



**SE APRUEBA REGLAMENTO DE
FUNCIONAMIENTO INTERNO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CDT**

martes, 2 de mayo de 2023

05063/2023

VISTO:

Los intereses y necesidades del Hospital San Juan de Dios, en adelante, también indistintamente "HSJD" o "HSJD-CDT"; lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley N° 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto Refundido, Coordinado y Sistematizado fue fijado por D.F.L. N° 1/19.653 de 2001, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia; el D.L. 2.763/79, cuyo texto Refundido, Coordinado y Sistematizado fue fijado por el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud; el artículo 56 de la Ley N° 10.336 Orgánica Constitucional de la Contraloría General de la República; el artículo décimo quinto transitorio de la Ley N° 19.937, modificado por el artículo 1° de la Ley N° 20.319, mediante el cual se otorga por el solo ministerio de la ley la calidad de Establecimiento de Autogestión en Red al Hospital San Juan de Dios a contar del 31 de enero de 2010; y en uso de las atribuciones que me confieren los artículos 22 y 23 del D.S. N°38/2005 y el artículo único del D.S. N°823/99, ambos del Ministerio de Salud; las facultades que confieren al director del establecimiento la Resolución TRA 116395/296/2021 de fecha 18 de agosto de 2021 de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Occidente; la Resolución Exenta N° 729/2022 de fecha 28 de enero de 2022, que actualiza Subrogancia de Dirección, cuando corresponda; y lo previsto en las Resoluciones N°7 y 8 del 2019, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón.

CONSIDERANDO:

1. Que, para el cumplimiento de la función administrativa que le corresponde a este establecimiento, esto es, la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas como parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, es necesario que esta Directora adopte decisiones en orden a dar cumplimiento con la normativa, en especial establecer condiciones que permitan garantizar que las prestaciones se efectúen con calidad y seguridad, y que en la presente situación encuentra sus fundamentos en los considerandos siguientes.
2. Que, considerando la necesidad de contar con un reglamento interno para el Hospital San Juan de Dios.

3. Que, es menester dictar el correspondiente acto administrativo.

RESUELVO:

- 1.- **APRUÉBESE**, el siguiente **REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO**
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CDT:



REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CDT

INDICE

Contenidos	Pág.
INTRODUCCION	3
TÍTULO I: De las prestaciones y servicios de apoyo diagnóstico que realiza HSJD-CDT	5
TÍTULO II: Del horario de funcionamiento del establecimiento y horarios de visitas	6
TÍTULO III: Del agendamiento de horas	9
TÍTULO IV: De las condiciones previsionales	10
TÍTULO V: Del ingreso, estadía y egreso del establecimiento	10
TÍTULO VI: Del traslado de pacientes	14
TÍTULO VII: Del pago y entrega de información de los costos de la atención de salud	16
TÍTULO VIII: Del acceso a Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias	18
TÍTULO IX: De la identificación del usuario y del funcionario	19
TÍTULO X: Sobre la entrega de información al paciente	20
TÍTULO XI: Del trato que debe recibir el paciente	22
TÍTULO XII: Del Comité de Ética y su acceso	23
TÍTULO XIII: Del derecho a la autonomía del paciente	25
TÍTULO XIV: Del derecho a la asistencia espiritual	26
TÍTULO XV: Del derecho a la privacidad de la información clínica	29
TÍTULO XVI: Del derecho a la calidad en la atención	30
TÍTULO XVII: De las consideraciones en caso de evacuación	31
TÍTULO XVIII: De los procedimientos relacionados con la visita médica de rutina	32
TÍTULO XIX: De la gestión de los cuidados cotidianos de enfermería	33
TÍTULO XX: De la prescripción dieto terapéutica según condición médica del paciente	34
TÍTULO XXI: De las sanciones por el no cumplimiento del presente reglamento	35

1. Introducción:

El presente reglamento está orientado a todo el personal que realice actividades vinculadas con la atención de salud, a los pacientes que reciben dicha atención, a sus familiares, personas significativas y tutores que visiten la institución, con motivo de una prestación realizada a un usuario por el equipo de salud de la institución, con el objeto de dar cumplimiento a la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes (Nº 20.584), quienes tendrán el deber de respetar este reglamento en el establecimiento.

El presente documento, debe ser conocido y observado por los usuarios sean estos pacientes, familiares, representantes legales, apoderados o acompañantes, siendo una obligación del usuario de prestaciones de salud que se atiende en el Hospital San Juan de Dios su conocimiento. Para ello estará disponible en la página web www.hsjd.cl y a disposición de los usuarios en las oficinas de la OIRS.

En conformidad con la Ley Nº 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas con su atención de salud, en vigencia desde el 01.10.2012, de acuerdo al Título III, Artículo 33, y a la Ley Nº 21.168 de atención preferencial que establece que toda persona mayor de 60 años, como también toda persona en situación de discapacidad, tendrá derecho a ser atendida preferente y oportunamente por cualquier prestador de acciones de salud, en vigencia desde el 07.07.2019, se establece el reglamento interno del Hospital San Juan de Dios, que define el marco institucional en el que se dará cumplimiento a dichas leyes.

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 sólo 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>	<p>Toda persona mayor de 60 años y/o con discapacidad tendrá derecho a Atención Preferente.</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>	<p>Dar prioridad a personas con derecho a Atención Preferente.</p>
---	--	---	--	---	--	--

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

Derechos y Deberes de los pacientes de acuerdo a Ley N° 20.584:

Exige tus Derechos
<ul style="list-style-type: none"> • Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud. • Recibir un trato digno, respetando su privacidad. • Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad. • Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos. • Ser informado de los costos de su atención de salud. • No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso. • Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención. • Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria. • Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual.

<ul style="list-style-type: none"> • Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida. • A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza. • Donde sea pertinente, se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria. • Que el personal de salud porte una identificación. • Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia. • Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización. • Toda persona mayor de 60 años y/o con discapacidad tendrá derecho a Atención Preferente.
Cumple tus deberes
<ul style="list-style-type: none"> • Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección. • Conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica. • Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto. • Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago. • Tratar respetuosamente al personal de salud. • Informarse acerca de los procedimientos de reclamo. • Dar prioridad a personas con derecho a Atención Preferente.

TÍTULO I

DE LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO QUE REALIZA LA INSTITUCIÓN

Artículo 1: El Hospital San Juan de Dios, es un Hospital asistencial docente. Dentro de este marco está inserta la Unidad de Investigación, Desarrollo, Docencia e Innovación, cuyo rol es la implementación, difusión y control de las actividades docente-asistenciales que se desarrollan en el marco de los convenios de formación profesional y técnica suscritos por el Hospital, desde la óptica de la calidad y la gestión en red.

El Hospital ha establecido convenios con centros formadores aprobados por la Dirección del establecimiento a través de los cuales ha establecido, que se debe velar por:

- Proteger la seguridad de los pacientes.

- Proteger los derechos de los pacientes.
- La precedencia de la actividad asistencial sobre la docente.

La institución ha establecido que todas las actividades y procedimientos que realicen los alumnos en práctica en la institución, siempre se realizarán bajo la supervisión de un docente, tutor o supervisor clínico a cargo del paciente de acuerdo a lo exigido en Ley 20.584 “Derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, en el párrafo 2, artículo 5, letra c), que instruye: “La atención otorgada por alumnos en establecimientos de carácter docente asistencial, como también en las entidades que han suscrito acuerdo de colaboración con universidades o institutos reconocidos, deberá contar con la supervisión de un médico u otro profesional de la salud que trabaje en dicho establecimiento y que corresponda según tipo de prestación”.

La institución además ha definido la capacidad formadora del establecimiento y se han establecido las actividades y procedimientos que pueden ejecutar los alumnos y que se describen en este documento y cuenta con un programa de supervisión de las actividades de alumnos de pre grado, en donde se supervisa las prácticas clínicas más relevantes para la seguridad de nuestros pacientes, ejecutadas por alumnos a través de la aplicación de pautas de cotejo en forma programada y sistemática por profesionales de las unidades y servicios clínicos.

Artículo 2: Las prestaciones ambulatorias se entregan en tres edificios (CDT, Helen Lee Lassen y Casa Corame), en policlínicos distribuidos en las especialidades de Medicina Interna y sub especialidades, Gastroenterología, Broncopulmonar, Endocrinología, Reumatología, Nutrición, Diabetes, Nefrología, Hemato Oncología y Cardiología; también cuenta con los policlínicos de Neurología, Dermatología, Medicina Física y Rehabilitación, Neuropsiquiatría Infantil, Oftalmología, Otorrinolaringología, Odontología y Urología; consultas de Cirugía Ambulatoria (Cirugía General, Cirugía Oncológica, Cardiología Intervencional, Cirugía Vascular, Cirugía Mamas, Cirugía Plástica, Cirugía Tórax y Cirugía de Cabeza y Cuello,); también se dispone de Quimioterapia adulto y pediátrica y Diálisis. Se unen a ellas, el Servicio de Obstetricia y Ginecología y Pediatría, con las sub especialidades de Endocrinología Infantil, Cirugía Pediátrica, Nefrología Infantil, Gastroenterología, Hemato Oncología Infantil, Reumatología Infantil, Adolescencia e Infectología Infantil, además de la Unidad de Genética.

Artículo 3: Las prestaciones de atención cerrada se brindan en la Torre Hospitalaria, Edificio Chacabuco y Edificio Helen Lee Lassen que comprenden los Servicios de: Medicina Interna y subespecialidades, Cirugía y subespecialidades, Cirugía Infantil, Pediatría y subespecialidades, Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Otorrino, Oftalmología, Urología, pabellón hospitalizados, recuperación de pabellón, Cuidados Intensivos Médicos y Quirúrgicos de pacientes adultos, pediátricos y neonatológicos, Pensionado y Servicio de Urgencia Adulto y Obstétrico. Además, se cuenta con la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Artículo 4: Los servicios de apoyo para la actividad ambulatoria y cerrada comprenden las Unidades de Laboratorio Clínico, Imagenología, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica, Banco de Sangre, Esterilización, Farmacia, Alimentación, Ropería, Equipos Médicos e Informática.

TÍTULO II

DEL HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO Y HORARIOS DE VISITAS

Artículo 5: Los pacientes hospitalizados tienen acceso a la atención médica durante las 24 horas del día, mientras dure su internación en el Hospital. El Servicio de Urgencia de la institución funciona las 24 horas del día, los 365 días del año. La atención ambulatoria se otorga de lunes a jueves en horario hábil entre las 8:00 - 17:00 hrs., y los viernes entre las 08:00 - 16:00 hrs.

Artículo 6: El Hospital San Juan de Dios cuenta con un sistema de visitas, el cual permite que un paciente internado en la Torre Hospitalaria pueda ser visitado por sus familiares. Se ha establecido un sistema de “Pase de visitas”, el cual

es entregado en el 1er piso de la Torre Hospitalaria, en el Módulo de Informaciones, previa confirmación de la ubicación del paciente.

En el caso de los servicios que presten atención a pacientes neonatales/pediátricos, de acuerdo a lo señalado en la Ley 21.372, se establecen medidas especiales en relación al acompañamiento de niños, niñas y adolescentes (NNA) hospitalizados o sometidos a prestaciones ambulatorias, se permitirá en todo momento, la compañía de su padre, madre, de quien lo tenga a su cuidado, o persona significativa. Asimismo, tratándose de mujeres o personas gestantes, se permitirá la compañía de la persona que ella determine, durante el proceso de atención del trabajo de parto, parto y puerperio. Se establece como única excepción que de ello derive un peligro para el propio NNA, mujer o persona gestante.

Cada servicio clínico deberá incorporar por escrito declaración y consentimiento o asentimiento respecto del acompañamiento durante el proceso de atención de NNA, mujeres o personas gestantes. El consentimiento corresponderá a personas mayores de 18 años y el asentimiento informado a personas menores de 18 años. El registro del acompañamiento deberá ser consignado en la ficha clínica.

Las personas que brinden acompañamiento a los pacientes durante su hospitalización o con ocasión de prestaciones ambulatorias deberán recibir un trato digno y respetuoso en todo momento. Así como también el otorgamiento de condiciones para que ese acompañamiento sea adecuado para velar por la integridad física y psíquica del NNA, mujer o persona gestante, atendiendo el principio de interés superior de estos.

El número de personas que pueden realizar el acompañamiento dependerá del espacio físico disponible, el tipo de habitación (individual o compartida), el asentimiento o consentimiento manifestado, la información entregada por el padre, madre o tutor legal, y que no exista otra restricción para el ingreso a sala de hospitalización, de acuerdo a la definición de los protocolos locales de cada servicio clínico.

Tratándose de que el acompañamiento sea realizado por un adolescente menor de 18 años, éste debe ser facilitado en todo momento; no obstante, en horario nocturno, quedará sujeto a los protocolos locales de cada servicio clínico y el contexto sanitario a nivel nacional.

El servicio clínico tendrá la obligación de informar a los acompañantes las normas establecidas en el protocolo de acompañamiento indicando la justificación de las mismas y las consecuencias en la salud del NNA, mujer o persona gestante, en caso de no cumplirlas, lo cual debe ser respetado a su cabalidad.

La o las personas que ejercen el derecho de acompañamiento deben respetar en todo momento las instrucciones del personal de salud durante su estadía y lo establecido en este reglamento interno.

El equipo clínico tratante deberá ofrecer durante todo el tiempo que dure la prestación la posibilidad de retracto y de solicitar cambio de acompañante o no ser acompañado, debido al peligro que derive o al malestar o estrés que esto pueda originar en el NNA, mujer o persona gestante en relación con el acompañamiento, de acuerdo a la definición de los protocolos locales.

Existiendo horarios diferenciados para acompañamiento y visitas, los que se detallan a continuación.

Horario Acompañamiento Servicio de Neonatología y Servicio de Pediatría

El horario de acompañamiento diurno fluctúa entre las 08:00 a 20:00 horas.

El horario de acompañamiento nocturno fluctúa entre las 20:00 a 08:00.

Horario Visitas Servicio de Neonatología y Servicio de Pediatría

Los días domingos se autorizará la visita de un familiar o persona significativa (mayor de 18 años) para los padres que desean que visite a su hijo(a), el horario de esta visita será de una hora (horario que será informado por el equipo salud).

Estas visitas pueden ser suspendidas según contingencia del servicio clínico.

Horario Acompañamiento y visitas Servicio de Ginecología y Obstetricia

Salas de parto y sala 625 (trabajo de parto inicial)

Acompañamiento por acompañante significativo 24 hrs.

Sin horario de visitas.

Salas de hospitalizado Servicio de Ginecología y Obstetricia

Sin acompañamiento continuo

Horario de visitas de 14.30 – 17.30

Artículo 7: Dada la contingencia por Emergencia Sanitaria por COVID-19 el ingreso general de visitas a la institución, está sujeta a los horarios definidos por cada uno de los servicios clínicos. En aquellos en los que se permita el ingreso de 1, 2 o más visitas por paciente hospitalizado, se hará efectivo el ingreso presentando respectivamente los pases correspondientes al momento del ingreso al piso.

Artículo 8: Toda persona que ingrese como visita a la institución debe respetar las siguientes condiciones generales:

- Sólo pueden ingresar personas mayores de 15 años.
- El ingreso de visitas por paciente, en contexto de pandemia por Covid-19, estará sujeto a lo definido por cada servicio clínico, dependiendo de las condiciones que se vayan presentando. En gran parte de los servicios está permitido el ingreso de sólo 1 visita por paciente, siempre que no exista contraindicación para ello.
- Cada grupo familiar que tenga un usuario en atención en la institución, debe designar una persona como interlocutor para solicitar información a médico tratante del estado del paciente o indicaciones de manejo al egreso.
- Toda visita debe ingresar con mascarilla y realizar higienización de manos al ingreso al servicio o unidad antes de tomar contacto con su familiar hospitalizado y debe repetir este proceso antes de retirarse del servicio. Para ello puede utilizar el alcohol gel dispuesto en los servicios clínicos o agua y jabón.
- Personas que estén cursando cuadros infecciosos agudos tales como resfríos, enfermedades gastrointestinales y lesiones cutáneas no pueden visitar a pacientes hospitalizados.
- Cada visita debe mantener contacto directo solo con la unidad y persona que visita. La visita no debe tocar otras unidades de pacientes y no debe asistir a otros pacientes de la sección que visita.
- Toda visita debe ser respetuoso con equipo de salud y colaborar con él en los cuidados de su familiar cuando se le solicite.
- El acompañamiento diurno y nocturno, así como la alimentación asistida a adultos mayores y pacientes pediátricos, se autorizará por enfermera del sector donde está hospitalizado el paciente y en casos justificados de acuerdo a protocolo y cuando las condiciones lo permitan.
- El usuario debe cumplir con el horario de visitas establecido en cada servicio clínico.
- La visita y/o acompañante debe mantener un ambiente silencioso y tranquilo.
- La visita y/o acompañante debe mantener la limpieza del recinto.
- No se permite el ingreso de alimentos sólidos ni líquidos a los pacientes.
- No podrá realizar filmaciones que atenten contra el derecho de privacidad de los pacientes.
- No podrá manipular los fármacos ni los dispositivos utilizados en el tratamiento de su paciente.
- Las visitas o acompañantes de los usuarios hospitalizados, no deben comer en las salas de hospitalización ni en los pasillos del establecimiento. Para esto pueden utilizar el casino ubicado en el piso -1 de la Torre Hospitalaria, desde las 12:00 a las 15:30 hrs. En el caso de que el consumo de alimentos sea realizado en otro horario, se deben utilizar las instalaciones dispuestas para ello, según indicaciones entregadas en cada servicio clínico.
- El baño para visitas se encuentra disponible en el primer piso de la Torre Hospitalaria. Las visitas o acompañantes no deben utilizar los baños de pacientes. En el caso del Servicio de Neonatología, la sala de espera para padres cuenta con un baño.
- No se permite el ingreso de mascotas ni flores al recinto hospitalario.
- Las visitas deben utilizar el mobiliario de acuerdo a su función y cuidarlo. Las camas son de uso exclusivo para el paciente, no deben ser usadas por visitas ni acompañantes para sentarse.
- El ingreso de aparatos tecnológicos (TV, computadores, celulares, etc.), es de exclusiva responsabilidad del paciente o tutor. El establecimiento no se hace responsable por pérdidas o daños. Equipo de prevención de infecciones del

establecimiento, no autoriza el ingreso de estos dispositivos por riesgo de contaminación cruzada entre usuarios hospitalizados. Situaciones especiales deberán ser evaluadas por equipo clínico que atienden al usuario.

- El tutor o responsable del paciente debe mantener dotación de insumos de uso personal de paciente en cantidad y calidad suficiente de acuerdo a las necesidades del paciente (pijama, zapatillas de levantar, toalla, cepillo dental, pasta dental, peineta, jabón líquido, papel higiénico, toalla de papel, pañales, etc.).
- El tutor o responsable del paciente debe llevarse todas las pertenencias de valor y ropa de uso diario del paciente al realizar el proceso de hospitalización.
- El representante o tutor del adulto mayor y del paciente pediátrico, debe participar al alta, recepcionando las indicaciones médicas entregadas al egreso hospitalario.
- Las pertenencias que queden en la institución posterior al egreso del paciente (ropa, útiles de aseo, etc.), estos se mantendrán en custodia por el servicio clínico donde se encontraba el paciente por un periodo máximo de 1 semana, en el caso de no ser retiradas por el paciente, éstas se deben eliminar. Si el paciente ingresó por el Servicio de Urgencia, se realiza inventario de valor tal como se consiga en el reglamento al ingreso del paciente, quedando una copia de éste en ficha del paciente y la otra pasa con los elementos custodiados a la Unidad de Comercialización ubicada en Urgencias, quienes trasladan estas pertenencias a Recaudación de la Torre Hospitalaria. Estas pertenencias son retiradas por el paciente al momento del alta en horario hábil. Si el paciente no es autovalente, las pertenencias pueden ser retiradas al momento del alta, por el tutor o algún acompañante o por el personal del servicio clínico de donde se realiza el alta.
- En el caso de la ropa, cuando se realiza un egreso en el Servicio de Urgencia, en general, se van con el paciente, si quedase algo del paciente en custodia se mantiene en Urgencias por 1 semana.
- Excepcionalmente, se mantendrán en custodia todas las especies que quedan en resguardo por la Unidad de Comercialización al ingreso al Servicio de Urgencia (dinero, joyas, documentos, celulares, etc.).

Artículo 9: El horario de visita de los pacientes hospitalizados es desde las 12:00 hrs. a las 17:00 hrs. de lunes a domingo. Este horario puede variar dependiendo de la organización interna de cada servicio clínico.

Artículo 10: La persona que visite un paciente que se encuentre en el Servicio de Urgencia deberá considerar que:

- El Servicio de Urgencia no cuenta con visitas a sus pacientes, aún está estructurado con protocolo COVID.
- Los familiares de los pacientes se deben dirigir a ventanilla de informaciones o vía telefónica, para la inscripción de tutor al cual se le realizará llamado diario para la entrega de información clínica de su paciente.
- Solo pueden ingresar a visitas:
 1. Familiares de pacientes con cuidados de fin de vida o limitación de esfuerzo terapéutico. (previa autorización de médico o enfermera de turno)
 2. Se realiza ingreso de familiares tanto para ambulatorios u hospitalizados, menores de edad o personas con necesidades especiales.
- Ante determinadas eventualidades como exceso de pacientes en la unidad, contingencia, desastres naturales (terremotos, accidentes masivos, emergencias sanitarias u otros) se pueden modificar estas medidas transitoriamente.

TÍTULO III

DEL AGENDAMIENTO DE HORAS

Artículo 11: Todo paciente atendido en un establecimiento de la Red de Salud Occidente, que requiera una hora como primera consulta a especialidad, y que por mapa de derivación corresponda ser atendido en el Hospital San Juan de Dios - CDT, la hora debe ser gestionada a partir de la interconsulta por el mismo establecimiento derivador a través del mecanismo acordado con la red.

Artículo 12: Todo paciente que requiera una hora para control de atención ambulatoria en el Hospital San Juan de Dios-CDT, debe inscribirse en el Servicio de Orientación Médico Estadístico (S.O.M.E), el que se encuentra ubicado en el 1er piso del edificio Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT), Prof. Dr. Rodolfo Armas Cruz. Al solicitar la hora el usuario deberá presentar la Cédula de Identidad de la persona que requiera la atención. Los horarios de atención de las consultas médicas son: lunes a jueves de 08:00 a 17:00 horas y viernes de 08:00 a 16:00 horas.

Artículo 13: La comunicación de la fecha para la hora agendada se informará al usuario a través del Call Center de la institución o a través del establecimiento derivador.

TÍTULO IV

DE LAS CONDICIONES PREVISIONALES

Artículo 14: 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.

La atención ambulatoria del CDT se limita a usuarios FONASA, a excepción de Programas Ministeriales, donde los pacientes particulares o Isapres cancelan su atención según arancel particular.

TÍTULO V

DEL INGRESO, ESTADÍA Y EGRESO DEL ESTABLECIMIENTO

Artículo 15: La hospitalización de pacientes se realizará a través del Servicio de Urgencia, consulta ambulatoria CDT y traslados de otros establecimientos a través de la Unidad de Gestión de Pacientes. En ambos casos se requiere de la indicación médica de hospitalización, por parte de un médico del establecimiento.

Artículo 16: Para el acceso a atención ambulatoria en el CDT de la institución, se solicitará interconsulta emitida por los centros asistenciales de la Red de Salud Occidente, interconsulta interna desde el Servicio de Urgencia del complejo HSJD-CDT, servicios clínicos hospitalizados o de la atención ambulatoria de la institución. Solo se gestionan aquellas interconsultas cuyos usuarios demuestran inscripción en algún establecimiento perteneciente a la Red de Salud Occidente.

Artículo 17: Para el acceso al Servicio de Urgencia, el paciente debe registrar sus datos en ventanilla de SOME, los datos quedarán registrados en el sistema electrónico "Dato de Atención Urgencia" (DAU), con su calificación previsional, para que al término de su atención se valore su cuenta y se autorice la salida de la unidad.

Posterior al ingreso administrativo, el paciente será categorizado según protocolo para decidir el orden de atención según gravedad. Si el plazo máximo de espera del paciente según su categoría, es superado por la demanda de atención, se realizará una **Re-Categorización** dentro de los 15 minutos posteriores al cumplimiento de los plazos definidos para la atención, con el fin de asignar una categorización actualizada, evitar eventos adversos y mejorar la asignación para la atención de salud requerida.

Artículo 18: Otras formas de ingreso son las determinadas por ley a través de indicaciones entregadas por jueces o fiscales de la República o autoridades sanitarias que así lo indiquen, previa consulta a los equipos que recepcionarán al paciente y previo aseguramiento de las medidas precautorias pertinentes.

La persona hospitalizada deberá cumplir con su tratamiento. No podrá ingerir alimentos ni líquidos que no estén recomendados en su dieta. No podrá realizar actos que atenten contra la tranquilidad, la seguridad ni los derechos de otros pacientes.

El paciente debe cumplir con las indicaciones médicas que le sean señaladas ya sea escritas o verbalmente. Estas indicaciones le serán explicadas también a su familiar cuando su estado de salud no le permita comprenderlas.

La persona hospitalizada permanecerá internada hasta la indicación médica de alta. La documentación que lo certifica será solicitada en la puerta de acceso como requisito para permitir el egreso del establecimiento.

La persona hospitalizada deberá tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean éstos profesionales, técnicos o administrativos. Igual obligación corresponde a sus familiares, representantes legales y amigos.

Artículo 19: En el egreso del paciente, toda la información en relación a su evolución clínica y los exámenes del paciente quedarán resguardados en la ficha clínica del paciente.

El médico le hará entrega de una Epicrisis, correspondiente a un documento que contiene la información respecto al tratamiento recibido, exámenes, procedimientos y tratamientos realizados y tratamientos rechazados, así como las interconsultas a cuidados paliativos u otras especialidades, cuando corresponda.

Artículo 20: El paciente podrá solicitar el alta voluntaria de su hospitalización, frente a lo cual el médico no podrá negarse, dejando constancia en ficha clínica de esta decisión y de la explicación de los riesgos que tiene el paciente frente a esta decisión.

Artículo 21: En caso de fallecimiento del paciente, el médico avisará a la familia y emitirá el certificado de defunción. En el caso del mortinato (nacido muerto) el Servicio de Ginecología y Obstetricia emitirá un comprobante de parto. Con este comprobante los familiares se dirigirán al Registro Civil el cual le emitirá un Certificado de Defunción y estadística de mortinato, el cual lleva el nombre de los padres, el nombre del mortinato (forma simbólica), pero sin RUT.

En el caso del neonato (nace vivo) que fallece antes del mes de vida en la Unidad de Neonatología por patología distintas, procede de manera similar, es decir, el Servicio de Ginecología y Obstetricia de origen de este neonato, le emitirá un comprobante de parto. El registro civil con este comprobante de parto le dará un RUT al neonato. Si fallece en la Unidad de Neonatología, el médico tratante emitirá un certificado de defunción, como si fuera un paciente adulto.

El paciente será trasladado a la Unidad de Anatomía Patológica (ubicada en el piso -1 de la Torre Hospitalaria) identificado según protocolo institucional. Los familiares del paciente fallecido deben concurrir a la Oficina de Registro Civil con certificado de defunción y cédula de identidad del paciente y solicitar el pase de sepultación.

Posteriormente acudir a la morgue, ubicada en Chacabuco 320, con cédula de identidad del paciente, certificado de defunción y pase de sepultación. Contactar a empresa funeraria contratada para retirar fallecido.

En caso de solicitar autopsia clínica enviar fallecido a la Unidad de Anatomía Patológica con solicitud de autopsia, consentimiento informado firmado por familiar o tutor y ficha clínica del paciente. Después de realizada la autopsia se entrega el cuerpo a los familiares, según protocolo institucional.

Artículo 22: En la situación de estar frente a una persona fallecida por causa no natural, especialmente aquellas que se encuentren en las siguientes circunstancias:

- Se sospeche que la muerte haya sido el resultado de un delito.

- Cuando sea necesaria autopsia médico legal para la determinación de un hecho punible (homicidio, lesiones, etc.).

En estos casos, el cuerpo del paciente será remitido a la Unidad de Anatomía Patológica junto con los antecedentes clínicos y constancia de la denuncia (Nº de Parte de Carabineros) y debidamente identificado según protocolo institucional. Desde la Unidad de Anatomía Patológica egresará el paciente con destino al Servicio Médico Legal para evaluación forense, cuando así lo disponga el fiscal de turno o el que esté a cargo de la investigación criminal.

Artículo 23: El horario de atención de la morgue de la Unidad de Anatomía Patológica es de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 hrs. sábados, domingos y festivos es de 9:00 a 18:00 hrs.

Artículo 24: El trato irrespetuoso grave o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas u otras personas, dará derecho a la autoridad del establecimiento a ordenar el alta disciplinaria **del paciente que incurra en maltrato o en actos de violencia, siempre que ello no ponga en riesgo su vida o su salud.** El alta disciplinaria sólo procederá por sus propios actos; o a requerir, cuando la situación lo amerite, la presencia de la fuerza pública para restringir el acceso al establecimiento de quienes afecten el normal desenvolvimiento de las actividades en él desarrolladas.

Se considerarán causales de alta disciplinaria:

- Agresión física o verbal a funcionarios u otros pacientes por parte del paciente o sus familiares.
- Fuga de paciente.

El procedimiento a seguir frente a agresión será:

- Ante esta situación el funcionario según lo fijado en texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley Nº 18.834, sobre Estatuto Administrativo, Decreto con fuerza de ley Nº 29 de 2004, publicado en Diario Oficial de 16.03.2005 en el artículo 90, define que “ Los funcionarios tendrán derecho, además a ser defendidos y a exigir que la institución a que pertenezcan persiga la responsabilidad civil y criminal de las personas que atenten contra su vida o su integridad corporal, con motivo del desempeño de sus funciones, o que, por dicho motivo, los injurien o calumnien en cualquier forma.
- Por tal motivo el procedimiento será en primer lugar la notificación del evento a la jefatura directa, quien solicitará lo más inmediateamente posible, la presencia de guardias para contener la situación vía persuasión e informar al paciente o a los familiares del alta disciplinaria del paciente.
- Eventualmente se puede solicitar la presencia de Carabineros para solicitar el abandono de la persona en conflicto del hospital. La jefatura directa notificará a la Dirección del establecimiento y a la Unidad de Jurídica, para que se tomen los resguardos legales pertinentes.

Notificación de agresiones a funcionarios de la salud:

- Este formulario consiste en recopilar información de los incidentes relacionados a todo tipo de agresiones, abordando agresiones físicas, psicológicas, verbales, robos o ataques a la infraestructura.
- El documento debe ser completado y firmado por las jefaturas y/o encargados de unidades o servicios, para luego ser enviado al siguiente correo electrónico, en un plazo no superior a 24 horas de ocurrido el incidente: oscar.guerra@redsalud.gov.cl
- El formulario se encuentra en Portal de Aplicativos del Hospital San Juan de Dios: <http://10.4.237.61/wordpress/index.php/prevencion-de-riesgos/>

Nota: Para la notificación y reporte de robos, deben ir los datos de jefatura en sección III Identificación del afectado.

Agresión a funcionario	Jefatura y/o Encargado	Equipo primera respuesta
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

<p>Notificar a Jefatura y/o Encargado</p>	<p>Completa F.A.F. con firma correspondiente</p> <p>Envía formulario F.A.F. a:</p> <p>Oscar Guerra</p> <p>oscar.guerra@redsalud.gov.cl</p> <p>USSOMA</p> <p>Anexo 256415</p>	<p>Calidad de Vida: Asistencia Agresiones Psicológicas, realizar atención psicológica, evaluación y derivación a Mutual de Seguridad según corresponda.</p> <p>USSOMA: Asistencia Agresiones físicas, evaluación y derivación a Mutual de Seguridad según corresponda.</p>
---	--	--

Las agresiones físicas al funcionario que le causen lesiones, serán objeto de las denuncias correspondientes al Ministerio Público. Si se tratara de agresiones mayores o del delito de amenazas graves, el Hospital a través de su Asesoría Jurídica interpondrá una querrela criminal en contra del o los autores, cómplices o encubridores, requiriendo a la justicia las medidas de protección que fueren necesarias para cautelar la integridad psíquica y física del funcionario.

Sin perjuicio de lo anterior, la Dirección del Hospital podrá adoptar otras medidas que coadyuven a la protección del funcionario.

Asimismo, se procurará al funcionario las atenciones médicas inmediatas y los acompañamientos que fueren menester a su condición de salud para la tramitación que fuere necesaria al ejercicio de sus derechos amagados por la agresión.

A fin de precaver las agresiones de obra o de palabra a los funcionarios que en el ejercicio de sus funciones sean víctimas por parte de terceros, se dispondrá la aplicación de un plan de contención en las unidades de mayor riesgo, con la presencia de guardias, de personal de orientación y de ingreso restringido de parientes considerando los factores de bioseguridad de los pacientes en su conjunto.

El procedimiento a seguir frente a fuga de paciente será:

- Una vez constatada la ausencia del paciente en el Hospital, la enfermera/matrona tratante informará al médico tratante o de turno quien dará aviso a Carabineros y luego avisará al familiar o representante legal del paciente.
- Se debe citar al familiar para entregar el certificado de alta disciplinaria y solicitar firma del familiar de su recepción, dejando una copia del documento en la ficha clínica. Si el familiar se niega a concurrir al establecimiento se debe dejar constancia en la ficha, dar aviso a jefe de servicio clínico y éste al Director(a) del Hospital quien se comunicará con la Unidad de Asuntos Institucionales.
- Los detalles de las circunstancias en que ocurrieron los hechos, incluyendo personal de turno involucrado, horario de la fuga, horario del llamado a Carabineros y a familiares, nombre y RUT del familiar con el que contacto, hora de comunicación efectiva y registro del número total de llamadas realizadas, debe quedar registrado en ficha clínica del paciente por el médico.
- Si el paciente es sorprendido durante la fuga, se le debe explicar los riesgos de su decisión. Si el paciente agresivamente insiste en irse, se le informará del proceso de alta voluntaria y rechazo de tratamiento y entregará certificado firmado por el paciente.
- En ningún caso, el personal del hospital podrá aplicar medidas violentas destinadas a retener al paciente contra su voluntad.

Artículo 25: El paciente, el representante que ella haya designado o los parientes señalados en el artículo 42 del Código Civil, podrán solicitar el alta voluntaria por rechazo de tratamiento. Si existe discrepancias por la decisión tomada por el paciente y el equipo médico tratante, se debe pedir evaluación del caso al Comité de Ética Asistencial de la institución.

TÍTULO VI

DEL TRASLADO DE PACIENTES

Artículo 26: El Hospital San Juan de Dios - CDT es parte de la Red de Salud Metropolitana Occidente, por lo cual recibe y deriva pacientes pertenecientes a las comunas de Pudahuel, Renca, Cerro Navia, Quinta Normal y Lo Prado. También corresponden a su área las provincias de Melipilla, con las comunas de Melipilla, Alhue, Curacaví, María Pinto y San Pedro; y la Provincia de Talagante, con las comunas de Isla de Maipo, El Monte, Padre Hurtado, Peñaflores y Talagante.

Frente a la posibilidad de que nuestra institución no cuente con cupos críticos o prestación que no se esté en nuestra cartera de servicios, para entregar atención a nuestros usuarios, se cuenta con sistema coordinado y centralizado a través de UGCC (Unidad de Gestión Centralizada de Casos) MINSAL. Los pacientes podrán derivarse a instituciones públicas o privadas ya sea cupos GRD (según ranking FONASA o cupos NO rankeados).

Para cupos básicos y medios, se articula la solicitud de cupos dentro de nuestra red SSMOC y si no a la macro red, privilegiando dar respuesta a la necesidad del paciente.

Para la gestión del traslado de pacientes desde la institución a otra, se requiere siempre la indicación del médico tratante.

Artículo 27: Traslado de pacientes desde el Servicio de Urgencia a la Red:

- Todo paciente que ingrese al Servicio de Urgencia, será evaluado por médico de la unidad, quien diagnosticará y evaluará la necesidad de hospitalización para resolución de patologías médicas o quirúrgicas. Durante la visita se definirá perfil y destino de todos los pacientes con criterio de hospitalización.
- Posterior a la visita médica se realiza reunión de camas, en donde se coordina el traslado interno de los pacientes entre UPC Adulto y Servicios de Medicina, Cirugía y Especialidades Quirúrgicas y se definen prioridades para asignación de cupos según demanda y oferta de camas internas.
- La gestora de pacientes notifica los traslados que se asignaron en la reunión de camas al Servicio de Urgencia para que estos se efectúen. En el caso de traslados a servicios clínicos del Hospital, estos serán ejecutados por gestora de la Torre Hospitalaria. Los traslados a otras instituciones de la red serán presentados por el médico coordinador del Servicio de Urgencia, vía telefónica con el médico receptor.
- Frente a la situación de solicitud de cama, después de la reunión de camas, el residente se comunicará directamente con la gestora de pacientes en turno, ya sea del Servicio de Urgencia o de la Torre Hospitalaria.

Artículo 28: Traslado de pacientes desde servicios clínicos de la institución a la red.

- Para pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina, Cirugía, Especialidades Quirúrgicas, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Neonatología y Unidades de Paciente Crítico, el médico residente, solicitará a gestora de camas, traslado del paciente a su hospital de origen, siempre que este cumpla con los requisitos establecidos por protocolo institucional para su traslado. El traslado debe ser solicitado a través de informe médico completo enviado al mail institucional de Unidad de Gestión de Pacientes.
- El informe emitido por médico residente es revisado, analizado y es gestionado con Gestora de Pacientes de la institución de la red a que se desea derivar al paciente y se espera confirmación de solicitud de cama.
- Una vez confirmado el cupo, Gestora de Pacientes avisa a médico tratante y a enfermera de la unidad que está solicitando el traslado para que éste se ejecute.

Artículo 29: Traslado a instituciones que no pertenecen a la red (extrasistema).

- En el caso que no se disponga de cupos para hospitalización en la Red Occidente, el paciente será trasladado al extrasistema.
- El médico tratante solicitará a la Gestora de Pacientes el caso se registre en Unidad de Gestión de Camas Centralizada (UGCC) del Minsal. Esta unidad comenzará la búsqueda del cupo en establecimientos públicos y privados que cuenten con cupos disponibles para hospitalización de pacientes. Si la búsqueda es exitosa, se coordina conferencia telefónica entre médico tratante y médico receptor, con el fin de ejecutar el traslado del paciente.
- El sistema de seguimiento de pacientes trasladados a camas privadas será responsabilidad de FNS de acuerdo a normativa vigente.

- El sistema de seguimiento y rescate de pacientes Ley de Urgencia, será responsabilidad de gestión de pacientes local y del SSMOcc de acuerdo a normativa vigente

Artículo 30: Criterios de exclusión para trasladar pacientes.

- Casos sociales.
- Pacientes con limitación de esfuerzo terapéutico (LET).
- Pacientes con mal pronóstico vital.
- Pacientes Isapres, otras previsiones o particulares.

Artículo 31: En relación a la contrarreferencia de pacientes, todo paciente procedente de Melipilla, Talagante, Peñaflores y Curacaví que se encuentre estable, en espera de alcanzar peso, instalación de oxígeno domiciliario, resolución de situación legal, etc., podrá ser trasladado a su hospital de origen.

Artículo 32: Cada vez que se traslade a un paciente al extrasistema, el paciente debe ir acompañado de la siguiente documentación e información:

- Previsión del paciente.
- Resumen con antecedentes clínicos del paciente.
- Epicrisis de enfermería (información de hospitalización entregada al alta).
- Carta de resguardo si lo amerita, según normativa vigente UGCC.

Artículo 33: Las condiciones del transporte (simple o complejo) para el traslado de un paciente dependerán de la gravedad y complejidad del paciente según categorización por riesgo y dependencia.

Para traslado de paciente en móvil avanzado, se podrá solicitar SAMU a través de llamada telefónica del médico a cargo del paciente, con el fin de realizar conferencia médica. En el caso de solicitud de ambulancia de alta complejidad medicalizada o profesionalizada, se debe realizar solicitud de móvil, vía correo electrónico a la Unidad de Gestión de Pacientes, quienes realizarán las gestiones correspondientes con empresas en convenio vigente.

TÍTULO VII

DEL PAGO Y ENTREGA DE INFORMACIÓN DE LOS COSTOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Artículo 34: La identificación de la previsión de los pacientes, se efectúa a través de la página Web 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.

Artículo 35: El Fondo Nacional de Salud **FONASA**, identifica a sus afiliados y beneficiarios en tramos previsionales A, B, C y D, a partir de septiembre de 2022 el gobierno informó sobre la implementación del copago cero para pacientes en la red de salud pública en modalidad atención institucional (MAI), lo que permite a los beneficiarios de Fonasa, pertenecientes a los tramos C y D, acceder a la gratuidad en todas sus atenciones en el sistema público de salud: AUGE/GES, urgencias que requieren hospitalización, medicamentos, prótesis, tratamientos odontológicos y de salud mental, programas especiales (cirugía bariátrica, fertilización in vitro), entre otros.

Artículo 36: Con esta medida, las personas ya no cancelan el pago del 10% (tramo C) y el 20% (tramo D) de las prestaciones recibidas, y al igual que los tramos A y B, las atenciones son gratuitas en consultorios, atención primaria y hospitales.

Artículo 37: Los afiliados a Isapres, deben cancelar sus atenciones ambulatorias según valor que corresponda al Arancel a Particulares al momento de la atención y solicitar a su respectiva Isapre el reembolso con la boleta de venta y servicios que le entrega el hospital.

En las hospitalizaciones, el afiliado a Isapre, debe firmar un pagaré simple y firmar la declaración poder, posterior al alta el hospital entregará un programa de atención detallado de las prestaciones otorgadas, cuyo valor corresponde al Arancel a Particulares vigente a fecha de la prestación, el cual debe ser llevado a la ISAPRE, para su bonificación, pago y emisión de los bonos, con los cuales cancelar las atenciones al hospital.

Artículo 38: Los pacientes particulares, deben cancelar sus atenciones ambulatorias al momento de la atención en dinero efectivo o transferencia bancaria a la cuenta corriente del hospital. En las hospitalizaciones, el paciente particular debe cancelar sus atenciones al momento del alta, cuyo valor corresponde al Arancel a Particulares vigente a fecha prestación, en caso de no contar con dinero, debe firmar un pagaré simple el cual debe ser pagado en la fecha establecida, y en caso que la cuenta sea de un alto valor, el hospital le otorgará un plazo de pago en cuotas mensuales y sucesivas.

Artículo 39: Los pacientes beneficiarios del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos (PRAIS), tienen gratuidad en todas sus atenciones independiente del sistema previsional al que se encuentre afiliado.

En los casos que el paciente tenga duda de las prestaciones cobradas, debe concurrir a la oficina de regularización de cuentas en el 1º piso del edificio CDT, para plantear sus dudas y proceder a revisar en forma interna la cuenta del paciente.

Artículo 40: Los Aranceles de FONASA, Modalidad Institucional (MAI) y Modalidad Libre Elección (MLE), Arancel a Particulares y Arancel Medicamentos e Insumos, se encuentran a disposición de los pacientes en Recaudación central 1º piso torre hospitalaria.

Todo paciente hospitalizado, que de acuerdo a su calidad previsional debe cancelar sus atenciones, recibe la cuenta mediante la entrega de un programa de atención valorizado y detalla la cantidad de días cama, exámenes de laboratorio, radiológicos, procedimientos, medicamentos e insumos, con sus respectivos valores y cantidades.

Al momento del ingreso a través de la Torre hospitalaria, el funcionario de Admisión-Recaudación informa al paciente que debe cancelar sus atenciones al momento del alta, oportunidad que se le entrega instructivo.

Artículo 41: El detalle de la valoración de los medicamentos e insumos utilizados en la atención del paciente será evaluado de acuerdo a las coberturas de las canastas utilizadas durante la atención. Los pagos pueden ser cancelados en dinero efectivo o transferencia bancaria.

TÍTULO VIII

DEL ACCESO A OFICINA DE INFORMACIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS (OIRS)

Artículo 42: Todo usuario tiene derecho a manifestar a través de una solicitud ciudadana (reclamo, sugerencia, felicitación, solicitud y consulta) su opinión respecto al proceso de atención recibida en el establecimiento.

La solicitud ciudadana, debe ser ingresada en la Plataforma OIRS Minsal, a través de los links <https://oirs.minsal.cl/> y <http://www.hsjd.cl/web/> (banner OIRS en línea).

Esta se puede realizar a través de:

- Plataforma Minsal
- Oficinas OIRS (CDT – Torre – Urgencia)
- Módulo de informaciones

- Dirección Establecimiento

Artículo 43: Una vez que el usuario (a) realiza una solicitud ciudadana, a través de las vías mencionadas en el artículo anterior, la/el funcionaria/o administrativa/o Gestor de Requerimientos Ciudadanos de la Unidad OIRS recibe la solicitud ciudadana desde Plataforma OIRS Minsal, para permitir su trazabilidad en sistema OIRS-HSJD.

- OIRS envía copia de la solicitud ciudadana a jefaturas de Centros de Responsabilidad y de Costo (CR y CC respectivamente) del servicio/unidad donde se origina la causa de la solicitud ciudadana, a través de correo electrónico automático, generado por sistema OIRS-HSJD.
- En las solicitudes ciudadanas tales como sugerencias, solicitudes, felicitaciones y consultas, la jefatura del CR/CC toma conocimiento de la situación y emite respuesta técnica, explicando cada uno de los puntos que expone el requirente en el formulario virtual o carta, en un plazo de 3 días hábiles.
- En el caso de los reclamos, la jefatura del CR/CC toma conocimiento de la situación y emite respuesta técnica, explicando cada uno de los puntos que expone el reclamante en el formulario virtual o carta, en un plazo de 3 días hábiles.
- OIRS redacta respuesta a usuario (a) con antecedentes entregados por jefe de CR/CC.
- Si el reclamo es tipificado como de competencia técnica, se envía a jefe de CR/CC, para Vº Bº.
- La carta de respuesta de reclamo es firmada por la jefatura de Satisfacción Usuaría en atención a que cuenta con delegación de facultades efectuada por la Directora del HSJD, a través de la Resolución Exenta N°07476/2021.
- En las solicitudes ciudadanas tales como sugerencias, solicitudes, felicitaciones y consultas, la jefatura de OIRS es quien firma las cartas de respuesta.
- Posteriormente, la respuesta (carta) se envía al usuario (a) a través de la vía que éste haya definido en la solicitud ciudadana (carta o correo electrónico).

Artículo 44: El plazo para emitir la respuesta a los reclamos será de 15 días hábiles, contados desde el día hábil siguiente a su recepción, dentro del cual, el establecimiento debe responder con los antecedentes que disponga.

Artículo 45: Si la respuesta entregada por el establecimiento fuera insatisfactoria para el reclamante o si el establecimiento se comprometió a tomar medidas para corregir las irregularidades reclamadas y estas no se llevaran a cabo dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación de la respuesta, el reclamante podrá recurrir a la Intendencia de Prestadores dentro del plazo de 5 días hábiles contados desde la fecha de la notificación de dicha respuesta, o desde el término del plazo que el prestador haya tenido para subsanar las irregularidades que se le plantearon, según corresponda.

TÍTULO IX

DE LA IDENTIFICACION DEL USUARIO Y DEL FUNCIONARIO

Artículo 46: Todo funcionario en forma **obligatoria** debe portar su credencial de identificación, según el área de desempeño. Las credenciales institucionales se diferencian por colores:

- Credencial verde indica que los funcionarios se desempeñan en actividades clínicas en contacto con pacientes o se desempeñan en actividades relacionadas con OIRS.
- Credencial roja indica que funcionarios se desempeñan en actividades exclusivamente administrativas.
- Credencial azul es para uso exclusivo de contratistas, integrantes del Consejo Consultivo y personal voluntariado y visitantes médicos.
- Credencial amarilla para uso exclusivo de visita de pacientes.

Todo funcionario deberá usar vestimenta acorde a las actividades que realiza en la institución y a las normas IAAS.

Se deberá exigir el cumplimiento a los funcionarios que ingresan a áreas críticas de Pabellones el uso de ropa clínica.

Artículo 47: Los alumnos deben portar la identificación visible, entregada por su casa de estudio, identificando el nombre del alumno, carrera y universidad a la cual pertenecen.

Artículo 48: Todo paciente hospitalizado en esta institución debe ser llamado por su nombre, por tanto, debe contar con identificación, lo cual se logra a través de la instalación de un brazalete de identificación al ingreso. Esta actividad incluye a pacientes adultos, pediátricos, recién nacidos, pacientes con compromiso de conciencia, aquellos pacientes que ingresan a pabellón quirúrgico y también al paciente fallecido.

La información contenida en ellos dependerá de lo establecido en el protocolo institucional de Identificación de pacientes del establecimiento.

Artículo 49: Previo a la instalación de brazalete de identificación, se informará al paciente y/o sus familiares sobre la finalidad y la importancia de este proceso. El paciente/familiar debe dar aviso al personal de enfermería si el brazalete de identificación está deteriorado o se ha desprendido, para su inmediato reemplazo.

Artículo 50: En los servicios clínicos, al ingreso del paciente, se verificará que esté instalado el brazalete de identificación con los datos correctos, si no es así, se procederá al cambio de brazalete.

El profesional que elaboró el brazalete de identificación, debe colocarlo al usuario, preferentemente en las extremidades superiores, tomando en cuenta que no interfiera con sus acciones clínicas.

Artículo 51: En aquellos pacientes en los que no sea posible la instalación de brazalete de identificación en ninguna de las extremidades como por ejemplo en pacientes con edema, paciente multiinvadidos, con alergias o afecciones de piel, se colocará el brazalete de identificación en la cabecera de la cama/cuna/incubadora del paciente según corresponda.

Artículo 52: El brazalete de identificación no debe ser removido hasta el egreso del paciente de la institución.

La evaluación permanente del proceso de Identificación se llevará a cabo en la recepción de turno diaria, en donde deberá constatarse la presencia y correcto estado del brazalete de identificación por cada paciente.

En caso de deterioro, ilegibilidad, ruptura u otro factor que interfiera con este dispositivo; deberá ser reemplazado en el mismo instante de la constatación de la disfuncionalidad por uno nuevo que cumpla con todos los requisitos preestablecidos.

TÍTULO X

SOBRE LA ENTREGA DE INFORMACION AL PACIENTE

Artículo 53: Toda persona o en su defecto un representante designado por el paciente o su familia tiene derecho a recibir, por parte del médico tratante durante la hospitalización, información oportuna y comprensible del estado de salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como el pronóstico esperado, y del proceso previsible del post operatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional, en los horarios destinados para tal efecto por cada servicio clínico.

Artículo 54: Toda persona tiene derecho a recibir, por parte del médico tratante, una vez finalizada su hospitalización, un informe legible (Epicrisis) que contiene toda la información exigida por la ley.

El establecimiento a través de la Unidad de Comercialización entregará por escrito la información sobre los aranceles y procedimientos de cobro de las prestaciones de salud que le fueron aplicadas.

Artículo 55: Toda persona podrá solicitar, en cualquier momento de su tratamiento, un informe que señale la duración de éste, el diagnóstico y los procedimientos aplicados.

Asimismo, toda persona tendrá derecho a que se le extienda un certificado que acredite su estado de salud y licencia médica si corresponde, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria, o cuando lo solicite para fines particulares. El referido certificado será emitido, de preferencia, por el profesional que trató al paciente que lo solicita.

Artículo 56: En la totalidad de servicios clínicos se entregará información en relación a horarios de atención, identificación del personal, normas del establecimiento y del servicio clínico en particular, información médica sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico, sistema de visitas, alimentación, cuidados generales al alta y apoyo a los familiares en educación en los cuidados de pacientes postrados o con cuidados especiales. Informe del estado y ubicación del paciente, sistema de visitas y sistema de traslados.

La responsabilidad de entregar información del estado general del paciente, indicaciones de cuidados durante hospitalización y al alta corresponde a las enfermeras y matronas clínicas. La entrega de información clínica del paciente corresponde a médico tratante. La información de informes de estado, ubicación de pacientes y sistema de visitas corresponde a OIRS. La información será entregada en horario de mañana.

Artículo 57: Para la entrega de información en el Servicio de Pabellón, se requiere que la familia designe un interlocutor o representante.

Al paciente post quirúrgico se le entregara información clínica del diagnóstico, estado del paciente e información específica entregada por el médico post intervención.

Los pacientes pediátricos realizaran la recuperación con su padre o madre o familiar más cercano, esto podrá permanecer durante toda su estadía si la condición del paciente lo permite o del estado de salud de otros pacientes de la sala.

Los pacientes quirúrgicos adultos, podrán ser visitados por su familiar más cercano durante un tiempo prudente, si las condiciones del paciente o de la sala lo permiten.

La entrega de la información del estado general del paciente en pabellón será realizada por enfermeras y matronas.

Información presencial y telefónica en OIRS, 1º piso de Torre Hospitalaria en horario de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 h; viernes, sábado, domingo y festivos de 8:00 a 16:00 hrs.

Artículo 58: Para la entrega de información de pacientes pediátricos y neonatales, los familiares de niños/as hospitalizados/as, serán informados del estado del paciente. Para ello se define que la familia debe tener un interlocutor o representante, que deben ser los padres o tutores legales del niño/a. Este Interlocutor debe entregar la información a sus familiares.

La información del médico será entregada solo a los padres o tutor legal.

El médico es el único responsable de entregar información clínica sobre el estado del paciente. Las jefaturas médicas y de enfermería están disponibles para dar atención a los padres o tutores legales de los niños hospitalizados.

Se entregará información relacionada con el diagnóstico, estado del paciente e información específica entregada por el médico. Educación continua durante el proceso de hospitalización, Información al alta (citaciones, tratamiento, cuidados específicos).

Las enfermeras/matronas serán responsables de la entrega de la información del estado general del paciente, educación, indicaciones de cuidados durante hospitalización y al alta. El profesional médico será responsable de la entrega de Información clínica del paciente durante su hospitalización e indicaciones al alta.

TÍTULO XI

DEL TRATO QUE DEBE RECIBIR EL PACIENTE

Artículo 59: Durante la atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.

En consecuencia, el personal deberá:

- Velar porque se utilice un lenguaje adecuado y comprensible durante la atención; cuidar que las personas que padezcan de alguna discapacidad, no tengan dominio del idioma castellano o sólo lo tengan en forma parcial, puedan 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.

Artículo 60: La atención otorgada por alumnos es informada mediante señalética institucional y deberá contar con la supervisión de un médico u otro profesional de la salud que trabaje en el establecimiento.

Artículo 61: 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.

TÍTULO XII

DE LOS COMITÉ DE ETICA Y SU ACCESO

Artículo 62: En el Hospital San Juan de Dios existirá un Comité de Ética Asistencial, según se refieren los artículos 17, 18, 20 y 30 de la ley Nº 20.584, así como en lo establecido en el Decreto Supremo Nº 62 del Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento para la Constitución y Funcionamiento de Comités de Ética Asistencial, al que tendrán acceso para solicitar la evaluación de su caso desde el punto de vista ético clínico.

Todo paciente o su representante legal, en caso de incompetencia del primero, tienen derecho de recurrir al Comité de Ética Asistencial del Hospital para que su caso sea revisado por dicho organismo del punto de vista ético clínico. El Comité de Ética deberá pronunciarse sobre el caso requerido, al efecto el paciente o sus representantes legales deberán efectuar la petición a través del formulario publicado en página Web del Hospital San Juan de Dios, en el banner "COMITÉ DE ETICA", se debe descargar el formulario de "formularios de acceso a comité de ética HSJD" y enviar la solicitud por correo a comitedeetica.hsjd@redsalud.gov.cl

Ingresado el formulario en el Comité de Ética, dicho organismo lo tratará en su sesión más próxima y podrá requerir al efecto la opinión de un profesional especialista si así fuere necesario.

El paciente o su representante, deberá autorizar al Comité de Ética para que sus miembros o los especialistas que convoque puedan acceder a sus antecedentes clínicos (ficha clínica u otros), a fin de cumplir con el pronunciamiento correspondiente.

Del mismo modo, autorizará a los integrantes del comité para dar a conocer los antecedentes clínicos a las personas que cite a aportar sus opiniones en sesión convocada al efecto.

El paciente o su representante legal autorizarán al comité para notificar el texto de sus acuerdos a los profesionales tratantes involucrados en la consulta y a la Dirección del Hospital para la eventual corrección de los procedimientos o para que adopte las medidas que asegure los derechos del paciente.

El Comité de Ética pronunciará por escrito su opinión la que será comunicada a la persona del paciente o a su representante legal, al profesional tratante y a la Dirección del establecimiento.

La opinión del Comité de Ética será revisable por la Corte de Apelaciones correspondiente.

Casos en que tendrá competencia el Comité de Ética Asistencial

En caso de duda del profesional tratante acerca de la competencia de la persona para adoptar una decisión autónoma, siempre que previamente se hay realizado una evaluación clínica integral que no hubiese logrado aclarar dicha duda.

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 salud o a riesgo de morir, que serían evitables 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.

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.

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 se regula la materia.

Artículo 63: Si el profesional tratante difiere de la decisión manifestada por la persona o su representante, podrá declarar su voluntad de no continuar como responsable del tratamiento, siempre y cuando asegure que esta responsabilidad será asumida por otro profesional de la salud técnicamente calificado, de acuerdo al caso clínico específico.

Artículo 64: Si la persona no se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad, las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles, tales como esterilización con fines contraceptivos u otro de carácter irreversible, deberán contar siempre con el informe favorable del Comité de Ética del establecimiento.

Artículo 65: En el caso de que la persona, expresare su voluntad de no ser tratada, quisiere interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, podrá solicitar el alta voluntaria. Asimismo, en estos casos, la Dirección del correspondiente establecimiento de salud, a propuesta del profesional tratante y previa consulta al Comité de Ética, podrá decretar el alta forzosa.

Artículo 66: Tratándose de personas en estado de muerte cerebral, la defunción se certificará una vez que ésta se haya acreditado de acuerdo con las prescripciones que al respecto contiene el artículo 11 de la ley N° 19.451, con prescindencia de la calidad de donante de órganos que pueda tener la persona.

Artículo 67: Queda prohibido al Comité de Ética:

- Proponer sanciones y adoptar decisiones de carácter resolutivo.
- Actuar como tribunal de ética sobre la conducta de los prestadores individuales.
- Reemplazar la decisión clínica del profesional tratante o asumir la responsabilidad de quien ha solicitado su asesoramiento.
- Sustituir las funciones y competencias de los comités ético-científicos.
- Efectuar auditorías a las actuaciones de los profesionales de la salud.
- Las funciones del Comité se entenderán sin perjuicio de las competencias que en materia de ética profesional correspondan a los respectivos colegios profesionales, en su caso.

Artículo 68: Las funciones del Comité de ética estarán definidas en el protocolo institucional de la institución y cumplirá lo estipula en la Ley N° 20.584 “Ley de Derechos y Deberes del paciente”.

TÍTULO XIII

DEL DERECHO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE

Artículo 69: Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud. 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.

Este proceso se efectuará en forma verbal, sin embargo, será obligatorio en la institución que quede por escrito en los casos de Cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, procedimientos de Hemodinamia y procedimientos de Imagenología intervencional.

Los profesionales solo deberán utilizar como respaldo escrito de este proceso el formulario institucional de Consentimiento informado el cual deberá contener obligatoriamente que procedimiento se realizará, objetivos del procedimiento, sus características y potenciales riesgos, nombre y firma del profesional responsable del procedimiento y del paciente y fecha de obtención de este.

Artículo 70: En ningún caso el rechazo a un tratamiento podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.

Artículo 71: No obstante, lo establecido anteriormente no se requerirá la manifestación de voluntad en las siguientes situaciones:

- En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo anterior supongan un riesgo para la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en la ley, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona.
- En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda.

- Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido. En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.

Artículo 72: La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario. De esta circunstancia deberá dejarse constancia por el profesional tratante en la ficha clínica de la persona.

Para el correcto ejercicio de este derecho, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar información completa y comprensible.

Las personas que se encuentren en este estado tendrán derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte. En consecuencia, tienen derecho a los cuidados paliativos que les permitan hacer más soportables los efectos de la enfermedad, a la compañía de sus familiares y personas a cuyo cuidado estén y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual.

La persona podrá solicitar el alta voluntaria conforme lo establecido en Artículo 22 del presente documento.

Artículo 73: Toda persona deberá ser informada y tendrá derecho a elegir su incorporación en cualquier tipo de investigación científica biomédica. Su expresión de voluntad deberá ser previa, expresa, libre, informada, personal y constar por escrito. En ningún caso esta decisión podrá significar menoscabo en su atención ni menos sanción alguna. De acuerdo al protocolo institucional "Instrucciones para la presentación de solicitudes de ejecución de estudios biomédicos en el HSJD".

TÍTULO XIV

DEL DERECHO A LA ASISTENCIA ESPIRITUAL

Artículo 74: El paciente tiene derecho a asistencia religiosa o espiritual en el caso de ser este requerido por el paciente o su acompañante, así como las atenciones especiales de pertinencia cultural según corresponda en ambos casos de acuerdo a reglamentación vigente.

El acceso de ministros de culto, pastores, sacerdotes, rabinos, diáconos y demás personas autorizadas por sus respectivas iglesias, al hospital San Juan de Dios, con el objeto de prestar asistencia religiosa de su propia confesión al interior de dichos recintos, se regirá por la siguiente normativa de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto nº 94 de 2007, Reglamento sobre Asistencia Religiosa en recintos Hospitalarios.

Las personas que realicen actividades de asistencia religiosa al interior de los establecimientos asistenciales deberán siempre observar una conducta que no perturbe el normal funcionamiento de ellos y que respete el debido cuidado de los pacientes. La contravención a lo anterior, así como cualquier acto que se oponga a la moral, a las buenas costumbres o al orden público facultará al Director (a) del Hospital para solicitarles a los responsables que abandonen el recinto, sin perjuicio de los recursos administrativos o judiciales correspondientes.

Toda persona internada en un centro hospitalario tiene derecho a profesar la creencia religiosa que libremente ha elegido o no profesar ninguna y, asimismo, a manifestar dicha circunstancia libremente o abstenerse de hacerlo, sin que pueda ser coaccionado a actuar en un sentido contrario al que ha elegido a tal respecto, por lo que si un paciente no solicita asistencia se debe respetar su decisión. El ejercicio de la asistencia religiosa no podrá de modo alguno alterar el normal funcionamiento del establecimiento y deberá siempre respetar los derechos de terceros.

Artículo 75: Cuando el paciente desee la presencia de un asistente espiritual, deberá informar a enfermera tratante correspondiente al Servicio donde se encuentra internado.

En relación al paciente que no se encuentra en condiciones de solicitar la asistencia espiritual, autorizará esta asistencia su cónyuge, padre, hijo y demás consanguíneos en el orden que fija el artículo 42 del Código Civil.

Se podrá entregar asistencia espiritual, sólo con el consentimiento expreso del paciente o familiar autorizado en el caso que el paciente no pueda expresar su voluntad. Dejar registro en ficha clínica del paciente.

Artículo 76: El acompañante espiritual (AE) deberá acercarse a la oficina o módulo OIRS una hora antes o una hora después del horario de visita normal de la Unidad donde se encuentre el paciente, con el propósito de no restar cupo a los familiares. En caso de que sea llamado por una situación de emergencia esto último no se aplica.

Funcionaria/o OIRS, solicita credencial al representante de la Iglesia que visita al paciente y registra sus datos en "Ficha de Acompañamiento Espiritual"

En el caso de que el paciente sea pediátrico, el acompañante espiritual debe ir acompañado de los padres o representantes del paciente.

La duración del acompañamiento será de un máximo de una hora según reglamento interno de la Institución.

El AE debe cumplir todas las indicaciones entregadas por el personal sanitario del Servicio donde se encuentre el paciente según necesidad de acuerdo a estado o condiciones especiales del paciente. (Ej. Normas de Prevención de IAAS).

**En el caso de situaciones inminentes en que el paciente se encuentre fuera del alcance terapéutico, el médico de turno dará conocimiento del diagnóstico a la familia. Si ésta manifiesta la necesidad de que asista un AE al paciente, la enfermera tratante otorgará el permiso correspondiente a la visita espiritual, el cual se realizará de forma verbal.*

Artículo 77: La asistencia religiosa será entregada de preferencia en forma individual, pero puede ser en forma colectiva en un lugar especialmente habilitado (capilla), si el médico tratante del enfermo autoriza el desplazamiento del enfermo.

La asistencia religiosa podrá comprender, entre otras, las siguientes actividades: Visita de enfermos; oraciones; celebración de los actos de culto; asesoramiento en cuestiones religiosas y morales a los enfermos, sus familias y funcionarios de los hospitales; colaboración en cuidados paliativos; colaboración en la humanización de la asistencia hospitalaria, siempre que las condiciones del servicio hospitalario lo permitan.

La asistencia religiosa será prestada cuidando de respetar y no interferir con los procedimientos médicos asistenciales que deban efectuarse a los pacientes y a quienes compartan la habitación con aquellos. Para esto deberán programarse las visitas en horarios adecuados y suspenderlas si lo requieren las acciones terapéuticas.

La entrega de estampas religiosas, libros, folletos u otros objetos de divulgación religiosa, sólo podrá realizarse a la persona determinada y cuando ésta hubiera expresado su voluntad de recibirlos.

Artículo 78: El Hospital cuenta con capilla para el culto católico, las autoridades del establecimiento, de acuerdo a normativa legal (Decreto 94 que aprueba Reglamento Sobre Asistencia Religiosa en Recintos Hospitalarios, Artículo 9º, letra A) asegurará el destino exclusivo al culto para el cual fue construida, sin perjuicio de lo cual la Iglesia Católica, podrá facilitar su utilización a otras organizaciones religiosas según su ordenamiento jurídico propio, o sus estatutos.

Artículo 79: Salvo que se les relevare del deber de guardar secreto por aquel que lo hubiere confiado, todo el que preste asistencia religiosa tiene el deber de guardar el secreto que se les hubiere confiado, pero únicamente en lo que se refiriere a dicho secreto de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 303 del Código Procesal Penal.

Artículo 80: El equipo médico tratante podrá sugerir asistencia religiosa y/o espiritual para aquellos pacientes que se encuentren sometidos a circunstancias especiales, tales como las siguientes:

- Que manifiesten restricciones religiosas a ciertos alimentos y tratamientos médicos.
- Que expresen intensas dificultades emocionales tales como temor, ansiedad marcada, agitación.
- Que se manifiesten deprimidos, con pensamientos suicidas, o deseos manifiestos de morir.
- Que presenten conductas de no-cooperación, hostilidad, rechazo a procedimientos Clínicos.
- Que deban ser sometidos a cirugías de alta complejidad, con riesgo vital, amputaciones, secuelas deformantes o largas convalecencias.
- Que deban recibir noticias de alto impacto de parte de su familia, tales como defunción de algún integrante de ésta.

Artículo 81: Los profesionales del equipo de salud del mismo establecimiento hospitalario que hayan recibido formación adecuada para ello podrán entregar asistencia espiritual cuando así fuere solicitado por el paciente o su familia, en conformidad a este Reglamento.

TÍTULO XV

DEL DERECHO A LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA

Artículo 82: La ficha clínica es un documento reservado y confidencial. Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Lo anterior con las excepciones indicadas en Decreto N°41 “Aprueba reglamento sobre fichas clínicas” del 15/12/2012, en adelante Decreto N°41. Esto con el objeto de asegurar que la información médica no se entregue a personas no relacionadas con la atención del paciente.

Artículo 83: La ficha clínica permanecerá por un período de al menos quince años (contados desde la última atención) en poder del hospital, quien será responsable de la reserva de su contenido.

Sin perjuicio de lo anterior, la información contenida en la ficha clínica, copia de la misma o parte de ella, será entregada, total o parcialmente, a solicitud expresa de las personas y organismos que se indican a continuación, en los casos, en forma y condiciones que se señalan:

- Al titular de la ficha clínica, a su representante legal, o en caso de fallecimiento del titular a sus herederos, que acrediten este derecho.
- A un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario.
- A los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con quien tenga el carácter de parte o imputado en las causas que estuvieren conociendo
- A los fiscales del Ministerio público y a los abogados defensores, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a cargo.
- Para efectos de someterse al Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, tendrán acceso a las fichas clínicas de los pacientes atendidos en este establecimiento funcionarios de la Superintendencia respectiva, así como empleados de entidades acreditadoras autorizadas con ese fin. El procedimiento de revisión de fichas clínicas se realizará con el debido resguardo de la confidencialidad de los datos contenidos en ellas e impidiendo su copia o divulgación, así como la vinculación que pueda realizarse entre el estado de salud físico o psíquico u otro antecedente clínico y la identidad de los pacientes.
- Sin perjuicio de lo solicitado anteriormente y conforme lo establecido en Decreto N°41, para el desarrollo regular de la función pública del hospital, podrían tener acceso al historial clínico los funcionarios o entidades enumeradas en dicho documento con la obligación de guardar reserva sobre los datos que conocieron conforme exige la ley N° 19.628 sobre “Protección de la vida privada”, quedan comprendidas en este ordinario, las facultades de fiscalización por parte del Fondo nacional de Salud conforme al artículo 50 de dicho texto, para verificar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas al beneficiario. En el mismo ámbito se encuentran aquellas asignadas a las ISAPRE para el otorgamiento de beneficios de salud según lo dispuesto en los artículos 189 de dicho DFL y 10 de la Ley N° 19628.

Artículo 84: Conforme lo anterior, se debe tomar todos los resguardos necesarios para garantizar la confidencialidad de la información contenida en la ficha clínica.

En función de lo anterior y dado que la información de la ficha clínica es confidencial, ninguna historia clínica puede ser entregada directamente al paciente o familiares, sino que será llevada por personal del establecimiento a la consulta del médico o donde se requiera.

Esto no es contradictorio con el derecho del paciente a un resumen de la información contenida en este documento o a una copia de la misma.

Así mismo, toda solicitud de acceso a una ficha clínica por terceros, estos deben dirigirse a la Unidad de Archivo, a través del correo electrónico institucional archivo.hsjd@redsalud.gov.cl en donde se le informará al solicitante la disponibilidad y fecha en que podrá retirar la copia solicitada desde la misma Unidad de Archivo ubicada en el piso -1 del edificio Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT), Prof. Dr. Rodolfo Armas Cruz. Solo se podrá autorizar la entrega de la copia del documento al solicitante, siempre y cuando cumpla los criterios establecidos por la normativa legal vigente y lo establecido en Decreto N°41 en su Título III "Administración, acceso y eliminación". En situaciones especiales en que no existe claridad de que la solicitud cumpla lo establecido por la normativa legal vigente, será la Unidad de Jurídica quien evalúe la solicitud.

TÍTULO XVI

DEL DERECHO A LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN

Artículo 85: Todo paciente tiene derecho a recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos institucionales establecidos.

El Hospital San Juan de Dios, es una institución acreditada en Calidad que ha ido incorporando de manera racional y sistemática, sistemas de mejora continua en sus procesos tanto clínicos como administrativos.

Los mecanismos implementados para asegurar dicho cumplimiento están dados por la estandarización de los procesos y el monitoreo continuo a través de la medición de indicadores de cumplimiento y Sistema de notificación de Eventos adversos.

Es obligatorio para los funcionarios de este establecimiento dar cumplimiento a protocolos institucionales, manuales e instructivos que permiten asegurar la atención de salud.

Artículo 86: Todo funcionario de esta institución debe conocer los protocolos institucionales aplicables en el estándar de Acreditación, entre los cuales se incluyen los protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención aprobados por Rs Exenta 1031 de Octubre de 2012. Estos se encuentran disponibles en los servicios clínicos para consulta de los usuarios, a saber:

- Reporte de eventos adversos y eventos centinelas.
- Aplicación de la lista de chequeo para la seguridad de la cirugía.
- Análisis de Re operaciones quirúrgicas no programadas.
- Prevención enfermedad tromboembólica en pacientes quirúrgicos.
- Prevención úlceras o lesiones por presión (UPP) en pacientes hospitalizados.
- Pacientes transfundidos de acuerdo a protocolo.
- Programa de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud.
- Mantenimiento preventivo del equipamiento crítico.
- Seguridad en el Uso de los Dispositivos Médicos: Tecnovigilancia.

TÍTULO XVII

DE LAS CONSIDERACIONES EN CASO DE EVACUACIÓN

Artículo 87: Con la finalidad de asegurar una adecuada protección de la vida y salud de los funcionarios, pacientes, empresas externas y público general, mediante la planificación de acciones a seguir frente a una emergencia, es que el Hospital San Juan de Dios cuenta con un Plan Institucional de Evacuación, el cual contiene todos los ámbitos a considerar durante la inminente evacuación de la institución.

Se entenderá por emergencia cualquier evento o situación no deseada, que representa un riesgo potencial crítico o catastrófico, que puede afectar a todo o gran parte del complejo y sus ocupantes; y que requiere de una acción rápida y organizada.

Artículo 88: Las vías de evacuación estarán claramente señalizadas con letreros de seguridad. Frente a la evacuación en ningún caso deben usarse los ascensores ni cajas de escaleras durante el siniestro.

Durante la evacuación debe seguir las indicaciones del líder de piso o unidad y dirigirse a la zona de seguridad establecida e informada en el momento de iniciada la evacuación.

Artículo 89: El líder de piso o unidad debe ser la última persona que haya evacuado un sector, por ningún motivo deberá devolverse.

Artículo 90: Ningún funcionario o usuario que no tenga una función específica que cumplir en la evacuación, deberá intervenir en ella. Solo debe limitarse a seguir las instrucciones del líder piso o unidad.

Artículo 91: Las vías de evacuación, están claramente señaladas. Las cuales corresponden a sus pasillos de tránsito y escaleras.

Artículo 92: Las zonas de seguridad internas están establecidas en los halls de cada edificio, los cuales se utilizan para evacuaciones parciales, es decir, cuando existe una emergencia que se mantiene controlada y no existe necesidad de evacuar al exterior.

Las zonas de seguridad externas, se utilizará cuando una emergencia esta fuera de control, la zona de seguridad interna no entrega la protección necesaria o el coordinador de emergencia lo solicita.

Las zonas de Seguridad externa se están definidas como:

- **Zona 1:** Zona de seguridad de los funcionarios, pacientes y visitas que se encuentran en el edificio Helen Lee y Clínica Chacabuco. Estos es entre las calles Chacabuco y Compañía, por la vereda cercana a la Torre hospitalaria.
- **Zona 2:** Zona de seguridad de los funcionarios, pacientes y visitas que se encuentran en la Torre hospitalaria. Esto es en la calle Matucana, en las afueras del Museo de la Quinta Normal.
- **Zona 3:** Zona de seguridad de los funcionarios, pacientes y visitas que se encuentran en el CDT. Esto es Av. Portales, a las afueras del edificio, ocupando el sector del área verde.
- **Zona 4:** Zona de seguridad de los funcionarios, pacientes y visitas que se encuentran en la Urgencia. Esto es en la calle Chacabuco, a las afueras del edificio, por el sector lateral del CDT.

Artículo 93: Los funcionarios deben comunicar a su jefatura todo tipo de emergencia y activar los mecanismos de alerta establecidos en la institución frente a situaciones clínicas o de la planta física.

TÍTULO XVIII

DE LOS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VISITA MÉDICA DE RUTINA

Artículo 94: El paciente a su ingreso será asignado a un equipo médico o quirúrgico, de acuerdo a motivo de ingreso. El equipo médico asignará un médico tratante.

Artículo 95: El médico tratante deberá evaluar al paciente al ingreso, realizar entrevista o anamnesis, examen físico, elaborar hipótesis diagnóstica, plantear plan de tratamiento (Nutricional, farmacológico, ventilatorio, kinésico, monitoreo con exámenes, etc.). Deberá también realizar recetas, interconsultas, órdenes de exámenes, solicitud de transfusiones y otros documentos necesarios para la oportuna atención del paciente.

Artículo 96: El médico deberá informar al paciente o a su representante el diagnóstico, el plan de tratamiento médico o quirúrgico detallado, el pronóstico y los riesgos del tratamiento, así como solicitar consentimiento informado para la realización de procedimientos invasivos o cirugías.

Durante la hospitalización realizará evaluación periódica del paciente, para indicar nuevos procedimientos o exámenes, de acuerdo a ello indicar cambios en el tratamiento, traslados, interconsultas, coordinación con otros profesionales y decidir el momento del alta.

Deberá mantener informado al paciente o a su representante de los cambios en la evolución y/o pronóstico y deberá dejar registro completo de todas estas actividades en la ficha clínica.

Al alta deberá realizar la documentación de alta de acuerdo a normativa vigente, derivar al paciente para controles ambulatorios que permitan asegurar continuidad de la atención, otros documentos médicos como licencias informes para aseguradoras etc. Deberán ser solicitados por el paciente y elaborados por médico tratante previo al alta.

TÍTULO XIX

DE LA GESTION DE LOS CUIDADOS COTIDIANOS DE ENFERMERÍA

Artículo 97: La "Gestión del Cuidado", si bien forma parte de la esencia del ser enfermera, no constituye una función privativa de la misma, pudiendo ésta ser desempeñada por otros profesionales, como son las matronas en la Unidad de Ginecología y Obstetricia y Servicio de Neonatología.

Artículo 98: La Gestión del cuidado, se basa en cuidados estandarizados, continuos, coordinados, permanentes y de una mejor calidad ya que son planificados, ejecutados, monitorizados y medidos a través de indicadores de gestión y calidad. Para su ejecución requiere:

- Identificación de paciente.
- Atención de pacientes de acuerdo a programación diaria del plan de enfermería tales como administración de fármacos, curaciones, programación de exámenes, traslado a pabellón etc. y administración de medidas de confort y prevención, indicados por enfermería de acuerdo a requerimientos del paciente, con registro de dichas actividades en hoja de enfermería de cada paciente.
- Aplicar acciones en base a las mejores evidencias que otorguen seguridad durante la atención (protocolos de atención).
- Clasificación del riesgo en la atención: en la instauración de atención Progresiva de pacientes hospitalizados, Categorización por gravedad en los servicios clínicos de pacientes hospitalizados y en el Servicio de Urgencia.
- Orientación de las personas de la comunidad frente a problemas de salud con repercusión sanitaria ej. IAAS, brotes etc.
- Promover campañas de promoción y prevención en salud.
- Medición de indicadores y análisis de resultados, desarrollando estrategias de evaluación, que les permitan mejorar la calidad de atención, ej. Aplicación de encuestas y entrevistas.

- Entrega de información al paciente y familiares en lenguaje entendible durante la hospitalización y al alta.
- Utilización de sistemas de referencia y contra referencia y de trabajo en red entre los niveles de atención (Información al alta o Epicrisis de Enfermería, asegurar que paciente cuenta con documentos de alta: Epicrisis médica, exámenes, interconsultas, notificación de GES, etc.).
- Supervisar al personal técnico y auxiliar respecto al cumplimiento de medidas y cuidados establecidos en el plan de enfermería.

TÍTULO XX

DE LA PRESCRIPCIÓN DIETOTERAPEUTICA SEGÚN CONDICIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Artículo 99: La institución debe proporcionar un régimen dieto terapéutico de acuerdo a las condiciones médicas de los pacientes y promover estilos de vida saludable de acuerdo a la patología y/o estado fisiológico. El cumplimiento de esta actividad es realizado y supervisado por equipo de Nutricionistas y Nutriólogos.

Formas de Alimentación y Nutrición de pacientes hospitalizados:

Vía Enteral:

- Oral: Se utilizará esta vía en pacientes sin dificultad para alimentarse por boca. Recibirán un régimen con aportes de macro y micronutrientes según requerimientos nutricionales por edad, sexo, factor de actividad, factor patológico. El Profesional Nutricionista será el responsable de comunicar y explicar la prescripción dieto terapéutica al paciente.
- A través de Sonda nasogástrica, nasoyeyunal u ostomías: Se utilizará esta vía en pacientes que transitoriamente no puedan utilizar la vía enteral oral para alimentarse. Se utilizarán fórmulas comerciales completas y/o modulares de acuerdo a indicación médica.

Vía Parenteral:

- Nutrición Parenteral: Se utilizará esta vía cuando existan contraindicaciones absolutas y/o relativas de utilización de la vía enteral. Se administrarán nutrientes a través de vía venosa, mediante la instalación de catéter en vena central y/o periférica con mezclas que aporten lípidos, aminoácidos, glucosa, electrolitos y minerales de acuerdo a los requerimientos nutricionales según patología del paciente.

Artículo 100: El cumplimiento de la prescripción dieto terapéutica permite contribuir en la recuperación de los pacientes. Es parte del tratamiento médico. Por lo que queda estrictamente prohibido que las visitas ingresen alimentos para ser entregados y consumidos por los pacientes.

TÍTULO XXI

DE LAS SANCIONES POR EL NO CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE REGLAMENTO

Artículo 101: Se establecerán sanciones administrativas por incumplimientos graves del Reglamento interno, principalmente en lo relacionado con las instrucciones de temas contenidos en la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes (consentimiento informado, uso de identificación, ingreso de estudios de investigación, etc.). Para esto, la Jefatura podrá realizar una atención de demérito o solicitar una investigación sumaria o sumario administrativo, según corresponda.

Referencias:

1.- Ley N° 20.584

2.- Reglamento interno HSJD; Rs. Exenta N° 5935, del 03 Diciembre 2018.



MIDORI SAWADA TSUKAME
Directora
Dirección

JDV



Documento firmado con Firma Electrónica Avanzada

Documento original disponible en: <https://gestordocumental.hsjd.ceropapel.cl/validar/?key=20809473&hash=27cc1>