Tal proceso fue realizado a través de correo institucional con copia al estudiante, para que existiese respaldo de que dicha acción fue realizada de forma efectiva.

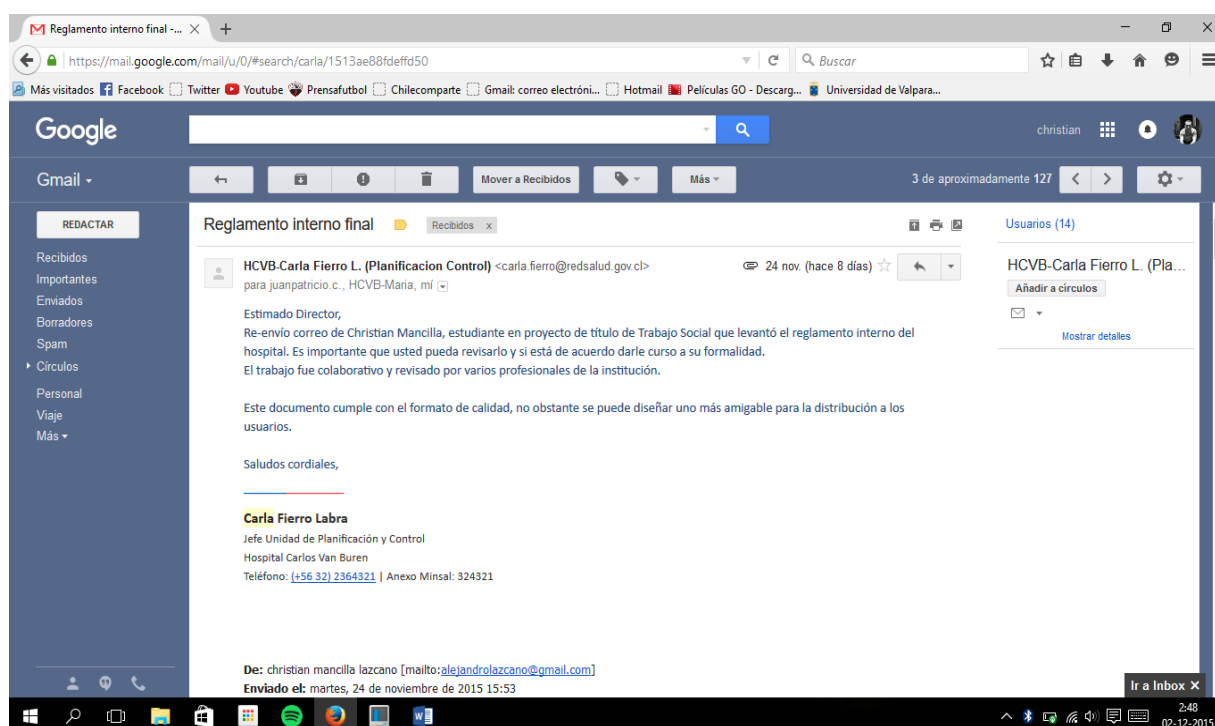


Imagen N°6: Copia de correo enviado al Director del Hospital Carlos Van Buren

Finalmente tras el proceso de elaboración del reglamento interno, se establece que el presente insumo es un documento de mejora continua, es decir, puede recibir modificaciones en el tiempo, adecuándose a la realidad hospitalaria y otorgando así una mejora en el servicio otorgado por el establecimiento

## 4.4 PRODUCTOS DE LA EXPERIENCIA

**1. REGLAMENTO INTERNO DE ATENCIÓN EN  
SALUD HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE  
VALPARAÍSO**

### A. Descripción

Instrumento para mejorar la calidad de atención entre los usuarios y el prestador institucional. Sugiere información referente a los tipos de atención otorgados por la institución, con la finalidad de empoderar a los usuarios frente al Hospital, asumiendo un rol fiscalizador de los servicios que la institución brinda.

### B. Contexto de Aplicación:

<b>Tiempo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Periodo de Socialización: Al cierre de la participación del Estudiante en Proyecto de título.</li><li>- Periodo de Implementación: Posterior a la resolución emanada de parte del equipo directivo</li></ul>
<b>Validación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- La validación del Instrumento se encuentra sustentado en el Juicio Técnico otorgado desde el Equipo conformado y coordinado por el Estudiante en Proyecto de Título, denominado "Equipo de diseño y redacción". Dicho equipo lo integraban diferentes Jefaturas de Unidades Del Hospital, quienes consideraron la pertinencia y alcances de la propuesta.</li><li>- Posteriormente tras la validación desde este equipo, es necesaria la validación del equipo directivo, quien finalmente otorga la resolución al Instrumento y lo aplica en el establecimiento.</li></ul>
<b>Responsables</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Los integrantes que participaron en el diseño y redacción del instrumento corresponden a Jefaturas invitadas por parte de la Unidad de Servicio Social, a formar parte del equipo asesor del estudiante en proyecto de título. La responsabilidad de estas personas invitadas radica en poder abarcar la mayor cantidad de servicios clínicos que pudiesen dar alcances a la propuesta emanada por el estudiante.</li></ul>

El diseño de este instrumento surge desde la necesidad de dar respuesta a el requerimiento de la ley de derechos y deberes, que en el año 2012 a través del decreto 40, el cual establece los requerimientos básicos que deben contener los reglamentos internos de prestadores institucionales o privados.


Los antecedentes del trabajo en conjunto entre estas unidades entorno a la temática, se remonta al año de publicación del decreto, pero tras diferentes factores clínicos y administrativos, dicha comisión no logró concretar el objetivo de levantar el Instrumento, siendo postergada su elaboración hasta la actualidad, donde se hace necesario dar respuesta a la normativa vigente y donde el estudiante en proyecto de título se inserta y retoma el análisis documental de los registros otorgados los referentes técnicos de la institución, logrando elaborar una propuesta de dicho Instrumento como parte del Objetivo del Proyecto de título en curso.

### **C. Orientaciones de Uso**

La intención del instrumento es ser implementado dentro del Hospital, en cada Unidad o Servicio Clínico, en un formato adecuado para la lectura y comprensión de los usuarios.


El reglamento interno de atención en salud del Hospital Carlos Van Buren, está dirigido a fomentar el conocimiento de los usuarios sobre los servicios que otorga la institución, bajo que modalidades este presta atención, presentando además consideraciones respecto al ingreso, estadía, egreso, visita y alta forzada de la institución, entre otros acápite abordados en dicho instrumento.

A continuación se presenta un modelo del instrumento presentado al equipo directivo, el cual posterior a su resolución, se socializará al equipo de salud y los usuarios para su conocimiento y aplicación en la institución.

 HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	Hospital Carlos Van Buren	
	Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana	Edición: 01
	Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren	Fecha: 18/11/2015
		Página 125 de 248


# REGLAMENTO INTERNO PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	
Equipo Diseño y Redacción		Dr. Juan Patricio Castro Gallardo  Director  Hospital Carlos Van Buren	
María Adriana Moya Jefe (S) Servicio Social			
Alejandra Sánchez Jefe UAP			
Doris Abarzúa Subdirectora de Gestión del Cuidado			
Dr. Fernando Novoa Presidente del Comité de Ética HCVB			
Karina Valderrama Asistente Social UEA			
Carla Fierro Jefe Planificación y Control			
Ivonne Otey Enfermera Supervisora MCM			
Dr. Luis Ponce Jefe CAE			
José Gómez Coordinador Área Crítica y Urgencia			
Coordinador General: Christian Mancilla Lazcano Estudiante en Proyecto de Título – Unidad de Servicio Social			
Fecha: 18/11/2015	Fecha: 00/00/2015		Fecha:

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 126 de 248

## **CONTENIDO**

1.	TITULO I DISPOSICIONES GENERALES .....	128
•	Introducción.....	128
•	Objetivo .....	128
•	Metodología.....	128
•	Misión del Hospital Carlos Van Buren .....	135
•	Visión de Hospital Carlos Van Buren .....	135
•	Alcance.....	135
•	Documentación de Referencia. ....	135
•	Definiciones.....	136
2.	TITULO II SERVICIOS Y PRESTACIONES .....	138
3.	TITULO III DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.....	142
•	Carácter Asistencial Docente del Hospital.....	142
4.	TITULO IV INGRESO, ESTADIA Y EGRESO .....	142
•	Del Ingreso.....	142
•	De la Estadía.....	145
•	Del Egreso.....	145
•	Del Alta Disciplinaria, Forzosa y Voluntaria.....	146
•	Emisión de certificado de defunción de personas fallecidas .....	146
5.	TITULO V REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA .....	147
•	De la Referencia y Contrarreferencia .....	147
•	De la derivación a otro Centro Hospitalario, de la red o privado cuando excede la capacidad del HCVB.....	147
6.	TITULO VI VISITA MÉDICA, GESTION DE CUIDADOS Y ALIMENTACION .....	148
•	Visita o Súper vigilancia Médica de Rutina.....	148
•	Cuidados cotidianos y Alimentación .....	148
7.	TITULO VII INFORMACION A LAS PERSONAS, SUS ACOMPAÑANTES Y VISITANTES .....	149
8.	TITULO VIII CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	150
9.	TITULO IX DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL EQUIPO DE SALUD Y DEL TRATO QUE DEBE RECIBIR EL PACIENTE .....	150
•	De los derechos y deberes del Equipo de Salud.....	150
•	Del trato que debe recibir el paciente .....	151
10.	TITULO X HORARIOS DE ATENCIÓN DE PÚBLICO Y AGENDAMIENTO DE HORAS DE ATENCION .....	152
•	Del horario de Atención de Público .....	152
•	Del Agendamiento de Horas de Atención.....	152
11.	TITULO XI REGIMEN DE VISITA Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS PACIENTES .....	153
•	Derechos y deberes del Acompañante .....	155
•	Criterios de restricción o suspensión transitoria del ingreso al Acompañamiento ....	156
12.	TITULO XII MECANISMOS DE IDENTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA AFILIACIÓN DE LOS USUARIOS .....	156
13.	TITULO XIII IDENTIFICACION DEL USUARIO Y DE LOS FUNCIONARIOS .....	157
•	De la Identificación del Usuario .....	157
•	De la identificación de los Funcionarios .....	157
14.	TITULO XIV REGULACION DE LA FICHA CLINICA .....	157
•	De la Ficha Clínica .....	157
15.	TITULO XV ASISTENCIA RELIGIOSA O ESPIRITUAL.....	158
•	Sobre los derechos de los pacientes o familiares .....	158
•	Responsabilidad de los Ministros o Representantes religiosos .....	158
•	Responsabilidad de los funcionarios respecto al ingreso a AE .....	159
16.	TITULO XVI COMITÉ DE ETICA .....	159
•	Situaciones que deben someterse a evaluación del Comité de Ética Clínica .....	159
•	Mecanismo de acceso a Comité de Ética Clínica.....	160
17.	TITULO XVII ARANCEL DE PRESTACIONES Y MODALIDADES DE PAGO .....	160

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 127 de 248


• Valores y aranceles de prestaciones, medicamentos e insumos .....	160
• Modalidad de Pagos e Intereses .....	160
• Pacientes extranjeros (Inmigrantes o turistas) .....	161
• Convenios internacionales .....	161
18. TITULO XVIII SISTEMA DE RECLAMOS SUGERENCIAS Y FELICITACIONES ...	163
19. TITULO XIX ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA .....	163
20. TITULO XX VIAS DE EVACUACION Y PROCEDIMIENTOS EN CASO DE EMERGENCIA .....	164

#### INDICE DE FIGURAS

Figura N°1	
Cartera de Servicio Atención Abierta HCVB .....	7
Figura N°2	
Cartera de Servicio Atención Cerrada HCVB .....	7
Figura N° 2.1	
Cartera de Servicio Atención Cerrada HCVB .....	8
Figura N°2.2	
Cartera de Servicio Atención Cerrada HCVB.....	8
Figura N°3	
Cartera de Servicio Hospitalización Domiciliaria HCVB.....	9
Figura N°4	
Cartera de Servicio Atención Urgencia HCVB .....	9
Figura N°5	
Cartera de Servicio Unidades de Apoyo HCVB .....	9

#### INDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Horario de Funcionamiento HCVB.....	17
Tabla N°2 Horario de Visitas HCVB .....	18
Tabla N°3 Clasificación Asegurados Según Tramos Fonasa.....	25

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 128 de 248

## 1. TITULO I DISPOSICIONES GENERALES

- **Introducción**

El presente documento nace de la necesidad del establecimiento de informar a sus usuarios respecto a su funcionamiento. Para esto, se han incorporado en su contenido los principales lineamientos que son de interés para las personas.

A su vez da cumplimiento a dos normativas legales, que contemplan los requerimientos mínimos que deben cumplir los prestadores institucionales que entreguen atención en salud a las personas: Ley N° 19.966 del año 2004 (Establece un régimen de Garantías Explícitas en Salud) y Ley N° 20.584 (Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud).

En conclusión, este documento es un conjunto de disposiciones que regulan y profundizan los aspectos relevantes de la atención de salud que será la instancia oficial para solucionar eventuales dudas y/o discrepancias entre el usuario y el prestador


- **Objetivo**

1. Regular el cumplimiento de los derechos de los usuarios y de sus obligaciones, reconocidos en la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.
2. Proporcionar a los usuarios información acerca de las normas de ingreso, estadía, visitas y egresos, así como los procedimientos asociados al funcionamiento interno en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.


- **Metodología**

Para llevar a cabo el proceso de diseño y elaboración de este documento se determinaron las siguientes etapas de trabajo


Como primera etapa se realizó en conjunto a la Jefatura de la Unidad de Servicio Social y con la colaboración de Planificación y control, de un desglose de los requerimientos básicos contenidos en el decreto 40 de la Ley 20.584, los cuales a medida que se fueron identificando, se asociaron a diferentes funcionarios, específicamente jefaturas de unidades que eran encargadas de definir los procesos que la normativa requería. Dichos requerimientos mínimos considerados y los responsables de otorgar información fueron los siguientes:

 <p>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</p>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 129 de 248


ARTICULO	PROCESO	RESPONSABLE
Los tipos de prestaciones de salud que otorgará y los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, con que cuenta, así como en su caso, su condición de colaborador de la docencia conforme a los convenios que haya suscrito con entidades de educación superior reconocidas.	Tipo de prestaciones de salud que otorgará y servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico con que cuenta	Carla Fierro
	Condición de colaborador de la docencia conforme a los convenios que haya suscrito con entidades de educación superior reconocidas.	Patricio Scotti
Las normas existentes sobre ingreso, estadía y egreso del establecimiento, así como aquellas que digan relación con los procedimientos de alta Disciplinaria o voluntaria.	Las normas existentes sobre ingreso,	Dr. Fuentes / Dr. Novoa
	Estadía y egreso del establecimiento	Dra. Carvajal, Dr. Fuentes
	Procedimientos de alta disciplinaria o voluntaria	Dra. Carvajal, Dr. Fuentes
Los procedimientos que deben adoptarse, así como la documentación necesaria, para operativizar la referencia y la contrarreferencia de las personas, en su caso; en el caso que exista indicación, los resguardos y mecanismos adoptados para la derivación y hospitalización del usuario en	Los procedimientos que deben adoptarse, la documentación necesaria para operativizar la referencia y la contrarreferencia de las personas en su caso	Jeanette Martinez
	En el caso que exista indicación, los resguardos y mecanismos adoptados para la derivación y hospitalización del usuario en otros establecimientos que otorguen atención cerrada.	Gina Peirano

 HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	Hospital Carlos Van Buren	
	Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana	Edición: 01
	Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren	Fecha: 18/11/2015
		Página 130 de 248


otros establecimientos que otorguen atención cerrada		
Los procedimientos relacionados con la visita o supervigilancia médica de rutina y de gestión de cuidados cotidianos y alimentación según la condición médica de la persona	Los procedimientos relacionados con la visita o supervigilancia médica de rutina	Dr. Fuentes
	Los procedimientos relacionados con la gestión de cuidados cotidianos	Doris Abarzua
	Los procedimientos relacionados con alimentación.	Victor Leal
Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas y sus acompañantes o visitantes, la información sobre su estado de salud	Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas y sus acompañantes o visitantes, la información sobre su estado de salud.	Dra. Carvajal, Dr Fuentes
Los documentos e información necesaria para llevar a cabo el proceso de Consentimiento informado, conforme a la reglamentación pertinente.	Los documentos e información necesaria para llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, conforme a la reglamentación pertinente	Karim Arias
Los mecanismos implementados para asegurar el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad de la atención de Salud que se aprueben Mediante Resolución dictada por el Ministro de Salud.	Los mecanismos implementados para asegurar el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad de la atención de salud que se aprueben mediante Resolución dictada por el MINSAL	Karim Arias

 <p>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</p>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 131 de 248


<p>Los horarios de funcionamiento del establecimiento, la modalidad de agendamiento de horas y el medio por el cual ello se comunica a los Usuarios.</p>	Horarios de funcionamiento del establecimiento	Ivonne Otey
	La modalidad de agendamiento de horas	Jeanette Martinez
	El medio a través del cual ello se comunica a los usuarios	Jeanette Martinez
<p>Los horarios de visita y acompañamiento de los pacientes, en el caso que Corresponda, y las normas que los acompañantes deberán respetar.</p>	Los horarios de visita y acompañamiento de los pacientes en el caso que corresponda	Ivonne Otey
	Normas que los acompañantes deberán respetar	Ivonne Otey
<p>Los mecanismos de identificación, acreditación de la afiliación u otros de Información que sean necesarios para la atención de los usuarios.</p>	Los mecanismos de identificación, acreditación de la afiliación u otros de información que sean necesarios para la atención de los usuarios	Ivonne Otey
<p>La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o Asistencial.</p>	La forma de identificación de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, que deberá incluir la función que desempeña ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.	Ivonne Otey
<p>Los procedimientos necesarios para resguardar la privacidad del paciente,</p>	Los procedimientos necesarios para resguardar la privacidad del paciente, la modalidad para la captación y uso autorizados de imágenes de su cuerpo con fines de divulgación en medios de	Hans Acosta

 <p>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</p>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 132 de 248

<p>la modalidad para la captación y uso autorizados de imágenes de su cuerpo con fines de divulgación en medios de difusión social o científica según proceda y las regulaciones existentes en cuanto a la ficha clínica, según la Reglamentación pertinente.</p>	<p>difusión social o científica según proceda</p>	
<p>El derecho a la asistencia religiosa o espiritual, en el caso de ser ésta Requerida por el paciente o su acompañante, así como las atenciones especiales de pertinencia cultural, según corresponda, en ambos casos.</p>	<p>Las regulaciones existentes en cuanto a la ficha clínica, según la reglamentación pertinente.</p>	<p>Karim Arias/Natalia Ampuero</p>
<p>El comité de ética de que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él</p>	<p>El derecho a la asistencia religiosa o espiritual, en el caso de ser ésta requerida por el paciente o su acompañante, así como las atenciones especiales de pertinencia cultural, según corresponda en ambos casos.</p>	<p>Lidia Parra /Adriana Moya</p>
<p>Los costos arancelados de las prestaciones que otorga y las modalidades De su pago, intereses u otros conceptos cuando corresponda. Asimismo se</p>	<p>El comité de ética de que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.</p>	<p>Dr. Novoa</p>
<p>Los costos arancelados de las prestaciones que otorga y las modalidades de pago, intereses u otros conceptos cuando corresponda</p>	<p>Los costos arancelados de las prestaciones que otorga y las modalidades de pago, intereses u otros conceptos cuando corresponda</p>	<p>René Peña</p>

 <p>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</p>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 133 de 248

<p>deberá contar con sistemas de libre acceso de información de precios de medicamentos e insumos que se utilicen en la atención y la forma como se proporcionará una cuenta actualizada y detallada de los gastos incurridos, en la oportunidad en que sea solicitada por el usuario, con indicación de los</p> <p>Insumos y las dosis utilizadas en el caso en que éstas sean unitarias. Las prestaciones que quedan cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud y La modalidad de su ejercicio por parte de los usuarios.</p>	<p>Sistema de libre acceso de información de precios de medicamentos e insumos que se utilicen en la atención y la forma como se proporcionará una cuenta actualizada y detallada de los gastos incurridos en la oportunidad en que sea solicitada por el usuario, con indicación de los insumos y las dosis utilizadas en el caso que éstas sean unitarias.</p>	René Peña
	<p>Las prestaciones que quedan cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud y la modalidad de su ejercicio por parte de los usuarios.</p>	René Peña
<p>Condiciones previsionales que se requieren para obtener la atención y los antecedentes y trámites para ello</p>	<p>Condiciones previsionales que se requieren para obtener la atención y los antecedentes y trámites para ello</p>	Rene Peña
<p>Ubicación y uso del Libro de Reclamos y Sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según los establece la reglamentación pertinente</p>	<p>Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según los establece la reglamentación pertinente.</p>	Alejandra Sánchez


 HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 134 de 248

La información referida a las diversas vías de evacuación existentes y  Procedimientos adoptados en su caso, para casos de emergencia.	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes y procedimientos adoptados en su caso, para casos de emergencia.	José Miguel López
--	---	-------------------

Una vez definidos los referentes, el estudiante hizo contacto con cada uno, solicitando la información requerida para poder realizar un estado del avance de los requerimientos necesarios para levantar el presente reglamento.

Para la validación y diseño del Reglamento Interno se tomó como referencia la documentación entregada por los referentes asociados a los requerimientos mínimos definidos en el decreto 40, junto con ello se tomó experiencias de reglamentos de hospitales que fueran homólogos al nivel de atención del Hospital Carlos Van Buren. Posteriormente se conformó un Equipo de Diseño y redacción, en el cual se invitó a diferentes funcionarios para que cumplieran el rol de validador del proceso. Dicho equipo fue conformado por:

Equipo Diseño y Redacción
María Adriana Moya Jefe (S) Servicio Social
Alejandra Sánchez Jefe UAP
Doris Abarzúa Subdirectora de Gestión del Cuidado
Dr. Fernando Novoa Presidente del Comité de Ética HCVB
Karina Valderrama Asistente Social UEA
Carla Fierro Jefe Planificación y Control
Ivonne Otey Enfermera Supervisora MCM

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana	Edición: 01
	Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren	Fecha: 18/11/2015
		Página 135 de 248

Dr. Luis Ponce Jefe CAE
José Gómez Coordinador Área Crítica y Urgencia

Ellos fueron los encargados de velar por el cumplimiento de las normas que se refieren a dicho documento y de velar por la fiel transcripción de la realidad reglamentaria institucional.

Finalmente se estableció que el coordinador general de esta empresa sería el Sr. Christian Mancilla Lazcano, estudiante de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, desarrollando su Proyecto de Título en el Hospital Carlos Van Buren.

- **Misión del Hospital Carlos Van Buren**

“Somos una Institución Pública de Salud, Asistencial, Docente, integrada a la red del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, que entrega prestaciones oportunas y de calidad a su comunidad a través de un equipo multidisciplinario, competente con servicios especializados de alta complejidad, ambulatoria y de hospitalización”

- **Visión de Hospital Carlos Van Buren{ XE "Alcance." }**

“Queremos ser reconocidos como una institución de excelencia, innovadora, asistencial y docente, líder en especialidades de alta complejidad, comprometida con sus usuarios, la familia y la sociedad”


- **Alcance**

El presente Reglamento Interno debe ser conocido por todos los funcionarios y personas que laboran en el Hospital.

Debe estar disponible para todos los usuarios que consulten en las distintas dependencias con atención directa al público. El contenido de este documento es vinculante para todos los usuarios del Hospital.{ XE "Responsables de la ejecución." }

- **Documentación de Referencia.**

- Manual Acogida al Usuario 2015 “Hospital Amigo”, Hospital Carlos Van Buren.
- Protocolo de visitas a pacientes hospitalizados, Hospital Carlos Van Buren
- Plan Institucional de evacuación, Hospital Carlos Van Buren
- Cartilla Informativa Unidad de Acompañamiento Espiritual, Unidad Servicio Social, Hospital Carlos Van Buren
- Decreto 94, Reglamento Asistencia Religiosa
- Ley de Culto N°19.638

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 136 de 248


- Cartera de Servicios 2015, Hospital Carlos Van Buren{ XE "Documentación de Referencia." }
- Res Ex N° 9081 Procedimiento de Acceso a Comité de ética Institucional, Hospital Carlos Van Buren
- Derivación de pacientes al interior del HCVB y hacia hospitales de la red pública de salud y clínicas privadas
- Procedimiento de derivación y compra de servicios que exceden la capacidad de resolución del HCVB
- Protocolo de seguimiento y recuperación de pacientes ley de urgencia desde centros privados
- Protocolo de Consentimiento Informado para la Toma de Imágenes a Pacientes Hospitalizados
- Protocolo de Consentimiento Informado, Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital Carlos Van Buren
- Protocolo de manejo de Ficha Clínica Única e Individual, Archivo Central, Hospital Carlos Van Buren
- Manual Procedimiento de ingresos de copagos, Unidad de Recaudación, Hospital Carlos Van Buren
- Estimación de Requerimientos Nutricionales, Unidad de Alimentación, Hospital Carlos Van Buren
- Identificación del régimen para el paciente, Unidad de Alimentación, Hospital Carlos Van Buren
- Solicitud de regímenes a Central de Alimentación, Unidad de Alimentación, Hospital Carlos Van Buren
- Ord A 14 N° 3229 Atención en Salud de Población Inmigrante en riesgo social y situación de permanencia no regular, MINSAL, 2008
- Ley 20.584 Que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- Decreto 40 Reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la Ley N° 20584.
- Reglamento Interno Hospital de Urgencia Asistencia Publica, 2012
- Reglamento Interno para la Atención en Salud de las Personas, Hospital Clínico San José, 2014
- Reglamento Interno, Hospital Clínico San Borja Arriarán, 2013

- **Definiciones**

**Prestador Institucional:** Se entiende por prestador institucional aquel que organiza en establecimientos asistenciales, medios personales, materiales e inmateriales, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad.

**Usuario:** Persona natural que percibe una atención o se relacionan con la institución, su tutor, familiar y demás personas que la acompañen o visiten.

**Tutor:** Persona que ejerce la autoridad que, en defecto de la autoridad paterna o materna, se confiere para cuidar de la persona y los bienes de aquel que por minoría de edad, o por otra causa, no puede ejercer.

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 137 de 248

**Representante Legal:** Es la facultad otorgada por la ley a una persona para obrar en nombre de otra, recayendo en ésta los efectos de tales actos.

**Coordinador familiar:** Familiar o persona significativa que el paciente ha definido y/o ha aceptado coordinar la entrega de la tarjeta entre los distintos visitantes y ser el referente para la entrega de información por parte del Hospital.

**Acompañante:** Familiar o amigo del paciente que lo acompaña durante las horas de visita, siendo deseable que se integre a los cuidados que se le otorgan.

**Acompañamiento:** Condición que asegura permanencia del tutor o familiar responsable del paciente, con una prolongación horaria diurna o nocturna, donde se adquiere un compromiso de parte del usuario externo a participar activamente de los cuidados del hospitalizado.

**Cama Básica:** Es aquella utilizada para la hospitalización de pacientes que requieren cuidados básicos de enfermería.

**Tarjeta de visita:** Es la papeleta, entregada al coordinador familiar, por la enfermera del sector o la funcionaria en que ella delegue la actividad, donde se encuentra la persona hospitalizada.

**Equipo de Salud:** Se entiende por equipo de salud a todo individuo que actúe como miembro de un equipo de personas, que tiene la función de realizar algún tipo de atención o prestación de salud. Lo anterior incluye a profesionales y no profesionales, tanto del área de la salud, como de otras que tengan participación en el quehacer de salud.

**Médico Tratante:** Se entiende como el médico responsable del paciente o médico encargado de la unidad clínica. En caso que este profesional no esté presente, en su reemplazo será responsable el médico residente del hospital. Para el área crítica y de urgencia, el médico jefe de turno es el responsable del paciente.


**Atención Abierta:** Es aquella acción de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, o de apoyo diagnóstico y terapéutico que se otorga a las personas usuarias, en régimen ambulatorio.

**Atención Cerrada:** Es aquella acción de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, o de apoyo diagnóstico y terapéutico que se otorga a las personas usuarias, en régimen de internación en el hospital.

**Atención de Urgencia o Emergencia:** Es aquella en que la falta de intervención inmediata e impostergable, implique un riesgo vital o secuela funcional grave para la persona.

**Hospitalización Programada:** Es aquella indicada por el médico que no requiere atención inmediata y puede ser programada en forma electiva.

**Referencia:** La Referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 138 de 248

**Contrarreferencia:** La Contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

**SSVSA:** Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

**HCVB:** Hospital Carlos Van Buren.

**FONASA:** Fondo Nacional de Salud.

**ISAPRE:** Instituciones de Salud previsional.

**UEI:** Unidad de Emergencia Infantil

**UEA:** Unidad de Emergencia de Adultos

**UGO:** Unidad de Emergencia Gineco Obstétrica

**CAE:** Consultorio Adosado de Especialidades

**UAP:** Unidad de Atención a las Personas

**SIDRA:** Sistema de Información de la Red Asistencial


**SAMU:** Servicio de Atención Médica de Urgencia

## 2. TITULO II SERVICIOS Y PRESTACIONES

El Hospital Carlos Van Buren tiene las siguientes atenciones:

- **Ambulatoria o Abierta**
- **Cerrada u Hospitalizados**
- **Emergencia**
- **Hospitalización Domiciliaria**
- **Servicios de Apoyo Diagnostico**
- **Servicios de Apoyo Terapéutico**
- **Especialidades que efectúan procedimientos clínicos**

A continuación se presenta un esquema de las prestaciones, el detalle de las mismas se encuentra explícito en el documento “Cartera de Servicios del Hospital Carlos Van Buren”.

 HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	Hospital Carlos Van Buren	
	Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana	Edición: 01
	Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren	Fecha: 18/11/2015
		Página 139 de 248

### Cartera de Servicio Atención Abierta



Figura 1: Cartera de Servicio Atención Abierta HCVB

### Cartera de Servicios Atención Cerrada

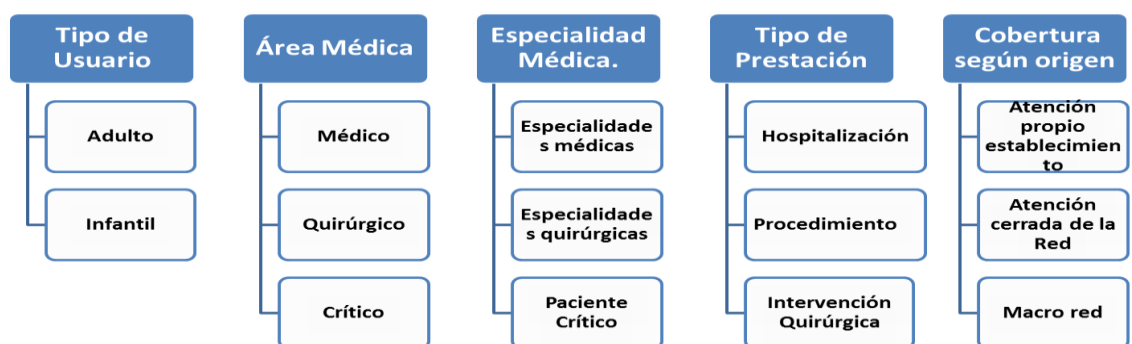



Figura 2: Cartera de Servicios Atención Cerrada HCVB

 HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	Hospital Carlos Van Buren	
	Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana	Edición: 01
	Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren	
		Fecha: 18/11/2015
		Página 140 de 248

## Cartera de Servicios Atención Cerrada

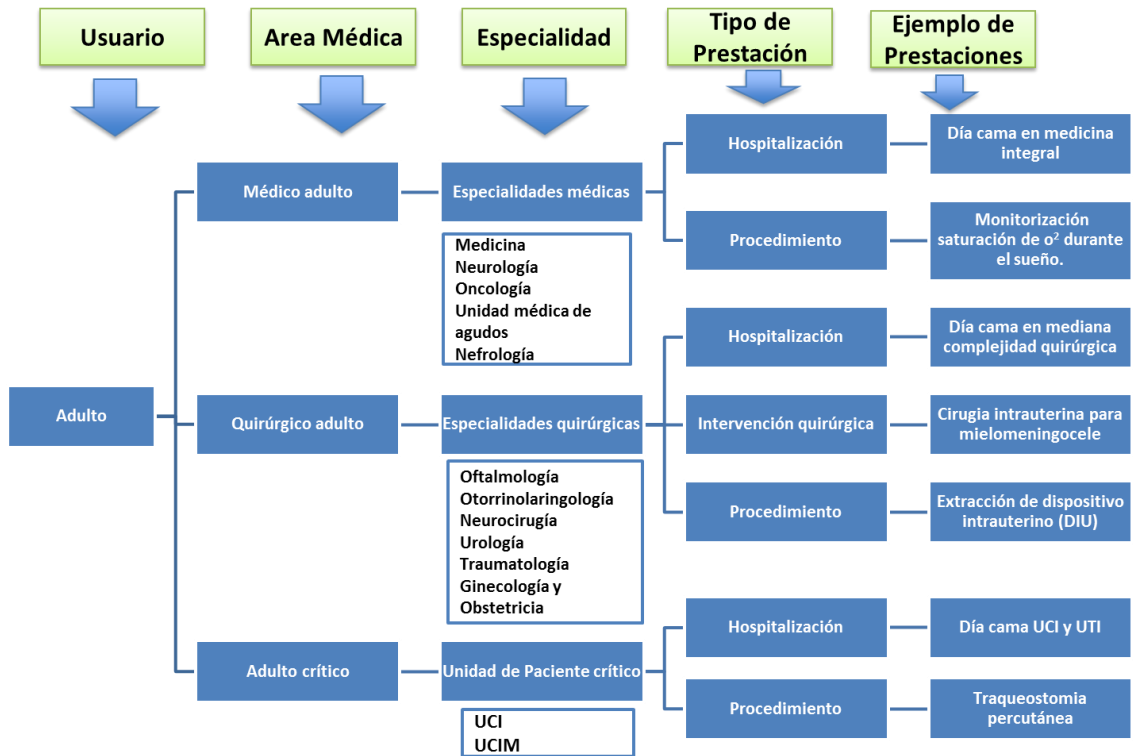


Figura 2.1: Cartera de Servicios Atención Cerrada HCVB

## Cartera de Servicios Atención Cerrada

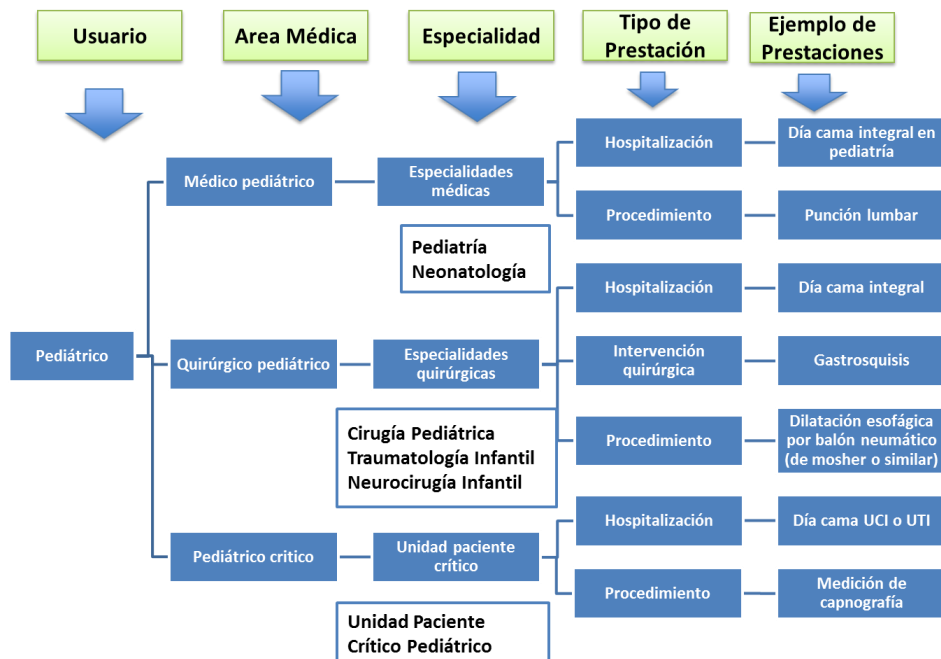



Figura 2.2: Cartera de Servicios Atención Cerrada HCVB

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana	Edición: 01
	Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren	Fecha: 18/11/2015
		Página 141 de 248

## Cartera de Servicios Hospitalización Domiciliaria

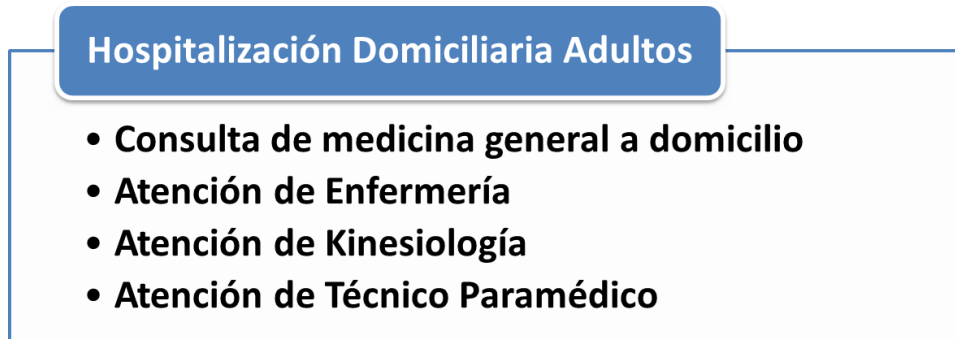


Figura 3: Cartera de Servicios Hospitalización Domiciliaria HCVB

## Cartera de Servicios Atención de Urgencia

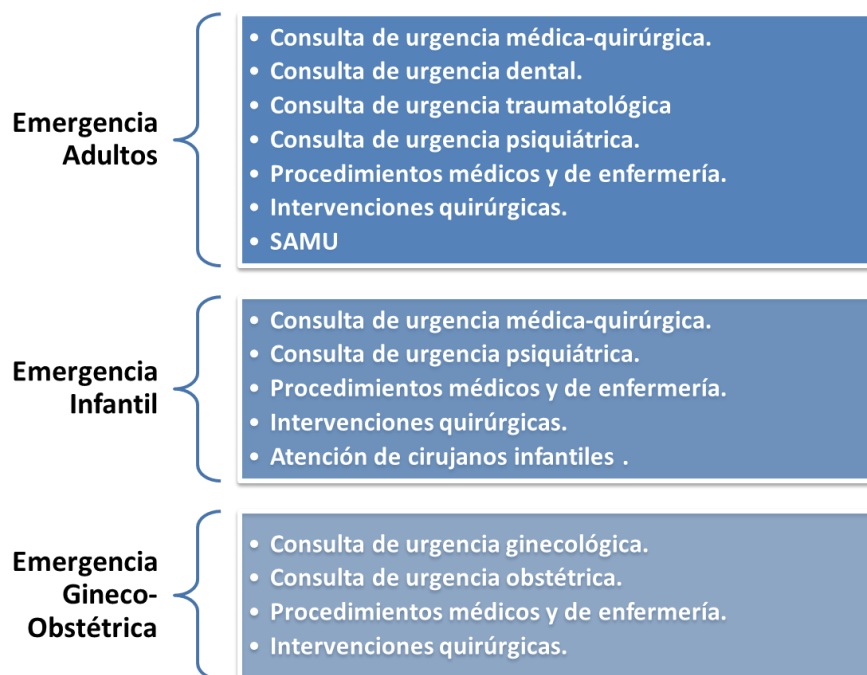



Figura 4: Cartera de Servicios Atención de Urgencia HCVB

 HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	Hospital Carlos Van Buren	
	Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana	Edición: 01
	Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren	Fecha: 18/11/2015
		Página 142 de 248

### Cartera de Servicios Unidades de Apoyo

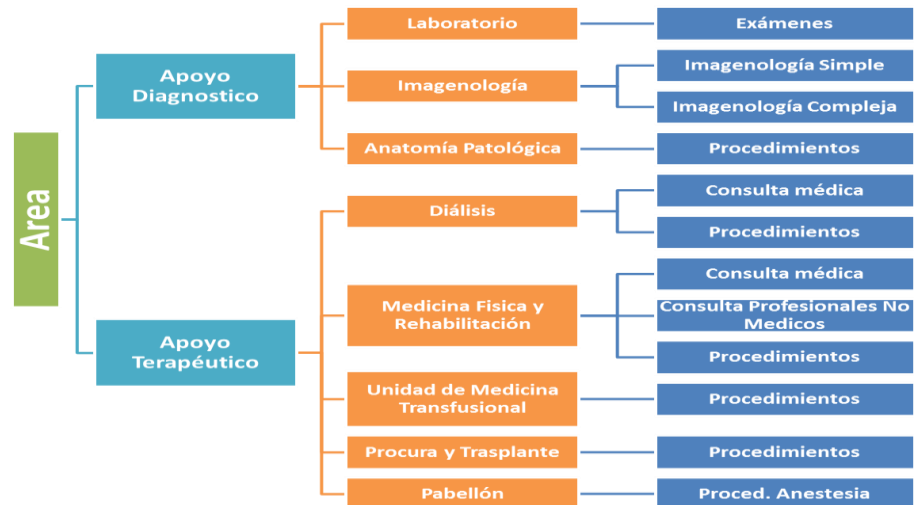


Figura 5 Cartera de Servicios Unidades de Apoyo HCVB

### 3. TITULO III DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

- *Carácter Asistencial Docente del Hospital*


El Hospital Carlos Van Buren se define como **un establecimiento Asistencial – Docente**. Las actividades docentes de pre y post grado se regulan mediante convenios y un marco reglamentario que vela por proteger la seguridad de los pacientes, el respeto a los derechos y demás condiciones de trato digno al usuario.

### 4. TITULO IV INGRESO, ESTADIA Y EGRESO

- *Del Ingreso*
  - **Atención Abierta o Ambulatoria**

El ingreso hacia la atención abierta o ambulatoria, será a través de la tramitación cualquiera de los siguientes documentos:

- **Solicitud de Interconsulta:** es el acto de remitir a un paciente, mediante un documento, a otro profesional de la salud, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento, seguimiento, y su rehabilitación. La más frecuente es entre el nivel primario de atención y las especialidades.
- **Orden de Atención (Interna y Externa)** Formulario a través del cual el profesional tratante solicita la realización de examen de apoyo al diagnóstico o algún procedimiento o tratamiento al paciente.

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 143 de 248

- **Carné de Alta:** Documento emitido por médico tratante al momento de egreso de la hospitalización.

La emisión de una Solicitud de Interconsulta y orden de atención puede tener su origen en:

1. **Establecimiento de Atención Primaria (APS):** De la Red de SSVSA, como de otros servicios de salud, previamente establecidos por Subsecretarías de Redes Asistenciales del MINSAL.
2. **Establecimientos de Atención Secundaria y Hospitales:** De la Red del SSVSA como de otros Servicios de Salud, previamente establecidos por Subsecretarías de Redes Asistenciales del MINSAL.

El médico tratante extenderá interconsulta, que será tramitada en forma regular a través de secretaria hacia la unidad de gestión usuaria.

3. Al interior del Hospital Carlos Van Buren desde:
  - a) **Derivación desde Unidad de Urgencia:** Será responsabilidad del médico de la Unidad de Emergencia realizar interconsulta, a aquellos paciente que presenten patologías de urgencia calificadas, a las unidades de traumatología, otorrinolaringología, y cirugía maxilofacial, las que serán recibidas en la Unidad de Gestión del Usuario.
  - b) **De la Atención Cerrada:** Al alta del paciente el médico tratante, solicita la evaluación a otra especialidad, para control ambulatorio del paciente. Este queda citado a control al policlínico de la respectiva especialidad, mediante su carnet de alta.
  - c) **Entre Especialidades Médicas de Atención Especialidades.**


**La emisión de Carné de Alta:** Se entrega al Egreso de la Hospitalización, consignándose especialidad, médico tratante y fecha control ambulatorio.

- **Unidad de Emergencia Adulto – Infantil y Gineco - Obstetra**

Su propósito es atender a toda persona que tenga una enfermedad de alta complejidad médica o quirúrgica, que requiera ser resuelta antes de 24 horas, por riesgo vital, secuelas o descompensación aguda de enfermedades crónicas.

La persona que acude para atenderse a una Unidad de Emergencia del HCVB, es registrada en el módulo de Admisión- Recaudación, donde se toman sus datos personales y el motivo de la consulta. Luego permanece en la sala de espera, salvo urgencia vital o gravedad.

La prioridad de la atención es según criterio de gravedad y no por orden de llegada.

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 144 de 248

Todas las personas son evaluadas por enfermería o matronería para priorizar su atención médica, de acuerdo a criterios clínicos y normas ministeriales. Las Unidades de Emergencia Adulto e Infantil, cuentan con un box priorizador.

- **Categorización**

**C1:** Personas con riesgo vital, que requieren reanimación inmediata.

Ejemplos:

- Paro cardiorrespiratorio
- Politraumatizado
- Hemorragia masiva
- Gran quemado

**C2:** Personas en estado de gravedad.

Ejemplos:

- Pérdida de conciencia
- Crisis convulsiva
- Trauma ocular
- Descompensación de enfermedad crónica

**C3:** Patologías de mediana complejidad y constatación de lesiones y alcoholemias

Ejemplos:

- Quemadura sin riesgo vital
- Dolor abdominal focalizado
- Fractura
- Policontusión

Patologías de baja complejidad, que pueden ser resueltas en el Consultorio o Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), de su sector:

**C4:** Personas que requieren un procedimiento diagnóstico o terapéutico asociado.


Ejemplos:

- Cuadro gastrointestinal
- Alergia localizada
- Cuadro respiratorio simple
- Lumbago

**C5:** Personas que requieren una consulta general

Ejemplos:

- Estado Gripal
- Curaciones
- Dolor de garganta
- Picadura de insecto

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 145 de 248

Pueden ingresar para su atención con un acompañante, las personas discapacitadas, no autovalentes y menores de 18 años.

La atención ambulatoria de urgencia está compuesta por la anamnesis (recopilación de antecedentes de salud), exámenes físicos, exámenes de laboratorio o imagenología, diagnóstico e indicaciones.

Al término del proceso de atención ambulatoria, el médico define el alta a domicilio, la hospitalización o constata el fallecimiento.

En caso de alta a domicilio, en el módulo de Admisión-Recaudación, se realiza el copago o pago de la atención, si corresponde, de acuerdo a la previsión de salud del paciente.

- **Hospitalización Programada**

Es aquella indicada por el médico que no requiere atención inmediata y puede ser programada en forma electiva.

- ***De la Estadía***

Durante la hospitalización, el paciente permanece en la sala y cama asignada, excepto en caso de traslados por procedimiento, que deban realizarse al interior del establecimiento o fuera de él, y seguir las instrucciones que señale el equipo de salud. En caso justificado podrá salir de la sala asignada, sólo con la autorización del Médico o Enfermero.

- ***Del Egreso***

- **Atención Abierta o Ambulatoria**

Se entiende por egreso desde la atención abierta, la determinación de alta del médico tratante en razón del estado de salud del paciente y su eventual derivación para continuar control en APS u otro establecimiento de la red de salud del paciente.


El médico tratante debe informar del alta a su paciente en forma clara estableciendo las causas de esta.

Si se deriva a APS, el médico tratante debe llenar un formulario de contra referencia vigente entregando una copia al paciente y el original es enviado a la unidad de gestión usuaria, quien en definitiva es la encargada de derivar al consultorio respectivo.

Todo paciente que durante un año no registre controles médicos en la especialidad correspondiente, se considera de alta por lo que debe iniciar nuevamente su proceso de ingreso.

- **Atención Cerrada**

Se entiende por egreso desde la atención cerrada, la determinación de alta del médico tratante en razón del estado de salud del paciente y posibilidad de resolución de su

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 146 de 248

patología. El médico puede definir derivar para continuar su atención en establecimientos de la red de salud del paciente o APS.

El médico entrega una Epicrisis que es un documento que contiene diagnóstico, evolución, tratamiento e indicaciones al alta.

Toda la información en relación a su evolución clínica y los exámenes del paciente queda resguardada en su ficha clínica.

- *Del Alta Disciplinaria, Forzosa y Voluntaria*

- **Alta disciplinaria**

Es el término de la etapa de atención cerrada que se produce cuando el paciente incurre en maltrato o actos de violencia en contra de los integrantes del equipo de salud, otros pacientes o cualquiera persona, o en contra de las instalaciones y equipamiento del Hospital. También procederá cuando el paciente no da cumplimiento a las normas y deberes que le impone el presente reglamento interno del HCVB. Esta medida podrá ser ordenada siempre que no ponga en riesgo la vida del paciente, en los términos del artículo 35 de la ley 20.584.

- **Alta Forzosa**

Es aquella decretada por la dirección del hospital, previa consulta al comité de ética, en caso que el paciente y/o representante legal, rechace el alta indicada por el tratante.

- **Alta Voluntaria**

Es aquella solicitada por el paciente o representante legal, con pleno conocimiento de las consecuencias que este acto pudiere originar, en contra de la orden médica y bajo su propio riesgo.


**Al momento del alta, cualquiera sea la naturaleza de esta, el equipo de salud deberá entregar la documentación correspondiente al paciente o acompañante, tal como lo dispone el artículo 11 de la ley 20.584 (Que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud)**

- *Emisión de certificado de defunción de personas fallecidas*

1. **En el caso de que el fallecimiento se constate en el HCVB**

Se entrega certificado de defunción a quien lo solicite, para que gestione los trámites de sepultación en la secretaría de la unidad de hospitalización respectiva.

El solicitante debe presentar su carnet de identidad y el carnet de identidad o certificado de nacimiento de la persona fallecida

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 147 de 248

## 2. En el caso de que la persona fallece en un lugar distinto al HCVB

Puede solicitar al SAMU la constatación del fallecimiento

Debe dirigirse a la Secretaria de la Unidad de Emergencia Adultos, presentando constatación de fallecimiento del SAMU, dos testigos (mayores de edad) que porten su carnet de identidad, Carnet de identidad o certificado de nacimiento de la persona fallecida y antecedentes clínicos del fallecido.

En los casos que existan sospecha que la muerte se originó en causas no naturales o que ha existido la comisión de un delito, el Servicio Médico Legal retirará el cuerpo y realizará las pericias.

Los familiares o cercanos del fallecido deben asistir a la fiscalía para solicitar la autorización para la entrega del cuerpo, por parte del Servicio Médico Legal.

## 5. TITULO V REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- *De la Referencia y Contrarreferencia*

Se define el Sistema de referencia y contrarreferencia, como el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor resolutivez, como los Consultorios, CESFAM y otros, a otro establecimiento de mayor capacidad resolutivez, en nuestro caso, el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) y la contrarreferencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

La referencia se materializa en una interconsulta que es priorizada por gravedad por médicos especialistas en la Unidad de Gestión Global. Una vez priorizadas las interconsultas se agenda la hora de atención y se informa al usuario.


Una vez que el paciente ha sido atendido por un especialista y dado de alta de la especialidad, el médico tratante contrarrefiere al paciente a su establecimiento de origen indicando causas y/o justificación de la derivación, diagnóstico y todo otro antecedente necesario para continuar la adecuada atención de salud.

El paciente, o en su caso, su representante legal o acompañante debe ser informado de la derivación y el establecimiento al cual se deriva.

- *De la derivación a otro Centro Hospitalario, de la red o privado cuando excede la capacidad del HCVB*

Esta situación se produce cuando el Hospital no cuenta con disponibilidad de camas y/o especialización en el tipo de atención que requiere el paciente. El cargo por la hospitalización en otro centro hospitalario es de cuenta del HCVB, debiendo el paciente cancelar solo lo que corresponde de acuerdo a su condición previsional.

Resguardos previos y durante el traslado:

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 148 de 248

- El HCVB posee convenios con diferentes Centros Hospitalarios de la Región, que permiten tomar la decisión de trasladar, de acuerdo a las características del paciente, de una forma eficiente y oportuna.
- El HCVB informa a la familia de acuerdo a los procedimientos que se van a llevar a cabo.
- El HCVB cautela que el paciente esté en condiciones de ser trasladado y que el vehículo de traslado cuente con equipación necesaria para la atención del paciente
- EL HCVB dispone de personal que periódicamente visita a los pacientes hospitalizados en otros centros asistenciales, especialmente en los privados, para evaluar su estado y definir la permanencia de hospitalización en dicho centro.

## 6. TITULO VI VISITA MÉDICA, GESTION DE CUIDADOS Y ALIMENTACION

- *Visita o Súper vigilancia Médica de Rutina*

En relación a los pacientes hospitalizados en cama básica y de mediana complejidad, se asigna al momento de su hospitalización, un médico tratante de la especialidad de la patología principal que presente.

La visita médica es, a lo menos, en forma diaria por médico tratante y/o residente de turno

Fines de semana, festivos y en horario inhábil, realizará visita médico residente de turno según necesidad.


Por ser este un hospital asistencial docente, la visita médica puede ser realizada en conjunto a uno o más estudiantes de pregrado, poniendo especial cuidado respecto de la dignidad del paciente, el resguardo de la confidencialidad y entregar información acorde al proceso de atención y a las condiciones particulares del paciente.

En el caso de las unidades críticas y de emergencia, la visita será de parte del médico residente y de turno respectivamente. Esta será al menos una vez al día y también en caso de emergencia.

- *Cuidados cotidianos y Alimentación*

La gestión de los cuidados cotidianos es programada en consideración a la naturaleza y condición médica del paciente por los profesionales de enfermería y de otras disciplinas que conforman el equipo de salud.

Los pacientes hospitalizados por norma general deben recibir 4 raciones de alimentación diaria. Las condiciones y restricciones de alimentación se determinan de acuerdo a la condición de salud del paciente. La indicación de la alimentación de los pacientes siempre es supervisada por un profesional de la unidad de alimentación del hospital.

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 149 de 248

Se prohíbe a los acompañantes traer alimentos no indicados por el profesional de la Unidad de Alimentación.

Se prohíbe a los acompañantes ingerir o consumir los alimentos destinados al consumo y dieta del paciente.

El hospital no cuenta con instalaciones destinadas a guardar alimentos de los acompañantes, visitas y/o familiares, ni para prepararlos, cocinarlos o calentarlos. El hospital no responde por la descomposición o deterioro de estos.

## 7. TITULO VII INFORMACION A LAS PERSONAS, SUS ACOMPAÑANTES Y VISITANTES


La información médica se la entrega el médico tratante al paciente, no obstante, cada médico tiene un horario de atención a familiares, en el que se entrevista con el coordinador familiar y se entrega información sin vulnerar el derecho del paciente a la confidencialidad.

La información que se entrega es:

- Sobre evolución, diagnóstico, pronóstico, procedimientos realizados o por realizar al paciente durante la hospitalización.
- Sobre tratamientos a domicilio y controles posteriores al momento del alta
- Sobre implicancias de ciertos procedimientos clínicos, solicitud de consentimiento informado a familiar, tutor o acompañante.
- Responder a interrogantes que manifiesta el coordinador familiar con relación al proceso de atención clínica y estado de salud del usuario.
- Respecto al fallecimiento del paciente, sus causas y confección de certificado de defunción cuando corresponda.

La Enfermera o Matrona, también podrá entregar la siguiente información:

- Evolución y condición de salud (pronóstico, gravedad) basado en la información de la historia clínica y ficha de enfermería del usuario (adultos)
- Requerimientos necesarios para el tratamiento del usuario no contemplados en las prestaciones del hospital (medicamentos, exámenes especiales, pañales, otros)
- Respuesta a interrogantes que manifiesta el coordinador familiar con relación al proceso clínico, como complemento o refuerzo de la indicación entregada por el médico.
- Informa sobre temas de enfermería a familiares y/o acompañantes
- Educación respecto a técnicas de cuidado de enfermos en general a coordinador familiar u otro familiar para manejo al alta.
- Informa respecto a protocolo de acompañamiento de adultos mayores, lactantes y niños, horarios, condiciones en que se debe desarrollar.
- Informa sobre acompañamiento diurno y nocturno de pacientes de mayor dependencia o complejidad
- Informa sobre participación de progenitores u otro familiar durante el parto
- Informa respecto a funcionamiento de programas complementarios específicas de cada área de hospitalización.
- Informa al usuario y/o coordinador familiar respecto a los controles al alta en los distintos niveles de salud (APS o de especialidades) o incorporación a programas de salud en dichos niveles.

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 150 de 248

- Entrega de hoja de indicaciones e instrucciones al usuario y/o familiar en caso de procedimientos médicos de alta complejidad, para manejo domiciliario al alta
- Informa al usuario y/o coordinador familiar el nombre del médico tratante designado por la jefatura de servicio.

**La solicitud y entrega de constancia de hospitalización, se realiza en la secretaria de la unidad de hospitalización correspondiente.**

## 8. TITULO VIII CONSENTIMIENTO INFORMADO

Todo paciente del hospital tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, salvo cuando su negativa ponga en riesgo la salud pública.

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ellos pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad, condición personal y emocional.

En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.

Por regla general, este proceso se efectuará de forma verbal, pero debe constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo, debe constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 10 de la ley N° 20.584. Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse.


La excepción del Consentimiento Informado se dará en los siguientes casos:

1. Cuando surja una emergencia que implique riesgo vital o secuela
2. Cuando este sea un riesgo a la Salud Pública
3. Cuando exista una indicación de procedimiento por orden judicial

## 9. TITULO IX

### DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL EQUIPO DE SALUD Y DEL TRATO QUE DEBE RECIBIR EL PACIENTE

- *De los derechos y deberes del Equipo de Salud*
  - **Derechos**
    - Trato digno y respetuoso por parte de los usuarios

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 151 de 248

- A que se persiga la responsabilidad civil y criminal frente a las agresiones físicas o verbales por parte de los usuarios.
- Derecho a no ser fotografiado, filmado o grabado en el ejercicio de sus funciones dentro y fuera del establecimiento.
  - **Deberes**
- Velar por la seguridad y bienestar del paciente.
- Facilitar el acompañamiento durante el proceso de hospitalización.
- Entregar información según la ley de derechos y deberes.
- Trato respetuoso y lenguaje claro con el acompañante.
- Solicitar el retiro temporal de sala a algún acompañante si interfiere en la privacidad de otros pacientes hospitalizados.
- No autorizar la visita de aquellos acompañantes que se encuentren bajo efectos de alcohol y/o drogas o presenten clara evidencia de maltrato.
- Solicitar el retiro en caso que el acompañante mantenga una actitud agresiva con el equipo de salud.
- Suspender el acompañamiento si existen situaciones de urgencia que lo ameriten.
- Restricción Uso de dispositivos electrónicos (Celulares, Tablet, otros similares) en las áreas de atención clínica.


- *Del trato que debe recibir el paciente*

Durante la atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso. En consecuencia, el personal deberá:

- Velar porque se utilice un lenguaje adecuado y comprensible durante la atención. Las personas que padezcan de alguna discapacidad o no tengan dominio del idioma español o sólo lo tengan en forma parcial, deben recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero que sea designado por la persona atendida.
- Velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre.
- Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud. En especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso. Para la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones para usos o fines periodísticos o publicitarios se requerirá autorización escrita del paciente o de su representante legal.

La atención otorgada por estudiantes de pregrado deberá contar con la supervisión de un médico u otro profesional de la salud que trabaje en el establecimiento.

Para la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso, el paciente o su representante legal debe autorizarlo por escrito a través de formulario institucional.

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana	Edición: 01
	Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren	Fecha: 18/11/2015
		Página 152 de 248

## 10. TITULO X HORARIOS DE ATENCIÓN DE PÚBLICO Y AGENDAMIENTO DE HORAS DE ATENCION

- *Del horario de Atención de Público*

Atención Abierta o Ambulatoria	08:00 – 17:00 hrs. 08:00 – 16:00 hrs	Lunes a Jueves Viernes
Oficinas Administrativas	08:00 – 17:00 hrs. 08:00 – 16:00 hrs	Lunes a Jueves Viernes
Atención Cerrada o Hospitalizados y Atención de Urgencia (UEA, UEI – UGO)	24 hrs	Lunes a Domingo

Tabla N°1: Horario de Funcionamiento HCVB

- *Del Agendamiento de Horas de Atención*

El agendamiento de horas depende de la procedencia del requerimiento de interconsulta de especialista, procedimiento o examen de laboratorio e imágenes.


Cuando es una interconsulta el agendamiento se realiza internamente en la Unidad de Admisión. Posteriormente se cita al paciente a que se presente a la hora de consulta que le fue otorgada.

Para motivos de atención se dan dos procedimientos:

1. **Para Paciente Nuevo:** Se asignará una cita y se deriva a fono aviso para su contacto
2. **Para Paciente Control:** Debe solicitar hora en módulos de admisión/recaudación de Atención Abierta (CAE). De no existir cupo en agenda, se solicita dejar la colilla de atención en buzón, indicando fecha de próximo control

Es de responsabilidad exclusiva del usuario, o su tutor si es el caso, mantener su número de contacto actualizado, como también, dar aviso oportuno de la imposibilidad de asistir a la hora agendada previamente. (32-2364353 – Informaciones).

En el caso de que exista disponibilidad, se contacta al paciente, si el resultado es negativo se intenta nuevamente hasta lograr ubicarlo, si el resultado, es positivo, se entregan las indicaciones pertinentes, al usuario, en donde se puede dar el caso que este haya resuelto su problema por otros medios y por lo tanto no requiere atención, ante lo cual se elimina de la lista de espera, de acuerdo a las normativas vigentes. En cambio sí requiere atención, se asigna la hora y se confirma al usuario del

 HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 153 de 248

agendamiento, si el paciente no es contactado, se informa a la Unidad de Admisión para la resignación de la hora, la cual es factible siempre y cuando la unidad antes mencionada cuente con la información 24 horas previas a la atención.

No se practicarán exámenes u otros procedimientos sin la presentación de la orden médica original. Igualmente, el usuario que deba realizarse exámenes y/o procedimientos específicos, debe dar cumplimiento a la preparación previa exigida para tales efectos, según lo informado por el equipo de salud. El no cumplimiento de esto será motivo de suspensión del examen y/o procedimiento.


El paciente debe presentarse 30 minutos antes de la hora de citación, con su carnet de identidad y comprobante de citación. Por respeto al resto de los pacientes, el servicio puede decidir no atender a quienes lleguen con retraso. En este caso, el servicio evaluará alternativas de atención.

Si por motivo de caso fortuito o fuerza mayor, no se pudiera llevar a cabo la consulta o procedimiento agendado, el hospital coordinará con el usuario una nueva hora de acuerdo a disponibilidad.

## 11. TITULO XI REGIMEN DE VISITA Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS PACIENTES

El sistema de visita en pacientes hospitalizados en cama básica, asegura que un coordinador familiar o tutor legal reciba una tarjeta que permite estar 6 horas con el paciente, durante ese período se pueden turnar distintos acompañantes, familiares y amigos. Sin embargo, los servicios de mayor complejidad poseen un horario de visita según las particularidades de cada unidad y requerimientos de salud del paciente. Esta restricción pretende mantener la tranquilidad de los pacientes y además permitir al personal desarrollar sus labores clínicas habituales.


Servicio Clínico	Horario de Visitas	Observaciones
Otorrino-Oftalmología	12:00 – 18:00	Familiares deberán rotarse para asistir uno a la vez
Oncología	12:00 – 18:00	Familiares deberán rotarse para asistir uno a la vez
Mediana Complejidad Quirúrgica	12:00 – 18:00	Familiares deberán rotarse para asistir uno a la vez
UCI Adulto	12:00 - 12:15	2 visitas por paciente
	16:30 – 17:00	4 personas por paciente, de 2 en forma rotatoria

 HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 154 de 248

<b>UCIM</b>	12:30 – 13:00 17:30 – 18:00	4 personas por paciente, de 2 de forma rotatoria  2 personas por paciente
<b>Baja Complejidad Médica</b>	12:00 – 18:00	Familiares deberán rotarse para asistir uno a la vez
<b>Pediatría</b>	11:00 – 18:30	2 visitas por paciente, una por vez.
<b>Cirugía Infantil</b>	12:00 – 18:00	2 visitas por paciente. Ingreso de 2do acompañante de 15:00 a 16:00 horas.
<b>UCI Pediátrica</b>	12:00 – 18:00	2 visitas por paciente. Ingreso de 2do acompañante de 15:00 a 18:00 horas.
<b>Mediana Complejidad Médica</b>	14:00 – 16:00	Familiares deberán rotarse para asistir uno a la vez.
<b>Neurocirugía</b>	12:00 – 18:00	Familiares deberán rotarse para asistir uno a la vez
<b>Ginecología</b>	12:00 – 18:00	Familiares deberán rotarse para asistir uno a la vez
<b>Maternidad</b>	12:00 – 18:00	Familiares deberán rotarse para asistir uno a la vez
<b>Neonatología</b>	12:00 – 18:00	Solo madre, padre o tutor. Uno a la vez.
<b>Unidad de Emergencia Adulto</b>	16:00 – 16:30	2 visitas por paciente sin rotación. Solo en la Unidad de Hospitalización abreviada
<b>Unidad de Emergencia Infantil</b>	10:00 a 19:00 y de 21:00 a 23:00	Solo madre, padre o tutor. Uno a la vez.
<b>Recuperación</b>	18:00 – 18:30	Sólo si las condiciones de la unidad lo permiten.  1 persona por paciente de forma rotativa.
<b>UMA</b>	16:00 – 16:30	2 personas por paciente sin rotación.

Tabla N°2: Horario de Visitas HCVB

**\*El horario puede modificar en función de las contingencias presentes en las diferentes áreas mencionadas**

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 155 de 248

En el caso de pacientes provenientes de centros penitenciarios, el horario de visitas es de 14:00 a 16:00 horas sólo los días Sábado, Domingo y festivos, exceptuando Unidad de Emergencia Adulto donde no está autorizado el ingreso de visitas. (Protocolo de acuerdo y cooperación adjunto, suscrito el 21 de Agosto de 2014, entre Dirección Regional de Gendarmería de Chile de Valparaíso y la Dirección del Hospital Carlos Van Buren).

En las unidades críticas, Unidad de cuidados intensivos (UCI), Unidad de cuidados intermedios (UCIM) y Unidad Médica de Agudos (UMA), se mantendrá el horario de visitas dispuesto por cada unidad de lunes a domingo.

El hospital se reserva el derecho de restringir la visita a personas que no mantengan un comportamiento acorde al presente reglamento.

La coordinación del tiempo de permanencia de las visitas y la debida rotación es de exclusiva responsabilidad de los familiares y/o tutor del paciente

La **edad mínima** para ingresar como visita será de 12 años, esta medida se basa en que los hospitales tienen riesgos para los niños y a su vez, los niños pudieran alterar la tranquilidad que requieren los pacientes. En importante consignar que en casos especiales el o la enfermera supervisora o de turno pueda autorizar el ingreso de algún niño menor de esa edad.

Todo **acompañamiento extraordinario** (diurno, nocturno o 24 horas), debe ser autorizado por jefatura de enfermería o enfermera(o) de turno, previa entrevista informativa a la familia sobre normas de la unidad.


- ***Derechos y deberes del Acompañante***

**Derechos**

- Ser informado respecto de su permanencia y colaboración durante el proceso de acompañamiento.
- Ser informado del estado de salud del paciente hospitalizado en horarios establecidos por la persona indicada.

**Deberes**

- Respetar el reglamento interno de visitas.
- Cumplir con las indicaciones que le entrega el equipo de salud de turno.
- El acompañante no podrá circular por áreas restringidas
- Deberá abandonar el acompañamiento durante la visita médica o durante otros procedimientos realizados por el equipo de salud.
- Respetar a todos los funcionarios que conforman el equipo de salud
- Mantener conducta y lenguaje respetuoso.
- Entregar información veraz y relevante respecto a situación clínica del paciente.
- Retirarse en el momento que se le solicite por parte del equipo de salud

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 156 de 248

- ***Criterios de restricción o suspensión transitoria del ingreso al Acompañamiento***

**Condición clínica o social del paciente**

- Paciente que sufra descompensación clínica
- Paciente que sufre pérdida de conciencia súbita y/o paro cardiorrespiratorio.
- Paciente con requerimiento de precauciones adicionales (aislamiento), ya sea por cuadro infeccioso o por inmunodepresión.
- Realización de procedimientos o actividades que requieran cierto grado de privacidad, como procedimientos invasivos, aseo y confort, entre otros.
- Pacientes con medidas judiciales o medidas de resguardo que lo indiquen.

**Del acompañante**

- Manifiesto estado de ebriedad y/o drogadicción.
- Estado emotivo extremo sin control (Que altere el reposo de los pacientes)
- Trasgresiones reiteradas de normas del servicio y/o establecimiento.
- Agresiones verbales y/o físicas a pacientes, acompañantes o equipo de salud.
- Actos de hurto o daño al inmobiliario hospitalario.
- Mal uso de la tarjeta de visita o pase de acompañamiento extraordinario.
- Existencia de orden de alejamiento judicial.


**Del establecimiento**

- Situación de catástrofe, tales como: terremoto, incendio, escape de gas, derrames, entre otros.
- Situación epidemiológica de brote intrahospitalario.
- Corte de luz y agua prolongado (mayor o igual a 4 hrs.)
- Otras contingencias de fuerza mayor.

## 12. TITULO XII MECANISMOS DE IDENTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA AFILIACIÓN DE LOS USUARIOS

La identificación de la previsión de los pacientes, se efectúa a través de la página de FONASA, aplicación que informa si es un beneficiario y su tramo de clasificación, si es ISAPRE, si pertenece al Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS) o si no tiene previsión. Otros medios de identificación son a través del sistema SIGGES o el sistema informático de la institución.

Todo paciente tiene la obligación de mantener actualizados sus datos previsionales respecto a categorización de Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y afiliación a Isapres. Los datos respecto a su domicilio, serán evaluados de acuerdo a los registros vigentes en Fonasa, para la toma de decisiones tales como derivación, cobros y otros que requieran esta información al momento del ingreso.

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana	Edición: 01
	Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren	Fecha: 18/11/2015
		Página 157 de 248

### 13. TITULO XIII IDENTIFICACION DEL USUARIO Y DE LOS FUNCIONARIOS

- *De la Identificación del Usuario*

En relación a la identificación del paciente, a este se le asigna un brazalete de identificación de acuerdo al protocolo vigente establecido por el Hospital Carlos Van Buren.

Además en la cabecera de la cama se encuentra una pizarra acrílica, en donde se identifica al paciente con nombre, apellido paterno, apellido materno, fecha de ingreso al servicio y médico tratante (**Excepto en las Unidades Críticas y de Urgencia que se utiliza la especialidad médica correspondiente**)

- *De la identificación de los Funcionarios*

Todo personal que labora en el Hospital, debe portar una credencial de identificación, visible, y de fácil comprensión por parte de los usuarios, en la cual se establezca su nombre y apellidos, Cargo y Unidad a la que pertenece durante todo el transcurso de su jornada laboral.

### 14. TITULO XIV REGULACION DE LA FICHA CLINICA

- *De la Ficha Clínica*


La Ficha Clínica es el documento más importante en el sistema de información de salud y se entiende como aquel que reúne en forma ordenada y completa los registros y antecedentes clínicos de todas las atenciones recibidas por el usuario.

La Ficha Clínica en el HCVB es única e individual; al momento de la primera atención del paciente en el establecimiento, se asignará un número de identificación correlativo por año de creación, imprimiendo una carátula que posee un código de barra. No se creara Ficha Clínica si el paciente solo tiene atenciones en las Unidades de Emergencia.

En el caso de usuarios extranjeros, se asignara un número de Ficha Clínica ingresando al SIDRA la identificación del paciente, validado con Pasaporte u otro documento que logre acreditar la identificación. Es estos casos no se ingresara RUN.

Solo tendrá acceso a la Ficha Clínica, el personal que esté relacionado con la atención de salud del paciente, salvo algunas excepciones amparadas por ley como:

- ✓ Superintendencia de Salud y Entidades acreditadoras
- ✓ ISAPRE
- ✓ FONASA
- ✓ Liquidadores de seguros.
- ✓ Otras situaciones autorizadas por la Unidad de Jurídica del HCVB.

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 158 de 248

Toda solicitud de copia de parte o de la totalidad de la ficha clínica deberá solicitarse por escrito a través del conducto regular establecido, esto es, la Unidad de Atención a las Personas del HCVB. La copia será entregada solamente a:

- ✓ Titular de la Ficha Clínica
- ✓ Representante legal o herederos en caso de fallecimiento.
- ✓ Tercero autorizado por poder simple notarial del titular.
- ✓ Tribunales de justicia y a fiscales y abogados del Ministerio Público previa autorización del juez.
- ✓ Padre o madre del paciente en caso de menores de edad, debiendo acreditar previamente esta condición.
- ✓ Pariente que acredite la tuición legal de un paciente menor de edad, mediante anotación respectiva en Certificado de nacimiento o copia de resolución judicial. El plazo de entrega de la FC es de 15 días hábiles desde su solicitud.

## 15. TITULO XV ASISTENCIA RELIGIOSA O ESPIRITUAL


El reglamento N°94 sobre la Asistencia Religiosa del año 2007 fija la forma y condiciones en que se otorga el Acompañamiento Espiritual a las personas hospitalizadas en la Red Pública de Salud.

### • **Sobre los derechos de los pacientes o familiares**

- El paciente hospitalizado recibirá acompañamiento espiritual cuando lo haya solicitado expresamente.
- El acompañamiento espiritual debe ser realizado por un Ministro o representante de su misma religión.
- El paciente tiene derecho a revelar su religión o abstenerse de hacerlo. No puede ser obligado a recibir acompañamiento espiritual.
- En caso que el paciente no se encuentre en condiciones de manifestar opinión, podrán solicitar acompañamiento espiritual su cónyuge, padres, hijos y demás familiares en el orden que señala el artículo 42 del Código Civil. En los niños serán sus padres o tutor legal.

### • **Responsabilidad de los Ministros o Representantes religiosos**

- El ministro o representante religioso entrega Acompañamiento Espiritual solamente al paciente que lo solicitó expresamente. Una vez concluida la entrevista con el paciente, este hará retiro del establecimiento, no podrá visitar a otros pacientes si no han solicitado Acompañamiento Espiritual.
- Los ministros o representantes religiosos deben mantener **una conducta adecuada** que no interfiera en los procedimientos médico asistenciales, que no perturbe el normal funcionamiento de la sala, piso y del Hospital en general (accesos). Respetar tanto al paciente que viene a visitar como a los demás pacientes de la sala.
- Deben programarse las visitas en horarios adecuados y suspenderlas si es médicamente necesario. La Excepción es el agravamiento del paciente en horarios no hábiles.
- Cuando los pacientes son menores de edad, el Ministro o Representante religioso durante la visita debe estar siempre acompañado de los padres o tutor legal o algún familiar adulto.

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 159 de 248

- La entrega de estampas religiosas, libros, folletos u otros objetos de contenido religioso, sólo podrá realizarse a la persona que viene a visitar, siempre y cuando el paciente hubiera expresado su voluntad de recibirlos (paciente lúcido).

- **Responsabilidad de los funcionarios respecto al ingreso a AE**

- Los Guardias o Funcionarios de Informaciones autorizarán el ingreso al Hospital de ministros o representantes religiosos que acudan por solicitud expresa de un paciente hospitalizado y que esté debidamente autorizado por el enfermero/a de sala.
- El Guardia o Funcionario de Informaciones debe verificar la autorización de Enfermería con un llamado telefónico al anexo interno.
- Los ministros o representantes religiosos deben mostrar una credencial emitida por su propio credo religioso al ingreso del Hospital, ante los Guardias que resguardan el acceso o Unidad de Atención a las Personas o Unidad de Relaciones Públicas o Unidad de Acompañamiento Espiritual, para acreditar que pertenecen a una religión.
- El Ministro o representante religioso debe indicar claramente el nombre del paciente a quien viene a visitar.

**No se autoriza el ingreso de grupos religiosos en la modalidad de visitas libres a los pisos de hospitalizados**

**El HCVB no entrega credenciales para ingresar al establecimiento. Se entregan todas las facilidades de ingreso a los representantes religiosos de acuerdo a lo indicado anteriormente.**

## 16. TITULO XVI COMITÉ DE ETICA

El HCVB tiene el firme propósito de lograr que la institución provea una atención que respete la dignidad del paciente y resguarde los principios éticos esenciales.


El comité de Ética Clínica es el organismo encargado de tal actividad y toda actuación que genere algún conflicto ético y tenga relación con el manejo clínico de uno o varios pacientes podrá ser presentado a este Comité.

El comité de Ética Clínica se reunirá de forma excepcional, ante situaciones de urgencia en el cual sea necesario el pronunciamiento de este.

El pronunciamiento del Comité de ética es de carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal derivada de ello.

- **Situaciones que deben someterse a evaluación del Comité de Ética Clínica**

Los casos que deben ser sometidos a evaluación ética son aquellos en que, más allá de la aplicación de los criterios técnicos, se generan dudas razonables respecto a los principios éticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, que podrían ser vulnerados por una decisión médica.

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 160 de 248

- **Mecanismo de acceso a Comité de Ética Clínica**

Cuando un usuario externo al HCVB requiere del comité de ética para un análisis y orientación respecto de una situación en particular, deberá presentar una carta dirigida al comité y entregarla en Secretaria de Dirección del establecimiento o enviarla vía mail al correo [erika.gandolfo@redsalud.gov.cl](mailto:erika.gandolfo@redsalud.gov.cl)

La secretaria de Dirección se comunicará vía correo electrónico con la Secretaria del comité de ética, informando de la recepción de la carta (Dejando respaldo de esta actividad)

La carta será evaluada por la Secretaria del Comité de ética quien tomará contacto con el solicitante para recabar mayores antecedentes. De ser necesario solicitará además los antecedentes clínicos del caso al médico tratante.

Una vez que la secretaria del Comité tenga todos los antecedentes, el caso será presentado en la próxima reunión para su evaluación y resolución (Segundo lunes de cada mes).

Analizados todos los antecedentes y puntos de vista, se elabora un informe escrito que será entregado al solicitante, dejando además una copia en la carpeta del Comité de ética y una copia en la ficha clínica del paciente.

## 17. TITULO XVII ARANCEL DE PRESTACIONES Y MODALIDADES DE PAGO

- **Valores y aranceles de prestaciones, medicamentos e insumos**

El HCVB cuenta con un listado de precios o arancel de prestaciones que varía dependiendo de la previsión social del paciente:


- 1) Paciente con seguro público FONASA, atendidos bajo modalidad institucional
- 2) Particulares (Sin previsión o ISAPRE)
- 3) Convenios CAPREDENA y DIPRECA

Dichos aranceles se encuentran disponibles, así como el listado de medicamentos e insumos en las oficinas de Recaudación Central, que funciona de Lunes a Jueves de 08:00 a 17:00 hrs y Viernes de 08:00 a 16:00 hrs, Salvo Festivos

- **Modalidad de Pagos e Intereses**

Los pacientes FONASA A y B, atendidos bajo modalidad institucional, no deben efectuar copagos por las atenciones recibidas en el establecimiento de salud, salvo aquellas prestaciones no cubiertas por FONASA. En cuyo caso, el financiamiento de las mismas corresponderá exclusivamente del paciente.

Los pacientes FONASA C y D, Los pacientes ISAPRE y particulares, deben realizar los pagos – copagos de las prestaciones que le otorgue el hospital.

 HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	Hospital Carlos Van Buren	
	Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana	Edición: 01
	Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren	Fecha: 18/11/2015
		Página 161 de 248

Tramo A	Tramo B
<b>Nivel Ingresos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indigentes o carentes de recursos</li> <li>• Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020)</li> </ul> <b>PORCENTAJE DE COPAGO 0%</b>	<b>Nivel Ingresos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso Imponible Mensual menor o igual a \$ 241.000</li> <li>• Beneficiarios de pensiones básicas solidarias</li> </ul> <b>PORCENTAJE DE COPAGO 0%</b>
Tramo C	Tramo D
<b>Nivel Ingresos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso Imponible Mensual mayor a \$241.000 y menor o igual a \$351.860</li> <li>• Con 3 o más cargas familiares, pasará a Grupo B</li> </ul> <b>PORCENTAJE DE COPAGO 10%</b>	<b>Nivel Ingresos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso Imponible Mensual mayor a \$351.860</li> <li>• Con 3 o más cargas familiares, pasará a Grupo C</li> </ul> <b>PORCENTAJE DE COPAGO 20%</b>

**Tabla N°3: Clasificación Asegurados según Tramos (A, B, C, D), Fonasa Julio 2015**

Los pacientes FONASA, cuando corresponda, deben efectuar los copago de las atenciones de salud con garantías explícitas (GES), los cuales deben cancelar directamente en FONASA

**Los pacientes mayores de 60 años de los tramos C y D quedan exentos del copago de la prestación.**

- **Pacientes extranjeros (Inmigrantes o turistas)**


En el caso de pacientes extranjeros (inmigrantes) que tengan regularizada su estadía en el país, tienen derecho a la atención en iguales condiciones que los chilenos.

Aquellos extranjeros inmigrantes que no tengan regularizada su estadía o estén en condición de turista, pueden acceder a atenciones de urgencia y otras prestaciones, siendo atendidos como pacientes sin previsión social, por lo que los cobros serán realizados como paciente particular.

- **Convenios internacionales**
  - **Chile – España**

Para incorporarse a Fonasa deben presentar un certificado de estancia en Chile, ya sea habitual o temporal otorgado por la Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social de la ciudad en que residen en España, en el cual consten todos los datos de la persona y de su grupo familiar y el periodo de estancia en Chile.

- **Convenios con Otros Países**

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 162 de 248

Chile ha celebrado distintos convenios con algunos países de Europa y América Latina (Argentina, Australia, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Colombia, Dinamarca, Ecuador, EE.UU., Finlandia, Francia, Holanda, Luxemburgo, Noruega, Perú, Portugal, Canadá, República Checa, Suecia, Suiza, Uruguay).

Estos convenios protegen a los **pensionados cotizantes y su grupo familiar**. Para hacer efectivo este beneficio, las personas deberán acudir a la Superintendencia de Pensiones donde se entregará el documento que deberán presentar en cualquier sucursal de **FONASA**, para así acceder a la atención en salud.

▪ **Mujeres Embarazadas en situación irregular**

El Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior, mediante Oficio circular 1179 del 20 de enero del 2003, complemento en Oficio circular 6232 del 26 de mayo del 2007 señala que se otorga una visa de residencia temporaria a la mujer que se encuentra en estado de gravidez y que se controla regularmente en el consultorio que corresponde a su domicilio.

En forma previa debe presentar, junto a la documentación general para optar a un permiso de residencia, un certificado de control de embarazo emitido por el consultorio al que la mujer asiste, con la firma y timbre de una autoridad responsable de ese servicio


Podrán acogerse a este beneficio, aquellas extranjeras, que habiendo tenido una residencia en el país, ésta se encuentre vencida, debiendo acreditar su condición de irregularidad y que son atendidas en los consultorios públicos, correspondientes a su domicilio.

De esta forma este grupo inmigrante tiene la posibilidad de regularizar su situación migratoria de forma expedita con el fin de poder ser atendida por la red asistencia pública de salud en igualdad de condiciones que sus pares chilenas.

▪ **Atención a Menores de Edad**

En virtud de este convenio, el ministerio de salud y el ministerio del interior acuerdan proporcionar a todos los niños y niñas menores de 18 años extranjeros, atención de salud en los establecimientos de la red pública de salud, en igualdad de condiciones de sus pares chilenos. Lo anterior será válido para todos los menores de 18 años, independiente de su situación migratoria en Chile, y la de sus padres, tutores o representantes legales.

Para dar cumplimiento al punto anterior se deberá inscribir a los niños y niñas menores de 18 años que se encuentren en situación migratoria irregular, en los establecimientos de APS correspondientes a su domicilio. Con fundamento en esta inscripción o en el certificado del médico tratante, que acredite la atención en alguno de los centros de la red pública de salud, el menor podrá solicitar ante la autoridad migratoria que corresponda a su domicilio, un permiso de residencia temporaria, en caso de no asistir a un establecimiento educacional. En caso de que se encuentre matriculado en un establecimiento educacional reconocido por el Estado podrá solicitar un permiso de residencia de estudiante.

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 163 de 248

## 18. TITULO XVIII SISTEMA DE RECLAMOS SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

El HCVB acogiendo el derecho de los usuarios de manifestar su opinión a través de consultas, felicitaciones, sugerencias y/o reclamos, ha definido los siguientes canales de ingreso:

### 1.Registro en formularios de Buzones ubicados en:

- Acceso Consultorio de Adosado de Especialidades (Primer piso).
- Acceso Edificio Otorrino (sala de espera policlínico)
- Acceso a Oftalmología (sala de espera policlínico)
- Acceso a Oncología (sala de espera policlínico)
- Acceso UEI y UEGO (sala de espera)

### 2.Registro en alguno de los formularios que para ese efecto se encuentran en accesos al hospital:

- Puerta N° 1, acceso por calle San Ignacio (Informaciones UAP).
- Acceso U.E.A (módulo de informaciones)
- Estación de enfermería UEA.

### 3.Registro por atención presencial en la UAP.

### 4.Registros directos en plataforma web: [oirs.minsal.cl](http://oirs.minsal.cl)

El plazo máximo de respuesta al reclamo será de 15 días hábiles en conformidad a lo señalado en la Ley 20.584

La Unidad de Atención a las Personas es la encargada de gestionar dicho procedimiento

## 19. TITULO XIX ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA


La Ley N° 20.285 consagra el derecho de toda persona a solicitar y recibir información de los órganos de la Administración del Estado, con excepción de la información sujeta a secreto o reserva por ley.

### Es información pública:

- Los actos y resoluciones de los órganos de la administración del Estado, sus fundamentos, los documentos que les sirvan de sustento o complemento directo y esencial, y los procedimientos que se utilicen para su dictación, son públicos.
- La información elaborada con presupuesto público y toda otra información que obre en poder de los órganos de la administración, cualquiera sea el formato, soporte, fecha de creación, origen, clasificación o procesamiento.

### Causales de secreto o reserva:

1. Cuando su publicidad, comunicación o conocimiento afecte el debido cumplimiento de las funciones del órgano requerido particularmente.
2. Afecte el derecho de las personas: Las características físicas o morales de las personas.
3. Los hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad, tales como hábitos personales, origen social, ideologías y opiniones políticas, creencias o

 <small>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</small>	Hospital Carlos Van Buren	
	<b>Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</b>	Edición: 01
	<b>Reglamento Interno para la Atención en Salud del Hospital Carlos Van Buren</b>	Fecha: 18/11/2015
		Página 164 de 248

convicciones religiosas, estados de salud, físicos o psíquicos y la vida sexual, derechos comerciales.

4. Afecte la seguridad de la nación
5. Afecte el interés nacional
6. Cuando una ley de quórum calificado declare secretos o reservados determinados documentos.

El HCVB dispone en su sitio web [www.hospitalcarlosvanburen.cl](http://www.hospitalcarlosvanburen.cl) del acceso a la página "Gobierno Transparente", donde se encuentra información relevante sobre su organización, personal, presupuesto, adquisiciones y otros ámbitos de interés.

Para realizar una solicitud de acceso a la información pública, el Hospital dispone de 3 formas de ingreso:

1. En línea: A través del acceso a la página "Solicitud de Información Ley de Transparencia", en el sitio web del Hospital.
2. Presencial: Completando un formulario en la Unidad de Atención a las Personas, ubicado en el ingreso principal del Hospital.
3. Por carta: Entrega en Oficina de Partes, torre médica, 1º piso o por correo postal a Hospital Carlos Van Buren, calle San Ignacio N° 725, Valparaíso

## **20. TITULO XX VIAS DE EVACUACION Y PROCEDIMIENTOS EN CASO DE EMERGENCIA**

En caso de emergencia, las vías de evacuación se encuentran señalizadas en los pasillos del establecimiento, igualmente, las zonas de seguridad están debidamente demarcados.

En caso de contingencia, los funcionarios del hospital encargados de dirigir la evacuación tomarán el control de la situación e impartirán instrucciones para la correcta evacuación del hospital. Los usuarios deberán observar en todo momento dichas instrucciones.



Capítulo V  
Reflexiones,  
Conclusiones y  
Aprendizajes

## **5. Reflexiones, Conclusiones y Aprendizajes**

Se hace relevante para esta conclusión analizar de manera amplia los elementos que dieron forma al documento que concluyen en el presente capítulo.

El presente trabajo de proyecto de título, se estructuró como respuesta a la necesidad expuesta por el Hospital Carlos Van Buren, a través de la Unidad de Servicio Social, de generar una propuesta de reglamento interno que dé respuesta al requerimiento del decreto 40 de la ley 20.584, que regula los derechos y deberes de los pacientes.

En base a este contexto es que el estudiante elabora un plan de trabajo enfocado en levantar un estado de avance que permitiera conocer los procesos asociados a la elaboración de la propuesta, estado asociado a referentes seleccionados previa consulta de la supervisora institucional acompañada de la Jefatura de Planificación y control.

En el tránsito de este proceso es que el estudiante se inserta en las diferentes unidades del hospital, vinculándose con jefaturas con la finalidad de poder conocer los procedimientos que daban funcionamiento a la institución, que para motivos del estudiante, debían ser recopilados y sistematizados para el diseño del estado de avance. Es acá donde se empieza a ver la importancia de conocer los procesos y que estos se encuentren sistematizados, dado que ante cualquier eventualidad en que se requiera mayor transparencia de estos, existirá respaldo técnico sobre lo ejecutado y así optimizará la calidad de la atención de la Unidad.

Tras la reunión con los diferentes referentes, se pudo completar este estado de avance, que refleja el cómo se encuentra el hospital para dar respuesta a los requerimientos que la propia ley exigía, dejando como evidencia las fortalezas y debilidades que debiesen ser optimizadas para su puesta al día.

Este contexto generó el espacio óptimo para que se conformara una comisión que apoyara la gestión realizada por el estudiante, la cual fue denominada como comisión de diseño y gestión. Dicha comisión fue conformada por diferentes profesionales del Hospital quienes daban apoyo técnico al estudiante, quien cumplía el rol de coordinador de este grupo.

Tras la revisión acuciosa de los elementos recopilados por el estudiante y tras la aprobación de la comisión, en su rol de juicio de expertos del proceso, es que se da paso a la etapa de elaboración de un diseño de reglamento interno que diera respuesta a las necesidades del hospital, tomando en cuenta los elementos obtenidos durante las reuniones realizadas por el estudiante. Dicho documento debería reflejar en el detalle, la gestión realizada por el Hospital Carlos Van Buren, para que los usuarios que acuden a la institución, se informen y conozcan los procedimientos que realizan las diferentes unidades, cumpliendo el usuario un rol de fiscalizador de la gestión hospitalaria, fomentando la calidad de la atención y la satisfacción usuaria.

La puesta en marcha de las diversas aproximaciones declaradas con anterioridad, finalizó con el diseño y propuesta de reglamento interno, propuesta detallada en base al contexto hospitalario y a los requerimientos detallados en el capítulo III “diseño metodológico”, los cuales fueron evaluados y sancionados a través del juicio de expertos de la comisión de diseño y redacción de reglamento interno.

Tras la elaboración de la propuesta, esta fue sometida a evaluación de la comisión de diseño y redacción, quienes realizaron apreciaciones respecto a ciertos procedimientos que debiesen tener una segunda referencia para poder así, entregar un documento mucho más pulcro al momento de realizar la presentación formal al equipo directivo del Hospital.

De esta forma fue pertinente dar una segunda mirada a los procesos para que finalmente este fuera aprobado por la comisión y se diera paso a la etapa final de entrega de la propuesta, a la Jefatura de Planificación y Control, miembro del equipo directivo del Hospital Carlos Van Buren, para que socializara la labor realizada por el estudiante en conjunto a la comisión que avaló el trabajo realizado y el instrumento presentado.

A continuación se presentan las reflexiones y conclusiones en las dimensiones metodológicas, temáticas, Institucionales y profesionales generadas por la experiencia de Proyecto de Título.

#### **A. Conclusiones Metodológicas**

El utilizar una metodología de trabajo que para el estudiante en proyecto de título no estaba familiarizada, resultó un desafío para el presente proceso dado que para poder elaborar un plan de trabajo, el estudiante debió

interiorizar las definiciones respecto a la metodología, para así permitir el encuadre que diera respaldo al diseño del plan de trabajo que permitiera guiar la experiencia.

La gestión por procesos entendida de forma general, es una compleja y coordinada secuencia de actividades las cuales son necesarias para generar un valor agregado a la atención dando así una respuesta oportuna, que como institución se le brinda al paciente. Dicha gestión centra su foco en el proceso como un todo, estableciendo flujos, fortaleciendo la coordinación, uniformando el lenguaje entre áreas y da mayor flexibilidad, permitiendo incorporar el uso de buenas prácticas y agilizando los tiempos de respuesta a los requerimientos.

Es por esto que el estudiante en base a esta situación inicial, pudo revertir y poder avanzar hacia un espacio de mayor comprensión de los procesos implicados en la necesidad expresada por la institución, de tal forma que se logró el establecimiento de un plan de trabajo acorde a la realidad hospitalaria y con las contingencias que este conlleva debido a la dinámica de la misma.

Finalmente el hecho de realizar el presente proyecto de título con la metodología de gestión por procesos, se entiende que el producto surgido en la experiencia es una herramienta de mejora continua adecuada para el momento actual de la institución, constituyéndose con fuerza como una alternativa exitosa para la obtención de resultados cada vez mejores.

## **B. Conclusiones Temáticas**

Tras la finalización de la experiencia a través del presente capítulo, es necesario destacar el tema central en el cual está enmarcado el proyecto de título, como es la gestión hospitalaria y como esta influye en la satisfacción de los usuarios que reciben el servicio, esto a través de la elaboración y posterior aplicación de un reglamento interno que regule la interacción entre ambas partes.

En base a esto, es que para la construcción de la presente experiencia, se utilizaron 3 ejes base, como es la gestión clínica, la satisfacción usuaria y la bioética. Estos tres elementos fueron considerados dado que apuntan al funcionamiento del servicio, la seguridad y la empatía, aspectos que resultan directamente de la actuación humana que opera dentro del servicio. Es que la

mejora de este aspecto depende mucho de la iniciativa humana, en la cual la calidad de atención está ligada al comportamiento directo con el usuario, intensificando la relación entre el servicio y las expectativas de la demanda.

Es por esto que cabe concluir que el presente proyecto de título reflejo ciertos aspectos que como hospital eran necesarios potenciar. Esto se evidencia en la necesidad de levantar los protocolos de las diferentes unidades, con la finalidad de transparentar los procesos como una primera tarea, pero también con la necesidad de poder recopilar esa información, el poder sistematizar en un formato adecuado, para que finalmente esta sea presentada al equipo directivo para su validación, tomando como fin último la difusión del producto a los usuarios que diariamente utilizan el servicio.

Es así que el proyecto de título en el marco de la gestión realizada por el estudiante, dio cuenta de la necesidad de elaborar y mantener actualizados los protocolos como una necesidad no tan solo como un compromiso de gestión, sino también para dar cumplimiento a una normativa que apunta a la mejor interacción entre el Hospital y el Usuario.

### **C. Conclusiones Profesionales: Trabajo Social y Gestión**

Dentro de los aportes que la presente experiencia pudo brindar a la profesión, nos encontramos con la responsabilidad social de los profesionales que laboran dentro de la institución, participando activamente en la formulación de estrategias de resolución respecto a diversas contingencias que se asoman dentro de la dinámica hospitalaria.

Es por esto que a medida que avanzó el proyecto de título, la Unidad patrocinante se fue enmarcando y posicionando como un actor fundamental en el desarrollo de la presente experiencia, demostrando la capacidad de poder sobrellevar mesas de trabajo, elaboración de documentos de índole administrativo y capacidad de habilidades para la alta dirección. Además dentro del espíritu de velar por la correcta aplicación de las políticas públicas que rigen a la institución, la gestión interna tanto del estudiante como del supervisor institucional, fueron esenciales para poder levantar un insumo que diera cumplimiento con lo requerido por la normativa establecida en la ley 20.584, que establecía que era necesario la existencia de un documento que regulara la interacción entre la entidad hospitalaria y los usuarios que utilizan el servicio diariamente, esto como una medida para transparentar y potenciar

las herramientas que como Trabajo Social le puede brindar a las personas para su óptimo desenvolvimiento dentro de la institución.

Finalmente se puede destacar que la gestión interna realizada dentro de la presente experiencia, facilita la identificación de los usuarios como parte de un cuerpo, cultivando valores como la convivencia armoniosa y la solidaridad entre el hospital y el usuario. Por otra parte para la profesión facilita la formación de habilidades y destrezas esenciales para posicionar al trabajo social en un nuevo papel en el trabajo, propiciando condiciones para el fomento de la autonomía, liderazgo, comunicación y cooperación promoviendo el desarrollo del usuario dentro del ámbito hospitalario.

# Capítulo VI

## Bibliografía

## 6. Bibliografía Documental

MINSAL, Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de la salud familiar y comunitaria, 2012

MINSAL, Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios, División de gestión de red asistencial - subsecretaría de redes asistenciales.

Novoa, Ética y gestión hospitalaria, Panorama médico N°87, 2011

Donabedian, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Washington D.C 1992

Velandia Freddy, Ardon Nelson, Jara Mari aines, Satisfacción y Calidad: Análisis de la equivalencia o no de los términos, Gerencia y Políticas de la Salud, 2007

Peris Salvador, Moliner Miguel, Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido, Universitat Jaume, 2008

Potter V.R. Bioethics: the science of survival, "Perspectives in Biology and Medicine" New York, 1970.

F Abel. 'Bioética: origen y desarrollo', en 'La vida humana: origen y desarrollo'. Universidad Pontificia Comillas, 'Sal Terrae', Santander, 1989

Reich W. Encyclopedia of Bioethics. Vol 1, 1978

Colegio Médico de Chile A.G, Código de ética, Manual de ética médica de la asociación médica mundial, Reglamento Tribunales de ética, 2006

UNESCO, Declaración Universal de bioética y los Derechos Humanos, 2005

MINSAL, Decreto 62 Aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial, 2013

CASTILLO,E. GAMBOA, A: Sistematización de situaciones profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria de Salud”, Seminario de Título de Pre grado para la obtención del Título Profesional de Asistente Social y la Licenciatura en Trabajo Social , Universidad de Valparaíso, 2010

CARCAMO, C. NEIRA, F: Trabajo Social y Gestión Hospitalaria: Análisis de la problemática de Hospitalizaciones prolongadas en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso

### **6.1 Bibliografía Digital**

Rey, M.C, La satisfacción del usuario: un concepto en alza, Red de revistas científicas de América latina y el Caribe, España y Portugal, 003, 139-153, 2000, Descargado el 9 de Mayo del 2015 desde <http://revistas.um.es/analesdoc/article/view/2451/2441>

# Anexos

## 7. Anexos correspondientes a Objetivo de Trabajo N°1

### A. Registro de Reunión con Referentes

#### Registro de Reunión N°1

<b>Fecha</b>	<b>Miércoles 13 de Mayo de 2015</b>
<b>Lugar</b>	Unidad de Alimentación, Hospital Carlos Van Buren
<b>Tipo de actividad</b>	Primera encuentro con referente técnico asociado a requerimiento de ley 20.584
<b>Hora de inicio</b>	12:00 hrs.
<b>Hora de término</b>	12:30 hrs.
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Christian Mancilla Lazcano, Estudiante en práctica.</li><li>• Víctor Leal, Nutricionista Jefe Unidad de Alimentación.</li></ul>
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar un primer encuentro con referente técnico, asociado a un artículo del requerimiento de la ley 20.584.</li></ul>
<b>Artículo</b>	Los procedimientos relacionados con alimentación.
<b>Elementos importantes de la Entrevista</b>	<p>La Reunión comienza a las 12:00 hrs en la Unidad de Alimentación del Hospital con la presencia del estudiante en proyecto de título y el jefe de la unidad de alimentación, Víctor Vial.</p> <p>El referente en una primera instancia fue convocado vía correo electrónico, con la finalidad de ser contextualizado de la labor realizada por el estudiante, con lo que en aquel momento informa que no posee un documento que dé respuesta al requerimiento que nosotros necesitábamos de su unidad.</p> <p>Al hacer consulta de este aspecto el comenta que ante la necesidad de levantar el instrumento por el</p>

	<p>hospital, diseñó un documento el cual fue entregado en formato digital al estudiante, comentando que en referencia a lo que pide el decreto 40, esas eran las funciones que cumplía su unidad para dar respuesta al requerimiento.</p> <p>El estudiante comenta al referente que los documentos entregados por el referente serán evaluados por parte de un comité conformado por profesionales del hospital, quienes son apoyados por el estudiante en proyecto de título, los cuales establecerán la pertinencia de la información recolectada.</p> <p>Finalmente el referente comenta que se compromete a traspasar la documentación entregada a un formato más apto para su revisión, no obstante lo entregado según su criterio cumple con lo requerido por la ley.</p> <p>Se establece que para futuras convocatorias estas serán realizadas mediante correo electrónico institucional (<b>calimentajefe.hcvb@redsalud.gov.cl</b>)</p> <p>Finaliza la reunión a las 12:30 hrs.</p>
<p><b>Acuerdos y/o productos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Productos Entregados:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. POE Solicitud de regímenes a Central de Alimentación</li> <li>2. POE Identificación del Régimen para el paciente</li> <li>3. POE Estimación de Requerimientos Nutricionales</li> </ol> </li> <li>• <b>Tareas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una revisión de la documentación entregada por el referente en conjunto a la comisión reglamento interno.</li> <li>• Convocar a una nueva instancia para realizar retroalimentación si este fuera necesaria.</li> </ul> </li> </ul>

## Registro de Reunión N°2

<b>Fecha</b>	<b>Jueves 14 de Mayo de 2015</b>
<b>Lugar</b>	Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital Carlos Van Buren
<b>Tipo de actividad</b>	Primera encuentro con referente técnico asociado a requerimiento de ley 20.584
<b>Hora de inicio</b>	15:00 hrs.
<b>Hora de término</b>	15:30 hrs.
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Christian Mancilla Lazcano, Estudiante en práctica.</li><li>• Karim Arias, Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente</li></ul>
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar un primer encuentro con referente técnico, asociado a un artículo del requerimiento de la ley 20.584.</li></ul>
<b>Artículo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los documentos e información necesaria para llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, conforme a la reglamentación pertinente.</li><li>• Los mecanismos implementados para asegurar el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad de la atención de salud que se aprueben mediante Resolución dictada por el MINSAL</li></ul>
<b>Elementos importantes de la Entrevista</b>	<p>La reunión comienza a las 15:00 Hrs en la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, con la presencia del estudiante en proyecto de título y la Funcionaria Karim Arias perteneciente a dicha Unidad.</p> <p>El Estudiante realiza una contextualización de las necesidades relacionadas con el requerimiento de la ley y los puntos de referencia vinculados a la respectiva unidad, los cuales tienen principalmente relación con los procedimientos de consentimiento informado y</p>

	<p>mecanismos de cumplimiento de normas de calidad y seguridad de la atención de salud.</p> <p>La referente ante esto comenta que en la Unidad y en el Hospital existen protocolos asociados al consentimiento informado, los cuales se encuentran disponibles a través de la intranet, no obstante existe un protocolo de consentimiento informado el cual se encuentra en proceso de validación por parte la dirección del hospital.</p> <p>En referencia a los mecanismos implementados para a seguridad el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad del paciente, estas se encuentran establecidas bajo una base dictada por el MINSAL, el cual establece requerimientos mínimos que debiese contener un hospital, Ante esto es que el hospital se rige en base a esos requerimientos para dar cumplimiento a aquel requerimiento.</p> <p>Finalmente la referente se compromete a hacer entrega de la documentación señalada con anterioridad, por lo que el estudiante comenta que esta información será evaluada por parte la comisión encargada de asesorar al estudiante en función de evaluar su pertinencia para dar cumplimiento del requerimiento de la ley.</p> <p>Se establece que para futuras convocatorias, estas sean mediante correo institucional, el cual es <b>karim.arias@redsalud.gov.cl</b></p> <p>La Reunión finaliza a las 15.30 Hrs</p>
<p><b>Acuerdos y/o productos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Productos Entregados:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protocolo de consentimiento Informado</li> <li>2. Normativas Minsal asociadas a asegurar el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad de la atención de salud.</li> </ol> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tareas:</b></li> <li>• Realizar una revisión de la documentación entregada por el referente en conjunto a la comisión reglamento interno.</li> <li>• Convocar a una nueva instancia para realizar retroalimentación si este fuera necesaria.</li> </ul>
--	---

### Registro de Reunión N°3

<b>Fecha</b>	<b>Jueves 23 de Abril de 2015</b>
<b>Lugar</b>	Unidad de Gestión del Usuario, Hospital Carlos Van Buren
<b>Tipo de actividad</b>	Primera encuentro con referente técnico asociado a requerimiento de ley 20.584
<b>Hora de inicio</b>	16:00 hrs.
<b>Hora de término</b>	16:30 hrs.
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Christian Mancilla Lazcano, Estudiante en práctica.</li> <li>• Jeanette Martinez, Jefe CR Gestión Atención Usuario</li> </ul>
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar un primer encuentro con referente técnico, asociado a un artículo del requerimiento de la ley 20.584.</li> </ul>
<b>Artículo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los procedimientos que deben adoptarse, la documentación necesaria para operativizar la referencia y la contrareferencia de las personas en su caso</li> </ul>
<b>Elementos importantes de la Entrevista</b>	<p>La reunión comienza a las 16:00 Hrs con la presencia del estudiante en proyecto de título y Jeanette Martinez, Jefa de CR Gestión del Usuario.</p> <p>El Estudiante realiza una contextualización de las necesidades relacionadas con el requerimiento de la ley y los puntos de referencia vinculados a la respectiva</p>

	<p>unidad, los cuales tienen principalmente relación con los procedimientos asociados para operativizar la referencia y la contra referencia de las personas.</p> <p>La referente comenta que en función de lo solicitado se establece una base por parte del MINSAL para gestionar la referencia y la contrareferencia entre instituciones prestadoras de salud.</p> <p>Junto con ello agrega que durante el año 2014 estos datos fueron requeridos por parte del MINSAL para su evaluación, por lo que además se agregan antecedentes asociados a la atención abierta del Hospital, como es el CAE.</p> <p>Finalmente comenta que la información requerida está contenida en un manual, el cual sirvió de base para la unidad para levantar dicho requerimiento.</p> <p>La referente se compromete de hacer envío de la información en formato digital a Supervisora institucional, para que esta posteriormente reenvíe el documento al estudiante.</p> <p>El estudiante comenta que dicha documentación entregada será evaluada por parte del estudiante en conjunto a la comisión reglamento interno la cual asesora al estudiante en el proceso.</p> <p>Para futuras convocatorias se realizarán mediante correo electrónico institucional el cual es <b>jeanette.martinez@redsalud.gov.cl</b></p> <p>La reunión termina a las 16:30 Hrs</p>
<p><b>Acuerdos y/o productos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Productos Entregados:</b></li> <li>1. Gestión de la Demanda Atención Abierta HCVB 2014</li> <li>2. Cartera de Servicio Atención Abierta 2014</li> </ul>

	<p>3. Manual de Organización Consultorio de especialidades HCVB</p> <p>4. Proceso de Gestión de citas</p> <p>5. Mapa de derivación Valparaíso – San Antonio</p> <p>• <b>Tareas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una revisión de la documentación entregada por el referente en conjunto a la comisión reglamento interno.</li> <li>• Convocar a una nueva instancia para realizar retroalimentación si este fuera necesaria.</li> </ul>
--	---

**Registro de Reunión N°4**

<b>Fecha</b>	<b>Miércoles 22 de Abril de 2015</b>
<b>Lugar</b>	Unidad de Servicio Social, Hospital Carlos Van Buren
<b>Tipo de actividad</b>	Primera encuentro con referente técnico asociado a requerimiento de ley 20.584
<b>Hora de inicio</b>	10:00 hrs.
<b>Hora de término</b>	10:30 hrs.
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Christian Mancilla Lazcano, Estudiante en práctica.</li> <li>• Lidia Parra Castillo, Jefe Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</li> </ul>
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar un primer encuentro con referente técnico, asociado a un artículo del requerimiento de la ley 20.584.</li> </ul>
<b>Artículo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El derecho a la asistencia religiosa o espiritual, en el caso de ser ésta requerida por el paciente o su acompañante, así como las atenciones especiales de pertinencia cultural, según corresponda en ambos casos.</li> </ul>

<p><b>Elementos Importantes de la Entrevista</b></p>	<p>La reunión comienza a las 10:00 Hrs con la presencia del estudiante en proyecto de título y Lidia Parra Castillo, Jefa de Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana</p> <p>El Estudiante realiza una contextualización de las necesidades relacionadas con el requerimiento de la ley y los puntos de referencia vinculados a la respectiva unidad, los cuales tienen principalmente relación con los procedimientos asociados El derecho a la asistencia religiosa o espiritual, en el caso de ser ésta requerida por el paciente o su acompañante, así como las atenciones especiales de pertinencia cultural.</p> <p>La referente comenta que dicha documentación se encuentra contenida en el decreto 94 que tiene referencia con el reglamento de asistencia religiosa, el cual es dictado por el MINSAL, además de tener referencia mediante la ley 19.638 referente a la ley de culto. Es en base a esto que la Unidad de Servicio social se hacer cargo de este espacio y elabora una cartilla informativa además con la cual hace entrega de información a los usuarios respecto a sus derechos asociados a la asistencia religiosa y de culto.</p> <p>La referente se compromete a enviar información a estudiante en formato digital, mediante correo electrónico institucional.</p> <p>El estudiante comenta que dicha documentación entregada será evaluada por parte del estudiante en conjunto a la comisión reglamento interno la cual asesora al estudiante en el proceso.</p> <p>Para futuras convocatorias se realizarán mediante correo electrónico institucional el cual es <b>Lidia.Parra@redsalud.gov.cl</b></p>
--	--

<b>Acuerdos y/o productos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Productos Entregados:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cartilla Informativa Asistencia Religiosa</li> <li>2. Decreto 94 Reglamento de Asistencia Religiosa</li> <li>3. Ley de Culto 19.638</li> <li>4. Reglamento de Asistencia Religiosa</li> <li>5. Tríptico Asistencia Espiritual</li> </ol> </li> <li>• <b>Tareas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una revisión de la documentación entregada por el referente en conjunto a la comisión reglamento interno.</li> <li>• Convocar a una nueva instancia para realizar retroalimentación si este fuera necesaria.</li> </ul> </li> </ul>
-------------------------------	---

**Registro de Reunión N°5**

<b>Fecha</b>	<b>Jueves 30 de Abril de 2015</b>
<b>Lugar</b>	Unidad de Recaudación, Hospital Carlos Van Buren
<b>Tipo de actividad</b>	Primera encuentro con referente técnico asociado a requerimiento de ley 20.584
<b>Hora de inicio</b>	12:00 hrs.
<b>Hora de término</b>	12:30 hrs.
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Christian Mancilla Lazcano, Estudiante en práctica.</li> <li>• Rene Peña Sanchez, Jefe de Sección Recaudación</li> </ul>
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar un primer encuentro con referente técnico, asociado a un artículo del requerimiento de la ley 20.584.</li> </ul>
<b>Artículo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los costos arancelados de las prestaciones que otorga y las modalidades de pago, intereses u otros conceptos cuando corresponda</li> </ul>

<p><b>Elementos Importantes de la Entrevista</b></p>	<p>La reunión comienza a las 12:00 Hrs con la presencia del estudiante en proyecto de título, Lidia Parra Castillo, Jefa de Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana y Rene Peña Sanchez, Jefe de Unidad de Recaudación</p> <p>El Estudiante realiza una contextualización de las necesidades relacionadas con el requerimiento de la ley y los puntos de referencia vinculados a la respectiva unidad, los cuales tienen principalmente relación con los procedimientos asociados a los costos arancelados de las prestaciones que otorga y las modalidades de pago, intereses u otros conceptos.</p> <p>El referente comenta que dentro de la unidad, poseen un documento en el cual establecen los procedimientos asociados a los ingresos de copago dentro del Hospital, el cual señala las labores que deben cumplir los funcionarios asociados a la unidad en función de la admisión y recaudación de los pacientes en atención abierta y cerrada, percibir todos los ingresos por concepto de la aplicación de los Aranceles FONASA respectivos y el Arancel Atención de Paciente Particular en Pensionado, a través de validación de la clasificación previsional de los pacientes por medio del Certificador Previsional de FONASA, para proceder al cobro respectivo según corresponda. También aplicar los cobros a pacientes por prestaciones médicas con aquellas instituciones con convenio.</p> <p>El referente se compromete a enviar información a estudiante en formato digital, mediante correo electrónico institucional.</p> <p>El estudiante comenta que dicha documentación entregada será evaluada por parte del</p>
--	---

	<p>estudiante en conjunto a la comisión reglamento interno la cual asesora al estudiante en el proceso.</p> <p>Para futuras convocatorias se realizarán mediante correo electrónico institucional el cual es <b>Rene.Pena@redsalud.gov.cl</b></p>
<b>Acuerdos y/o productos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Productos Entregados:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Resolución Exenta N° 4525</b></li> <li>2. <b>Manual de Procedimiento de ingresos de copagos, Unidad de Recaudación HCVB</b></li> </ol> </li> <li>• <b>Tareas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una revisión de la documentación entregada por el referente en conjunto a la comisión reglamento interno.</li> <li>• Convocar a una nueva instancia para realizar retroalimentación si este fuera necesaria.</li> </ul> </li> </ul>

**Registro Reunión N°6**

<b>Fecha</b>	<b>Jueves 5 de Mayo de 2015</b>
<b>Lugar</b>	Unidad de Planificación y control, Hospital Carlos Van Buren
<b>Tipo de actividad</b>	Primera encuentro con referente técnico asociado a requerimiento de ley 20.584
<b>Hora de inicio</b>	10:00 hrs.
<b>Hora de término</b>	10:30 hrs.
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Christian Mancilla Lazcano, Estudiante en práctica.</li> <li>Carla Fierro Labra, Jefe de Planificación y Control</li> </ul>
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar un primer encuentro con referente técnico, asociado a un artículo del requerimiento de la ley 20.584.</li> </ul>

<b>Artículo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de prestaciones de salud que otorgará y servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico con que cuenta</li> </ul>
<b>Elementos importantes de la Entrevista</b>	<p>La reunión comienza a las 10:00 Hrs con la presencia del estudiante en proyecto de título, Lidia Parra Castillo, Jefa de Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana y Carla Fierro Labra, Jefe de Planificación y control.</p> <p>El Estudiante realiza una contextualización de las necesidades relacionadas con el requerimiento de la ley y los puntos de referencia vinculados a la respectiva unidad, los cuales tienen principalmente relación con los Tipo de prestaciones de salud que otorgará y servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico con que cuenta la institución.</p> <p>El referente comenta que dicha información se encuentra contenida dentro de la cartera de servicio que el hospital posee. Esto va asociado a los tipos de prestaciones que la institución realiza en sus dos modalidades de atención, tanto abierta como cerrada. Dicho documento actualmente se encuentra en actualización, en el cual el referente se compromete a hacer entrega cuando este se encuentre validado por dirección para su difusión.</p> <p>El referente se compromete a enviar información a estudiante en formato digital, mediante correo electrónico institucional una vez esté completo.</p> <p>El estudiante comenta que dicha documentación entregada será evaluada por parte del estudiante en conjunto a la comisión reglamento interno la cual asesora al estudiante en el proceso.</p>

	Para futuras convocatorias se realizarán mediante correo electrónico institucional el cual es <b>Carla.fierro@redsalud.gov.cl</b>
<b>Acuerdos y/o productos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Productos Entregados:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Cartera de Servicios 2015</b></li> </ol> </li> <li>• <b>Tareas:</b></li> <li>• Realizar una revisión de la documentación entregada por el referente en conjunto a la comisión reglamento interno.</li> <li>• Convocar a una nueva instancia para realizar retroalimentación si este fuera necesaria.</li> </ul>

**Registro de Reunión N°7**

<b>Fecha</b>	<b>Miércoles 4 de Mayo de 2015</b>
<b>Lugar</b>	Unidad de Atención a los Pacientes, Hospital Carlos Van Buren
<b>Tipo de actividad</b>	Primera encuentro con referente técnico asociado a requerimiento de ley 20.584
<b>Hora de inicio</b>	11:00 hrs.
<b>Hora de término</b>	11:30 hrs.
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Christian Mancilla Lazcano, Estudiante en práctica.</li> <li>• Alejandra Sanchez Walker, Jefe de Planificación y Control</li> </ul>
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar un primer encuentro con referente técnico, asociado a un artículo del requerimiento de la ley 20.584.</li> </ul>
<b>Artículo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los horarios de visita y acompañamiento de los pacientes en el caso que corresponda</li> <li>• Normas que los acompañantes deberán respetar</li> </ul>

<p><b>Elementos Importantes de la Entrevista</b></p>	<p>La reunión comienza a las 11:00 Hrs con la presencia del estudiante en proyecto de título, Lidia Parra Castillo, Jefa de Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana y Alejandra Sanchez Walker, Jefe de Unidad de Atención a los Pacientes.</p> <p>El Estudiante realiza una contextualización de las necesidades relacionadas con el requerimiento de la ley y los puntos de referencia vinculados a la respectiva unidad, los cuales tienen principalmente relación con los horarios de visita y acompañamiento de los pacientes y las normas que estos deben cumplir.</p> <p>El referente comenta que dicha información se encuentra contenida en el protocolo de sistema de visitas a pacientes hospitalizados en camas básicas, el cual fue elaborado por la unidad en el año 2011. En base a esto es que comenta que la inquietud es validar nuevamente el instrumento en función de los nuevos requerimientos que han debido surgir mediante los años, aunque en base a lo establecido, no debiese tener mayor modificación al insumo.</p> <p>El referente se compromete a enviar información a estudiante en formato digital, mediante correo electrónico institucional.</p> <p>El estudiante comenta que dicha documentación entregada será evaluada por parte del estudiante en conjunto a la comisión reglamento interno la cual asesora al estudiante en el proceso.</p> <p>Para futuras convocatorias se realizarán mediante correo electrónico institucional el cual es <b><u><a href="mailto:Alejandra.Sanchez@redsalud.gov.cl">Alejandra.Sanchez@redsalud.gov.cl</a></u></b></p>
<p><b>Acuerdos y/o productos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Productos Entregados:</b></li> <li style="padding-left: 20px;"><b>2. Cartera de Servicios 2015</b></li> <li>• <b>Tareas:</b></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una revisión de la documentación entregada por el referente en conjunto a la comisión reglamento interno.</li> <li>• Convocar a una nueva instancia para realizar retroalimentación si este fuera necesaria.</li> </ul>
--	---

### **Registro de Reunión N°8**

<b>Fecha</b>	<b>Miércoles 27 de Mayo de 2015</b>
<b>Lugar</b>	Unidad de Servicio Social, Hospital Carlos Van Buren
<b>Tipo de actividad</b>	Primera encuentro con referente técnico asociado a requerimiento de ley 20.584
<b>Hora de inicio</b>	09:00 hrs.
<b>Hora de término</b>	09:30 hrs.
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Christian Mancilla Lazcano, Estudiante en práctica.</li> <li>• Ivonne Otey Correa, Enfermera Coordinadora Área Medico Quirúrgica</li> </ul>
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar un primer encuentro con referente técnico, asociado a un artículo del requerimiento de la ley 20.584.</li> </ul>
<b>Artículo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los mecanismos de identificación, acreditación de la afiliación u otros de información que sean necesarios para la atención de los usuarios.</li> </ul>
<b>Elementos importantes de la Entrevista</b>	La reunión comienza a las 09:00 Hrs con la presencia del estudiante en proyecto de título, Lidia Parra Castillo, Jefa de Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana y Ivonne Otey Correa, Enfermera Coordinadora del área médico quirúrgica del hospital

	<p>El Estudiante realiza una contextualización de las necesidades relacionadas con el requerimiento de la ley y los puntos de referencia vinculados a la respectiva unidad, los cuales tienen principalmente relación con los mecanismos de identificación, acreditación de la afiliación u otros de información que sean necesarios para la atención de los usuarios.</p> <p>La referente comenta que dicha información se encuentra contenida en el manual de acogida al usuario o mejor conocida como “Hospital Amigo”. Dicho documento se encontraba en actualización la cual fue realizada por la subdirección de gestión del cuidado junto con la asesoría de la referente. Tal documento contiene los procedimientos asociados al sistema de acogida y información a la familia, competente a la identificación de los funcionarios, la identificación del usuario, el horario y entrega de tarjeta de visita y descripción de los procesos de acompañamiento y derechos y deberes del equipo de salud.</p> <p>El referente se compromete a enviar información a estudiante en formato digital, mediante correo electrónico institucional.</p> <p>El estudiante comenta que dicha documentación entregada será evaluada por parte del estudiante en conjunto a la comisión reglamento interno la cual asesora al estudiante en el proceso.</p> <p>Para futuras convocatorias se realizarán mediante correo electrónico institucional el cual es <b>Ivonne.Otey@redsalud.gov.cl</b></p>
<p><b>Acuerdos y/o productos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Productos Entregados:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de Acogida al usuario 2015 “Hospital Amigo”</li> </ol> </li> <li>• <b>Tareas:</b></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una revisión de la documentación entregada por el referente en conjunto a la comisión reglamento interno.</li> <li>• Convocar a una nueva instancia para realizar retroalimentación si este fuera necesaria.</li> </ul>
--	---

### Registro de Reunión N°9

<b>Fecha</b>	<b>Jueves 7 de Mayo de 2015</b>
<b>Lugar</b>	Unidad de Servicio Social, Hospital Carlos Van Buren
<b>Tipo de actividad</b>	Primera encuentro con referente técnico asociado a requerimiento de ley 20.584
<b>Hora de inicio</b>	09:00 hrs.
<b>Hora de término</b>	09:30 hrs.
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Christian Mancilla Lazcano, Estudiante en práctica.</li> <li>• Fernando Novoa Sotta, Médico Cirujano integrante del Comité de Bioética HCVB</li> </ul>
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar un primer encuentro con referente técnico, asociado a un artículo del requerimiento de la ley 20.584.</li> </ul>
<b>Artículo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El comité de ética de que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.</li> </ul>
<b>Elementos importantes de la Entrevista</b>	<p>La reunión comienza a las 09:00 Hrs con la presencia del estudiante en proyecto de título, Lidia Parra Castillo, Jefa de Unidad de Servicio Social y Participación Ciudadana y Fernando Novoa Sotta, Médico Cirujano e integrante del comité de Bioética del Hospital</p> <p>El Estudiante realiza una contextualización de las necesidades relacionadas con el requerimiento de la ley y los puntos de referencia vinculados a la respectiva</p>

	<p>unidad, los cuales tienen principalmente relación con el comité de ética de que dispone el establecimiento.</p> <p>El referente comenta que los comités de bioética se encuentran regulados por un reglamento el cual se encuentra establecido, en el cual contiene las facultades, las personas que pueden participar de este comité y los mecanismos de acceso a este. Además el referente comenta que posee artículos de referencia, los cuales son de su autoría que pudiesen servir como elemento anexo al requerimiento.</p> <p>El referente se compromete a enviar información a estudiante en formato digital, mediante correo electrónico institucional.</p> <p>El estudiante comenta que dicha documentación entregada será evaluada por parte del estudiante en conjunto a la comisión reglamento interno la cual asesora al estudiante en el proceso.</p> <p>Para futuras convocatorias se realizarán mediante correo electrónico institucional el cual es <a href="mailto:til@vtr.net"><u>til@vtr.net</u></a></p>
<p><b>Acuerdos y/o productos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Productos Entregados:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reglamento Comisión Bioética HCVB</li> <li>2. Artículos Ética – Bioética, Fernando Novoa</li> </ol> </li> <li>• <b>Tareas:</b></li> <li>• Realizar una revisión de la documentación entregada por el referente en conjunto a la comisión reglamento interno.</li> <li>• Convocar a una nueva instancia para realizar retroalimentación si este fuera necesaria.</li> </ul>

### Registro de Reunión N°10

<b>Fecha</b>	<b>Miércoles 10 de Junio de 2015</b>
<b>Lugar</b>	Unidad de Gestión de Riesgo y Salud Ocupacional, Hospital Carlos Van Buren
<b>Tipo de actividad</b>	Primera encuentro con referente técnico asociado a requerimiento de ley 20.584
<b>Hora de inicio</b>	15:00 hrs.
<b>Hora de término</b>	15:30 hrs.
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Christian Mancilla Lazcano, Estudiante en práctica.</li><li>• Jose Miguel Lopez, Jefe Unidad de Gestión de Riesgos y Salud Ocupacional.</li></ul>
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar un primer encuentro con referente técnico, asociado a un artículo del requerimiento de la ley 20.584.</li></ul>
<b>Artículo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La información referida a las diversas vías de evacuación existentes y procedimientos adoptados en su caso, para casos de emergencia.</li></ul>
<b>Elementos importantes de la Entrevista</b>	<p>La reunión comienza a las 15:00 Hrs con la presencia del estudiante en proyecto de título y José Miguel López, Jefe de la Unidad de Gestión de Riesgo y Salud Ocupacional.</p> <p>El Estudiante realiza una contextualización de las necesidades relacionadas con el requerimiento de la ley y los puntos de referencia vinculados a la respectiva unidad, los cuales tienen principalmente relación con la información referida a las diversas vías de evacuación existentes y procedimientos adoptados en su caso, para casos de emergencia.</p> <p>El referente comenta que el documento que da cumplimiento a este requerimiento, estaba en proceso de validación por parte de gestión de calidad, por lo que</p>

	<p>cuando realizamos la primera convocatoria este no se podía entregar dado que debía cumplir el proceso de sanción por parte la unidad señalada. El referente agrega que dicho documento ya se encuentra validado y contiene los procedimientos de evacuación en forma localizada ante una emergencia, además de contener otro tipo de información, como mapas de la infraestructura, con la respectiva señalización en caso de una emergencia. Además comenta que en el procedimiento de evacuación de emergencia se asignan funciones específicas que deben cumplir los funcionarios del establecimiento.</p> <p>El referente se compromete a enviar información a estudiante en formato digital, mediante correo electrónico institucional.</p> <p>El estudiante comenta que dicha documentación entregada será evaluada por parte del estudiante en conjunto a la comisión reglamento interno la cual asesora al estudiante en el proceso.</p> <p>Para futuras convocatorias se realizarán mediante correo electrónico institucional el cual es <b>Jose.Lopezs@redsalud.gov.cl</b></p>
<p><b>Acuerdos y/o productos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Productos Entregados:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Plan Institucional de Evacuación</b></li> </ol> </li> <li>• <b>Tareas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una revisión de la documentación entregada por el referente en conjunto a la comisión reglamento interno.</li> <li>• Convocar a una nueva instancia para realizar retroalimentación si este fuera necesaria.</li> </ul> </li> </ul>

### Registro de Reunión N°11

<b>Fecha</b>	<b>Martes 16 de Junio de 2015</b>
<b>Lugar</b>	Unidad de Gestión Docente, Hospital Carlos Van Buren
<b>Tipo de actividad</b>	Primera encuentro con referente técnico asociado a requerimiento de ley 20.584
<b>Hora de inicio</b>	10:00 hrs.
<b>Hora de término</b>	10:30 hrs.
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Christian Mancilla Lazcano, Estudiante en práctica.</li><li>• Patricio Scotti F, Jefe Unidad de Gestión Docente HCVB</li></ul>
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar un primer encuentro con referente técnico, asociado a un artículo del requerimiento de la ley 20.584.</li></ul>
<b>Artículo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Condición de colaborador de la docencia conforme a los convenios que haya suscrito con entidades de educación superior reconocidas.</li></ul>
<b>Elementos importantes de la Entrevista</b>	
<b>Acuerdos y/o productos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Productos Entregados:</b><ol style="list-style-type: none"><li>1.</li></ol></li><li>• <b>Tareas:</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar una revisión de la documentación entregada por el referente en conjunto a la comisión reglamento interno.</li><li>• Convocar a una nueva instancia para realizar retroalimentación si este fuera necesaria.</li></ul></li></ul>

**B. Categorización de Referentes Correspondiente a la primera reunión con Comisión**

		<b><u>MATRIZ DE EVALUACIÓN DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA POR REFERENTES INSTITUCIONALES</u></b>				
<b>ARTICULO</b>	<b>PROCESO</b>		<b>INDICADOR</b>			
			<b>REFERENTE CON DOCUMENTO COMPETENTE</b>  <b>(LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR PARTE DEL REFERENTE SE ENCUENTRA COMPLETA CON IDEAS EXPLICADAS Y PROFUNDIZADAS)</b>	<b>REFERENTE CON DOCUMENTO EN DESARROLLO</b>  <b>(LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR PARTE DEL REFERENTE SE ENCUENTRA CON ALGUNAS IDEAS EXPLICADAS Y PROFUNDIZADAS PERO NO CUMPLE COMPLETAMENTE CON LO SOLICITADO)</b>	<b>REFERENTE CON DOCUMENTO NO COMPETENTE</b>  <b>(LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL REFERENTE SOBRE EL TEMA SE REMITE TAN SOLO A UNA ENUMERACIÓN DESCRIPTIVA DE IDEAS SIN PROFUNDIZAS EN ELLAS)</b>	<b>REFERENTE SIN DOCUMENTACIÓN</b>  <b>(LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL REFERENTE NO SE ENCUENTRA SISTEMATIZADA EN UN FORMATO FORMAL Y ESCRITO)</b>
<b>Los tipos de prestaciones de salud que otorgará y los servicios de apoyo diagnóstico y</b>	<b>TIPO DE PRESTACIONES DE SALUD QUE OTORGARÁ Y SERVICIOS DE APOYO</b>	<b>CARLA FIERRO</b>			<b>SE ESTIMA CATEGORIZAR EN ESTA ÁREA DEBIDO A QUE SE CONSIDERA QUE NO</b>	

<p>terapéutico, con que cuenta, así como en su caso, su condición de colaborador de la docencia conforme a los convenios que haya suscrito con entidades de educación superior reconocidas.</p>	<p>DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO CON QUE CUENTA</p>				<p>ESTÁ COMPLETA LA INFORMACIÓN REQUERIDA,</p>	
<p>Las normas existentes sobre ingreso, estadía y egreso del establecimiento, así como aquellas que digan relación con los</p>	<p>CONDICIÓN DE COLABORADOR DE LA DOCENCIA CONFORME A LOS CONVENIOS QUE HAYA SUSCRITO CON ENTIDADES DE EDUCACIÓN SUPERIOR RECONOCIDAS.</p>	<p>PATRICIO SCOTTI</p>			<p>SE ESTIMA QUE SE DEBE REALIZAR ÉNFASIS EN LO ASISTENCIAL POR SOBRE LO DOCENTE</p>	<p>DICHO ÁMBITO SE ENCUENTRA EN DESARROLLO POR PARTE DE LOS REFERENTES POR LO QUE SE ESTABLECE PERTINENTE VOLVERSE A REUNIR</p>
	<p>LAS NORMAS EXISTENTES SOBRE INGRESO,</p>	<p>DR FUENTES / DR NOVOA (COMITÉ DE ETICA)</p>				

<b>procedimientos de alta disciplinaria o voluntaria.</b>						<b>POSTERIOR A LA REUNIÓN</b>
	<b>ESTADÍA Y EGRESO DEL ESTABLECIMIENTO</b>	<b>DRA. CARVAJAL, DR FUENTES</b>		<b>SE DEBE HACER ENFASIS EN LAS NORMAS DE CUIDADO DEL ESTABLECIMIENTO Y ADEMÁS ESTABLECER UN PROCEDIMIENTO DE AVISO A LAS DIFERENTES UNIDADES DE QUE EL PACIENTE FUE DADO DE ALTA DE LA INSTITUCIÓN</b>		
	<b>PROCEDIMIENTOS DE ALTA DISCIPLINARIA O VOLUNTARIA</b>	<b>DRA. CARVAJAL, DR FUENTES</b>		<b>SE DEBE HACER ÉNFASIS EN LOS CASOS DE ALTA DISCIPLINARIA, EN RELACIÓN AL MAL</b>		

				TRATO HACIA LOS FUNCIONARIOS DEL ESTABLECIMIENTO		
<p><b>Los procedimientos que deben adoptarse, así como la documentación necesaria, para operativizar la referencia y la contrareferencia de las personas, en su caso; en el caso que exista indicación, los resguardos y mecanismos adoptados para la derivación y hospitalización del usuario en</b></p>	<p><b>LOS PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN ADOPTARSE, LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA OPERATIVIZAR LA REFERENCIA Y LA CONTRAREFERENCIA DE LAS PERSONAS EN SU CASO</b></p>	<p><b>JEANETTE MARTINEZ</b></p>			<p><b>SE ESTIMA QUE EL DOCUMENTO NO CUMPLE CON LO REQUERIDO</b></p>	
	<p><b>EN EL CASO QUE EXISTA INDICACIÓN, LOS RESGUARDOS Y MECANISMOS ADOPTADOS PARA LA DERIVACIÓN Y HOSPITALIZACIÓN DEL USUARIO EN OTROS ESTABLECIMIENTOS QUE</b></p>	<p><b>GESTIÓN DE CAMAS (GINA PEIRANO)</b></p>			<p><b>DICHO DOCUMENTO SE ENCUENTRA EN ELABORACIÓN POR LA UNIDAD MENCIONADA</b></p>	

<p>otros establecimientos que otorguen atención cerrada</p>	<p>OTORGUEN ATENCIÓN CERRADA.</p>					
<p>Los procedimientos relacionados con la visita o supervigilancia médica de rutina y de gestión de cuidados cotidianos y alimentación según la condición médica de la persona</p>	<p>LOS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VISITA O SUPERVIGILANCIA MÉDICA DE RUTINA</p>	<p>DR FUENTES</p>			<p>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA EN PROCESO, NO OBSTANTE LA COMISIÓN HACE ÉNFASIS EN ESTE PUNTO EN EL CUAL SE DEBE RESPETAR LOS TIEMPOS DE SUPERVIGILANCIA DE LOS MÉDICOS TRATANTES.</p>	
	<p>LOS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA</p>	<p>DORIS ABARZUA</p>	<p>DICHA DOCUMENTACIÓN SE ENCUENTRA</p>			

	<b>GESTIÓN DE CUIDADOS COTIDIANOS</b>		<b>INSERTA EN EL HOSPITAL AMIGO</b>			
	<b>LOS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN.</b>	<b>VICTOR LEAL</b>		<b>SE DEBE HACER MAYOR DETALLE DEL PROCEDIMIENTO RELACIONADO AL PLAN NUTRICIONAL QUE RECIBEN LOS PACIENTES Y ADECUARLO A LA REALIDAD DEL HOSPITAL</b>		
<b>Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas y sus acompañantes o</b>	<b>LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS Y LOS PROFESIONALES DE SALUD RESPONSABLES DE PROPORCIONAR A LAS PERSONAS Y SUS ACOMPAÑANTES O</b>	<b>DRA. CARVAJAL, DR FUENTES</b>			<b>SE DEBE HACER ÉNFASIS EN EL USO DE LAS PIZARRAS EN DONDE SE INDIVIDUALIZA AL PACIENTE, ANOTAR EL NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE.</b>	

<b>visitantes, la información sobre su estado de salud</b>	<b>VISITANTES, LA INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO DE SALUD.</b>					
<b>Los documentos e información necesaria para llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, conforme a la reglamentación pertinente.</b>	<b>LOS DOCUMENTOS E INFORMACIÓN NECESARIA PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFORME A LA REGLAMENTACIÓN PERTINENTE</b>	<b>GESTIÓN DE CALIDAD (KARIM ARIAS)</b>	<b>DICHOS DOCUMENTOS SE ENCUENTRAN EMANADOS POR EL MINSAL</b>			
<b>Los mecanismos implementados para asegurar el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad de la atención de Salud que se aprueben</b>	<b>LOS MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE APRUEBEN MEDIANTE RESOLUCIÓN DICTADA POR EL MINSAL</b>		<b>DICHOS DOCUMENTOS SE ENCUENTRAN EMANADOS POR EL MINSAL, JUNTO CON ELLO LA INSTITUCIÓN POSEE DOCUMENTOS PROPIOS</b>			

<b>mediante Resolución dictada por el Ministro de Salud.</b>						
<b>Los horarios de funcionamiento del establecimiento, la modalidad de agendamiento de horas y el medio por el cual ello se comunica a los usuarios.</b>	<b>HORARIOS DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO</b>	<b>IVONNE OTEY</b>	<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b>			
	<b>LA MODALIDAD DE AGENDAMIENTO DE HORAS</b>	<b>JEANETTE MARTINEZ</b>	<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b>			
	<b>EL MEDIO A TRAVÉS DEL CUAL ELLO SE COMUNICA A LOS USUARIOS</b>	<b>JEANETTE MARTINEZ</b>	<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b>			
<b>Los horarios de visita y acompañamiento de</b>	<b>LOS HORARIOS DE VISITA Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS</b>	<b>IVONNE OTEY</b>	<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA</b>			

<b>los pacientes, en el caso que corresponda, y las normas que los acompañantes deberán respetar.</b>	<b>PACIENTES EN EL CASO QUE CORRESPONDA</b>		<b>ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b>			
	<b>NORMAS QUE LOS ACOMPAÑANTES DEBERÁN RESPETAR</b>	<b>IVONNE OTEY</b>	<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b>			
<b>Los mecanismos de identificación, acreditación de la afiliación u otros de información que sean necesarios para la atención de los usuarios.</b>	<b>LOS MECANISMOS DE IDENTIFICACIÓN, ACREDITACIÓN DE LA AFILIACIÓN U OTROS DE INFORMACIÓN QUE SEAN NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS</b>	<b>IVONNE OTEY</b>	<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b>			
<b>La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el</b>	<b>LA FORMA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE SALUD DEL ESTABLECIMIENTO QUE LO ATIENDE, QUE DEBERÁ</b>	<b>IVONNE OTEY</b>	<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES</b>			

<p><b>equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.</b></p>	<p><b>INCLUIR LA FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA YA SEA EN EL ORDEN DOCENTE, DE FORMACIÓN O ASISTENCIAL.</b></p>		<p><b>VALIDADO POR LA COMISIÓN</b></p>			
<p><b>Los procedimientos necesarios para resguardar la privacidad del paciente, la modalidad para la captación y uso autorizados de imágenes de su cuerpo con fines de divulgación en</b></p>	<p><b>LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA RESGUARDAR LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE, LA MODALIDAD PARA LA CAPTACIÓN Y USO AUTORIZADOS DE IMÁGENES DE SU CUERPO CON FINES DE DIVULGACIÓN EN MEDIOS DE DIFUSIÓN SOCIAL O CIENTÍFICA SEGÚN PROCEDA</b></p>	<p><b>COMUNICACIÓN (RELACIONES PÚBLICAS) / COMITÉ DE ÉTICA /DIRECCIÓN</b></p>				<p><b>DICHO PROCEDIMIENTO NO SE ENCUENTRA ELABORADO. SE ESTIMA AGREGAR A REFERENCIA TÉCNICA AL COMITÉ DE ÉTICA CON LA FINALIDAD DE DAR EL PUNTO DE VISTA CIENTÍFICO AL PROCEDIMIENTO</b></p>

<p>medios de difusión social o científica según proceda y las regulaciones existentes en cuanto a la ficha clínica, según la Reglamentación pertinente.</p>	<p>LAS REGULACIONES EXISTENTES EN CUANTO A LA FICHA CLÍNICA, SEGÚN LA REGLAMENTACIÓN PERTINENTE.</p>	<p>KARIM ARIAS/NATALIA AMPUERO</p>	<p>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</p>			
<p>El derecho a la asistencia religiosa o espiritual, en el caso de ser ésta requerida por el paciente o su acompañante, así como las atenciones especiales de pertinencia cultural, según corresponda, en ambos casos.</p>	<p>EL DERECHO A LA ASISTENCIA RELIGIOSA O ESPIRITUAL, EN EL CASO DE SER ÉSTA REQUERIDA POR EL PACIENTE O SU ACOMPAÑANTE, ASÍ COMO LAS ATENCIONES ESPECIALES DE PERTINENCIA CULTURAL, SEGÚN CORRESPONDA EN AMBOS CASOS.</p>	<p>LIDIA PARRA /ADRIANA MOYA</p>	<p>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</p>			

<p><b>El comité de ética de que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él</b></p>	<p><b>EL COMITÉ DE ÉTICA DE QUE DISPONE EL ESTABLECIMIENTO O AQUEL AL CUAL SE ENCUENTRA ADSCRITO Y LOS MEDIOS PARA ACCEDER A ÉL.</b></p>	<p><b>DR. NOVOA</b></p>	<p><b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b></p>			
<p><b>Los costos arancelados de las prestaciones que otorga y las modalidades de su pago, intereses u otros conceptos cuando</b></p>	<p><b>LOS COSTOS ARANCELADOS DE LAS PRESTACIONES QUE OTORGA Y LAS MODALIDADES DE PAGO, INTERESES U OTROS CONCEPTOS CUANDO CORRESPONDA</b></p>	<p><b>RENÉ PEÑA</b></p>	<p><b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b></p>			

<p><b>corresponda. Asimismo se deberá contar con sistemas de libre acceso de información de precios de medicamentos e insumos que se utilicen en la atención y la forma como se proporcionará una cuenta actualizada y</b></p>	<p><b>SISTEMA DE LIBRE ACCESO DE INFORMACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS QUE SE UTILICEN EN LA ATENCIÓN Y LA FORMA COMO SE PROPORCIONARÁ UNA CUENTA ACTUALIZADA Y DETALLADA DE LOS GASTOS INCURRIDOS EN LA OPORTUNIDAD EN QUE SEA SOLICITADA POR EL USUARIO, CON INDICACIÓN DE LOS INSUMOS Y LAS DOSIS UTILIZADAS EN EL CASO QUE ÉSTAS SEAN UNITARIAS.</b></p>	<p><b>RENÉ PEÑA</b></p>		<p><b>SE DEBE BUSCAR UN FORMATO EN EL CUAL LA LISTA DE MEDICAMENTOS SEA AMIGABLE AL USUARIO</b></p>		
--	---	-------------------------	--	---	--	--

<p>detallada de los gastos incurridos, en la oportunidad en que sea solicitada por el usuario, con indicación de los insumos y las dosis utilizadas en el caso en que éstas sean unitarias. Las prestaciones que quedan cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud y la modalidad de su ejercicio por parte de los usuarios.</p>	<p>LAS PRESTACIONES QUE QUEDAN CUBIERTAS POR LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD Y LA MODALIDAD DE SU EJERCICIO POR PARTE DE LOS USUARIOS.</p>	<p>RENÉ PEÑA</p>	<p>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</p>			
---	--	------------------	--	--	--	--

<p><b>Condiciones previsionales que se requieren para obtener la atención y los antecedentes y trámites para ello</b></p>	<p>Condiciones previsionales que se requieren para obtener la atención y los antecedentes y trámites para ello</p>	<p>Sub Dirección Administrativa Rene Peña</p>				<p>Dicho punto no se encuentra elaborado, por lo que la comisión establece como referente a la sub dirección administrativa para levantar el insumo</p>
<p><b>Ubicación y uso del Libro de Reclamos y Sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según los establece la reglamentación pertinente</b></p>	<p><b>UBICACIÓN Y USO DEL LIBRO DE RECLAMOS Y SUGERENCIAS Y LAS MODALIDADES DE PRESENTACIÓN Y TRAMITACIÓN DE RECLAMOS, SEGÚN LOS ESTABLECE LA REGLAMENTACIÓN PERTINENTE.</b></p>	<p><b>UAP</b></p>	<p><b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b></p>			

<p><b>La información referida a las diversas vías de evacuación existentes y procedimientos adoptados en su caso, para casos de emergencia.</b></p>	<p><b>LA INFORMACIÓN REFERIDA A LAS DIVERSAS VÍAS DE EVACUACIÓN EXISTENTES Y PROCEDIMIENTOS ADOPTADOS EN SU CASO, PARA CASOS DE EMERGENCIA.</b></p>	<p><b>JOSÉ MIGUEL LOPEZ</b></p>		<p><b>SE DEBE CONSULTAR SI DICHO DOCUMENTO SE ENCUENTRA VALIDADO POR DIRECCIÓN PARA SU APROBACIÓN COMPLETA</b></p>		
---	---	---------------------------------	--	--	--	--

## 7.1 Anexos Correspondientes a Objetivo N°2

### A. Registros de actualización Reunión con Referentes

#### Registro Reunión N°1

<b>Fecha y lugar de reunión</b>	23 de Septiembre – Subdirección Administrativa
<b>Referido a Proceso</b>	1. El comité de ética de que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.
<b>Responsable del proceso (Unidad o servicio)</b>	Comité de Ética HCVB
<b>Participante Clave</b>	Fernando Novoa  Sebastián Vega  Bárbara Oliva
<b>Evaluación Comité de Expertos</b>	<b>referente con documento competente</b>  (La información entregada por parte del referente se encuentra completa con ideas explicadas y profundizadas)
<b>Desarrollo (Detallar un resumen sobre los temas tratados, con las intervenciones de los participantes, resultados y acuerdos. Especificar los temas y compromisos consensuados mencionando a los participantes que se harán cargo de los mismos)</b>	El estudiante se reúne en una primera instancia con Sebastián Vega, quien es el Secretario del Comité de Ética del Hospital.  El estudiante explica que se requiere acceder al documento que señala los mecanismos de acceso a dicho Comité, a lo que Sebastián comenta que para acceder a él, se requiere una llave, la cual él no la posee, pero realiza las gestiones para que el estudiante se reúna con la persona encargada.  Posteriormente el estudiante se reúne con Bárbara Oliva, Neonatóloga y Secretaria del Comité. Ella comenta que el documento requerido se encuentra en proceso de validación por gestión de calidad, por lo que sugiere ir a consultar a dicha unidad por su tramitación. Al llegar al lugar se establece contacto con Natalia Ampuero, quien comenta que dicho documento se

	<p>encuentra accesible dado que ya había recibido resolución.</p> <p>Finalmente se establece entre ambas partes el envío de este documento al correo de jefe subrogante de servicio social.</p>
<b>Información Requerida</b>	Procedimiento Comité Etica
<b>Información Obtenida</b>	Procedimiento Comité Ética actualizado y validado por gestión de calidad
<b>Tareas Pendientes</b>	Ninguna

### Registro de Reunión N°2

<b>Fecha y lugar de reunión</b>	10 de Septiembre – Gestión de Camas
<b>Referido a Proceso</b>	1. En el caso que exista indicación, los resguardos y mecanismos adoptados para la derivación y hospitalización del usuario en otros establecimientos que otorguen atención cerrada.
<b>Responsable del proceso (Unidad o servicio)</b>	Gestión de Camas
<b>Participante Clave</b>	Gina Peirano
<b>Evaluación Comité de Expertos</b>	<p><b>Referente con documento no Competente</b></p> <p>(La información entregada por el referente sobre el tema se remite tan solo a una enumeración descriptiva de ideas sin profundizas en ellas)</p>

<p><b>Desarrollo (Detallar un resumen sobre los temas tratados, con las intervenciones de los participantes, resultados y acuerdos. Especificar los temas y compromisos consensuados mencionando a los participantes que se harán cargo de los mismos)</b></p>	<p>El estudiante se reúne en una primera instancia con Gina Peirano, quien es Enfermera Jefe de la Unidad de Gestión de Camas</p> <p>El estudiante explica que se requiere acceder al documento que señala los procedimientos para la derivación y hospitalización del usuario en otros centros que otorgue atención cerrada.</p> <p>La referente comenta que dicha documentación se encuentra disponible y que estaba siendo revisada, pero que mientras ella puede entregarme los procedimientos de derivación, compra de servicios y traslado de pacientes con urgencias cuando exceden la capacidad del hospital. Además la referente hace entrega de un protocolo de seguimiento y recuperación de pacientes “Ley de urgencia desde centros privados” y protocolo de derivación de pacientes al interior del HCVB y hacia hospitales de la red pública de salud y clínicas privadas.</p>
<p><b>Información Requerida</b></p>	<p>Procedimientos para la derivación y hospitalización del usuario en otros centros que otorgue atención cerrada.</p>
<p><b>Información Obtenida</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedimiento de derivación, compra de servicios y traslado de pacientes con urgencias que exceden capacidad de resolución del HCVB.</li> <li>2. Derivación de pacientes al interior del HCVB y hacia hospitales de la red pública de salud y clínicas privadas.</li> <li>3. Protocolo de seguimiento y recuperación de pacientes Ley de urgencia desde centros privados.</li> </ol>
<p><b>Tareas Pendientes</b></p>	<p>Ninguna</p>

### Registro de Reunión N°3

<b>Fecha y lugar de reunión</b>	24 de Septiembre – Oficina Jefatura Medicina
<b>Referido a Proceso</b>	Los procedimientos necesarios para resguardar la privacidad del paciente, la modalidad para la captación y uso autorizados de imágenes de su cuerpo con fines de divulgación en medios de difusión social o científica según proceda
<b>Responsable del proceso (Unidad o servicio)</b>	Unidad de Comunicación y Relaciones Publicas
<b>Participante Clave</b>	Hans Acosta
<b>Evaluación Comité de Expertos</b>	<b>REFERENTE SIN DOCUMENTACIÓN</b>  (La información entregada por el referente no se encuentra sistematizada en un formato formal y escrito)
<b>Desarrollo (Detallar un resumen sobre los temas tratados, con las intervenciones de los participantes, resultados y acuerdos. Especificar los temas y compromisos consensuados mencionando a los participantes que se harán cargo de los mismos)</b>	<p>El estudiante se reúne con el referente con la finalidad de realizar la retroalimentación de la reunión con el comité de expertos.</p> <p>De dicha reunión se establece que el referente debe levantar y presentar un protocolo que de respuesta al requerimiento que el reglamento interno establece, para así regularizar la situación.</p> <p>El referente comenta que no existe un documento elaborado que regule la toma de fotografías y que tan solo existe un consentimiento informado en cual contiene nombre y motivo por el cual se toma la fotografía y que de esa forma se desenvuelven.</p> <p>El estudiante comenta que es necesario la elaboración para así dar mayor orden a la situación, por lo que el referente propone que el estudiante elabore una propuesta para ser revisada por la Unidad y así agregar un insumo más al proceso de proyecto de título del estudiante.</p>

	Finalmente se establece que el estudiante elaborará una propuesta y será presentada a la Unidad mencionada anteriormente.
<b>Información Requerida</b>	Elaboración de protocolo referido a consentimiento informado para la toma de imágenes para pacientes hospitalizados.
<b>Información Obtenida</b>	Estudiante hace entrega de dos documentos a la Unidad para su revisión:  1.- Protocolo de Consentimiento Informado para la Toma de Imágenes a Pacientes Hospitalizados.  2.- Consentimiento Informado para toma de imágenes a Pacientes Hospitalizados.
<b>Tareas Pendientes</b>	Revisión de la Unidad de los protocolos entregados por el estudiante.

#### Registro de Reunión N°4

<b>Fecha y lugar de reunión</b>	3 de Septiembre – Recaudación Central
<b>Referido a Proceso</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las prestaciones que quedan cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud y la modalidad de su ejercicio por parte de los usuarios.</li> <li>2. Condiciones previsionales que se requieren para obtener la atención y los antecedentes y trámites para ello</li> <li>3. Los costos arancelados de las prestaciones que otorga y las modalidades de pago, intereses u otros conceptos cuando corresponda</li> <li>4. Sistema de libre acceso de información de precios de medicamentos e insumos que se utilicen en la atención y la forma como se proporcionará una cuenta actualizada y detallada de los gastos incurridos en la oportunidad en que sea solicitada por el usuario, con indicación</li> </ol>

	de los insumos y las dosis utilizadas en el caso que éstas sean unitarias.
<b>Responsable del proceso (Unidad o servicio)</b>	Recaudación Central
<b>Participante Clave</b>	Rene Peña
<b>Evaluación Comité de Expertos</b>	<b>Referente con documento en desarrollo</b>  (La información entregada por parte del referente se encuentra con algunas ideas explicadas y profundizadas pero no cumple completamente con lo solicitado)
<b>Desarrollo (Detallar un resumen sobre los temas tratados, con las intervenciones de los participantes, resultados y acuerdos. Especificar los temas y compromisos consensuados mencionando a los participantes que se harán cargo de los mismos)</b>	<p>El estudiante se reúne con el referente con la finalidad de realizar la retroalimentación de la reunión con el comité de expertos.</p> <p>De dicha reunión se establece que el referente debe entregar los datos referidos a los costos arancelados de las prestaciones que ofrece la institución, junto además de entregar documentación referida a la lista de medicamentos y el valor unitario de estos, las condiciones previsionales que se requieren para recibir atención en salud en la institución y por ultimo las prestaciones que quedan cubiertas por el GES.</p> <p>El referente comenta que la documentación referida a las condiciones previsionales que debe tener el paciente para tener atención en salud, se encuentra en lo entregado en la primera oportunidad. Además comenta que la lista de medicamentos se encuentra en formato digital y accesible a la persona que este lo requiera, además de tener la lista de prestaciones que la institución realiza con la respectiva categorización valórica, esto respecto a los diferentes tramos de FONASA y atención particular (ISAPRE).</p> <p>Finalmente el referente comenta que esta documentación puede ser entregada al estudiante, por lo que se solicita enviar documentos al correo de la Jefe subrogante de Servicio Social, Ma. Adriana Moya para así ser reenviados al estudiante.</p>

<b>Información Requerida</b>	Listado de prestaciones cubiertas por el GES.  Listado de medicamentos.  Condiciones previsionales que se requieren para acceso a atención en Salud
<b>Información Obtenida</b>	Listado de prestaciones cubiertas por el GES.  Listado de medicamentos.  Condiciones previsionales que se requieren para acceso a atención en Salud
<b>Tareas Pendientes</b>	Ninguna

#### Registro de Reunión N°5

<b>Fecha y lugar de reunión</b>	16 de Septiembre – Unidad de Comunicación y Relaciones Publicas HCVB
<b>Referido a Proceso</b>	Los procedimientos necesarios para resguardar la privacidad del paciente, la modalidad para la captación y uso autorizados de imágenes de su cuerpo con fines de divulgación en medios de difusión social o científica según proceda
<b>Responsable del proceso (Unidad o servicio)</b>	Unidad de Comunicación y Relaciones Publicas
<b>Participante Clave</b>	Hans Acosta
<b>Evaluación Comité de Expertos</b>	<b>Referente con documento en desarrollo</b>  (La información entregada por parte del referente se encuentra con algunas ideas explicadas y profundizadas pero no cumple completamente con lo solicitado)

<p><b>Desarrollo (Detallar un resumen sobre los temas tratados, con las intervenciones de los participantes, resultados y acuerdos. Especificar los temas y compromisos consensuados mencionando a los participantes que se harán cargo de los mismos)</b></p>	<p>El estudiante se reúne con el referente con la finalidad de realizar la retroalimentación de la reunión con el comité de expertos.</p> <p>De dicha reunión se establece que el referente debe realizar una mayor profundidad del desarrollo de los procedimientos, dando mayor énfasis a la evaluación nutricional realizada por el profesional al momento del ingreso del paciente a la atención cerrada y realizar socio educación a los familiares y paciente al momento de que se gestione el alta, con la finalidad de dar continuidad a los cuidados cotidianos referentes a la alimentación.</p> <p>El Referente responde al estudiante sobre la retroalimentación realizada y comenta que sobre el realizar socio educación en la práctica es una labor dificultosa, dado que la Unidad no tiene la cantidad de profesionales para verificar que los pacientes estén siguiendo la dieta especificada en la evaluación realizada por el profesional en primera instancia, recalando que el supervisar que los pacientes sigan la alimentación, es una labor de las enfermeras encargadas de la sala.</p> <p>Finalmente comenta que para él, el dar mayor profundidad le es complicado dado que se encuentra sobrecargado de tareas otorgadas por la jefatura, por lo que se compromete a realizar el documento antes de la siguiente presentación del estudiante al comité evaluador.</p>
<p><b>Información Requerida</b></p>	<p>Modificación protocolos referentes a los procedimientos relacionados con la alimentación</p>
<p><b>Información Obtenida</b></p>	
<p><b>Tareas Pendientes</b></p>	<p>Entrega de protocolos modificados por el referente.</p>

**B. Categorización de Referentes Correspondiente a Segunda Reunión con Comisión**

		<u><b>MATRIZ DE EVALUACIÓN DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA POR REFERENTES INSTITUCIONALES</b></u>					
<b>ARTICULO</b>	<b>PROCESO</b>	<b>INDICADOR</b>					
		REFERENTE CON DOCUMENTO COMPETENTE  (LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR PARTE DEL REFERENTE SE ENCUENTRA COMPLETA CON IDEAS EXPLICADAS Y PROFUNDIZADAS)	REFERENTE CON DOCUMENTO EN DESARROLLO  (LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR PARTE DEL REFERENTE SE ENCUENTRA CON ALGUNAS IDEAS EXPLICADAS Y PROFUNDIZADAS PERO NO CUMPLE COMPLETAMENTE CON LO SOLICITADO)	REFERENTE CON DOCUMENTO NO COMPETENTE  (LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL REFERENTE SOBRE EL TEMA SE REMITE TAN SOLO A UNA ENUMERACIÓN DESCRIPTIVA DE IDEAS SIN PROFUNDIZAS EN ELLAS)	REFERENTE SIN DOCUMENTACIÓN  (LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL REFERENTE NO SE ENCUENTRA SISTEMATIZADA EN UN FORMATO FORMAL Y ESCRITO)		
<b>Los tipos de prestaciones de salud que otorgará y los servicios de apoyo diagnóstico y</b>	<b>TIPO DE PRESTACIONES DE SALUD QUE OTORGARÁ Y SERVICIOS DE APOYO</b>	<b>CARLA FIERRO</b>		<b>DICHA DOCUMENTACIÓN SE ENCUENTRA ELABORADA Y ES</b>			

terapéutico, con que cuenta, así como en su caso, su condición de colaborador de la docencia conforme a los convenios que haya suscrito con entidades de educación superior reconocidas.	DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO CON QUE CUENTA		APROBADA POR LA COMISIÓN			
	CONDICIÓN DE COLABORADOR DE LA DOCENCIA CONFORME A LOS CONVENIOS QUE HAYA SUSCRITO CON ENTIDADES DE EDUCACIÓN SUPERIOR RECONOCIDAS.	PATRICIO SCOTTI		SE ESTIMA QUE SE DEBE REALIZAR ÉNFASIS EN LO ASISTENCIAL POR SOBRE LO DOCENTE		
Las normas existentes sobre ingreso, estadía y egreso del establecimiento, así como aquellas que digan relación con los	LAS NORMAS EXISTENTES SOBRE INGRESO,	DR FUENTES		DICHA DOCUMENTACIÓN SE ELABORA POR PARTE DE LA COMISIÓN		
	ESTADÍA Y EGRESO DEL ESTABLECIMIENTO	DRA. CARVAJAL, DR FUENTES		SE DEBE HACER ÉNFASIS EN LAS NORMAS DE CUIDADO DEL		

<b>procedimientos de alta disciplinaria o voluntaria.</b>				<b>ESTABLECIMIENTO Y ADEMÁS ESTABLECER UN PROCEDIMIENTO DE AVISO A LAS DIFERENTES UNIDADES DE QUE EL PACIENTE FUE DADO DE ALTA DE LA INSTITUCIÓN</b>		
	<b>PROCEDIMIENTOS DE ALTA DISCIPLINARIA O VOLUNTARIA</b>	<b>DRA. CARVAJAL, DR FUENTES</b>		<b>SE DEBE HACER ÉNFASIS EN LOS CASOS DE ALTA DISCIPLINARIA, EN RELACIÓN AL MAL TRATO HACIA LOS FUNCIONARIOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>		

<p><b>Los procedimientos que deben adoptarse, así como la documentación necesaria, para operativizar la referencia y la contrareferencia de las personas, en su caso; en el caso que exista indicación, los resguardos y mecanismos adoptados para la derivación y hospitalización del usuario en otros establecimientos que otorguen atención cerrada</b></p>	<p><b>LOS PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN ADOPTARSE, LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA OPERATIVIZAR LA REFERENCIA Y LA CONTRAREFERENCIA DE LAS PERSONAS EN SU CASO</b></p>	<p><b>JEANETTE MARTINEZ</b></p>			<p><b>SE ESTIMA QUE EL DOCUMENTO NO CUMPLE CON LO REQUERIDO</b></p>	
	<p><b>EN EL CASO QUE EXISTA INDICACIÓN, LOS RESGUARDOS Y MECANISMOS ADOPTADOS PARA LA DERIVACIÓN Y HOSPITALIZACIÓN DEL USUARIO EN OTROS ESTABLECIMIENTOS QUE OTORGUEN ATENCIÓN CERRADA.</b></p>	<p><b>GESTIÓN DE CAMAS (GINA PEIRANO)</b></p>		<p><b>DICHO DOCUMENTO SE ENCUENTRA EN ELABORACIÓN POR LA UNIDAD MENCIONADA</b></p>		

<b>Los procedimientos relacionados con la visita o supervigilancia médica de rutina y de gestión de cuidados cotidianos y alimentación según la condición médica de la persona</b>	<b>LOS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VISITA O SUPERVIGILANCIA MÉDICA DE RUTINA</b>	<b>DR FUENTES</b>		<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA EN PROCESO, NO OBSTANTE LA COMISIÓN HACE ÉNFASIS EN ESTE PUNTO EN EL CUAL SE DEBE RESPETAR LOS TIEMPOS DE SUPERVIGILANCIA DE LOS MÉDICOS TRATANTES</b>		
	<b>LOS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE CUIDADOS COTIDIANOS</b>	<b>DORIS ABARZUA</b>	<b>DICHA DOCUMENTACIÓN SE ENCUENTRA INSERTA EN EL HOSPITAL AMIGO</b>			
	<b>LOS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN.</b>	<b>VICTOR LEAL</b>		<b>SE DEBE HACER MAYOR DETALLE DEL PROCEDIMIENTO</b>		

				RELACIONADO AL PLAN NUTRICIONAL QUE RECIBEN LOS PACIENTES Y ADECUARLO A LA REALIDAD DEL HOSPITAL		
Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas y sus acompañantes o visitantes, la información sobre su estado de salud	LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS Y LOS PROFESIONALES DE SALUD RESPONSABLES DE PROPORCIONAR A LAS PERSONAS Y SUS ACOMPAÑANTES O VISITANTES, LA INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO DE SALUD.	DRA. CARVAJAL, DR FUENTES		DICHA DOCUMENTACIÓN SE ELABORÓ EN CONJUNTO AL ESTUDIANTE, PERO NO SE ENCUENTRA VALIDADO POR GESTIÓN DE CALIDAD		
Los documentos e información	LOS DOCUMENTOS E INFORMACIÓN NECESARIA PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE	GESTIÓN DE CALIDAD (KARIM ARIAS)	DICHOS DOCUMENTOS SE ENCUENTRAN			

necesaria para llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, conforme a la reglamentación pertinente.	CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFORME A LA REGLAMENTACIÓN PERTINENTE		EMANADOS POR EL MINSAL			
Los mecanismos implementados para asegurar el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad de la atención de Salud que se aprueben mediante Resolución dictada por el Ministro de Salud.	LOS MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE APRUEBEN MEDIANTE RESOLUCIÓN DICTADA POR EL MINSAL		DICHOS DOCUMENTOS SE ENCUENTRAN EMANADOS POR EL MINSAL, JUNTO CON ELLO LA INSTITUCIÓN POSEE DOCUMENTOS PROPIOS			
Los horarios de funcionamiento del	HORARIOS DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO		EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES			

<b>establecimiento, la modalidad de agendamiento de horas y el medio por el cual ello se comunica a los usuarios.</b>			VALIDADO POR LA COMISIÓN			
	<b>LA MODALIDAD DE AGENDAMIENTO DE HORAS</b>		<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b>			
	<b>EL MEDIO A TRAVÉS DEL CUAL ELLO SE COMUNICA A LOS USUARIOS</b>		<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b>			
<b>Los horarios de visita y acompañamiento de los pacientes, en el caso que</b>	<b>LOS HORARIOS DE VISITA Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PACIENTES EN EL CASO QUE CORRESPONDA</b>		<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b>			

<b>corresponda, y las normas que los acompañantes deberán respetar.</b>	<b>NORMAS QUE LOS ACOMPAÑANTES DEBERÁN RESPETAR</b>		<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b>			
<b>Los mecanismos de identificación, acreditación de la afiliación u otros de información que sean necesarios para la atención de los usuarios.</b>	<b>LOS MECANISMOS DE IDENTIFICACIÓN, ACREDITACIÓN DE LA AFILIACIÓN U OTROS DE INFORMACIÓN QUE SEAN NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS</b>		<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b>			
<b>La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la</b>	<b>LA FORMA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE SALUD DEL ESTABLECIMIENTO QUE LO ATIENDE, QUE DEBERÁ INCLUIR LA FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA YA SEA EN EL</b>		<b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b>			

<p><b>función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.</b></p>	<p><b>ORDEN DOCENTE, DE FORMACIÓN O ASISTENCIAL.</b></p>					
<p><b>Los procedimientos necesarios para resguardar la privacidad del paciente, la modalidad para la captación y uso autorizados de imágenes de su cuerpo con fines de divulgación en medios de difusión social o científica según proceda y las regulaciones existentes en cuanto</b></p>	<p><b>LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA RESGUARDAR LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE, LA MODALIDAD PARA LA CAPTACIÓN Y USO AUTORIZADOS DE IMÁGENES DE SU CUERPO CON FINES DE DIVULGACIÓN EN MEDIOS DE DIFUSIÓN SOCIAL O CIENTÍFICA SEGÚN PROCEDA</b></p>	<p><b>COMUNICACIÓN (RELACIONES PÚBLICAS) / COMITÉ DE ÉTICA / DIRECCIÓN</b></p>	<p><b>DICHA DOCUMENTACIÓN SE ENCUENTRA ELABORADA Y ES APROBADA POR LA COMISIÓN</b></p>			
	<p><b>LAS REGULACIONES EXISTENTES EN CUANTO A LA FICHA CLÍNICA, SEGÚN LA REGLAMENTACIÓN PERTINENTE.</b></p>	<p><b>KARIM ARIAS/NATALIA AMPUERO</b></p>	<p><b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b></p>			

<p>a la ficha clínica, según la Reglamentación pertinente.</p>						
<p><b>El derecho a la asistencia religiosa o espiritual, en el caso de ser ésta requerida por el paciente o su acompañante, así como las atenciones especiales de pertinencia cultural, según corresponda, en ambos casos.</b></p>	<p><b>EL DERECHO A LA ASISTENCIA RELIGIOSA O ESPIRITUAL, EN EL CASO DE SER ÉSTA REQUERIDA POR EL PACIENTE O SU ACOMPAÑANTE, ASÍ COMO LAS ATENCIONES ESPECIALES DE PERTINENCIA CULTURAL, SEGÚN CORRESPONDA EN AMBOS CASOS.</b></p>	<p><b>LIDIA PARRA /ADRIANA MOYA</b></p>	<p><b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b></p>			

<p><b>El comité de ética de que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él</b></p>	<p><b>EL COMITÉ DE ÉTICA DE QUE DISPONE EL ESTABLECIMIENTO O AQUEL AL CUAL SE ENCUENTRA ADSCRITO Y LOS MEDIOS PARA ACCEDER A ÉL.</b></p>	<p><b>DR. NOVOA</b></p>	<p><b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b></p>			
<p><b>Los costos arancelados de las prestaciones que otorga y las modalidades de su pago, intereses u otros conceptos cuando</b></p>	<p><b>LOS COSTOS ARANCELADOS DE LAS PRESTACIONES QUE OTORGA Y LAS MODALIDADES DE PAGO, INTERESES U OTROS CONCEPTOS CUANDO CORRESPONDA</b></p>	<p><b>RENÉ PEÑA</b></p>	<p><b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b></p>			

<p><b>corresponda. Asimismo se deberá contar con sistemas de libre acceso de información de precios de medicamentos e insumos que se utilicen en la atención y la forma como se proporcionará una cuenta actualizada y</b></p>	<p><b>SISTEMA DE LIBRE ACCESO DE INFORMACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS QUE SE UTILICEN EN LA ATENCIÓN Y LA FORMA COMO SE PROPORCIONARÁ UNA CUENTA ACTUALIZADA Y DETALLADA DE LOS GASTOS INCURRIDOS EN LA OPORTUNIDAD EN QUE SEA SOLICITADA POR EL USUARIO, CON INDICACIÓN DE LOS INSUMOS Y LAS DOSIS UTILIZADAS EN EL CASO QUE ÉSTAS SEAN UNITARIAS.</b></p>	<p><b>RENÉ PEÑA</b></p>	<p><b>SE DEBE BUSCAR UN FORMATO EN EL CUAL LA LISTA DE MEDICAMENTOS SEA AMIGABLE AL USUARIO</b></p>			
--	---	-------------------------	---	--	--	--

<p>detallada de los gastos incurridos, en la oportunidad en que sea solicitada por el usuario, con indicación de los insumos y las dosis utilizadas en el caso en que éstas sean unitarias. Las prestaciones que quedan cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud y la modalidad de su ejercicio por parte de los usuarios.</p>	<p>LAS PRESTACIONES QUE QUEDAN CUBIERTAS POR LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD Y LA MODALIDAD DE SU EJERCICIO POR PARTE DE LOS USUARIOS.</p>	<p>RENÉ PEÑA</p>	<p>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</p>			
---	--	------------------	--	--	--	--

<p><b>Condiciones previsionales que se requieren para obtener la atención y los antecedentes y trámites para ello</b></p>	<p>Condiciones previsionales que se requieren para obtener la atención y los antecedentes y trámites para ello</p>	<p>Sub Dirección Administrativa Rene Peña</p>	<p>Dicho punto no se encuentra elaborado, por lo que la comisión establece como referente a la sub dirección administrativa para levantar el insumo</p>			
<p><b>Ubicación y uso del Libro de Reclamos y Sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según los establece la reglamentación pertinente</b></p>	<p><b>UBICACIÓN Y USO DEL LIBRO DE RECLAMOS Y SUGERENCIAS Y LAS MODALIDADES DE PRESENTACIÓN Y TRAMITACIÓN DE RECLAMOS, SEGÚN LOS ESTABLECE LA REGLAMENTACIÓN PERTINENTE.</b></p>	<p><b>UAP</b></p>	<p><b>EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA ELABORADO Y ES VALIDADO POR LA COMISIÓN</b></p>			

<p><b>La información referida a las diversas vías de evacuación existentes y procedimientos adoptados en su caso, para casos de emergencia.</b></p>	<p><b>LA INFORMACIÓN REFERIDA A LAS DIVERSAS VÍAS DE EVACUACIÓN EXISTENTES Y PROCEDIMIENTOS ADOPTADOS EN SU CASO, PARA CASOS DE EMERGENCIA.</b></p>	<p><b>JOSÉ MIGUEL LOPEZ</b></p>		<p><b>SE DEBE CONSULTAR SI DICHO DOCUMENTO SE ENCUENTRA VALIDADO POR DIRECCIÓN PARA SU APROBACIÓN COMPLETA</b></p>		
---	---	---------------------------------	--	--	--	--