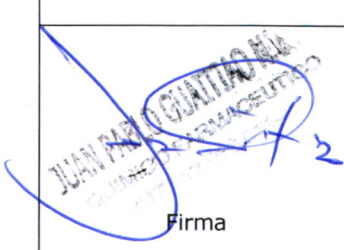




 <b>SERVICIO SALUD AYSÉN</b> <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>COYHAIQUE</b>	<b>PROTOCOLO DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS CLÍNICOS QUE CONSIDERA EVALUACIÓN TÉCNICA.</b>  <b>UNIDAD DE ADQUISICIONES / BODEGA INSUMOS</b>  <b>DEPENDIENTE: SUB DPTO. LOGÍSTICA</b>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: 03</b>
		<b>Fecha Inicio Vigencia: 11/01/2021</b>
		<b>Páginas: 1 - 8</b>
		<b>Vigencia: 5 años</b>

# PROTOCOLO DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS CLÍNICOS QUE CONSIDERA EVALUACIÓN TÉCNICA

ELABORACIÓN	REVISIÓN	VISACIÓN	APROBACIÓN
Juan Pablo Guaitiao	Erwin Gatica	Paulina Arriagada Sandra Gálvez	Jaime López
Químico Farmacéutico	Jefe Sub Dpto. Logística		DIRECTOR
 Firma	 Firma S.S.A.	  Firma y timbre	 Firma y timbre
Fecha: 07/12/2020	Fecha: 04/01/2021	Fecha: 08/01/2021	Fecha: 11/01/2021



**1. INDICE:**

<b>TITULO</b>	<b>Nº página</b>
Introducción	3
Objetivos	3
Responsables	3
Alcance	4
Excepciones	4
Terminología	4
Descripción de las actividades del proceso	4
Referencias Bibliográficas	6
Anexos	7



**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

## **2. INTRODUCCIÓN:**

En la evaluación de insumos que ingresan al arsenal del establecimiento de salud se debe considerar solamente aquellos insumos para los que se disponga de suficiente información científica, que permita determinar que será un aporte real a la atención de los usuarios del hospital.

Es conveniente contar, además, con el aporte de los profesionales que darán uso al insumo que se postula, los que contribuyen con su experiencia en el uso del producto y eventuales alternativas.

## **3. OBJETIVOS:**

- Normar el ingreso de un insumo al arsenal de insumos clínicos del Hospital Regional Coyhaique.
- Evaluar, tras indicación del Subdirector Médico del Hospital, solicitudes de compra excepcional de insumos que no pertenezcan al arsenal de insumos clínicos del Hospital Regional Coyhaique.

## **4. RESPONSABLES:**

<b>RESPONSABLES</b>	<b>FUNCIÓN</b>
Subdirector Médico Hospital Regional Coyhaique.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presidir y convocar las reuniones del comité de adquisiciones de insumos.</li><li>• Velar por el cumplimiento del Protocolo de adquisición de insumos que considera evaluación Técnica.</li></ul>
Secretario del Comité de Adquisiciones de Insumos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recepción de las solicitudes de ingreso al arsenal de insumos.</li><li>• Recepción de las solicitudes de adquisición de insumos que el subdirector médico estime necesario evaluar.</li><li>• Presentar al comité de adquisición de insumos clínicos las solicitudes recibidas.</li><li>• Levantar y difundir las actas de cada reunión.</li><li>• Difundir los acuerdos y documentos validados por el comité de acuerdo a las instrucciones del subdirector médico.</li></ul>
Jefes de servicio clínico y/o profesionales supervisores clínicos y/o profesionales clínicos del Hospital Regional Coyhaique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presentar la solicitud de evaluación técnica de un insumo para su incorporación, sustitución eliminación y/o compra especial.</li><li>• Asistir y/o participar de las reuniones del comité de adquisiciones de insumos convocadas.</li></ul>

## **5. ALCANCE:**

- Este protocolo debe ser aplicado a todo insumo clínico que requiere evaluación técnica para su:
  - incorporación, sustitución, eliminación del arsenal.
- También se aplicará a la compra especial de insumos clínicos que el subdirector médico estime conveniente.



## 6. EXCEPCIONES: N/A

## 7. TERMINOLOGÍA:

**Comité de Adquisiciones de Insumos Clínicos:** es un organismo técnico asesor de la dirección del Establecimiento médico asistencial en materias relativas a la selección, disponibilidad, uso y utilización de insumos clínicos en el establecimiento.

**Arsenal de insumos:** es un listado priorizado de insumos clínicos para asegurar su disponibilidad, acceso, contribuir al logro de la eficiencia en el gasto y promover la racionalidad en el uso de los insumos.

**Insumo Clínico:** Sustancia, artículo o material empleado para el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades, que para su uso no requiere fuentes de energía y que no es un fármaco.

## 8. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO:

### 8.1. Consideraciones Generales:

- El comité de adquisición de insumos sesionará al menos una reunión semestral.
- Actuará como secretario del comité, el funcionario que sea designado en la Resolución que conforma el comité.
- El comité estará integrado por los funcionarios del hospital establecidos en la Resolución que conforma el comité.
- Si el subdirector médico del establecimiento lo estima conveniente y de acuerdo a las materias a tratar, podrá invitar a los especialistas del hospital, asesores de otras instituciones y otros profesionales que pudieran aportar antecedentes al funcionamiento del comité.
- El ingreso o salida de un insumo del arsenal del Hospital Regional de Coyhaique es responsabilidad del Comité de Adquisiciones de Insumos del establecimiento.
- Para los insumos incluidos en los listados de "stock mínimo de insumos en unidades críticas" no será necesario realizar solicitud de incorporación de insumos al arsenal. Estos ingresarán al arsenal de acuerdo a las actualizaciones que se realicen de ese protocolo, sin embargo, se informará al Comité de Adquisiciones de Insumos Clínicos en una reunión y se dejará constancia en el acta respectiva.

### 8.2. Procedimiento:

- El comité de Adquisiciones de insumos sesionará para la incorporación y/o sustitución y/o eliminación de un producto al arsenal de insumos o la compra especial de insumos que el Subdirector Médico del hospital estime conveniente. Para ello se utilizará los Formularios descritos en el Anexo N°1, 2 y 3.



**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

- La solicitud debe ser enviada por un profesional clínico del hospital (Jefe de Servicio, Especialista, Enfermera Supervisora, etc) al Secretario del Comité para ser ingresado a la tabla de la próxima reunión.
- Es obligatorio incluir en la solicitud la información requerida en el formulario. Además, deberá incluir al menos una cotización o valores de adquisiciones anteriores, para uso referencial.
- El comité invitará al profesional solicitante a la sesión donde presentará su requerimiento y el comité evaluará la solicitud.
- El comité evaluará justificación técnica, costos y otros antecedentes científico-técnicos del uso del insumo.
- La aprobación o rechazo de la solicitud dependiendo de los antecedentes presentados por el profesional clínico quedará registrado en el acta respectiva.
- El Secretario del Comité informará al Jefe de Adquisiciones y Jefe CR de Abastecimiento los nuevos insumos aprobados para su ingreso al arsenal.
- El Secretario del Comité enviará el acta, junto a los antecedentes presentados, al Jefe CR de Abastecimiento, cuando se trate de una compra de los insumos aprobados en dicha sesión.

**9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Norma General Técnica N° 113, sobre organización y funcionamiento de los de farmacia y terapéutica para la red asistencial de salud pública. Minsal, 30/06/2009.



**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

**10. ANEXOS:**

**ANEXO:1**

SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE  
ABASTECIMIENTO /

Nº Interno Abastecimiento \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE INCORPORACION O ELIMINACION ARTICULOS DE ARSENAL**

(Esta solicitud no incluye fármacos ni reactivos)

SERVICIO SOLICITANTE..... FECHA.....

**Tipo de Arsenal**

Insumos Clínicos  Insumo Dental  Insumo Laboratorio  Alimentos   
Insumos de Escritorio  Insumos Computacional  Insumos de Aseo  Formularios Impresos

<u>Incorporación al Arsenal</u>	
NOMBRE GENERICO DEL PRODUCTO	:
PROVEEDOR (opcional)	:
ESPECIFICACIONES Y CARACTERISTICAS TECNICAS DEL PRODUCTO: ..... ..... .....	
<b>Requerimiento</b>	CANTIDAD <input type="text"/>
MENSUAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/>	
<u>Eliminación o Sustitución</u>	
SUSTITUCION <input type="checkbox"/>	ELIMINACION <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE PRODUCTO SUSTITUIDO O ELIMINADO	:
CODIGO INTERNO DE PRODUCTO SUSTITUIDO O ELIMINADO	:

**Fundamento de la Solicitud**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
NOMBRE DEL SOLICITANTE

.....  
FIRMA

CARGO.....

NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE PARA SER CONSIDERADO POR LA COMISION.



**SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

**ANEXO:2**

SERVICIO DE SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE  
ABASTECIMIENTO /

**SOLICITUD DE COMPRA N° \_\_\_\_\_**

SERVICIO SOLICITANTE..... FECHA.....

**Descripción del Producto Solicitado**

Nombre Genérico del Producto	Cantidad

**ESPECIFICACIONES Y CARACTERISTICAS TECNICAS DE LO SOLICITADO:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Fundamento de la Solicitud**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
**NOMBRE DEL SOLICITANTE**

.....  
**FIRMA**

**CARGO**.....

**NOTA:** ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE PARA SER CONSIDERADO POR LA COMISION.



**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

**ANEXO:3**

SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE  
ABASTECIMIENTO /

**SOLICITUD DE COMPRA URGENTE N° \_\_\_\_\_**  
(Compras efectuadas de acuerdo al artículo 8º letra c de ley 19.886/2003)

SERVICIO SOLICITANTE..... FECHA.....

**Descripción del producto Solicitado**

Nombre genérico del producto	Cantidad

**ANTECEDENTES QUE FACILITEN LA ADQUISICION** (Especificaciones, características técnicas, proveedor etc.):

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Fundamento de la Urgencia**

**Este fundamento deberá ser suficiente para acreditar la concurrencia de la o las causas o circunstancias que hacen necesario proceder con este tipo de adquisición de excepción, este Fundamento será transcrito fielmente a la Resolución Fundada que exige la Ley de Compras Públicas para este tipo de Adquisiciones.**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
**NOMBRE DEL SOLICITANTE**

.....  
**FIRMA Y TIMBRE DIRECTOR  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE**

.....  
**CARGO.....**

**NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE.**