



LAAE/laae



MAT.: Aprueba actualización de “Reglamento Interno
Del Hospital Dr. Exequiel González Cortés”

RESOLUCIÓN EXENTA N° 000868 /

SANTIAGO, **26 ENE 2024**

VISTOS: VISTOS: Lo dispuesto en la Ley N°19.886, Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios y su Reglamento, fijado por el D.S. N°250/04, del Ministerio de Hacienda y sus modificaciones; la Resolución Exenta N°1.170, de 2007, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que reconoció la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red” al Hospital Dr. Exequiel González Cortés; el DFL N°1, de 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, en su Libro I, Título IV “De los establecimientos de autogestión en red; la ley N°20.584, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud; el Reglamento sobre Fichas Clínicas aprobado en Decreto N°41 del 24 de julio del 2012, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales; La Circular N°051, de 9 de febrero de 2009 del director de Bibliotecas, Archivos y Museos; La Circular N°28.704 de 27 de agosto de 1981, de Contraloría General de la República sobre Eliminación de documentos; la Resolución Exenta RA 446/132 de fecha 25 de octubre 2022, de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitana Sur, sobre designación de directora del Hospital Exequiel González Cortes; las facultades concedidas por los artículos 35 y 36 del DFL N°1, de 2005; los artículos 20, 22 y 23 del decreto supremo N°38, de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda, que aprueba el Reglamento Orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red, y sus modificaciones; y en las resoluciones N°6 y N°7, de 2019 y N°14, de 2022, pronunciadas por la Contraloría General de la República, que fijan normas sobre exención del trámite de toma de razón;

CONSIDERANDO:

1. Que, el Hospital Dr. Exequiel González Cortés en conformidad con lo dispuesto en la ley N°20.584 y el decreto supremo N°40, de 2012, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la ley N° 20.584, aprobó mediante Resolución N° 751, de 2012, el Reglamento Interno de este establecimiento, cuya vigencia era de 5 años.

2. Que, habiendo transcurrido el plazo indicado en el numeral precedente y existiendo cambios normativos, se procedió a la actualización del Reglamento Interno, cuya nueva vigencia será de 5 años.

3. Que, habiendo sido revisado, es menester aprobar formalmente el Reglamento Interno del Hospital Dr. Exequiel González Cortés; dicto la siguiente: RESOLUCIÓN:

APRÚEBASE el Reglamento Interno del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, cuyo tenor es el siguiente:

"REGLAMENTO INTERNO DEL HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS"

1. OBJETIVOS

Regular el funcionamiento interno del Hospital, a la luz de la regulación vigente y en especial, ejercicio de los derechos de los usuarios y de sus obligaciones, reconocidos en la ley N° 20.584 en el hospital.

2. ALCANCE:

Este documento debe ser conocido y aplicado por todos los funcionarios del hospital.

Este documento debe estar disponible para todos los usuarios que consultan en las dependencias de nuestro hospital.

El contenido de este documento debe ser aplicado en todos los usuarios que consultan en nuestro hospital.

3. DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Ley N° 20.584: Ley de Deberes y Derechos de las personas en acciones vinculadas a su atención en salud y sus reglamentos; decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda, que fija el

texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N^o 2.763, de 1969 y de las leyes N^o 18.933 y N^o 18.469; ley N^o 19.966; ley N^o 20.850; Código Sanitario y sus reglamentos.

4. RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

DIRECTORA:

- Aprobar y difundir este reglamento.
- Asegurar la coordinación y recursos necesarios para la correcta aplicación del documento.

SUBDIRECTORES, JEFES DE CR CLÍNICOS Y ADMINISTRATIVOS, PROFESIONALES SUPERVISORES:

- Difundir y velar por el cumplimiento de este reglamento.

FUNCIONARIOS EN GENERAL:

- Conocer el documento.
- Realizar las actividades que se requieran para el oportuno cumplimiento de los derechos y deberes del usuario y de la legislación vigente.

USUARIOS DEL HOSPITAL

- Informarse sobre los derechos y deberes que tienen respecto de su atención dentro de nuestro hospital.
- Exigir sus derechos de acuerdo a lo definido en el documento.
- Cumplir sus deberes de acuerdo a lo definido en el documento.

5. DESARROLLO

El Hospital Dr. Exequiel González Cortés, comprometido con sus usuarios, con el fin de actualizar la información y normativa existentes, de modo que ella se encuentre acorde con la regulación vigente, ha procedido sobre la base de un trabajo integrado de sus profesionales, a la confección del presente Reglamento Interno:

6. DISTRIBUCIÓN:

- Dirección
- Subdirección Médica
- Subdirección Administrativa
- Subdirección de Enfermería
- CR. Atención Quirúrgica
- CR. Atención Médico-Quirúrgico

- CR. Atención de Paciente Critico
- CR. Atención Ambulatoria
- CR. Atención de Emergencia
- CR. Apoyo Clínico
- CR. Logístico Clínico
- CR Gestión Operacional
- CR. Gestión Financiera
- CR. Gestión de las Personas
- CR. Gestión de usuarios
- CR. Adquisiciones y Distribución
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
- Unidad Tecnologías Información y Comunicaciones (TIC)
- Unidad de Farmacia
- Unidad de Calidad y Seguridad del paciente
- Programa de Control de Infecciones asociadas a la atención en salud.
- Unidad de Asesoría jurídica
- Unidad de Auditoría
- Centro de Información y Control de gestión
- Unidad de Docencia e investigación
- Unidad de Gestión Documental y Transparencia
- Unidad de Comunicaciones
- OIRS

7. RESPONSABILIDAD DEL ENCARGADO:

La Dirección del hospital es la responsable de velar por el estricto cumplimiento de este documento como también de efectuar y proponer las modificaciones que en la práctica se precise.

Corrección	Fecha	MODIFICACION	Publicado	NP documento
	11/09/2012	ENTRA EN VIGENCIA PRIMERA EDICION	Resolución exenta	751
1	16/10/2017	Actualización normativa y procedimiento	Resolución Exenta	1098

2	08/06/2023	Actualización normativa y procedimiento	Resolución Exenta	3841
---	------------	-----------------------------------------	-------------------	------

2. PUBLICASE la presente Resolución en el sitio electrónico del Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

ANOTESE Y COMUNICASE



[Handwritten signature]
 DRA. INES ARANEDA ARANDA
 DIRECTORA
 HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZALEZ CORTES

DISTRIBUCIÓN

- Dirección
- Subdirección Médica
- Subdirección Administrativa
- Subdirección de Enfermería
- CR. Atención Quirúrgica
- CR. Atención Médico-Quirúrgico
- CR. Atención de Paciente Critico
- CR. Atención Ambulatoria
- CR. Atención de Emergencia
- CR. Apoyo Clínico
- CR. Logístico Clínico
- CR Gestión Operacional
- CR. Gestión Financiera
- CR. Gestión de las Personas
- CR. Gestión de usuarios
- CR. Adquisiciones y Distribución
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
- Unidad Tecnologías Información y Comunicaciones (TIC)
- Unidad de Farmacia
- Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

[Handwritten signature]
 MARCELO CASTILLO ACEVEDO
 MINISTRO DE FE

- Programa de Control de Infecciones asociadas a la atención en salud.
- Unidad de Asesoría jurídica
- Unidad de Auditoría
- Centro de Información y Control de gestión
- Unidad de Docencia e investigación
- Unidad de Gestión Documental y Transparencia
- Unidad de Comunicaciones
- OIRS



Hospital Exequiel
González Cortés

Servicio de Salud
Metropolitano Sur

Ministerio de Salud

REGLAMENTO INTERNO HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS

DOCTORA INES ARANEDA ARANDA
DIRECTORA HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZALEZ CORTES

Contenido

OBJETIVOS	2
ALCANCE:	2
DOCUMENTOS DE REFERENCIA:.....	2
RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN.....	2
DESARROLLO.....	2
TÍTULO I: DEL HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS	3
Título II: DE LA ATENCIÓN DE SALUD	6
TÍTULO III: DE LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD	13
TÍTULO IV: DERECHO A TRATO DIGNO.....	13
TÍTULO V: DERECHO A LA INFORMACIÓN V AUTONOMÍA	14
TÍTULO VI: DE LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS EN SU ATENCIÓN DE SALUD	17
TÍTULO VII: DERECHO A LA PRIVACIDAD.....	19
TÍTULO VIII: DERECHO A COMPAÑÍA Y ASISTENCIA ESPIRITUAL	21
TÍTULO IX: DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL	25
TÍTULO X: DE LA PROTECCIÓN DE LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS EN UNA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	27
TÍTULO XI: DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA O INTELECTUAL..	27
TÍTULO XII: DE LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS	27
TÍTULO XIII: DE LOS DEBERES DE LAS PERSONAS.....	28
TÍTULO XIV: DE LOS RECLAMOS POR CONTRAVENCIÓN A ESTE REGLAMENTO	30
TÍTULO XV: DISPOSICIÓN FINAL.....	30

OBJETIVOS

Regular el funcionamiento interno del Hospital, a la luz de la regulación vigente y en especial, ejercicio de los derechos de los usuarios y de sus obligaciones, reconocidos en la ley N^o 20.584 en el hospital.

ALCANCE:

Este documento debe ser conocido y aplicado por todos los funcionarios del hospital.

Este documento debe estar disponible para todos los usuarios que consultan en las dependencias de nuestro hospital.

El contenido de este documento debe ser aplicado en todos los usuarios que consultan en nuestro hospital.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Ley N^o 20.584: Ley de Deberes y Derechos de las personas en acciones vinculadas a su atención en salud y sus reglamentos; decreto con fuerza de ley N^o 1, de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N^o 2.763, de 1969 y de las leyes N^o 18.933 y N^o 18.469; ley N^o 19.966; ley N^o 20.850; Código Sanitario y sus reglamentos.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

DIRECTORA:

- Aprobar y difundir este reglamento.
- Asegurar la coordinación y recursos necesarios para la correcta aplicación del documento.

SUBDIRECTORES, JEFES DE CR CLÍNICOS Y ADMINISTRATIVOS, PROFESIONALES SUPERVISORES:

- Difundir y velar por el cumplimiento de este reglamento.

FUNCIONARIOS EN GENERAL:

- Conocer el documento.
- Realizar las actividades que se requieran para el oportuno cumplimiento de los derechos y deberes del usuario y de la legislación vigente.

USUARIOS DEL HOSPITAL

- Informarse sobre los derechos y deberes que tienen respecto de su atención dentro de nuestro hospital.
- Exigir sus derechos de acuerdo a lo definido en el documento.
- Cumplir sus deberes de acuerdo a lo definido en el documento.

DESARROLLO

El Hospital Dr. Exequiel González Cortés, comprometido con sus usuarios, con el fin de actualizar la información y normativa existentes, de modo que ella se encuentre acorde con la regulación vigente, ha

procedido sobre la base de un trabajo integrado de sus profesionales, a la confección del presente Reglamento Interno:

TÍTULO I: DEL HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS

Artículo 1°: Información sobre el hospital pediátrico Dr. Exequiel González Cortés

El hospital Dr. Exequiel González Cortés, es un centro de alta complejidad asistencial y docente que atiende a la población infantil de 11 comunas del área sur de Santiago, auto gestionado en red desde el año 2007 y re acreditado en calidad desde el año 2015. El equipo directivo está constituido por el Director, Subdirector Médico, Subdirector Administrativo, Subdirector de Gestión de Cuidado. Su organización se realiza a través de centros de responsabilidad: 13 en total, 6 clínicos, 2 apoyo y 5 administrativos. Su dotación es de 1200 funcionarios. Ha realizado convenios docentes con instituciones universitarias y técnicas de pregrado y posgrado.

Artículo 2°: Derechos y deberes de las personas en salud

La ley N° 20.584, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

En dicha normativa, se reconoce y regulan los siguientes derechos:

1. Derecho a una atención segura.
2. Derecho a trato digno.
3. Derecho a tener compañía y asistencia espiritual.
4. Derecho de Información.
5. Derecho de reserva de la información de salud.
6. Derecho a la autonomía en la atención de salud.
7. Derecho a la protección de la autonomía en las Investigaciones científicas.
8. Derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual.
9. Derecho a contar con mecanismos de participación.
10. Derecho a información y cobros relacionados con medicamentos e insumos.

Asimismo, la ley establece los deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a la atención de salud y son:

1. Deber de informarse.
2. Deber de cuidado.
3. Deber de trato respetuoso.
4. Deber de Informar.

Concordante con lo anterior, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, ratificada por Chile, en 1990, reconoce derechos de los menores de edad que tienen relación con sus atenciones de salud, y son:

1. El derecho del niño a permanecer con sus padres.
2. El recién nacido tiene derecho a permanecer constantemente con su madre y a alimentarse exclusivamente de su leche.

3. El niño hospitalizado tiene derecho a ser amamantado por su madre.
4. Todo niño tiene derecho a un nombre. El niño hospitalizado debe llevar una identificación y ser llamado por su nombre.
5. El niño hospitalizado tiene derecho a permanecer en un lugar seguro y adecuado para la rápida mejoría de su enfermedad.
6. El niño hospitalizado tiene derecho a que se considere la opción de evitar la inmovilización y en caso de no poder lograrlo, hacerlo de la manera más adecuada.
7. Todo niño hospitalizado tiene derecho a recibir un manejo adecuado del dolor y a cuidados paliativos.
8. El niño hospitalizado tiene derecho a ser informado respecto a su enfermedad y la forma en que se realizará su tratamiento, conforme a su edad y madurez.
9. El niño tiene derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que lo afectan, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.
10. El niño hospitalizado tiene derecho a ser escuchado acerca de su bienestar o malestar tanto físico como psicológico, respondiendo a sus inquietudes.
11. El niño hospitalizado tiene derecho a la privacidad.
12. Todo niño tiene derecho a jugar.
13. El niño hospitalizado tiene derecho a mantener contacto con todos aquellos con los cuales tenía vínculo, previo a la hospitalización.
14. Todo niño tiene derecho a la educación.
15. Los exámenes deben ser solicitados solamente si van a contribuir a un diagnóstico más preciso que implicará un cambio de conducta terapéutica.
16. El niño hospitalizado tiene derecho a un re-análisis respecto a permanecer hospitalizado.

El presente Reglamento regula estos derechos y deberes en el Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

Artículo 3°: Cartera de Servicios

El hospital Dr. Exequiel González Cortés cuenta con atención de 38 especialidades médico quirúrgicas pediátricas, excepto las especialidades de neurocirugía y cardiocirugía. Atiende en todas las modalidades del proceso asistencial: hospitalizados, ambulatorios y hospitalizaciones diurnas tanto médico como quirúrgicas, así como de salud mental. Cuenta con unidades de apoyo de alta complejidad: camas críticas, pabellones quirúrgicos, hemo y peritoneo diálisis, unidades para diagnóstico anatómico patológico, diagnóstico por imágenes y laboratorio clínico. Atiende los 22 problemas de salud pediátricos GES de atención hospitalaria. Recibe pacientes de otras regiones del país como centro de referencia nacional de los problemas de salud: Grandes quemados, Insuficiencia renal crónica terminal, Escoliosis, Cáncer infantil y Fisurados.

La Cartera de Servicios en forma detallada, se encuentra disponible en la Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias y en el sitio electrónico www.hegc.gob.cl.

Artículo 4°: Centro docente asistencial

El hospital Dr. Exequiel González Cortés es un establecimiento asistencial docente. Lo anterior implica que participan del proceso de atención, docente y alumnos de los Centros Formadores con los que se tiene convenio, siempre que se cuente con el consentimiento de los padres o representantes legales de los pacientes, según se regula en el Título V de este Reglamento.

El detalle de los Centros Formadores con convenio vigente con este Hospital, se encuentra disponible en el sitio electrónico www.hegc.gob.cl y en la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias, en los horarios que en este Reglamento se explicitan.

Artículo 5: Horarios de funcionamiento del Hospital.

El hospital Dr. Exequiel González Cortés, tiene el siguiente horario de funcionamiento:

Dirección y Unidades Administrativas:

Lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y los días viernes hasta las 16:00 horas, sin atención los días festivos.

Policlínico de Especialidades:

Lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y los días viernes hasta las 16:00 horas, sin atención los días festivos.

Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico:

Lunes a domingo, 24 horas; excepto las áreas de atención ambulatoria como farmacia, Rehabilitación y toma de muestras que atienden de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y los días viernes hasta las 16:00 horas, sin atención los días festivos.

Servicio de Urgencia y Hospitalización:

Lunes a domingo, 24 horas, atención continuada.

Artículo 6: Precios de prestaciones, de medicamentos e insumos.

El hospital Dr. Exequiel González Cortés, cuenta con un listado de precios o arancel de prestaciones, el cual varía se reajusta anualmente en marzo cada año.

Estos aranceles se encuentran disponibles, así como el listado de precios de medicamentos e insumos en el sitio electrónico www.hegc.gob.cl y en la Oficina de Admisión de Hospitalizados, que funciona de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes hasta las 16:00 horas, salvo festivos, en donde podrá consultar sobre precios en particular o el listado general de precios. En este último caso, será de costo del solicitante, la copia del mismo.

Artículo 7: De la Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias (OIRS)

El hospital Dr. Exequiel González Cortés, cuenta con una OIRS, en la cual nuestros usuarios pueden consignar libremente su opinión por el servicio entregado ya sea para interponer un Reclamo, Felicitación, Sugerencia, Solicitud de Ley de Transparencia y/o Reclamo GES. Para estos efectos, se encuentran disponibles en cada Unidad del hospital los Formularios de Solicitud Ciudadana, los cuales se encuentran foliados y son autocopiativos, de modo que el usuario pueda llevarse la última copia como comprobante del trámite efectuado.

Los plazos dentro de los cuales el Hospital debe remitir al usuario su respuesta, se encuentran claramente establecidos según el carácter de la solicitud, y son:

Reclamaciones por GES: Dentro de las 48 horas siguientes a la reclamación, el hospital deriva al Fondo Nacional de Salud la respuesta de la solicitud, siendo esta última institución, la que entrega la respuesta final.

Reclamaciones por aplicación de ley 20.584: 15 días hábiles contados desde el día siguiente hábil al de la presentación.

Otras solicitudes ciudadanas: El hospital deberá dar respuesta, dentro de 20 días hábiles, siguientes al de la presentación.

La OIRS dispone de módulos de atención y su horario de funcionamiento es el siguiente:

OIRS hospitalizados:

Lunes a jueves de 8:30 a 17:30 y viernes de 8:30 a 16:30, sábados, domingos y festivos de 8:00 a 16:00 horas.

OIRS Emergencia:

Lunes a domingo, 24 horas, atención continuada.

Las solicitudes que se efectúen en virtud de la Ley de Transparencia, pueden efectuarse a través del banner de transparencia de la página www.hegc.gob.cl.

Artículo 8: Vías de evacuación y procedimiento en caso de emergencias.

El hospital Dr. Exequiel González Cortés, cuenta con un Plan de Emergencia, en el cual se encuentran explicitados los mecanismos de evacuación y procedimientos en caso de emergencias. Este Plan se encuentra disponible en el sitio electrónico www.hegc.gob.cl y en los módulos de la OIRS.

El hospital cuenta con señalética para indicar las vías de evacuación, en caso de ser necesario y los teléfonos donde puede comunicar las emergencias.

Los usuarios y funcionarios del establecimiento deben tomar conocimiento de las vías de evacuación y seguir estrictamente la normativa e instrucciones que imparta el hospital, las que se encontrarán publicadas en carteles visibles al interior del establecimiento.

La Unidad de Prevención de riesgos se encarga de organizar al hospital para emergencia, y de capacitar vía simulacros, simulaciones, capsulas educativas y otros a los funcionarios para responder a la emergencia.

Título II: DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Artículo 9: De la atención de salud.

La atención de salud es un proceso mediante el cual, el hospital Dr. Exequiel González Cortés, dispone de sus recursos humanos y materiales para el otorgamiento de prestaciones asistenciales, con el fin de diagnosticar, restablecer o rehabilitar la salud de sus usuarios y otorgarle los cuidados paliativos.

De este modo, el proceso de atención de salud de los pacientes, comprende diversas etapas y personas que están orientadas al objetivo antes señalado. Estas personas y etapas comprendidas en el proceso de atención de salud, son:

- Etapa administrativa de preparación para el otorgamiento de prestaciones.
- Etapa de otorgamiento de prestaciones.
- Etapa de soporte financiero.
- Etapa de registro estadístico.
- Etapa de aseguramiento de la calidad de prestaciones.

Artículo 10: De proceso de atención de salud.

Etapa de preparación para el otorgamiento de prestaciones:

Definición: Esta etapa de atención conlleva todo proceso administrativo estrictamente necesario para el otorgamiento de las prestaciones, tanto de atención abierta, como cerrada.

Participantes: En esta etapa participan:

- **Admisión:** Tiene las siguientes funciones:
 - Recepcionar las solicitudes de atención y generar la documentación que dará inicio a la confección de la ficha clínica.

Capturar y, en su caso, registrar las solicitudes de atención en los sistemas de información del hospital.

Gestionar las solicitudes de atención con priorización biomédica.

Cuando corresponda, realizar la citación de los pacientes.

Solicitar las fichas clínicas de los pacientes, para entregarla al equipo clínico tratante.

- **Archivo:** Tiene por función almacenar y custodiar la ficha clínica de los pacientes y proveerla a quienes la requieran durante el proceso de atención de salud.
- **Recaudación:** Tiene por función realizar el cobro, cuando corresponda, de las atenciones ambulatorias de salud.

Etapa de otorgamiento de prestaciones

Definición: Es la etapa en la cual el personal de salud realiza la prestación clínica.

Participantes: Pueden participar de esta etapa, dependiendo del tipo de prestación, los siguientes:

Profesionales tratantes

EQUIPOS DE APOYO CLÍNICO

3. Etapa de registro de prestaciones e información de salud relevante

Definición: Es la etapa en la cual se registra en el o los sistemas de información hospitalario, las prestaciones realizadas, con la finalidad de confeccionar los informes estadísticos mensuales obligatorios y de complejidad clínica, generación de información epidemiológica, seguimiento de cumplimiento de garantías, obtención de Programas de Atención de Salud y para el tratamiento de la información para el aseguramiento de la calidad.

Participantes: De esta etapa pueden participar:

- Departamento de Estadística
- Unidad de Epidemiología
- Control de Gestión
- Unidad de Farmacia
- Unidad de Farmacia Clínica
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
- Etapa de soporte financiero

Definición: Es la etapa que consiste en el conjunto de actividades administrativas, que permiten valorizar, costear y recaudar el pago de todas las prestaciones y servicios otorgados en el establecimiento.

Participantes: De esta etapa pueden participar:

- Departamento de Estadística
- Unidad de Cobranza
- Unidad de Recaudación.

Etapa de aseguramiento de la calidad

Definición: Es la etapa que consiste en la consecución de acciones y procesos tendientes a la mejora continua e innovación de los procesos asistenciales para el otorgamiento de la calidad de los mismos.

Participantes: En esta etapa pueden participar:

- Equipos clínicos tratantes
- Comité de Ética Asistencial
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
- Encargados de Calidad y Seguridad del Paciente de Unidades Clínicas
- Programa de Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)
- Auditoría Interna
- Contraloría Médica
- Comité de Riesgos
- Gestores de Reclamaciones
- Gestores de Solicitudes Ciudadanas e Institucionales
- Fiscales e Investigadores de procesos disciplinarios

Materia de Salud Pública:

Definición: Se trata de todos aquellos procesos que dicen relación con el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el Código Sanitario, sus reglamentos, las instrucciones emanadas por parte de la Autoridad Sanitaria y las acciones que forman parte de un sumario sanitario.

Participantes: El Director del establecimiento será el responsable de designar a los miembros de los equipos técnicos que sea necesario conformar, de acuerdo a la materia, naturaleza o gravedad del asunto de que se trata.

Artículo 11: Agendamiento de Horas Consultas, modalidad y comunicación a pacientes

Para los efectos de solicitar horas de atención en el Policlínico de Especialidades, existen las siguientes modalidades:

- Consultas Nuevas: Dependiendo de su origen, se distinguen dos modalidades:

Derivación desde la Red Asistencial: Los establecimientos pertenecientes a la Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur y los establecimientos públicos derivadores, pueden solicitar hora de atención de especialidades en el hospital.

Esta derivación y solicitud de hora es por interconsulta a través de sistema informático (APS) y vía correo desde otros centros de la macrored, un médico contralor prioriza las interconsultas según antecedente clínico; se asigna la hora y se informa al paciente, por contacto directo vía telefónica, sino se logra contacto, vía carta certificada; o vía correo al establecimiento derivador de la macrored.

Ningún paciente, podrá solicitar por sí mismo, en el hospital, hora para consulta nueva espontánea.

Derivación intrahospitalaria: La derivación intrahospitalaria, se realiza a través de Interconsulta que genera el médico tratante.

En caso de pacientes ambulatorios del Consultorio Adosado de Especialidades, el usuario acude a Admisión y se registra en lista de espera; se asigna hora según prioridad, y se informa la cita al paciente, por contacto directo vía telefónica, sino se logra contacto, vía carta certificada

En caso de pacientes hospitalizados de alta con indicación de control en especialidad, la epicrisis se gestiona en Admisión, se asigna la hora según prioridad y se informa la cita al paciente, por contacto directo vía telefónica, sino se logra contacto, vía carta certificada

Para derivados desde U. de Emergencia, se gestiona la interconsulta en Admisión Urgencia, según lo dispuesto en la cartera de servicios del CAE para esta Unidad.

Derivación a otros establecimientos públicos

En casos de pacientes con patología GES, la derivación se realiza en la oficina GES del establecimiento derivador, ingresando la Inter Consulta al sistema SIGGES. El Hospital recepción y cita según las garantías vigentes para el caso, informa al establecimiento derivador quien cita al paciente.

En pacientes con otras patologías, la derivación se realiza vía correo a través del gestor de casos ambulatorios, quien informa la hora.

Controles: La solicitud de hora para controles, se realiza por los usuarios en Admisión Central, donde se asigna hora según indicación y disponibilidad de agenda, paciente sin hora se registra en lista espera de controles

Artículo 12: Normas sobre ingreso hospitalario.

Desde el punto de vista administrativo, se requerirá a los pacientes, de acuerdo al tipo de atención, lo siguiente:

1. Atención de Urgencia

Todo paciente que requiera atención de urgencia, debe ser atendido en la Unidad de Emergencia del Hospital. Para su adecuada atención, al ingreso se les solicitará, de acuerdo a la previsión, lo siguiente:

Pacientes cuya previsión es FONASA: Deberán indicar al momento del ingreso, el RUT del paciente.

Pacientes cuya previsión sea ISAPRE, Dipreca, Capredena y Particulares: Los pacientes serán atendidos en el Servicio de Urgencia y sólo podrán ser hospitalizados en caso de riesgo vital o de secuela funcional grave. De este modo, si el paciente requiere de hospitalización, una vez estabilizado y encontrándose apto clínicamente para ser trasladado, los padres o tutores deberán hacerse cargo del traslado a un centro asistencial de la red privada de salud.

Pacientes cuya previsión del FONASA no se encuentra regularizada: Los pacientes serán atendido en iguales condiciones que los pacientes afiliados o beneficiarios del FONASA, sin perjuicio de lo cual, tendrán el plazo de 5 días hábiles posteriores a la atención para regularizar su previsión. En caso contrarios, para efectos del cobro, serán considerados como pacientes particulares.

Pacientes carentes de recursos o inmigrantes en condición migratoria irregular: Los pacientes que carezcan de recursos o los inmigrantes en condición migratoria irregular, serán considerados como FONASA A, sin necesidad de declaración o reconocimiento previo, en conformidad a lo dispuesto en la letra e) del artículo 136, del decreto con fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto Ley N° 20.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Todo paciente al que el corresponda un pago por las prestaciones otorgadas, luego de su atención en el TRIAGE y establecido que no tiene riesgo vital o de secuela funcional grave o superado ese estado, deberá suscribir un pagaré y un mandato, con la finalidad de garantizar el cobro de las prestaciones recibidas.

2. Atención ambulatoria:

Sólo podrán ser atendidos en la atención ambulatoria los pacientes afiliados o beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA), PRAIS, Accidente de Tránsito y Seguro escolar bajo la modalidad Institucional.

Previo a su atención, los pacientes deben tener su situación previsional al día.

3. Atención de Hospitalización

Podrán ser hospitalizados los pacientes FONASA modalidad institucional.

Los pacientes ISAPRE y Privados, sólo podrán ser hospitalizados en caso de riesgo vital o de secuela funcional grave, previo aviso a Subdirección médica. De este modo, si el paciente requiere de

hospitalización, una vez estabilizado y encontrándose apto clínicamente para ser trasladado, los padres o tutores deberán hacerse cargo del traslado a un centro asistencial de la red privada de salud.

Siempre tendrán preferencia para hospitalización, los pacientes institucionales.

El hospital se reserva el derecho de verificar la declaración jurada proporcionada por el usuario, en casos de medidas de protección solo se hace responsable de cumplir aquellas informadas por el tutor. El día hábil siguiente el familiar responsable o tutor legal debe dirigirse a OIRS y realizar los consentimientos de acompañamiento necesarios.

4. Problemas de Salud Ges

Los pacientes que padezcan algún problema de salud sujeto al régimen de Garantías Explícitas en Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.966, serán atendidos conforme a los protocolos ministeriales dictados al efecto por esa Secretaría de Estado.

5. Diagnósticos y tratamientos de la ley N 0 20.850 (Ley Ricarte Soto)

Los pacientes que requieran de diagnósticos o tratamientos de alto costo, serán atendidos en el hospital, en conformidad con las disposiciones contenidas en la ley N° 20.850, sus reglamentos y protocolos de atención.

Las prestaciones otorgadas en virtud de la ley N° 20.850, no tienen copago.

Artículo 13: Normas sobre estancia hospitalaria.

Las estancias hospitalarias se regirán por las siguientes normas:

1. Visitas y supervigilancia médica de rutina

Los pacientes hospitalizados tendrán visita médica diaria por el médico tratante o residente de turno, los pacientes en control con todo, conforme a lo regulado en el Título V de este Reglamento Interno, los pacientes, sus padres o representantes legales, serán informados del nombre del médico tratante.

Sin perjuicio de lo anterior, los pacientes recibirán la atención médica en cada oportunidad en que su condición de salud lo requiera, conforme a las normas, políticas y procedimientos establecidos en el Hospital.

2. Gestión de Cuidados cotidianos

Los pacientes hospitalizados recibirán los cuidados de enfermería y de las otras disciplinas que conforme a su condición de salud y a las pautas diagnósticas, requiera.

Con todo, siempre se encontrarán disponibles los cuidados de enfermería durante toda la estancia hospitalaria de acuerdo a su evaluación de riesgo dependencia.

3. Alimentación según condición clínica

Los pacientes hospitalizados, por regla general, recibirán 4 raciones de alimentación diaria. Las condiciones y restricciones de alimentación se encontrarán sustentadas en la condición de salud del paciente.

La alimentación de los pacientes, siempre tendrá la supervisión de un profesional nutricionista.

Artículo 14: Normas sobre egreso hospitalario

Sin perjuicio de la entrega de información al alta hospitalaria a la que se refiere el Título V de este Reglamento, el egreso hospitalario se regirá por las siguientes normas:

1. Modalidades de pago e intereses

Los pacientes ISAPRE y los particulares, deberán efectuar los pagos de las prestaciones que le otorgue el hospital.

El pago debe realizarse en las cajas de Recaudación del hospital, las cuentas no están afectas a intereses.

Las prestaciones otorgadas en virtud de la ley N O 20.850, no requieren de copago alguno.

2. Entrega de cuenta actualizada

Durante la atención de salud, todo usuario tendrá derecho a solicitar en la Oficina de Recepción de hospitalizados, un estado parcial de su cuenta, la que será entregada dentro del plazo de 5 días hábiles y sus valores serán meramente referenciales.

3. Solicitud de la Cuenta de la Atención de Salud

Todo usuario podrá acceder a su estado de cuenta de hospitalización, en el plazo de 30 días corridos, contados desde el alta del paciente.

Cuando el Establecimiento finalice el proceso de confección de la Cuenta definitiva del paciente, notificará al usuario vía telefónica, sin perjuicio que éste pueda solicitarla personalmente en la Unidad de Recaudación del hospital.

4. Pago por dosis efectivamente administradas

Si las dosis de medicamentos o insumos fueren unitarias, en el caso que la persona deba concurrir al pago de ellas, sólo estará obligada al pago de aquellas unidades efectivamente administradas en el tratamiento correspondiente.

Artículo 15: De la Referencia y Contrareferencia.

Conforme a lo señalado en los artículos 11 y 12 del presente Reglamento, salvo las situaciones de urgencia o emergencia, los pacientes serán atendidos en el hospital en coordinación con los demás establecimientos de la red.

En este sentido, los pacientes podrán ser derivados desde otros establecimientos, debiendo el hospital otorgar la atención requerida, previo análisis de la pertinencia de la misma.

De igual modo, una vez atendido un paciente, éste podrá ser nuevamente derivado al establecimiento de origen, si las atenciones que requiere deben ser otorgadas por aquéllos.

Con todo, el hospital procurará permanentemente la debida coordinación con los establecimientos de la red, de modo de velar por la correcta y oportuna atención de los pacientes.

Las prestaciones que no se encuentran dentro de la cartera de servicios de este Hospital y que hayan sido otorgadas a pacientes derivados desde la red pública de salud, serán de cargo de éstos últimos

Artículo 16: De la derivación a otros centros de salud.

Todo paciente que se hospitalice en el Hospital Dr. Exequiel González Cortés, podrá ser derivado a otro Centro Asistencial de salud, sea este público o privado, cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- Cuando se excede la capacidad resolutive del Hospital
- Cuando no hay cama disponible
- Cuando puede continuar su tratamiento en otro establecimiento de la red más cercano a su domicilio.

Con todo, los usuarios podrán oponerse a dicha medida y solicitar el traslado a otro centro asistencial, en cuyo caso, asumirán como Libre Elección el pago desde el traslado, y toda la atención realizada en el recinto que determinen.

TÍTULO III: DE LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD

Artículo 17: De los mecanismos para asegurar el cumplimiento de normativa

Como establecimiento re acreditado por parte de la Superintendencia de Salud, el hospital Dr. Exequiel González Cortés, tiene como prioridad la seguridad de los pacientes. Para ello, realiza procesos de aseguramiento de la calidad, de los que trata el Título II, precedente, de este Reglamento.

Artículo 18: De las medidas y protocolos de seguridad del paciente.

La Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, es la entidad a cargo en el establecimiento de las normas y protocolos tendientes a resguardar la seguridad del paciente.

Los protocolos y normas relacionados con la seguridad de los pacientes, se encuentran disponibles en www.hegc.gob.cl.

Todo paciente que se hospitalice en el hospital Dr. Exequiel González deberá ser identificado a través de un brazalete, en donde constará primer nombre, dos apellidos, fecha de nacimiento y sexo.

TÍTULO IV: DERECHO A TRATO DIGNO

Artículo N°19: Trato igualitario

El hospital Dr. Exequiel González Cortés, reconoce y protege el derecho de los usuarios a no ser discriminados arbitrariamente y que se les otorgue una atención oportuna.

Artículo N°20: Del trato durante la atención

Todo paciente y sus acompañantes tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso, en todo momento y en cualquier circunstancia.

De este modo, el personal del hospital y aquél contratado por terceros para desempeñar funciones en él, deberán utilizar un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención, adoptando las actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas.

Artículo 21: El paciente tiene derecho a ser tratado por su nombre social

Todo paciente del hospital, deberá ser tratado por su nombre social. Los Centros de Responsabilidad y la Dirección adoptarán las medidas necesarias para asegurar dicho trato.

TÍTULO V: DERECHO A LA INFORMACIÓN Y AUTONOMÍA

Artículo 22: Reconocimiento y publicidad de los derechos y deberes de las personas

El hospital Dr. Exequiel González Cortés, colocará y mantendrá en los lugares públicos y visibles que determine, conforme a las instrucciones emanadas por el Ministerio de Salud, la Carta de Derechos y Deberes de las personas en relación a su atención de salud.

Artículo 23: Identificación de funcionarios y funcionarias

Todos y todas los funcionarios y funcionarias, trabajadores y personas contratadas por terceros que se desempeñen bajo cualquier título en el hospital Dr. Exequiel González Cortés, contarán y portarán una credencial de identificación, en la cual, al menos se contendrá su nombre completo y la función que desempeñan.

Las credenciales antes señaladas podrán ser emitidas únicamente por el hospital o por quien se encuentre autorizado por éste.

Es obligación de las personas indicadas en el inciso primero de este artículo, portar en todo momento mientras se encuentre en el establecimiento, la referida credencial de identificación, siempre en un lugar visible.

Artículo 24: Información de profesional tratante

Las prestaciones que otorga el hospital Dr. Exequiel González Cortés, son proporcionadas por los equipos de salud que éste dispone, conforme a lo señalado en el Título II, de este Reglamento.

Sin perjuicio de lo anterior, toda atención de salud otorgada se encontrará a cargo de un profesional tratante, entendiéndose por tal, aquél que autoriza y efectúa los diagnósticos y tratamientos del paciente.

Todo paciente de este hospital, contará con un profesional tratante, situación que será informada al paciente y/o a sus padres o representantes legales.

Artículo 25: De los titulares de la información

En el hospital Dr. Exequiel González Cortés, se entenderán como titulares de la información de salud del paciente los siguientes:

1. El paciente mayor de edad.
2. Los padres o representantes legales de los pacientes menores de edad.
3. Los pacientes que no se encuentren en alguna de las siguientes circunstancias:

- a. Los que por su edad o madurez no sean capaces de recibir la información.
 - b. Cuando su condición, a juicio del médico tratante, no le permita recibir la información directamente, o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia.
4. En caso de ausencia de los padres o representantes legales y en los casos señalados en las letras a) y b) precedentes, la persona que acompañe al menor.
5. Los terceros autorizados por representante legal a través de poder notarial simple.

Artículo 26: Personas que recibirán información sobre estado de salud del paciente

Podrán recibir información sobre el estado de salud de un paciente, las personas señaladas en el artículo 25 y las que hayan sido autorizadas por el padre o madre o representante legal de aquél. Dicha autorización deberá constar en la ficha clínica, bajo la firma de los autorizantes.

Artículo 27: De personal que debe entregar la información de salud

La información de salud de un paciente, deberá ser entregada por el profesional tratante. Éste será responsable de dar cumplimiento a los requisitos de la información que más adelante se explicitan.

Artículo 28: De la información que debe entregar el profesional tratante

Los profesionales tratantes entregarán información oportuna y comprensible a las personas señaladas en el artículo 24, sobre las siguientes materias:

1. Información previa a la atención de salud
 - a. Estado de salud del paciente.
 - b. Del posible diagnóstico de la enfermedad.
 - c. De las alternativas de tratamiento disponibles para la recuperación o cuidados paliativos del paciente.
 - d. Los riesgos que dichos tratamientos puedan representar.
 - e. Pronóstico esperado.
 - f. Proceso previsible postoperatorio.
2. Informe al alta de la hospitalización: Este informe debe contener:
 - a. Identificación de la persona y del profesional que actuó como tratante principal.
 - b. Periodo de hospitalización.
 - c. Información comprensible acerca del diagnóstico al ingreso y al alta, con sus respectivas fechas y los resultados más relevantes de exámenes y procedimientos efectuados que sean pertinentes al diagnóstico e indicaciones a seguir.
 - d. Una lista de los medicamentos y dosis administradas durante el tratamiento y de aquellos prescritos en la receta médica.
3. Informes atemporales: Durante el tratamiento del paciente, las personas señaladas en el artículo 25 de este Reglamento Interno, podrán solicitar, en cualquier momento, un informe que señale:
 - a. La duración del tratamiento
 - b. El diagnóstico
 - c. Los procedimientos aplicados

4. **Certificados médicos:** Todo paciente tiene derecho a que se le extienda un certificado que acredite su estado de salud y licencia médica cuando corresponda, independientemente del fin que motive la solicitud.

Artículo 29: Ausencia de médico tratante

En ausencia de médico tratante principal, el hospital designará otro en reemplazo temporal o definitivo, lo que será comunicado a las personas señaladas en el artículo 25. Dicha comunicación se realizará de forma inmediata si el paciente se encuentra hospitalizado o por el medio más idóneo, como carta al domicilio registrado en el hospital, teléfono o correo electrónico.

Artículo 30: Excepciones a la entrega de información

No se entregará la información señalada en el número 1 del artículo 28, en los siguientes casos:

1. Cuando la condición del paciente, a juicio del médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia.

En este caso, la información será sólo entregada a los padres o representantes legales. Sin perjuicio de ello, una vez que la persona haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, será informada conforme al artículo 27.

2. Tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia.

Se entenderá por atención de emergencia o urgencia, cuando la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital o secuela funcional grave para el paciente y no se encuentre el padre o madre o representante legal. En este caso, es posible que pueda otorgarse la información a la persona a cuyo cuidado se encuentre el paciente. Sin perjuicio de lo anterior, la información deberá proporcionarse en cuanto sea esto posible, a los titulares de la misma, conforme a lo dispuesto en el artículo 24.

Artículo 31: De la forma como se entrega la información

Por regla general, la información de la que trata este Título, será entregada en forma verbal, salvo en los casos en los cuales es necesario que conste el consentimiento del paciente o representantes legales, por escrito, conforme el presente reglamento.

Asimismo, la información entregada debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Suficiente.

La información entregada debe bastar para que el paciente o su representante legal en su caso, puedan formar un juicio que le permita manifestar su voluntad exenta del vicio error.

2. Comprensible.

La información debe ser entregada en una forma que permita su fácil entendimiento para personas no formadas académicamente en el área de la salud y que además, se encuentra en proceso emocional especial, ya sea por enfermedad propia o la del hijo o pupilo.

3. Adecuada.

La información que se entrega debe ser la apropiada a las condiciones y circunstancias del proceso de atención de salud y del titular de la información.

4. Oportuna.

La información debe ser entregada en un tiempo acorde con el proceso de atención, de modo que, entre otros, permita al titular del derecho a la información, el ejercicio de sus derechos.

5. Veraz.

La información entregada debe corresponder estrictamente a los antecedentes fidedignos que constan de la historia clínica del paciente y a los conocimientos técnicos de la profesión del tratante, sin tergiversarla u omitirla.

TÍTULO VI: DE LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS EN SU ATENCIÓN DE SALUD

Artículo 32: Del consentimiento informado

Todo padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad o paciente mayor de edad, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a la atención de salud, independiente de su magnitud.

En los casos de los menores de edad, su voluntad será escuchada por el profesional tratante y será acogida en la medida que no se contraponga con los tratamientos y procedimientos indicados por el profesional y que hayan sido consentidos conforme a derecho, por el padre, madre o representante legal.

Artículo 33: Del ejercicio de este derecho

Este derecho debe ser ejercido en forma:

1. Libre

Significa que la persona tiene la facultad de expresar su voluntad o no.

2. Voluntaria

Implica que nace de la voluntad y no por fuerza o necesidad extrañas a aquella.

3. Expresa

La voluntad debe expresarse de manera clara, patente y especificada. Es decir, la voluntad no puede presumirse o asumirse a partir de alguna actitud del titular de la información.

4. Informada

Es decir, no se puede obtener la voluntad del titular, sin que previamente se haya proporcionado la información conforme lo establecido en el artículo 30.

Artículo 34: Limitación al otorgamiento del consentimiento

El ejercicio del derecho reconocido en el artículo 32, no podrá tener por objeto:

1. La alteración artificial de la muerte.
2. La realización de prácticas eutanásicas.
3. El auxilio al suicidio.

Asimismo, no se requerirá el consentimiento del titular, en las siguientes situaciones:

1. En caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos intervenciones 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.

Será responsabilidad del médico tratante, consignar el hecho en la ficha clínica y deberá notificar esta circunstancia a la Subdirección médica del hospital.

2. En los 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, en caso de ser mayor de edad, ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre.
3. Cuando la persona se encuentre en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o no ser habido.

En estos tres casos, se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.

Artículo 35: Del estado de salud terminal y la voluntad manifestada previamente

Cuando el estado de salud del paciente es terminal, el titular de la información, conforme al artículo 25 y habiéndose entregado previamente la información según lo dispuesto en los artículos 27 y 28, tendrá derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente la vida del paciente, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario.

No procederá el rechazo de un tratamiento, en los casos señalados en los casos 1, 2, 3 y 4, del artículo 34.

Artículo 36: Derecho a los cuidados paliativos y a la compañía

Las personas que se encuentren en estado de salud terminal, tienen derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte. Ello implica que tienen derecho a los cuidados paliativos que les permitan hacer más soportables los efectos de la enfermedad, a la compañía de sus familiares, personas a cuyo cuidado estén y todas aquellas con las que tengan un vínculo importante.

Para hacer efectivo este derecho, el padre, madre o representante legal, deberán acercarse a la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias, de manera que conforme a las indicaciones que procurarán sólo velar por la seguridad sanitaria de los demás pacientes y de los visitantes y conciliar las restricciones de estructura física, puedan registrar a aquellas visitas que ellos autoricen.

Para los efectos de determinar las visitas, el paciente aun sea menor de edad, deberá ser consultado y su voluntad acogida, con las únicas limitaciones establecidas en el inciso precedente.

Asimismo, los pacientes tendrán derecho, cuando lo requieran a asistencia espiritual. Será responsabilidad de los padres o tutores, coordinar esta visita con la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias.

Artículo 37: Del alta voluntaria

El paciente mayor de edad o los padres o tutores de los menores de edad, el apoderado y a falta de éstos, los siguientes parientes mayores de edad en el orden preferente y excluyente que se indica: el cónyuge, los descendientes, ascendentes, colaterales consanguíneos y a falta de todos ellos, los mismos parientes en calidad de afines, podrán solicitar el alta voluntaria de la persona en estado de salud terminal.

En caso de discrepancia con el médico tratante, se estará a lo dispuesto respecto del Comité de Ética.

TÍTULO VII: DERECHO A LA PRIVACIDAD

Artículo 38: De la Ficha Clínica

La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente.

En el hospital Dr. Exequiel González Cortés, esta Ficha consta en un expediente en el cual se agregan todos aquellos antecedentes escritos relacionados con la atención de salud. Esta ficha se encuentra regulada en un protocolo especial, que se encuentra disponible en la Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias del hospital.

Se deja expresamente establecido, que el Dato de Atención de Urgencia, será considerado en sí mismo como la ficha clínica si el paciente no registra otro tipo de atención ambulatoria o de hospitalizado. En estos últimos casos, se abrirá el expediente señalado precedentemente y se incorporará el Dato en éste.

Artículo 39: Resguardo y protección de la ficha clínica

La ficha clínica permanecerá en el hospital por un periodo de al menos 15 años contados desde el último ingreso de información a ésta, en la forma y condiciones establecidas por el Ministerio de Salud.

Artículo 40: Privacidad de la información de salud

Toda la información que surja, tanto de la ficha clínica, como de los estudios y demás documentos donde se registren antecedentes de la salud de las personas, son considerados como dato sensible, según lo dispuesto en la ley N° 19.628.

Artículo 41: De las limitaciones al acceso a la Ficha Clínica

Sólo podrán acceder a la Ficha Clínica las siguientes personas:

1. El paciente, el padre, madre o representante legal. En caso de fallecimiento del paciente, sus herederos.
2. El personal del establecimiento, independientemente de la modalidad contractual en virtud de la cual preste servicios en el hospital, directamente relacionado con el proceso de atención de salud del paciente, conforme a lo establecido en el artículo 10º, del presente Reglamento.
3. Un tercero autorizado mediante poder simple otorgado ante notario, por parte del paciente mayor de edad o los padres o tutores de los menores de edad.
4. Los Tribunales de Justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo.
5. Los fiscales del Ministerio Público y a los abogados, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.
6. 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.
7. En los casos de flagrancia, tendrán acceso al Dato de Atención de Urgencia los Fiscales y las policías.
8. En los casos de accidente de tránsito, las solicitudes de copia de ficha clínica sólo podrán accederse si existe autorización notarial de los padres o representante legal, sin perjuicio del informe que pueda evacuar el Médico Contralor del Hospital.
9. En los casos de mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, el acceso a la ficha clínica sólo podrá ser accedido si existe autorización notarial de los padres o representante legal.

Artículo 42: Confidencialidad de la Información de Salud y Ficha Clínica

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo precedente, 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. Ello incluye al personal de salud y administrativo este hospital, no vinculado a la atención de la persona.

Artículo 43: Derecho a la privacidad del paciente

El hospital respeta y protege la vida privada y honra de la persona durante su atención de salud. En consecuencia, sus trabajadores, funcionarios y cualquier entidad o persona que preste servicios en el hospital, se encuentran obligados a respetar y resguardar este derecho.

Cada vez que el hospital, contrate la prestación de servicios de terceros, incorporará dentro de las cláusulas contractuales, las estipulaciones que sean necesarias para el resguardo de este derecho de las personas durante su atención de salud.

Artículo 44: Uso de imágenes e información de salud

Asimismo, el hospital asegura el derecho a la protección de la vida privada en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso. En todo caso, 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.

El rechazo a este tipo de autorización por parte de un paciente menor de edad deberá ser respetada.

El hospital dispondrá de formularios que deben ser completados por los interesados y resguardará que el uso de las imágenes, grabaciones o filmaciones que se hagan en el hospital y/o a sus pacientes, sólo puedan ser utilizadas para los fines autorizados.

En resguardo a este principio, ninguna persona podrá tomar fotografías, realizar grabaciones o filmaciones dentro del Hospital, si no cuenta con la autorización por escrito, de la persona encargada del establecimiento. La infracción a esta disposición podrá dar lugar a las acciones legales correspondientes.

TÍTULO VIII: DERECHO A COMPAÑÍA Y ASISTENCIA ESPIRITUAL

Artículo 45: Del acompañamiento de pacientes (Ley MILA)

Considerando la Norma técnica y administrativa de la Ley N° 21.372, donde se establecen estándares adecuados para el acompañamiento de niños, niñas y adolescentes, por los padres de quien lo tenga a su cuidado o persona significativa, en el contexto de prestaciones ambulatorias y de hospitalización, que aplican a cualquier prestador de acciones de salud, sea público o privado, se incorporan las siguientes normas de acompañamiento hospitalario según lineamientos indicados.

I. Estándares para el acompañamiento de NNA hospitalizados:

a. Estándares de infraestructura y habilitación:

“Centrado en la privacidad, comodidad y la atención incorporando a la familia. Sillones reclinables, acceso a baños, espacios para la alimentación y para resguardar sus pertenencias como casilleros, etc. Espacios amplios para el ingreso de máquinas de radiología, entre otros”.

Nuestro Hospital cuenta con salas amplias de máximo 3 pacientes por habitación, Berger para el acompañamiento nocturno, Sala Familiar para que los acompañantes puedan bañarse, calentar su comida, al

igual que en los distintos pisos de hospitalización existen mesas y sillas para que se sirvan sus alimentos cómodamente y se cuenta con Baños públicos en todos los pisos.

b. Estándares administrativos:

“El acompañamiento no deberá limitarse a padre y madre: En niños/(as) menores de 10 Años. Podrá ser realizado por otra persona significativa indicada por esté en asentimiento y firmada por tutor legal en la declaración informada del acompañante”.

La Encargada de la Ley Mila, asistirá los días hábiles a cada unidad de Hospitalización, para consultar al adolescente mayor de 11 años, cuál es el adulto significativo que desea que lo acompañe, registrando el nombre en el asentimiento junto a su firma, todo lo cual quedara en ficha ingresado de la siguiente forma:

LEY MILA
Con fecha XX de XXXXX se le consulta a XXXXXX, si desea incorporar en el acompañamiento hospitalario, a algún adulto significativo, distinto a sus tutores legales e indica que XXXXXX. Se le explica que se realizará el registro de la persona en sistema de OIRS Hospitalizados. Firma documento de ASENTIMIENTO.
SALUDOS
XXXXXXXXXXXXXXXXXX
ENCARGADA LEY MILA

“El número de acompañantes dependerá del espacio físico”.

En UPC, por contar con habitaciones individuales, máximo 2 acompañantes.

En las demás unidades 1 persona, con cambio rotativo de día y fijo durante la noche

“Antes del ingreso a sala la o las personas que ejercen el acompañamiento deberán completar registro que disponga el prestador institucional. Para tales fines, tomar conocimiento de la normativa interna y firmarlo. Lo consignado en la ficha médica, deberá considerar el anexo 2, 3 y 4”.

Cada vez que un niño(a) o adolescente queda hospitalizado, el equipo de salud debe orientar al acompañante a que concurra a la OIRS de HOSPITALIZADOS, para que se inscriba para el Derecho de visitas: Acompañamiento Hospitalario.

Requisitos para la inscripción:

- Portar Cedula de identidad.
- Ser el padre y/o madre y no poseer alguna orden de alejamiento hacia el paciente.
- Ser tutor legal, hombre y/o mujer, presentando el oficio del tribunal donde se le entregan los cuidados personales del niño, niña o adolescente de manera transitoria o permanente, la cual debe estar vigente.
- Ser el adulto significativo indicado en el Asentimiento firmado por el adolescente hospitalizado

Una vez que se efectúa la inscripción en OIRS, la funcionaria explicará cuales con los derechos y deberes tanto del niño, niña y adolescente como de las personas autorizadas a la visita como lo son:

- El derecho a la información médica
- La confidencialidad de los antecedentes clínicos de la niña, niño o adolescente
- Los horarios del acompañamiento
- Disponibilidad de una sala para descansar o alimentarse, etc.

Todo lo cual es registrado en DECLARACIÓN INFORMADA/CONSENTIMIENTO.

A su vez se le entrega un BRAZALETE a cada uno, el cual debe ser presentado junto a la Cédula de Identidad, para que l@s Vigilantes fiscalicen el ingreso de las personas autorizadas a acompañar a las niñas, niños y adolescentes hospitalizados.

Se evaluará diariamente el ejercicio correcto del acompañamiento, en relación al respeto y protección y las normas hospitalarias.

- “Se deberá consignar en ficha cualquier otro documento que diga relación con la seguridad y protección del NNA, con resoluciones judiciales orden de alejamiento, entre otros”.

Siempre se debe adjuntar a la ficha cualquier otro documento adicional de seguridad y protección de los NNA.

II. Acompañamiento NNA ambulatorio:

El otorgamiento de un trato digno y de calidad para quienes acompañan las atenciones ambulatorias, debe tener un enfoque integral, donde la atención es dirigida a satisfacer las necesidades fundamentales de NNA, en el contexto de un núcleo familiar. El acompañamiento debe resguardar que NNA son sujetos de derechos, respetar su individualidad, su nombre social y pronombre, y explicarles en la medida de su capacidad cognitiva los cuidados a realizar, conferir información completa, veraz y oportuna, tanto para ellos como padrea, madre, cuidador o cuidadora, o quién él o ella consienta.

Se resalta que el Hospital, siempre se solicita la presencia del acompañante, tanto para recibir información sobre la consulta, dar las indicaciones de los tratamientos, diagnósticos, etc. y trámites a realizar, como así también, por ser menores de edad que debe estar presente el tutor legal.

III. Situaciones de excepción al acompañamiento

Situaciones excepcionales en las cuales se podrá modificar de manera parcial o total este acompañamiento, de manera provisoria hasta que se vuelva a la normalidad del funcionamiento hospitalario:

- Alerta Sanitaria
- Desastres naturales
- Situaciones propias del establecimiento Hospitalario que afecte de manera significativa su normal funcionamiento

A su vez, por Ley Mila, el consentimiento, para lo mayores de 11 años no será aplicado, y/o será evaluado por médico tratante:

- Situaciones de emergencia, con riesgo vital.
- Aquellos procedimientos que generen incomodidad para el NNA
- Aquellos procedimientos o circunstancias que generen un nivel de malestar físico o emocional en el acompañante
- En aquellos casos específicos en que los determine el personal de salud.

IV. Horario de acompañamiento

El horario de acompañamiento está diferenciado en las distintas unidades clínicas:

Sevicio Clínico/ Unidad	Unidad	PISO	Horário de visita
MEDICO QUIRÚRGICO	Gorrito De Lana	2do	07.00 - 19.00 19.00 -07.00 Cambios Lunes A Domingo 09.00 Hrs A 18.45 Hrs (Salida En La Mañana De 07.00 A 09.00)
	Flor De Tipanie	4TO	
	Alpaca	5TO	
	Flamenco	5TO	
	Desierto Florido	5TO	
UNIDAD PACIENTE CRÍTICO UPC –PEZ 4TO PISO	Intermedio	4to	09.30-07.00 Del Dia Siguiete (Salida En La Mañana De 07.00 A 09.30)
	UCI		09.30 A 21.00
MEDICO QUIRÚRGICO	Oveja	3ero	De 15.30-18.30 Sábado -Domingo Y Festivos 10.00 A 12.30

Artículo 46: Asentimiento y consentimiento

Asentimiento Es un proceso continuo de comprensión y aceptación manifestado por una persona menor de 18 años y mayor a 11 años, con entrega de información para una toma de decisión. En el caso de NNA, este derecho debe ser respetado y considerado de acuerdo con sus facultades y desarrollo cognitivo, teniendo presente las características propias que diferencian a adolescentes de los niños y niñas.

Artículo 47: Derecho a asistencia religiosa o espiritual

El acompañamiento espiritual, es la experiencia subjetiva que incorpora salud emocional y preocupaciones acerca del proceso de enfermedad del niño, niña o adolescente y sus familiares que lo acompañan.

Esta práctica es un derecho de nuestros pacientes y familiares, que ejercerán en cualquier momento de su proceso de atención de su salud, siendo esta práctica: intercultural, ecuménica y humanizada.

Los requerimientos de acompañamiento y asistencia espiritual serán canalizados por los profesionales tratantes y coordinados por la OIRS, de modo de asegurar las condiciones y criterios clínicos del tratante, debido a las condiciones médicas del paciente y de infraestructura del hospital.

TÍTULO IX: DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

Artículo 48: Composición y funciones

El Comité de Ética Asistencial del Hospital Exequiel González Cortés, es un órgano consultor, constituido por profesionales de diversos orígenes y disciplinas y representantes de la comunidad, que asesoran a los equipos de salud y familiares en la toma de decisiones clínicas cuando es requerido.

Los objetivos del Comité son ayudar en la toma de decisiones complejas, velar por el respeto, la dignidad y derechos de los pacientes, cautelando los aspectos éticos en la práctica clínica.

Artículo 49: Procedimiento para acceder al Comité

Al Comité de Ética pueden acceder tanto los equipos clínicos, como los pacientes y/o sus familiares o representantes legales, a través de una solicitud efectuada en la secretaría de la Subdirección Médica, al teléfono 5765656 0 al correo electrónico comitedeetica.egc@redsalud.gov.cl, quién entregará la información acerca de la documentación a presentar. En el caso de los equipos clínicos, se debe adjuntar además la ficha clínica del paciente.

Las opiniones del Comité de Ética tienen carácter de "Recomendaciones" y serán entregadas por escrito al médico tratante, quien es el responsable de informar a la familia y dejar una copia en la ficha clínica.

Artículo 50: Materias que debe conocer el Comité de Ética

Sin perjuicio de las demás facultades del Comité de Ética, éste deberá conocer los siguientes asuntos:

1) Riesgo en la salud del paciente por oposición a tratamiento:

En el caso que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por esta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados, el profesional deberá solicitar la opinión del Comité de Ética Asistencial del establecimiento, conforme al procedimiento establecido en el artículo 49.

2) Rechazo de indicación médica o limitación del esfuerzo terapéutico.

Si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico, propuesta por el profesional tratante son rechazadas por la persona o por sus representantes legales, se solicitará la opinión del Comité de Ética, conforme al procedimiento establecido en el artículo 49.

Artículo 51: Del carácter de las resoluciones del Comité de Ética

El pronunciamiento del comité tendrá sólo el carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal respecto de lo que ocurra, en definitiva.

En el caso que la consulta diga relación con la atención a menores de edad, el comité deberá tener en cuenta especialmente el interés superior de estos últimos.

Artículo 52: Del recurso por oposición a la opinión del Comité de Ética

Tanto la persona como cualquiera a su nombre podrán, si no se conformaren con la opinión del comité, solicitar a la Corte de Apelaciones del domicilio del actor la revisión del caso y la adopción de las medidas que estime necesarias. Esta acción se tramitará de acuerdo con las normas del recurso establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.

Artículo 53: De la renuncia del profesional tratante

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, para lo cual se deberá seguir el siguiente procedimiento, siendo cada una de las etapas, obligatorias para que dicha decisión, pueda hacerse efectiva:

1. Debe haberse recurrido al Comité de Ética, conforme a lo señalado en los artículos precedentes.
2. Debe dejarse constancia en la ficha clínica del paciente, los procedimientos y opinión del profesional tratante y del paciente y/o sus representantes legales.
3. El profesional tratante, confeccionará un informe, acompañando los antecedentes señalados en las letras precedentes y lo remitirá al subdirector médico del hospital.
4. El Subdirector médico, evacuará a su turno un informe al director del Hospital, en donde emitirá su opinión. Para estos efectos deberá considerar lo resuelto por el Comité de Ética y que exista la disponibilidad de otro profesional tratante con iguales calificaciones técnicas.
5. Con dichos antecedentes, el director del hospital, decidirá respecto de la pertinencia de la solicitud del profesional tratante, decisión que será comunicada al paciente y/o representante legal, al profesional requirente y se dejará constancia en la ficha clínica.
6. De lo resuelto por el Director del hospital, se podrá recurrir conforme a las normas establecidas en la ley N^o 19.880, sobre Procedimiento Administrativo.

Artículo 54: Del Alta Forzosa

En el caso que el paciente o su representante legal, en virtud de lo prescrito en los artículos precedentes, expresare su voluntad de no ser tratada, quisiere interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, podrá solicitar el alta voluntaria, para lo cual se seguirá el procedimiento establecido en el artículo 49.

Asimismo, en estos casos, la Dirección del hospital, a propuesta del profesional tratante y previa consulta al comité de ética, podrá decretar el alta forzosa.

En este caso, se comunicará dicha decisión al Fondo Nacional de Salud, si el paciente tiene dicha previsión, de modo de coordinar que ese Organismo tome conocimiento y evalúe la atención bajo Modalidad Institucional del paciente.

TÍTULO X: DE LA PROTECCIÓN DE LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS EN UNA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Artículo 55: Consentimiento Informado

Toda persona deberá ser informada y tendrá derecho a elegir su incorporación en cualquier tipo de investigación científica biomédica, en los términos de las leyes N°20.120, N°20.585 y Código Sanitario. 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.

La negativa de la persona menor de edad a participar o continuar en la investigación deberá ser respetada. La obtención del consentimiento del niño o niña menor de edad deberá siempre constar por escrito, con las mismas formalidades y requisitos que los establecidos para los representantes legales.

Artículo 56: De la normativa que rige la investigación científica en seres humanos

El Director del hospital designará un funcionario responsable de los procesos de investigación científica en seres humanos que se desarrollen en el hospital. A este funcionario le corresponderá velar por el cumplimiento de las leyes N°20.120, N°20.584, el Código Sanitario y sus reglamentos. Todo ello sin perjuicio de las demás responsabilidades que le quepan, conforme a derecho, a otros funcionarios en el cumplimiento de la normativa vigente.

Las normas que rigen la investigación en seres humanos, se encontrarán disponible en los módulos de la OIRS y en la página web www.hegc.gob.cl.

TÍTULO XI: DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA O INTELECTUAL

Artículo 57: Normativa que rige los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual.

Los derechos que poseen las personas con discapacidad psíquica o intelectual, se rigen por el párrafo 8º, de la ley N° 20.584 y el reglamento respectivo, los que se encontrarán disponibles en los módulos de atención de la OIRS y en la página web: www.hegc.gob.cl.

El Director del hospital, cuando el establecimiento cuente con una cartera de prestaciones para los pacientes de los que trata este título, designará a funcionario responsable de implementar y velar por el cumplimiento de la normativa antes señalada.

TÍTULO XII: DE LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS

Artículo 58: Del derecho a la participación

Toda persona tiene derecho a efectuar las consultas y los reclamos que estime pertinentes, respecto de la atención de salud recibida. Asimismo, los usuarios podrán manifestar por escrito sus sugerencias y opiniones respecto de dicha atención, todo en conformidad a lo dispuesto en el artículo 7º de este Reglamento.

Este derecho se extiende no sólo a los representantes legales de los usuarios menores de edad, sino que también a éstos, debiendo el hospital y su personal considerar y respetar sus opiniones.

Artículo 59: De las instancias de participación.

Sin perjuicio de las instancias y mecanismos de participación que establezcan las leyes y/o reglamentos, el Hospital cuenta con los siguientes mecanismos:

a) Consejo Consultivo de Usuarios:

Es una entidad de participación y control social, integrada por representantes de la comunidad usuaria, funcionarios y directivos del establecimiento, cuyo objetivo principal es contribuir al desarrollo de esta institución de servicio público.

El funcionamiento de este Consejo Consultivo fue establecido mediante el reglamento correspondiente, que determina las funciones, integrantes y procedimientos que corresponden para el correcto desarrollo de las tareas que competen al Consejo Consultivo y que se encuentra disponible en la página web del Hospital www.hegc.cl y en los módulos de atención de la OIRS.

b) Día de las Puertas Abiertas del Hospital:

Tiene como objetivo integrar a la comunidad usuaria y hospitalaria, en un evento sustentable en el tiempo, con el fin de dar a conocer las actividades del hospital, promocionar temas de salud y posicionar positivamente a nuestra institución. Es una actividad participativa, necesita de la colaboración del personal para su éxito.

Es una invitación abierta al público, quienes visitan stand donde reciben información de distintas áreas vinculadas a la salud y al quehacer del hospital; a su vez, se desarrolla un circuito interno, donde los menores pueden conocer ciertas áreas clínicas y compartir con los equipos clínicos del hospital.

c) Comité de Ética Clínica:

Conforme a lo señalado en el Título IX del presente Reglamento, el Comité de Ética Clínica del Hospital, contará con la participación de al menos un representante de la comunidad.

La designación de este representante, se efectuará conforme al Manual de organización del Comité, que se encuentra disponible en www.hegc.cl y en los módulos de atención de la OIRS.

TÍTULO XIII: DE LOS DEBERES DE LAS PERSONAS

Artículo 60: Deber de respetar el Reglamento Interno del Hospital.

Los pacientes y usuarios del hospital, deben conocer y respetar el presente Reglamento Interno, así como la normativa que rige el hospital.

Artículo 61: Deber de informarse.

Toda persona tiene el deber de informarse acerca de:

- **De la información relacionada con la salud:**

Toda persona tiene el deber de informarse sobre las materias que trata el Título V de este Reglamento.

En este sentido, es deber de toda persona, preguntar cuantas veces sea necesario, hasta que considere haber comprendido cabalmente toda la información que el personal de salud le entrega.

- **De la información relativa al Hospital:**

Toda persona tiene el deber de informarse acerca del funcionamiento del hospital, especialmente, respecto de los horarios y modalidades de atención, así como sobre los mecanismos de financiamiento existentes, todo conforme a lo establecido en el presente Reglamento.

- **De los mecanismos de participación:**

Toda persona tiene el deber de informarse respecto de los mecanismos de participación establecidos en el hospital, en especial, del funcionamiento de la OIRS.

Artículo 62: Deber de cuidado.

Todas las personas que ingresen al hospital, deberán cuidar las instalaciones y equipamiento que éste mantiene a disposición para los fines de atención, respondiendo de los perjuicios según las reglas generales.

Artículo 63: Deber de trato respetuoso.

Las personas deberán tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean estos profesionales, técnicos o administrativos. Igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y otras personas que los acompañen o visiten.

Para los efectos de las visitas a los pacientes, la Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias, entregará un informativo respecto de los horarios de visitas y las conductas a las que se deberán sujetar los acompañantes, documento que se entiende forma parte del presente Reglamento y que se encuentra disponible en los módulos de atención de la OIRS y en la página www.hegc.gob.cl.

Artículo 64: Del Alta Disciplinaria y otras medidas de resguardo.

El trato irrespetuoso o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas o de otras personas, dará derecho al Director del hospital o quien lo subrogue, para 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, sin perjuicio del derecho a perseguir las responsabilidades civiles o penales que correspondan.

También el Director del hospital o quien lo subrogue, podrá ordenar el alta disciplinaria del paciente cuando éste o su representante legal, incurran en maltrato grave o en actos de violencia, siempre que ello no ponga en riesgo su vida o su salud.

Asimismo, el maltrato no grave, pero reiterado, podrá también ser causal del alta disciplinaria del paciente. Con todo, el hospital y en la medida de sus recursos disponibles, pondrá a disposición de los funcionarios y usuarios instancias de mediación que permitan superar situaciones de conflicto.

Artículo 65: Deber de informar.

Tanto la persona que solicita la atención de salud, como sus familiares o representantes legales, deberán colaborar con los miembros del equipo de salud que la atiende, informando de manera veraz acerca de sus

necesidades y problemas de salud y de todos los antecedentes que conozcan o les sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

En este sentido, las personas no deberán omitir información a los equipos de salud, aun cuando la consideren irrelevante.

Asimismo, será obligación de las personas informar sobre los medicamentos, infusiones y todo tipo de tratamiento, incluidos los que provengan de la medicina complementaria, que esté consumiendo el paciente.

TÍTULO XIV: DE LOS RECLAMOS POR CONTRAVENCIÓN A ESTE REGLAMENTO

Artículo 66: Procedimiento de reclamación.

Toda persona podrá reclamar por el incumplimiento del presente Reglamento, a través de la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias, dándosele respuesta en un plazo no mayor de 15 días hábiles, sin perjuicio que además lo pueda hacer ante la Superintendencia de Salud o ante el Consejo de Defensa del Estado, cuando se trate de la vulneración de los derechos consagrado en la ley N020.584.

TÍTULO XV: DISPOSICIÓN FINAL

Artículo 67: Vigencia del Reglamento.

El presente Reglamento, entrará en vigencia a contar de la fecha de total tramitación del Acto Administrativo que lo apruebe.

En esa fecha, el hospital realizará las acciones de difusión que estime pertinentes, de modo de asegurar su conocimiento y adhesión.