

Calidad



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

FERNANDO GAHONA ROJAS
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/18

EXENTA

**APRUEBA PROTOCOLO
ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

RESOLUCION EXENTA N° 01169

COYHAIQUE, 31 ENE. 2018

VISTOS estos antecedentes:

a) 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;

b) 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 y N° 18.469;

c) 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;

d) 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; el Decreto N° 74 del 27.03.14 del MINSAL que nombra en calidad de suplente al Director de Servicio de Salud Aysén.

e) 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.

f) La Resolución Exenta N° 115 del 05 enero 2018 del Director Hospital Regional Coyhaique que designa orden de subrogancia de la Dirección del Hospital Regional Coyhaique:

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

FERNANDO GAHONA ROJAS
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

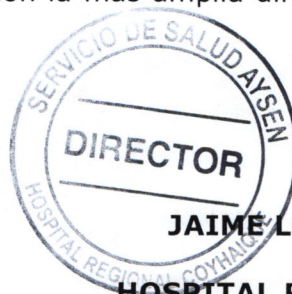
03/06/19

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. **MODIFIQUESE**, el documento "Protocolo de Elaboración y Aplicación de Consentimiento Informado" en el Hospital Regional Coyhaique', aprobado por Resolución Exenta N° 7694 del 30 noviembre 2012.
2. **APRUEBASE**, la presente reedición del documento "Protocolo Elaboración y Aplicación de Consentimiento Informado"
3. **TENGASE PRESENTE**, que la presente Resolución regulariza el inicio de vigencia del Protocolo de Elaboración y Aplicación de Consentimiento Informado a contar del 01 diciembre 2017.
4. **DESE** a la presente Resolución la más amplia difusión por los receptores de la misma.



JAIME LÓPEZ QUINTANA
DIRECTOR
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE

JLQ/OAB/PAB/SGO/erg
Distribución:

- | | |
|-----------------------------------------|----------------------------|
| 1. SDGC | 18. ENDOSCOPIA Y CIR MENOR |
| 2. OCSP | 19. KINESIOLOGIA |
| 3. AUDITORIA MEDICA | 20. DIALISIS |
| 4. SERV. MEDICINA | 21. PERITONEODIALISIS |
| 5. SERV. CIRUGIA | 22. ONCOLOGÍA |
| 6. SERV. PEDIATRIA (Y CIRUGIA INFANTIL) | 23. IMAGENOLOGÍA |
| 7. SERV. OBST. GINEC | 24. DENTAL |
| 8. PRE-PARTO | 25. SECRETARIA DIRECCION |
| 9. PENSIONADO | 26. ARCHIVO |
| 10. UN. CORTA ESTADÍA | |
| 11. POLI ESPECIALIDADES | |
| 12. UCI | |
| 13. UTI | |
| 14. UTIP | |
| 15. UCIN | |
| 16. PABELLON | |
| 17. URGENCIA | |



Gobierno de Chile

SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE

**PROTOCOLO ELABORACION Y
APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

UNIDAD/SERVICIO: SDM

DEPENDIENTE DE: DIRECCION

Código:

Edición: 3

**Fecha Inicio
vigencia:
01/12/17**

Páginas: 1 - 8

Vigencia: 5 años

**PROTOCOLO
ELABORACION Y APLICACION
DE
CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

FERNANDO GAHONA ROJAS
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/17

ELABORACION	VISACION	APROBACION
Oswaldo Abarca	Paulina Arriagada Sandra Gálvez	Jaime López
SDM SERVICIO SALUD AYSÉN SUB DIRECTOR MEDICO Firma y timbre	OCSP SERVICIO SALUD AYSÉN DEPTO. CALIDAD Y SEGURIDAD Firma y timbre	DIRECTOR SERVICIO SALUD AYSÉN DIRECTOR Firma y timbre
20/11/2017	01/12/2017	
RESOLUCION EXENTA	Nº 01169	FECHA: 31 ENL 2018



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

1. INDICE:

TITULO	Nº de pág
Introducción	3
Objetivos	3
Responsables	3
Alcance	4
Excepciones	4
Descripción de las actividades del proceso	4
Referencias bibliográficas	6
Evaluación	6
Indicadores	6
Anexos	7



Gobierno de Chile

SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE

2. INTRODUCCIÓN:

El ejercicio del derecho a solicitar información y a prestar o no el consentimiento antes de una prestación en salud derivan del reconocimiento básico de la libertad y dignidad de las personas. En ello radica en definitiva el respeto por la autonomía del paciente. El Estado garantiza estos derechos en el artículo 14 de la Ley de Derechos y Deberes: *"toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud"*. Ahora bien, uno de los aspectos fundamentales para el ejercicio de la autonomía dentro de la atención, es que los pacientes sean debidamente informados sobre las características de los procedimientos y terapias a los que se someterán. El mismo artículo de la Ley establece que: *"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,"*. Para ello, el consentimiento informado (CI) se entiende como la aceptación por parte de un paciente competente, de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para participar libremente en la decisión clínica. Los requisitos básicos son: libertad, competencia e información suficiente.

FERNANDO GAHONA ROJAS
ACREDITA NORTE CHILE LTDA

03/06/18

3. OBJETIVOS:

- Promover en los pacientes el derecho a ejercer su autonomía consintiendo o no, libre e informadamente, antes de cada procedimiento diagnóstico o terapéutico definidos en este protocolo.

4. RESPONSABLES:

RESPONSABLE	FUNCION
SDM	<ul style="list-style-type: none"> • Velar por la aplicación del protocolo
Jefes de Servicio y Unidades, Profesionales supervisores	<ul style="list-style-type: none"> • Difundir el protocolo • Supervisión y evaluación periódica del cumplimiento.
Médicos y/o profesionales que ejecutan el procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar en qué consiste el procedimiento y su objetivo. • Explicar las características del procedimiento y sus potenciales riesgos. • Solicitar al paciente o representante la firma del documento de CI, antes de efectuar el procedimiento. • Consignar su nombre, apellido, firma y fecha obtención consentimiento en el documento de CI.



Gobierno de Chile

SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE

Funcionarios involucrados directamente en la atención clínica

- Conocer el protocolo

5. ALCANCE:

- El protocolo debe ser aplicado, considerando al menos los siguientes procedimientos o intervenciones:
 - Cirugía mayores
 - Procedimientos endoscópicos.
 - Procedimientos de Imagenología intervencional.

6. EXCEPCIONES:

- Pacientes en riesgo vital

FERNANDO GAHONA ROJAS
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/10

7. TERMINOLOGIA: N/A

8. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO:

8.1. Descripción del Procedimiento:

- a) Debe describirse el procedimiento al paciente y/o representante o responsable, en forma verbal y/o a través de un documento que contenga la información específica de la intervención o procedimiento a realizar (se pueden utilizar imágenes o trípticos que apoyen la entrega de información) , considerando:
- Especificar el procedimiento a realizar, en qué consiste
 - Objetivos de la intervención y/o procedimiento
 - Características
 - Cómo se realiza
 - Beneficios
 - Potenciales riesgos (los más frecuentes, los más graves, los inherentes a la condición de salud)
- b) Debe constatarse que el paciente ha sido debidamente informado del procedimiento o intervención que se le va a practicar mediante la firma documento de consentimiento informado (Anexo 1).



**SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

c) El documento de CI contendrá la siguiente información, que servirá como verificación que la información fue entregada:

- Identificación del paciente:
 - nombre, apellido paterno y apellido materno
 - cédula de identidad
- Identificación del representante o responsable:
 - nombre, apellido paterno y apellido materno.
 - cédula de identidad.

FERNANDO GAHONA ROJAS
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/10

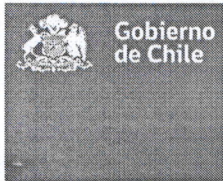
- Nombre del procedimiento a realizar. No se utilizarán abreviaturas.
- Identificación del profesional que efectúa el procedimiento o intervención mediante su nombre, apellido (puede utilizar timbre) y firma.
- Expresión de la aceptación del paciente y/o representante, mediante su firma.
- Fecha en que se materializa el CI.

d) En el caso de personas analfabetas, resulta admisible aceptar el uso de la huella dactilar del paciente y/o su representante legal en reemplazo de las firmas respectivas.

e) Incorporar el documento con la voluntad del paciente en la ficha clínica. En caso de no disponer de ésta, archivarlo en la unidad o área en que se realice el procedimiento.

8.2. Procedimiento en casos especiales:

- a) En aquellos casos en que no sea posible obtener la firma del CI por parte del paciente, tales como
- Dificultad de entendimiento o alteración de conciencia, sea estos por incapacidad temporal o permanente. Se le solicitará el consentimiento informado a su representante legal y a falta de este, a la persona a cuyo cuidado se encuentre.
 - Menores de edad: lo firmarán los padres o representante legal y, a falta de este, a la persona a cuyo cuidado se encuentre.



Gobierno de Chile

SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Decreto Supremo N° 31, 15/06/2012. Aprueba Reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud. Minsal.

10. EVALUACION:

Se evaluará de acuerdo al servicio y/o unidad clínica aplicando pauta de cotejo evaluando los requisitos establecidos en el protocolo.

FERNANDO GAHONA ROJAS
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/10

11. INDICADORES:

FORMULACION DEL INDICADOR	
Nombre del Indicador	% de consentimientos informados aplicados correctamente
Justificación	Este indicador mide la correcta aplicación del proceso de consentimiento informado a pacientes que van a ser sometidos a cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, imagenología intervencional. Con ello, se pretende resguardar el derecho del paciente a estar debidamente informado y a tomar parte de la decisión de someterse a una endoscopia.
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de consentimientos informados evaluados que cumplen con los requisitos establecidos en el protocolo}}{\text{Nº total de consentimientos informados evaluados en el periodo.}} \times 100$
Población	Pacientes sometidos a intervención quirúrgica mayor, procedimientos endoscópicos, imagenología intervencional
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Formulario Consentimiento Informado.
Umbral de cumplimiento	≥ 85%
Comentarios	Referencia bibliográfica: www.graphpad.com/quickcalcs : cálculo IC 95 www.siscalidad.cl : cálculo tamaño muestra y aleatorización



Gobierno de Chile

SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE

FERNANDO GAHONA ROJAS
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/19

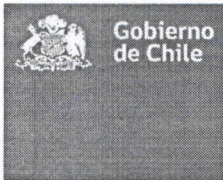
12. ANEXOS:

<p>Gobierno de Chile</p>	DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
<p>SERVICIO DE SALUD AYSÉN HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE</p>	

DATOS DEL PACIENTE Y/O SU REPRESENTANTE (en caso de incapacidad del paciente)	
Nombre y Apellidos del Paciente	Cédula de Identidad
Nombre y Apellidos del Representante o Responsable	Cédula de Identidad

PROFESIONAL QUE EFECTUA EL PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN INDICADO		
Nombre	Apellido	Firma

INTERVENCIÓN O PROCEDIMIENTO INDICADO: (Especifique el nombre)



Gobierno de Chile

SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE

FERNANDO GAHONA ROJAS
CREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/19

CONSENTIMIENTO

Declaro que he sido informado por el médico de los aspectos más importantes del procedimiento o intervención quirúrgica que se me va a realizar, en qué consiste y el objetivo por el cual se me realiza, de su normal evolución, de los beneficios y potenciales riesgos que tiene en general y en particular para la condición de salud que presento.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas. Se me ha explicado que puedo anular este consentimiento antes de que se realice la intervención o procedimiento.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o mi régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Autorizo a que se realice(n) la(s) intervención(es) y/o procedimiento(s) que me han indicado

En Coyhaique, a.....de.....de.....

.....
FIRMA PACIENTE

.....
FIRMA RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL

(sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)