

OCSF. (Dra. Amiguel)



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
DEL GRAL. C. IBAÑEZ DEL CAMPO  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE**



**APRUEBA SISTEMA DE EVALUACIÓN  
DEL RESPETO A LOS DERECHOS DEL  
PACIENTE.**

**RESOLUCION EXENTA N° 9598**

**COYHAIQUE, 19 OCT. 2018**

**VISTOS estos antecedentes:**

a) Ley N° 19.937 de fecha 24 de febrero de 2004, de Autoridad Sanitaria; el DFL N° 1/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933, N° 18.469 Y Ley N° 20.584;

b) Decreto Supremo N° 140, de fecha 20 de noviembre de 2004, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; el D.S. N° 38/05, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red, especialmente su artículo 43 y siguientes;

c) La Resolución N° 072 de fecha 02.07.1988 del Director del Servicio de Salud Aysén que delega facultades en el Director del Hospital Coyhaique, y sus modificaciones;

d) La Resolución Afecta N° 1279 del 28 julio 2017 del Director de Servicio Salud Aysén que nombra Director Hospital Regional Coyhaique afecto al sistema de alta dirección pública; tomada razón por Contraloría Regional de Aysén el 11/08/2017.

e) Resolución N° 1600, de 2008 de 30 de octubre de 2008 vigente desde el 24 de noviembre de 2008, de la Contraloría General de la República, que fija las normas sobre exención de Toma de Razón, y que dejó sin efecto la Resolución N° 55 de Contraloría General de la República, que establecía las normas sobre exención del Trámite de Toma de Razón y la Resolución N° 520 de 15.11.96, que fijaba el texto refundido coordinado y sistematizado de la Resolución N° 55 ya citada, y sus modificaciones, todas de la Contraloría General de la República;

f) Decreto Afecto N° 55 del 12.07.2018 del Ministerio de Salud que nombra a D. Rina Margot Cares Pinochet como Directora del Servicio Salud Aysén.

g) La ley N° 19.880 de Bases de los Procedimientos Administrativos;



Gobierno  
de Chile

**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
DEL GRAL. C. IBAÑEZ DEL CAMPO  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE**

**CONSIDERANDO:**

La necesidad de implementar herramientas estandarizadas que permitan asegurar la calidad y seguridad en las prestaciones de salud otorgadas en este establecimiento, y proveer condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.

**R E S U E L V O:**

- 1. APRUEBASE,** el documento "Sistema de Evaluación del Respeto a los Derechos del Paciente" en el Hospital Regional Coyhaique'.
- 2. TENGASE PRESENTE,** que el Sistema de Evaluación del Respeto a los Derechos del Paciente, entrará a regir en su nueva versión a contar del 01 octubre 2018.
- 3. A PARTIR,** del 01 de octubre 2018 pónese término a la versión del Sistema de Evaluación del Respeto a los Derechos del Paciente aprobado por Resolución Exenta N° 8288 de fecha 08 de noviembre 2013 del Director del Hospital Regional de Coyhaique
- 4. DESE** a la presente Resolución la más amplia difusión por los receptores de la misma.



**JAIME LÓPEZ QUINTANA  
DIRECTOR  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE**

**JLQ/PAB/SGO/sgo**  
**Distribución:**

1. OSCP
2. AUDITORÍA MÉDICA
3. DPTO. DESARROLLO  
HOSPITALARIO
4. ENCARGADA  
PARTICIPACION  
CIUDADANA
5. OF. PARTES





Gobierno de Chile

SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

### SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL RESPETO A LOS DERECHOS DEL PACIENTE

#### PARTICIPACIÓN CIUDADANA

DEPENDIENTE: DEPARTAMENTO  
DESARROLLO HOSPITALARIO

Código:

Edición: 2

Fecha Inicio vigencia:  
01/10/2018

Páginas: 1 - 9

Vigencia: 5 años

# SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL RESPETO A LOS DERECHOS DEL PACIENTE

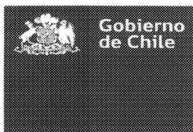
| ELABORACION                       | REVISION                                | VISACION                            | APROBACION          |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---------------------|
| Pamela Balbontín                  | Gabriela Olivares<br>Sandra Gálvez      | Paulina Arriagada<br>Osvaldo Abarca | Jaime Lopez         |
| Encargada Participación Ciudadana | Jefa Dpto. Desarrollo Hospitalario OCSP | Jefe Dpto. Calidad                  | DIRECTOR            |
| <br>Firma                         | <br>Firma                               | <br>Firma y timbre                  | <br>firma y timbre  |
| Fecha: 03/09/18                   | Fecha: 13/09/2018                       | Fecha: 25/09/2018                   | Fecha:              |
| RESOLUCION EXENTA                 |   | Nº 9598                             | FECHA: 19 OCT. 2018 |

## 1. INDICE:

| <b>TITULO</b>                 | <b>Nº de pág.</b> |
|-------------------------------|-------------------|
| Introducción                  | 3                 |
| Objetivos                     | 3                 |
| Responsables                  | 3                 |
| Alcance                       | 4                 |
| Excepciones                   | 4                 |
| Terminología                  | 4                 |
| Desarrollo sistema evaluación | 5                 |
| Referencias bibliográficas    | 6                 |
| Evaluación                    | 6                 |
| Anexos                        | 7                 |



8828



## **2. INTRODUCCIÓN:**

La Ley Nº 20.584 publicada en el Diario Oficial el 24/04/2012, tiene por objeto regular los Derechos y Deberes en cualquier tipo de prestador de acciones de salud, ya sea público o privado y demás profesionales y trabajadores que por cualquier causa deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud.

Para el Hospital Regional Coyhaique, es prioritario dar cumplimiento a una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda los principios éticos esenciales en el trato que se otorga en cada atención de salud realizada a nuestros usuarios, cuidando que se respete la Ley y por ende los Derechos que esta señala. Para poder evaluar este cumplimiento se contará con un sistema que evalúe el efectivo respeto de los derechos del paciente a través, de mediciones mensuales de percepción usuaria. Se aplicará un instrumento tipo cuestionario con preguntas que apunten al cumplimiento de Derechos y Deberes descrita en la Ley Nº 20.584, y de satisfacción usuaria, en las distintas unidades de atención del Hospital Regional Coyhaique.

## **3. OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Evaluar el nivel de cumplimiento y satisfacción del respeto a los derechos de los pacientes en las diferentes unidades de atención del Hospital Regional Coyhaique.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Medir periódicamente la percepción de los usuarios del Hospital Regional Coyhaique, en relación al efectivo respeto de los derechos del paciente y satisfacción usuaria.
- Proporcionar antecedentes de las mediciones como insumo para mejorar el efectivo respeto de la dignidad del paciente y satisfacción usuaria en el Hospital Regional Coyhaique.

## **4. RESPONSABLES:**

| <b>RESPONSABLE</b>   | <b>FUNCION</b>   |
|--|--|
| Director Hospital Coyhaique                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Velar por el cumplimiento de la evaluación del respeto a los derechos de los pacientes.</li></ul>  |
| Jefe Departamento Desarrollo Hospitalario                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Velar por el cumplimiento de la evaluación del respeto a los derechos de los pacientes.</li></ul>  |
| Encargada de Participación Ciudadana y Satisfacción Usuaria. | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cumplir y difundir el documento que describe el sistema de evaluación del respeto a los derechos del paciente.</li><li>• Evaluar el respeto a los derechos del paciente.</li><li>• Tabulación, análisis y difusión de los informes.</li><li>• Analizar los resultados e implementar sistema de retroalimentación a las unidades involucradas.</li><li>• Derivar resultados al Departamento de Control de Gestión y Producción.</li></ul> |

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar informe mensual con resultados de las encuestas y su respectivo análisis y derivarlo a Oficina de Calidad.</li> <li>• Elaborar e implementar medidas de mejora.</li> </ul> |
| Profesional Asistente Social Participación Ciudadana | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y cumplir el sistema de evaluación del respeto a los derechos del paciente</li> <li>• Aplicar encuestas a los usuarios.</li> </ul>  |
| Departamento de Control de Gestión y Producción      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar las muestras de las diferentes unidades de atención en las cuales se aplicará la encuesta.</li> </ul>  |

## 5. ALCANCE:

- La evaluación del respeto de derechos de los pacientes, que incorpora la percepción de estos, será aplicado a los usuarios que consulten en la unidad de emergencia, atención ambulatoria y a pacientes hospitalizados.

## 6. EXCEPCIONES: N/A

## 7. TERMINOLOGÍA:

**Usuario:** Por usuario, vamos a entender a las personas que, de manera directa o indirecta, hacen uso de servicios entregados por una institución o un particular para la satisfacción de una necesidad determinada. En el caso de salud, son las personas que solicitan o reciben acciones de salud preventiva y/o atención frente a patologías que requieren medios específicos de cobertura (pacientes, acompañantes u otros que eventualmente pueda ser considerado paciente o acompañante).

**Satisfacción Usuaría:** Desde la perspectiva Ministerial, la satisfacción ha sido definida como el cumplimiento de las expectativas del usuario en relación a los servicios que el sistema de salud le ofrece.

**Deberes y Derechos del Paciente:** Todos aquellos establecidos y descritos en la Ley 20.584, eje principal de este protocolo.

**Carta de Deberes y Derecho del Paciente:** Es aquella que da a conocer a la población de manera visible los Derechos y Deberes que le corresponden como usuarios de salud. A través de la Ley N° 20.584, se establece que los prestadores de salud institucionales tanto públicos como privados deberán colocar en los establecimientos una carta donde se dé a conocer los derechos y deberes en relación a la atención en salud.



## **8. DESARROLLO SISTEMA DE EVALUACIÓN:**

### **8.1 Consideraciones Generales:**

- El Hospital Regional Coyhaique ha establecido evaluar el respeto a los derechos de los pacientes y la percepción de estos a través de la aplicación de una pauta evaluativa.
- La pauta evaluativa de los derechos del paciente y satisfacción usuaria se aplicará una vez al mes en las siguientes unidades del establecimiento:
  - ✓ Unidad de emergencia.
  - ✓ Unidades de hospitalización atención cerrada.
  - ✓ Unidad de atención ambulatoria abierta (policlínico especialidades).
- La aplicación del instrumento estará a cargo de profesional Asistente Social de Participación Ciudadana.
- La pauta será aplicada considerando el momento posterior a la atención de salud.
- El instrumento de recolección de datos corresponde a un cuestionario de carácter estructurado, con respuestas dicotómicas.
- Este instrumento consta:
  - ✓ 9 preguntas relacionadas a los de Derechos de los usuarios,
  - ✓ 5 preguntas de Deberes
  - ✓ 3 preguntas de Satisfacción Usuaría.
- Las encuestas aplicadas serán tabuladas y analizadas por la Oficina de Participación Ciudadana.
- Se emitirán informes consolidados trimestralmente a la Unidad de Transparencia
- Al conocer los resultados se realizará un plan de mejora anual el cual será presentado al Servicio, Unidad o Subdirección que corresponda.

### **8.2. Selección muestral:**

- El universo del estudio está compuesto por el conjunto total de usuarios del Hospital Regional de Coyhaique. Este universo se determinará sobre la base del número de atenciones diarias directamente proporcionales en cada una de las unidades y servicios en los cuales se aplicará la encuesta.
- Se trata de una muestra no probabilística. La selección de los individuos a encuestar se determinará por fórmula y termina cuando se completa la cuota muestral respectiva.





- El tamaño de la muestra a encuestar será proporcionado por el Departamento de Control de Gestión y Producción del Hospital Regional Coyhaique en base a la fórmula detallada a continuación:

Nivel de Confianza 95%  
Error Muestral de 10%

**$n = n' / 1 + (n' / N)$     Tamaño muestra**

**N** = tamaño de la población.

**n'** = Tamaño de la muestra sin ajustar.

**N** = Tamaño de la muestra.

## **9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

- Manual Técnico, que establece el correcto uso de la carta de derechos y deberes, Ministerio de Salud.
- Informe de Satisfacción Usuaria, Hospital Regional Coyhaique 2011.
- Ley N° 20.584. Derechos y deberes de los pacientes.

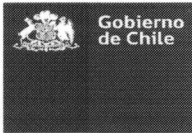
## **10. EVALUACION:**

RESPONSABLE: Encargada Oficina de Participación Ciudadana.

METODOLOGÍA: Se confeccionarán informes trimestrales de análisis de las variables evaluadas en la encuesta que considera: Derechos, Deberes y Satisfacción Usuaria por unidad de análisis.

Los informes deben ingresarse al SIS-Q.





**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

**11. ANEXOS:**

**PAUTA EVALUATIVA DERECHOS DEL PACIENTE Y SATISFACCION  
USUARIA.**

**FECHA:** .....

**SERVICIO Y/O UNIDAD:**.....

**DERECHOS**

1.- *¿El funcionario que la atendió utilizó un lenguaje claro y comprensible para entregarle información?*

- a) Si
- b) No

2.- *¿El trato que recibió fue cortés y amable?*

- a) Si
- b) No

3.- *¿Durante su atención de salud recibió un trato digno y se respetó su privacidad?*

- a) Si
- b) No

4.- *¿Sabe Ud. que no puede ser grabado ni fotografiado sin su consentimiento?*

- a) Si
- b) No

5.- *¿Se le permitió la visita o el acompañamiento de un familiar y/o asistencia espiritual durante la hospitalización?*

- a) Si
- b) No
- c) N/A

6.- *¿Los funcionarios que la han atendido portan credencial para identificarse?*

- a) Si
- b) No

7.- *¿Sabe Ud. que tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier tratamiento?*

- a) Si
- b) No

8.- *¿Sabe Ud. que su información médica no se puede entregar a personas no relacionadas con su atención?*

- a) Si
- b) No

9.- *¿Sabe Ud. dónde reclamar o consultar respecto de la atención recibida?*

- a) Si
- b) No

**DEBERES**

- 1.- *¿Ud. entregó toda la información necesaria para su evaluación, tratamiento?*
  - a) Si
  - b) No
  
- 2.- *¿Ud. mantiene al día su documentación previsional, domicilio y teléfono de contacto, informando los cambios de estos al momento de solicitar su hora de atención?*
  - a) Si
  - b) No
  
- 3.- *¿Ud. conoce y cumple con las normas del establecimiento y resguarda su información médica?*
  - a) Si
  - b) No
  
- 4.- *¿Ud. se ha informado acerca de los horarios de atención y formas de pago en el establecimiento?*
  - a) Si
  - b) No
  
- 5.- *¿Ud. conoce los procedimientos de reclamos?*
  - a) Si
  - b) No



**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

**SATISFACCION USUARIA**

¿Por qué motivos vino hoy al establecimiento? Marque con una X en la casilla correspondiente.

|                          |                          |                         |                          |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Control médico           | <input type="checkbox"/> | Solicitar hora atención | <input type="checkbox"/> |
| Realizar exámenes        | <input type="checkbox"/> | Programar operación     | <input type="checkbox"/> |
| Procedimiento enfermería | <input type="checkbox"/> | Otras (especificar)     | <input type="checkbox"/> |
| Atención dental          | <input type="checkbox"/> |                         | <input type="checkbox"/> |
| Atención ginecológica    | <input type="checkbox"/> |                         | <input type="checkbox"/> |
| Retirar medicamentos     | <input type="checkbox"/> |                         | <input type="checkbox"/> |

¿Con qué funcionarios y/o profesionales se atendió hoy?, ¿Algún otro? **LEER LISTADO:** Marque con una X en la casilla correspondiente.

|               |                          |                              |                          |
|---------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Médico        | <input type="checkbox"/> | Técnico Paramédico/ Auxiliar | <input type="checkbox"/> |
| Enfermera     | <input type="checkbox"/> | Personal del SOME            | <input type="checkbox"/> |
| Matrona       | <input type="checkbox"/> | Personal del OIRS            | <input type="checkbox"/> |
| Psicólogo     | <input type="checkbox"/> | Guardia                      | <input type="checkbox"/> |
| Nutricionista | <input type="checkbox"/> | Asistente Social             | <input type="checkbox"/> |
| Kinesiólogo   | <input type="checkbox"/> | Terapeuta Ocupacional        | <input type="checkbox"/> |
| Odontólogo    | <input type="checkbox"/> | Otros                        | <input type="checkbox"/> |

Por favor indíquenos cuán satisfecho/a está usted con el servicio recibido en esta oportunidad y usando una escala de 1 a 7, donde 1 significa "Muy Insatisfecho/a" y 7 que usted está "Muy Satisfecho/a"

|                  |   |   |   |   |   |   |                |  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|----------------|--|
| Muy Insatisfecho |   |   |   |   |   |   | Muy Satisfecho |  |
| 1                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |                |  |

¿Me podría decir qué debería mejorar la atención de este establecimiento para que usted se sintiera más satisfecho/a?