

RESOLUCION EXENTA N° 002932 /

SAN JOSE DE MAIPO, 31 OCT 2017

VISTOS: Estos antecedentes; la necesidad de Aprobar documento protocolo denominado "Elaboración de Documentos Institucionales" del Complejo Hospitalario San José de Maipo; la Resolución N° 01151/28.08.15 que Aprueba el Organigrama del Complejo Hospitalario San José de Maipo; Resolución Exenta N° 2040/2010 que Crea la Nueva Estructura Organizacional del Complejo Hospitalario San José de Maipo; y teniendo presente lo dispuesto en el D.F.L. 1/2005 que Fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763 de 1979; el D.F.L. N° 29/2004 que Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N° 18.834; Decreto Supremo N° 140/2004 del Ministerio de Salud; Resolución N° 1600/2006 de la Contraloría General de la República; y las Resoluciones N° 225/2011, N° 723/2008, ambas del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente; y lo previsto en la Resolución N° 1275/15 del S.S.M.S.O., dicto la siguiente:

RESOLUCION

- 1.- APRUEBASE Documento – PROTOCOLO "**ELABORACION DE DOCUMENTOS INSTITUCIONALES**" del Complejo Hospitalario San José de Maipo, P.I. REG. 1.5 – Versión 01, pág. 1 – 22, a contar del 01 de noviembre de 2017.-
- 2.- Dicho documento forma parte de la presente Resolución y será de uso obligatorio en el Complejo Hospitalario San José de Maipo, durante el tiempo de vigencia del mismo.
- 3.- La presente Resolución surtirá sus efectos a contar de esta fecha. -

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE. -



SRA. LILIANA ECHEVERRIA CORTES
DIRECTORA COMPLEJO HOSPITALARIO
SAN JOSE DE MAIPO

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección CHSJM
- Subdirección Administrativa
- Control de Gestión
- Subdirección Médica
- Unidad de Calidad
- Enfermera Coordinadora CHSJM
- Oficina de Partes

SRA.LEC/GZA/mam..



Transcrito Fielmente
MINISTRO DE FE

Camila Cáceres Gómez
Ministro de Fe.-

 COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIFICACIÓN: P.I REG 1.5		Vigencia: 5 Años
	GESTIÓN DOCUMENTAL ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS		Fecha Aprobación: 30/10/2017 Fecha término Vigencia: 30/10/2022 Aprobado por Resolución Exenta Adjunta.
	VERSION: 01	PAG: 22 páginas.	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



PROTOCOLO ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

	Nombre	Fechas	Cargo	Firma
Elaborado por	Carla Zegarra Amigo	15/09/2017	Psicóloga referente de la unidad de calidad y Seguridad del Paciente	   
	Claudia Fernández Molina		Jefa Unidad Desarrollo Organizacional Incorporaciones	
Revisado por	Nayarette Rubio Cofré	22/09/2017	Jefa (S) Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.	
Modificado por				
Aprobado por	Liliana Echeverría Cortes	30/10/2017	Directora CHSJ	

INDICE

1. FUNDAMENTO.....	3
2. DESARROLLO	3
a) Objetivo General.....	3
b) Objetivos Específicos	3
2.2 Responsables	4
2.3 Campos de Aplicación.....	4
2.4 Actividades del Procedimiento.....	4,5
a) Formato	5
b) Encabezado de Página en Portada	5,6
c) Pie de Página en Portada	6,7
d) Contenidos y Especificaciones del Desarrollo de Protocolo	7,8
e) Actualización de Protocolo.....	9
f) Etapas del Documento	9,10
3. DEFINICIONES.....	10
4. DIAGRAMA DE FLUJO	11,12
5. DOCUMENTOS RELACIONADOS	13
6. REGISTROS	13
7. DISTRIBUCION Y DIFUSIÓN.....	13
8. MODIFICACIONES AL DOCUMENTO	13
9. ANEXOS	14,15,16,17,18,19,20,21,22

1. FUNDAMENTO:

Como institución de mediana complejidad, la planeación, diseño, desarrollo y mejoramiento del proceso y procedimientos identificados requieren contar con un buen sistema de manejo de la información documental que se genera. Por ello, reconociendo la importancia que el flujo de la información tiene para la prestación del servicio con criterios de calidad, se ha elaborado y expedido un documento de apoyo a la Gestión Documental que rige en la estructura documental del sistema de gestión de la calidad referenciado en los Protocolos del Complejo Hospitalario San José de Maipo y los futuros manuales del establecimiento esto da obligatoriedad a toda la institución y partes interesadas en el proceso documental.

La tendencia actual de procesos y globalización e integración, en donde las instituciones han tenido que adaptarse a muchos cambios, motivados por los procesos de competencias referidos al conocimiento, las nuevas formas de administración y el uso de nuevas tecnologías para lograr mejores rendimientos y mayor competitividad.

Lo anterior nos exige un esfuerzo en innovación y creatividad para lograr con tecnología, mejores objetivos, haciendo que la calidad sea el mejor garante de los productos o servicios que se ofrecen.

2. DESARROLLO:**2.1. OBJETIVO:****a) Objetivo General:**

Este documento de elaboración establece pautas y metodología del sistema de elaboración de documentos clínicos y administrativos que permitan mantener información estandarizada de acuerdo a las regulaciones vigentes en todas las Unidades Clínicas, Administrativas y de Apoyo del Complejo Hospitalario san José de Maipo.

b) Objetivos Específicos:

- Servir de apoyo en la búsqueda permanente de información de acuerdo con los requerimientos solicitados por cada una de las Unidades.
- Contextualizar la normalización para la elaboración, conservación, organización y transferencia de los documentos.

mediante la creación y diseño de estos instructivos, llevando a cabo el procedimiento completo, estandarizando los procesos basados en las normativas vigentes.

- Gestionar correctamente el documento de manera tal, que pueda modificarse de acuerdo a posibles mejoras dentro de la institución.
- Proporcionar una base de información eficiente para la adecuada toma de decisiones en relación al contexto en que se mueve la institución.
- Preparar la gestión documental para clasificación, ordenamiento y almacenamiento, en relación a las normas y legalidad correspondiente Oficina de Partes.

2.2. RESPONSABLES:

Elaboración: Toda aquella persona que pertenezca al Complejo Hospitalario san José de Maipo y debe dar una formalización a sus procedimientos institucionales.

De la aplicación: Todos los profesionales clínicos, técnicos, administrativos y Auxiliares, que sean señalados en el protocolo o manual en la zona de distribución y difusión.

De monitoreo: Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. (Verifica que el documento se realice de acuerdo al protocolo de elaboración de documentos institucionales).

Desarrollo Organizacional e Incorporaciones (Verifica que el documento se realice de acuerdo al manual de elaboración de documentos institucionales).

Encargado de Unidad a cargo de desarrollo de Protocolo creado. (Verificara su correcta implementación y seguimiento dentro de la Unidad correspondiente, además de su modificación cuando este se encuentre en periodo de actualización).

Aprobación del Documento: Dirección.

Número de Resolución del Documento: Oficina de Partes.

2.3. CAMPOS DE APLICACIÓN:

Este protocolo será aplicable a todos los documentos regulatorios clínicos, administrativos y de gestión interna creados en el CHSJM (Protocolos y Manuales de Procedimientos).

2.4. ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO:

a) Formato:

Los documentos se elaborarán en formato oficial (**anexo n° 1**), disponible en la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. El formato digital podrá encontrarse en la página www.hospitalsanjosedemaipo.cl, Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente/Visualización de Documentos/Protocolos (**Anexo 1**).

El documento original se encontrará en la Unidad de Calidad y seguridad del Paciente, Desarrollo Organizacional e Incorporaciones y en Oficina de Partes.

Los documentos deberán escribirse en Word, con letra Arial N° 12, interlineado sencillo, sangría izquierda 1.5 CM, alineación justificada, interlineado de 1.0 insertar número de página al pie de página en el centro de la hoja.

b) Encabezado de Página en Portada:

 IDENTIFICACIÓN DE UNIDAD/ SERVICIO AL CUAL PERTENECE EL DOCUMENTO	CODIFICACIÓN: Código entregado por Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente		Vigencia: N° de años de vigencia.
	NOMBRE DE PROTOCOLO		Fecha Aprobación: FECHA DE COMIENZO Fecha término Vigencia: FECHA DE TERMINO Resolución: N° de resolución
	VERSION: N° de versión.	PAG: Cantidad de páginas del protocolo	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se aplicara un solo tipo de letra Arial N° 11 y Arial N° 9.

Debe adjuntar el logo del hospital en esquina superior izquierda.

Para completar, se debe utilizar el siguiente formato:

- **Nombre de Protocolo** letra Arial N° 11 en mayúscula y negrita.
- **Codificación** letra Arial N° 9 mayúscula en negrita.
- **Identificación de la unidad/ Servicio al cual pertenece el documento** (extremo izquierdo encabezado de página) Arial N° 9 mayúscula en negrita.
- **Versión** Arial N° 9 mayúscula.
- **N° de páginas** Arial N° 9 mayúscula.
- **Vigencia** Arial N° 9 minúscula
- **Fecha de aprobación** Arial N° 9 minúscula
- **Fecha de término de vigencia** Arial N° 9 minúscula
- **Resolución** Arial N° 9 minúscula

- **Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente obligatorio** (extremo derecho encabezado de página) Arial N° 9 mayúscula negrita.

Para completar cada punto, corresponde lo siguiente:

- **Nombre de Protocolo** Otorgarle un nombre que identifique el proceso en palabras simples y fácil entendimiento.
- **Codificación:** Será asignado por Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
- **Identificación de la unidad/ Servicio al cual pertenece el documento** Agregar nombre de Unidad y al mismo tiempo el servicio al cual forma parte.
- **Versión:** Colocar N° de versión.
- **N° de páginas** Total de páginas que tiene el protocolo.
- **Fecha de aprobación y término de vigencia:** Colocar mes y año de aprobación y la de término, relacionado siempre con la vigencia del protocolo.
- **Vigencia:** Total de años que durara el protocolo; este puede estar vigente hasta 5 años. Si necesitase cambios por actualización de normas, se puede actualizar con anterioridad.
- **Páginas:** Total de páginas que el protocolo tiene.
- **Resolución:** será brindada por la oficina de partes.

c) Pie de Página en Portada:

En pie de portada se visualizara el siguiente cuadro:

	Nombre	Fechas	Cargo	Firma
Elaborado por	Agregar nombres de personas que elaboran protocolo	Fecha de Elaboración		
Revisado por	Agregar nombre de personas que revisa protocolo	Fecha de Modificación	Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente CHSJM	
Modificado por		Fecha de Revisión		
Aprobado por	Nombre de Director	Fecha de Aprobación	Director CHSJM	

Este cuadro se debe completar con lo señalado en amarillo.

d) Contenidos y Especificaciones de desarrollo de protocolo:

- **Índice:** lista o relación ordenada con algún criterio basado en el documento institucional, junto con el número de página en que aparecen.
- 1. **Fundamento:** principio u origen en que se asienta su protocolo o manual de procedimientos.
- 2. **Desarrollo:** llevar a cabo la idea y plasmarla en el documento para luego accionar, la cual se subdivide en los siguientes puntos:

2.1 Objetivos

- a) **Objetivo general:** Describir de manera clara el "por qué" y el "que" del documento. Debe ser entendido por todos los que lo utilizan, expresando el propósito central siendo coherente con la misión de la institución.
- b) **Objetivo específico:** parte del objetivo general, el que nos indica la dirección de nuestra documentación o hacia donde queremos dirigir nuestro documento, sin embargo, deberemos ser más específicos acerca de cómo lograremos alcanzar los resultados propuestos.

2.2 Responsables: Toda aquella persona que se involucre en alguna de las siguientes responsabilidades:

- **Ejecución:** Completar con cargo de función directa a la cual se asocia el proceso.
- **De la aplicación:** Completar con los cargos que tengan la responsabilidad de hacer cumplir el protocolo y llevar los análisis respectivos para desarrollar planes de mejora.
- **De monitoreo:** Completar con los cargos responsables de seguir los cambios y desarrollar gestiones para su aplicación.

2.3 Campos de Aplicación: dependiendo del tipo de documentación; si es un protocolo o manual de procedimiento deberá indicar en donde se aplicara como en unidades, departamentos o áreas.

2.4 Actividades del Procedimiento: es la descripción de las actividades que deben seguirse en la realización de las funciones de la unidad, departamento o área de la institución.

2.5 Recomendaciones Técnicas: de Acuerdo a las funciones indicar modelos de atención, requisitos de capacitación, distribución de

funciones, responsabilidades, necesidad de riesgo, participación del paciente. (este punto se tomara en consideración solo si el documento requiera de un consentimiento informado del paciente para este protocolo).

3. **Definiciones:** Toda aquella palabra que necesite de su comprensión tales como abreviaciones clínicas administrativas, considerando que una misma palabra puede presentar distintos significados dependiendo el contexto donde aparezca, dándole un vuelco institucional.
4. **Diagrama de Flujo:** es la representación gráfica, que se utiliza para procesos con complejidad resolutive, dando directrices donde se encuentra el problema aludiendo a una solución institucional, mostrando el procedimiento frente situaciones adversas. **Anexo 2.**
5. **Documentos Relacionados:** se estipulan las referencias de donde se saca la información como por ejemplo: páginas web de Gobierno, normativas legales, libros asociados, manuales de procedimientos, pautas de cotejo, protocolos, indicadores de evaluación, calculadora del MINSAL, etc.
6. **Registros:** Se realizará una sistematización que verifica a través de su registro; la acción realizada en el procedimiento.
7. **Distribución y Difusión:** indica en dónde encontraremos el documento y quién será el responsable de su propagación en la Unidad e Institución.
8. **Modificación del documento:** muestra los cambios realizados al protocolo o manual, estableciendo código, fechas de elaboración, fechas de modificación y entregando una breve descripción de ello. Se utilizara este cuadro donde se deben completar los siguientes datos:

Código	Fecha Elaboración	Fecha Modificación	Breve Descripción
			•
			•
			•

9. **Anexos:** Documentos asociados al protocolo o manual de procedimiento que se está elaborando.

Dentro de los anexos se debe señalar la existencia de un indicador. Esto se hace, para extraer los indicadores y tener libertad de modificación sin cambiar el protocolo, ni sus versiones.

Indicadores: es una expresión matemática de un criterio de evaluación que se compone por: título o nombre del indicador,

seguida de una descripción o justificación. Esto responde a qué se espera medir con él, por consiguiente, debe ir una fórmula matemática que comprende un numerador y denominador. A continuación, información donde especifica los registros o fuentes de donde se obtienen los datos para confeccionar el indicador (como por ejemplo, una planilla Excel). Se explica en base a una metodología, como se aplicará el indicador. Luego, se introduce la periodicidad (mensual, trimestral, semestral o anual). Se establece el umbral de cumplimiento en donde proyectamos un objetivo numérico porcentual de la realidad institucional. Finalmente, este debe terminar con los responsables de dicho indicador.

Los detalles de cómo completar tabla, se otorgan en **Anexo 3**.

e) Actualización de protocolo:

Toda documentación debe actualizarse como máximo cada 5 años desde su fecha de elaboración. No obstante, ante la necesidad de realizar un cambio fundamental en ésta, podrá efectuarse su revisión y modificación antes del plazo estipulado según la necesidad de la institución, el protocolo antiguo deberá ser resguardado en oficina de partes durante 5 años para su posterior eliminación.

f) Etapas del Documento:

Etapas de elaboración: Recae en la Unidad responsable de llevarlo a la práctica. En aquellos casos en que el documento es transversal (involucra a distintas áreas), las áreas involucradas deberán coordinar la ejecución con la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente cuando corresponda a un Protocolo. Cuando se trate de un manual, deberá coordinarse con la Unidad de Desarrollo Organizacional e Incorporaciones. Este punto debe considerar todas las etapas que se identifican en el protocolo. Definir un indicador de calidad, gestión o umbral de cumplimiento si este es necesario.

Etapas de revisión: Una vez elaborado el documento por el área funcional responsable, deberá ser remitida a la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente cuando corresponda a un Protocolo. Cuando se trate de un manual, deberá remitirse a la Unidad de Desarrollo Organizacional e Incorporaciones.

Etapas de Autorización: Una vez finalizada la etapa de revisión del documento, la Unidad de Calidad y Seguridad entregará el protocolo a la Dirección para que lo autorice y pase a conformar la lista maestra de documentos oficiales del CHSJ. Cuando corresponda a un manual, la

Unidad de Desarrollo Organizacional e Incorporaciones hará entrega a Dirección de dicho documento.

Etapas de Difusión e Implementación: Una vez autorizado el documento, será difundido por los responsables individualizados en el protocolo o manual.

Etapas de Modificación: Si producto de nuevas normativas, cambios en las estructura de trabajo o metodologías, el documento requiere modificación, deberá informarse a la Unidad de Calidad y Seguridad de Paciente o Unidad de Desarrollo Organizacional e Incorporaciones, sobre esta situación para indicar responsables y registrar estado de documento en la lista maestra.

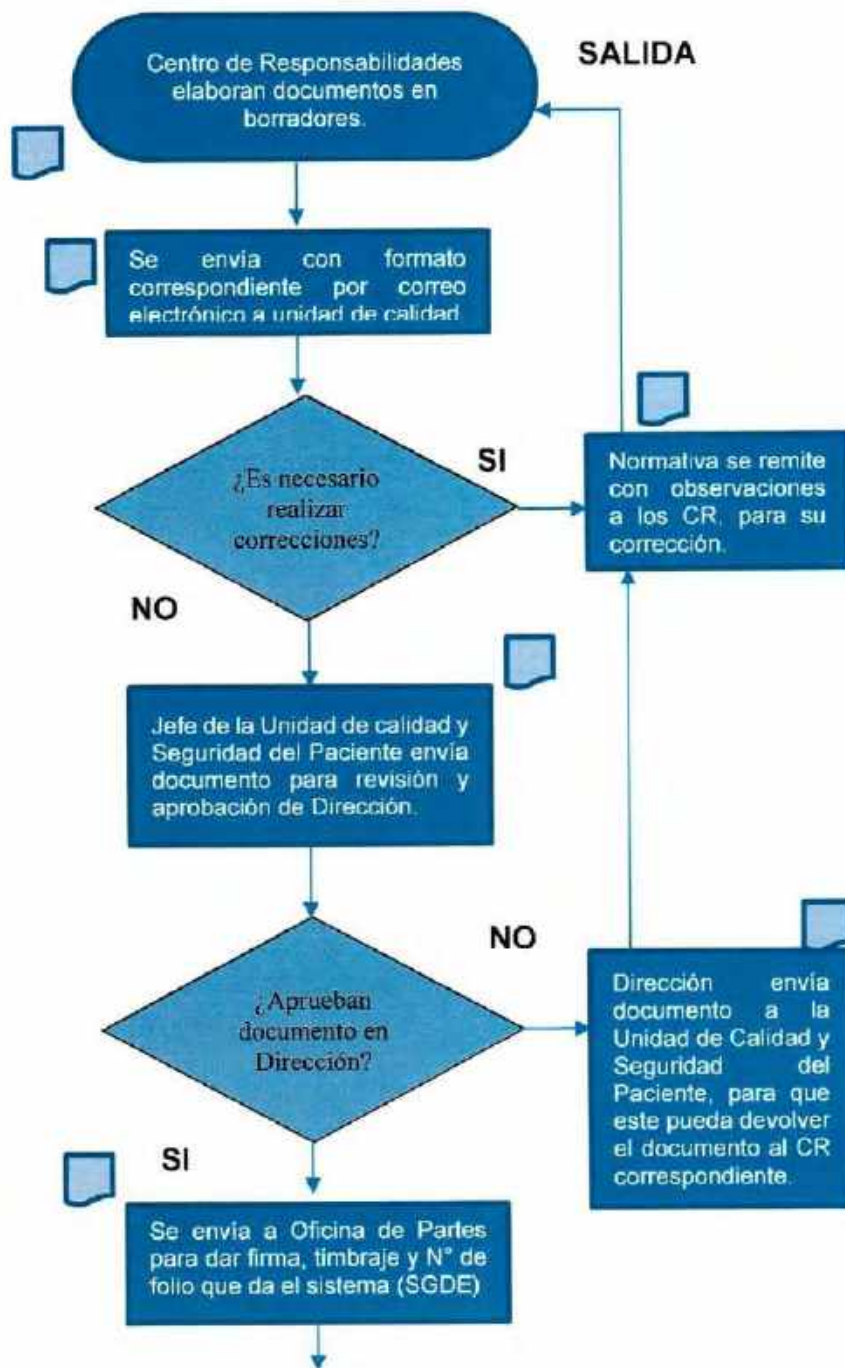
3. DEFINICIONES:

- **Documento:** Los documentos oficiales del sistema de gestión de calidad pueden tipificarse como programas, guías de prácticas clínicas, protocolos, entre otros, cuyo objetivo es asegurar y controlar la calidad técnica de los procesos.
- **Protocolo:** Documento normativo cuya finalidad es la estandarización de conductas esperables, en la que científicamente se ha demostrado su impacto en la calidad/ seguridad de la atención o se ha demostrado que se satisfacen expectativas o necesidades de los usuarios. El protocolo es de cumplimiento obligatorio.
- **Manual de Procedimiento:** Es un documento que permite obtener una información detallada, ordenada, sistemática e integral. Contiene todas las instrucciones, responsabilidades e información sobre funciones, sistemas y procedimientos de las distintas actividades que se realizan en una organización.
- **Centro de Responsabilidad (CR):** Corresponde a una unidad de gestión dirigida por un responsable en quien se ha delegado un determinado nivel de decisión para el logro de los objetivos de la unidad.
- **Diagrama De Flujo:** Es la representación gráfica de las operaciones o actividades de un proceso parcial o completo o de la secuencia de instrucciones de un algoritmo, presenta normalmente un único punto de inicio y un punto de cierre, en donde cada paso del proceso es representado por un símbolo diferente que contiene una breve descripción de la etapa.

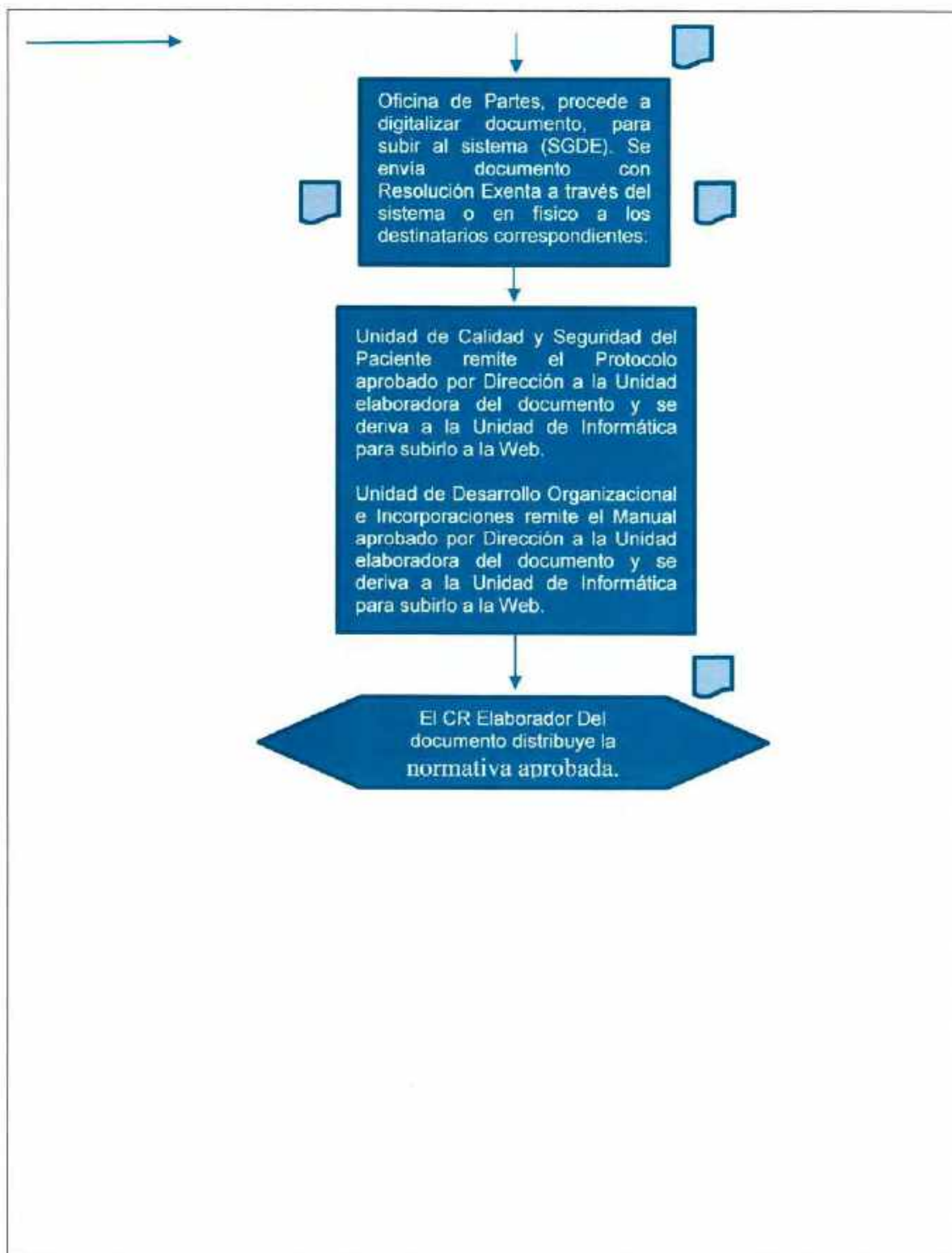
4. DIAGRAMA DE FLUJO:

ENTRADA

SALIDA



GESTIÓN DOCUMENTAL ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS



5. DOCUMENTOS RELACIONADOS:

- Elaboración y gestión de documentos para la acreditación en salud; recomendación para prestadores institucionales. Superintendencia de Salud.
- Herramientas básicas para el proceso de Acreditación de Hospitales de baja complejidad Ministerio de Salud. <https://minsal.eclass.com/cursos>
- Protocolo y Manual de procedimientos de la Unidad de Gestión y Calidad Universidad de Chile, Jefe de la Unidad Daniel Burgos, Autor John Rebolledo.
- http://web.minsal.cl/seguridad_de_la_informacion/

6. REGISTROS:

- Códigos de Documentos
- Lista Maestra

7. DISTRIBUCION Y DIFUSION:

Este procedimiento será distribuido a todas las Unidades y Departamentos del Complejo Hospitalario San José de Maipo.

8. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO:

Código	Fecha Elaboración	Fecha Modificación	Breve Descripción

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1

Nuevo formato de Documentos Institucionales.

 IDENTIFICACIÓN DE UNIDAD Y SERVICIO AL CUAL PERTENECE EL DOCUMENTO	CODIFICACIÓN: CÓDIGO ENTREGADO POR UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		Vigencia: Nº de años de vigencia: Fecha Aprobación: Fecha de comienzo: Fecha término Vigencia: Fecha de término: Resolución: Nº de resolución
	NOMBRE DE PROTOCOLO		
VERSIÓN: Nº DE VERSIÓN	PAG: CANTIDAD DE PÁGINAS DEL PROTOCOLO	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	



PROCESO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

	Nombre	Fechas	Cargo	Firma
Elaborado por	Agregar nombres de personas que elaboran protocolo	Fecha de Elaboración		
Revisado por	Agregar nombre de personas que revisa protocolo	Fecha de Modificación	Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente CHSJ	
Modificado por		Fecha de Revisión		
Aprobado por	Nombre de Director	Fecha de Aprobación	Director CHSJ	

(AGREGAR TIMBRE DE UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE ADEMAS DE LOGO DE ACREDITACIÓN)

 IDENTIFICACIÓN DE UNIDAD/ SERVICIO AL CUAL PERTENECE EL DOCUMENTO	NOMBRE DE PROTOCOLO DE ACUERDO A CARACTERÍSTICA	 UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
--	--	--



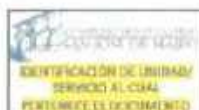
INDICE

1. Índice de contenidos (Incluir números de páginas)
2. Índice de tablas (Incluyendo números de páginas)
3. Índice de Figuras (Incluyendo el número de páginas)
4. Lista de Abreviaturas.
5. Definición de términos.

1. **FUNDAMENTO:** (Explicar por qué debemos desarrollar este protocolo a través de procedimientos)
2. **DESARROLLO:**
 - 2.1. **OBJETIVOS DEL PROTOCOLO:**
 - A) General:
 - B) Específicos:
 - 2.2. **RESPONSABLES:**
 - a) Ejecución:
 - b) De la aplicación:
 - c) De monitoreo:
 - 2.3. **CAMPOS DE APLICACIÓN:** (usuario interno y externo si así lo requiere el documento)
 - 2.4. **ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO:**
 - 2.5. **RECOMENDACIONES TÉCNICAS:**
(tienen que ser claramente destacadas en el texto y claramente identificables)

(AGREGAR DE ACUERDO A FUNCIONES)

 - A) Modelos de atención
 - B) Requisitos de capacitación
 - C) Distribución de funciones / responsabilidades
 - D) Necesidad de registro (cuál es su importancia)
 - E) Participación del paciente (en caso que se requiera un consentimiento informado del paciente para este protocolo)
3. **DEFINICIONES:**
(Términos establecidos en el protocolo)
4. **DIAGRAMA DE FLUJO:**
5. **DOCUMENTOS RELACIONADOS:**

 IDENTIFICACIÓN DE UNIDAD/ SERVICIO AL CUAL PERTENECE EL DOCUMENTO	NOMBRE DE PROTOCOLO DE ACUERDO A CARACTERÍSTICA	 UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
--	--	--

6. REGISTROS:

(agregar normas y documentos que se hayan utilizado en la realización del protocolo)

7. DISTRIBUCION Y DIFUSION: (En departamento encontraremos el documento)

(LUGARES QUE SE ENTREGARA EL PROTOCOLO, PARA CONOCIMIENTO Y COMO PUNTO DE VERIFICACIÓN)

8. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO:

(SE AGREGAN MODIFICACIONES EN EL DOCUMENTO EN POSTERIORES VERSIONES)

Código	Fecha Elaboración	Fecha Modificación	Breve Descripción
			•
			•
			•

 IDENTIFICACIÓN DE UNIDAD/ SERVICIO AL CUIR/ PERTENENCIA DOCUMENTO	NOMBRE DE PROTOCOLO DE ACUERDO A CARACTERÍSTICA	 UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
--	--	--

9. Anexos

(AGREGAR DOCUMENTOS DIGITALIZADOS DE EXISTIR O PLANILLAS)

9.1. Anexo 1

INDICADOR SEGUN CODIFICACION	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se debe establecer un nombre que explique la evaluación que se está realizando sobre el procedimiento.
DESCRIPCIÓN O JUSTIFICACIÓN	Breve resumen de la intención del indicador que se espera medir, cómo se medirá; la justificación para su uso como herramienta de calidad.
FORMULA	Expresión matemática de un criterio de evaluación que se compone por un numerador y denominador. El numerador debe señalar la muestra o procesos que se debe contabilizar dentro de un periodo determinado / denominador debe estar compuesto por el universo o muestra total relacionada con el numerador que se evaluará dentro del mismo periodo *100
FUENTE DE INFORMACIÓN	Fuente primaria: es donde se obtiene la información de forma directa que es necesaria analizar (ficha clínica, inspección a pacientes, supervisión de procedimientos, etc.) Fuente secundaria: Se hace referencia a la evidencia que se construye con datos obtenidos de la fuente primaria.
PERIODICIDAD	Hace referencia al intervalo de tiempo que se ha de analizar su medición. Este debe ser definido por la institución.

GESTIÓN DOCUMENTAL ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

 IDENTIFICADOR DE UNIDAD/ SERVICIO AL CUAL PERTENECE EL DOCUMENTO	NOMBRE DE PROTOCOLO DE ACUERDO A CARACTERÍSTICA	 UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
---	--	--

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	Se refiere al valor porcentual mínimo que se desea cumplir en nuestra fórmula. Este debe ser definido por la institución.
METODOLOGIA	Forma en la cual se llevará el proceso de medición por este indicador.
RESPONSABLES	Incluir a todas las personas involucradas en aplicar, monitorizar, actualizar y evaluar el protocolo realizado.
PUNTOS DE VERIFICACIÓN	Nombrar todos los lugares en que se debe encontrar el protocolo, además de su difusión.

9.2. Anexo 2

Diagrama de Flujo

En todo desarrollo de procedimientos, se debe describir secuencialmente su realización, explicitando los recursos materiales necesarios y las fases, ya que en mucho de los procedimientos clínicos, hay una mezcla de ámbitos. Todo ello, debe tenerse en cuenta al momento de describir el procedimiento, ya que la descripción debe ser detallada, para evitar dar lugar a interpretaciones, y al mismo tiempo debe responder a las preguntas de qué, quién, cuándo, cómo y con qué se realiza el procedimiento.

Para estandarizar lo anteriormente señalado, se deben utilizar los siguientes símbolos:

Símbolo	Significado
	Indica el sentido o dirección desde una actividad a otra.
	Se utiliza para el inicio y el fin de un procedimiento.
	Se utiliza para representar un punto de decisión.
	Representa la actividad que debe ser realizada en esta etapa.
	Representa un documento, ya sea la generación de un registro o el requerimiento de cierto documento para una actividad.
	Se utiliza para representar el almacenamiento de datos en una base de datos.

9.3. Anexo 3

Creación de Indicador

Para la formulación de un indicador, se debe llevar como mínimo estos datos a completar.

INDICADOR SEGÚN CODIFICACIÓN	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se debe establecer un nombre que explique la evaluación que se está realizando sobre el procedimiento.
DESCRIPCIÓN O JUSTIFICACIÓN	Breve resumen de la intención del indicador que se espera medir, cómo se medirá; la justificación para su uso como herramienta de calidad.
FORMULA	Expresión matemática de un criterio de evaluación que se compone por un numerador y denominador. El numerador debe señalar la muestra o procesos que se debe contabilizar dentro de un periodo determinado / denominador debe estar compuesto por el universo o muestra total relacionada con el numerador que se evaluara dentro del mismo periodo *100
FUENTE DE INFORMACIÓN	Fuente primaria: es donde se obtiene la información de forma directa que es necesaria analizar (ficha clínica, inspección a pacientes, supervisión de procedimientos, etc.) Fuente secundaria: Se hace referencia a la evidencia que se construye con datos obtenidos de la fuente primaria.

PERIODICIDAD	Hace referencia al intervalo de tiempo que se ha desea analizar su medición. Este debe ser definido por la institución.
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	Se refiere al valor porcentual mínimo que se desea cumplir en nuestra formula. Este debe ser definido por la institución.
METODOLOGÍA	Forma en la cual se llevara el proceso de medición por este indicador.
RESPONSABLES	Incluir a todas las personas involucradas en aplicar, monitorizar, actualizar y evaluar el protocolo realizado.
PUNTOS DE VERIFICACIÓN	Nombrar todos los lugares en que se debe encontrar el protocolo, además de su difusión.

9.4. Anexo 4



MANUAL DE PROCEDIMIENTO (NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO)

(Nombre Unidad)

(Nombre de Dpto./CR/SD según corresponda)

Complejo Hospitalario San José de Maipo

Versión XX

Fecha
(mes/año)