

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
DEPARTAMENTO DE ASESORIA JURIDICA/
SPF./DBA./IBU./CCS./PRB./FLM./mlm.
Nº397; 20-10-2020.

2475

RESOLUCION EXENTA Nº _____/

SAN FELIPE,

22 OCT 2020

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El Memorandum Nº75 de 20 de Octubre de 2020, de la Jefa del Departamento de Gestión en Red de este Servicio de Salud, quien solicita se apruebe "Protocolo de procedimiento para la elaboración de documentos en la Dirección del Servicio de Salud Aconcagua", documento elaborado revisado y aprobado por profesionales del Servicio de Salud Aconcagua, la Resolución Nº6 de 2019 de la Contraloría General de la República, y teniendo presente el D.F.L. Nº1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. Nº2.763 de 1979 y de las Leyes Nº18.933 y Nº18.469, en el D.S. Nº140 de 2004, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y Decreto Supremo Nº16 de 2019 de esta Dirección de Salud, vengo en dictar la siguiente:

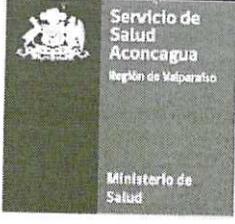
RESOLUCION

APRUEBASE el siguiente Protocolo del Servicio de Salud Aconcagua, que a continuación se indica:

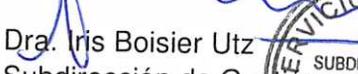
"Protocolo de procedimiento para la elaboración de documentos en la Dirección del Servicio de Salud Aconcagua". Edición Nº1, vigencia Octubre 2025.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.


DIRECCIÓN DE SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
DIRECTORA
SUSÁN PORRAS FERNÁNDEZ
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

 <p>Servicio de Salud Aconcagua Región de Valparaíso</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA</p> <p>PROCEDIMIENTO</p>	Código: SGADSSA155
		Edición: 01
		Fecha: Octubre 2020
		Página: 1 de 14
		Vigencia: Octubre 2025

**PROCEDIMIENTO
PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS EN LA
DIRECCION DEL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

<p>Elaborado por:</p> <p>BQ. Alfredo Bravo Sáez Profesional de Apoyo a Calidad y Redes.- Departamento de Gestión en Red Subdirección de Gestión Asistencial Dirección Servicio de Salud Aconcagua</p>  	<p>Revisor por:</p> <p>EU. Pía Rubilar Bragg. Jefa de Calidad y Seguridad del paciente /IAAS.- Departamento de Gestión en Red Subdirección de Gestión Asistencial Dirección Servicio de Salud Aconcagua</p>  	<p>Aprobado por:</p> <p>EU. Claudia Camerati Saldías Jefa Departamento de Gestión en Red.- Subdirección de Gestión Asistencial Dirección Servicio de Salud Aconcagua</p>   <p>Dra. Iris Boisier Utz Subdirectora de Gestión Asistencial Dirección Servicio de Salud Aconcagua</p>  
<p>Fecha: Octubre 2020</p>	<p>Fecha: Octubre 2020</p>	<p>Fecha: 16 de octubre 2020</p>

	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROCEDIMIENTO	Código: SGADSSA155
		Edición: 1
		Fecha: Octubre 2020
		Página: 2 de 14
		Vigencia: Octubre 2025
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS		

Índice:

1. Introducción	3
2. Objetivos	3
3. Alcance	3
4. Asignación de Responsabilidades	4
5. Definiciones	4
6. Desarrollo:.....	5
6.1 Generalidades en la documentación:.....	5
6.2 Contenidos páginas interiores	6
6.3 Gestión de Documentos	8
6.3.1 Etapa de elaboración de documentos:	8
6.3.2 Etapa de revisión de documentos:.....	9
6.3.3 Etapa de aprobación de documentos:	10
6.3.4 Difusión y publicación del documento:.....	10
6.3.5 Actualización de documentos:.....	11
6.3.6 Control, seguimiento y resguardo de la documentación:	11
7. Registros	11
8. Sistema de evaluación	11
9. Referencias y/o bibliografía	11
10. Distribución	12
11. Anexos.....	12
12. Registro de modificaciones;.....	12
Anexo 1	13
Anexo 2:.....	14

 <p>Servicio de Salud Aconcagua Región de Valparaíso</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA</p> <p>PROCEDIMIENTO</p>	Código: SGADSSA155
		Edición: 1
		Fecha: Octubre 2020
		Página: 3 de 14
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS		Vigencia: Octubre 2025

1. Introducción

La elaboración y gestión de la documentación constituyen unos de los pilares fundamentales en el sistema de gestión de calidad en la institución y se entiende como un proceso que permite analizar, difundir y controlar sistemáticamente la información registrada, recibida, creada y utilizada por una organización en correspondencia con su misión, objetivos y procesos.

En las instituciones de salud, cualquier proceso que involucre atención clínica conlleva riesgos, los cuales pueden disminuirse con la utilización de documentos que estandaricen los procedimientos más relevantes o críticos, en base a la evidencia científica disponible, reduciendo así la variabilidad clínica y eventuales eventos adversos y asegurando una óptima calidad técnica con los recursos disponibles, esta premisa es uno de los fundamentos de la medicina basada en la evidencia.

Si bien, no todos los procesos son materia de estandarización, se deberán priorizar y documentar aquellos considerados claves para el desarrollo de sus actividades y de los que se desea evitar la variabilidad, aquellos que son exigibles en cumplimiento de materias legales, vinculados a procesos de mejora continua y sistemas de evaluación externa de la calidad.

2. Objetivos

- Establecer la metodología y responsables para la elaboración, revisión, autorización, publicación, difusión, actualización de los documentos normativos en el Servicio de Salud Aconcagua, orientado a mejorar la gestión al interior del establecimiento y la Red, y dar cumplimiento a uno de los atributos del sistema de gestión de la calidad en la institución.
- Contar con una gestión de documentos entendiendo ésta como un proceso que permite analizar, difundir y controlar sistemáticamente la información registrada, recibida, creada y utilizada por esta organización en correspondencia con nuestra misión, objetivos y procesos.

3. Alcance

- Este procedimiento es aplicable a todos los procesos de la **Subdirección de Gestión Asistencial** en los cuales se requiera de la existencia de normas, protocolos, procedimientos, instructivos, manuales y/o guías de práctica clínica que se difundirán a la Red.
- Involucra a todo el personal del Servicio de Salud que participa en la cadena del proceso de gestión documental, desde la elaboración hasta el control de versiones y actualizaciones y medición de los indicadores.
- Las normas, protocolos, procedimientos, instructivos y manuales que se generen en las otras Subdirecciones deberán regirse por esta normativa salvo en el tema de la revisión por parte de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROCEDIMIENTO	Código: SGADSSA155
		Edición: 1
		Fecha: Octubre 2020
		Página: 4 de 14
		Vigencia: Octubre 2025
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS		

4. Asignación de Responsabilidades

RESPONSABLE.	ACTIVIDAD
Dirección	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer y difundir en los niveles directivos la presente normativa y sugerir las modificaciones pertinentes.
Oficina de de Calidad y seguridad del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser el estamento rector (orientador, facilitador, revisor y contralor), responsable de revisar los documentos, efectuando las coordinaciones pertinentes, a fin que se apruebe un documento en forma consensuada, operativa y ajustada a la reglamentación vigente. ▪ Mantener base de datos de los documentos institucionales. ▪ Publicar la documentación institucional vigente en los sistemas aprobados por la Dirección.
Jefes de Departamentos o Unidades responsables de ejecutar, supervisar o regular una práctica o actividad dentro de la Institución y/o en la Red del SS Aconcagua.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deben elaborar los documentos normativos, tanto para aquellas actividades que no están protocolizados, como para las que requieren actualización. ▪ Velar por la medición de los indicadores y su registro en la plataforma SISQ u otra que se haya definido en el propio protocolo.

5. Definiciones

Norma: Documento que contiene una regla o conjunto de reglas que se deben seguir para realizar determinadas actividades. Su cumplimiento es mandatorio, se emplea para restringir la posibilidad de actuar de manera diferente a lo que en el texto se exprese.

Reglamento: Documento que contiene colección ordenada de reglas o preceptos, que por la autoridad competente se documenta para la ejecución de una ley o para el régimen o funcionamiento de una corporación, dependencia o servicio.

Protocolo: Documento que contiene la forma de realizar determinadas actividades específicas, basado en evidencias científicas o en la práctica comprobada, generalmente tiene carácter normativo local. Por extensión, se entiende también el relato pormenorizado de determinadas actividades (ejemplo: protocolo operatorio).

Manual: Documento que contiene definición de la forma de efectuar determinadas actividades, corresponde a una guía de instrucciones en relación al uso de herramientas o equipos determinados.

	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROCEDIMIENTO	Código: SGADSSA155
		Edición: 1
		Fecha: Octubre 2020
		Página: 5 de 14
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS		Vigencia: Octubre 2025

Instructivo: Documento que corresponde a una forma más abreviada de un determinado procedimiento. Normalmente se utiliza en describir los paso a paso de una actividad, por ejemplo, para encender o apagar un equipo.

Guías de Práctica clínica: Son recomendaciones destinadas a optimizar el cuidado de los pacientes, elaboradas por un grupo de expertos de la organización que goza de reconocimiento, a partir de una revisión sistemática que resume la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de una patología o problema de salud, y a partir de ello, formula recomendaciones concretas para la toma de decisiones de profesionales de la salud o pacientes sobre prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación.

Procedimiento: Documento de ámbito específico, habitualmente en directa relación a un protocolo, contiene las instrucciones detalladas para desarrollar cierta técnica. Están basados en el consenso y la experiencia local, de carácter normativo local.

Programa: Documento oficial, que describe un conjunto ordenado de actividades orientadas al cumplimiento de cierto objetivo asistencial, donde se definen actividades, metas, responsables, fechas y modelo de evaluación de su cumplimiento.

Registro: Conjunto de datos organizados y relacionados entre sí en función de un propósito asistencial determinado. Podrán estar estampados en un cuaderno, hojas ordenadas y archivadas, planillas digitales, etc.

6. Desarrollo:

6.1 Generalidades en la documentación:

Los documentos normativos o procedimientos, deben responder a un ámbito específico de acción, ser precisos, aplicables, fáciles de comprender, de recordar y sobretodo útiles para quienes los utilizarán. Como regla general se recomienda que los documentos, en especial protocolos, no excedan las 15 páginas en su desarrollo.

Todos los documentos institucionales deberán cumplir con el formato que a continuación se señalan.

- Documentos de texto: Microsoft Word.
- Hoja tamaño: Carta
- Tipo de letra: Arial
- Tamaño letra: 11
- Interlineado: 1.0
- Márgenes: vertical derecho 2 cm., vertical izquierdo 3 cm.

El contenido de cada documento, se ajustará a la estructura del presente documento, el cual debe considerarse como un modelo e incluirá los siguientes ámbitos:

Portada

	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROCEDIMIENTO	Código: SGADSSA155
		Edición: 1
		Fecha: Octubre 2020
		Página: 6 de 14
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS		Vigencia: Octubre 2025

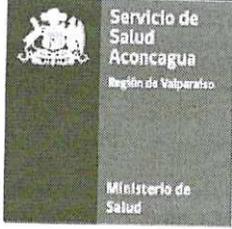
La portada deberá contener:

- **Encabezado de página:** el encabezado de página se debe incorporar en todas las hojas del documento, con la siguiente información:
 - **En el recuadro izquierdo**, el logo institucional del Servicio de Salud Aconcagua.
 - **En el recuadro central** la leyenda Servicio de Salud Aconcagua y en el sub siguiente reglón el tipo de documento (Protocolo, manual, norma, etc.) en mayúscula, Arial 14, negrita.
 - En el recuadro derecho: (en Arial 11)
 - 1. **Código de identificación del documento** (mayúscula): Se identificará con una serie de siglas que indican: las tres primeras letras identifican la Subdirección, ejemplo SGA (subdirección de gestión asistencial), seguido de las letras DSSA y luego un número asignado por la Oficina de calidad y que corresponde al correlativo en el maestro documental que se lleva es esta oficina.
La Oficina de calidad es la responsable de la asignación de los códigos.
 - 2. **Edición:** Es la numeración correlativa de cada versión. Cada modificación del documento, revisión o actualización por término de vigencia, corresponde a una nueva edición.
 - 3. **Fecha:** Mes y año de la edición. Debe coincidir con la fecha de aprobación.
 - 4. **Páginas:** Formato de posición actual en el documento y del total de páginas (función insertar número de página x de y).
 - 5. **Vigencia:** Como política institucional la vigencia para la documentación **es de hasta 5 años desde la fecha (mes) de aprobación**. La vigencia se señala con el mes y año de duración del documento, el mes de vigencia debe coincidir con el mes de aprobación y se entenderá que la vigencia **se mantendrá hasta el último día del mes señalado**.
- **Nombre del documento:** En Arial 14, mayúscula, negrita, centrado de la página, el nombre debe representar el proceso que se documentará.
 - **Pie de Página (solo en la portada):** En Arial 11, negrita. Tres recuadros. Consignar en recuadro izquierdo los nombres, firmas de quienes elaboran y fecha de elaboración, en recuadro central los nombres de quienes revisan, firmas y fechas de revisión, siempre se debe incorporar en las revisiones, a la jefatura de la Oficina de Calidad, profesionales revisores y en el recuadro derecho consignar nombre y firma del Director del Servicio o Subdirector, de quienes aprueban y la fecha de aprobación.

6.2 Contenidos páginas interiores

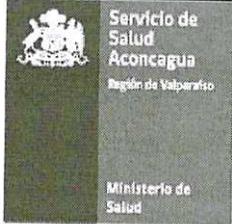
En las páginas interiores del documento, se agrega en el encabezado de página, un encuadrado, centrado, en mayúsculas y letra Arial tamaño 12 negrita, el nombre del documento

Índice (sin numeración): Documentos con más de 15 hojas, deben incorporar índice, que

	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROCEDIMIENTO	Código: SGADSSA155
		Edición: 1
		Fecha: Octubre 2020
		Página: 7 de 14
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS		Vigencia: Octubre 2025

mencione el nombre de la materia contenida y el número de página en el cual se ubica. Considerar hasta el segundo o tercer nivel de título o subtítulos (Título 1, título2 y título 3).

1. **Introducción:** Debe ser breve, considerar la epidemiología, definición, magnitud del problema o situación a protocolizar y la población objetivo.
2. **Objetivo:** Lo que pretende lograr la aplicación del documento, responden de manera general a la pregunta ¿Qué queremos conseguir con este protocolo? Se podrá plantear de manera general (objetivo general) o incorporar contenidos específicos (Objetivos específicos).
3. **Alcance:** Delimitación de las condiciones en las que se aplica el documento y las áreas o procesos a los que aplica (Ámbito de aplicación). Debe indicar la población de aplicación, (por ejemplo estamentos, usuarios, etc.) y se podrá señalar las excepciones (lo que se excluye).
4. **Responsables de aplicación:** se deben indicar el personal responsable (no el nombre de la persona, sino que el cargo) de cumplir con lo solicitado en el documento, describiendo las responsabilidades y/o actividades que debe ejecutar, sin perjuicio de lo antes descrito, en el desarrollo del documento, se podrán explicitar igualmente las responsabilidades en la aplicación del proceso.
5. **Definiciones:** Si es pertinente se incluye aquella terminología que necesite ser explicada por ser particular del protocolo, siglas o abreviaturas frecuentemente utilizadas. En el caso de estas últimas, si no se incluye su definición en esta parte se deberá colocar el concepto completo y en paréntesis la abreviatura en la primera mención en el documento.
6. **Desarrollo:** Explicar cómo se realiza el procedimiento, dando directrices claras en forma secuencial y desarrollando procedimientos específicos y las actividades a efectuar. Puede contener varios capítulos (6.1, 6.2, etc.) y a la vez varios subcapítulos (6.1.1, 6.1.2, 6.2.1, etc.). Debe reducir al mínimo indispensable la información sin valor práctico.
7. **Registros:** Describe los documentos donde se obtienen los antecedentes para dar cumplimiento al documento, se deben explicitar los medios de verificación o sistemas de respaldos.
8. **Sistema de evaluación:** Corresponde a la metodología de evaluación para constatar el cumplimiento del proceso o parte de este, se compone de dos ámbitos:
 - Indicador de Calidad: Medición que describe una situación determinada, evalúa el comportamiento o desempeño en el tiempo, y constituye una fuente de información para la toma de decisiones. (Formato en anexo 1).
 - Pauta de supervisión: Instrumento que permite registrar y cotejar la evaluación de los criterios de calidad definidos en un proceso (Formato anexo 2)

	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROCEDIMIENTO	Código: SGADSSA155
		Edición: 1
		Fecha: Octubre 2020
		Página: 8 de 14
		Vigencia: Octubre 2025
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS		

Los documentos institucionales, podrán no incorporar el sistema de evaluación, de acuerdo a las áreas de aplicación y a lo recomendado por la Oficina de Calidad, en este caso se designa "NA".

9. **Referencia y/o bibliografía:** Debe mencionar la reglamentación y toda aquella información que se utilizó como evidencia para la elaboración del documento, los datos mínimos a incorporar son: nombre del documento, fecha de elaboración, institución que elabora o aprueba la referencia.
10. **Distribución:** detallar las áreas directivas y áreas de aplicación del documento, considerando el organigrama institucional y de la Red.
11. **Anexos:** Documentos que contienen información de apoyo. Incluirá, por ejemplo, un ejemplar del formulario, algoritmo, registro o documento al que se haya hecho referencia.
12. **Registro de modificaciones:** Tabla que resume la edición del documento, fecha de aprobación y las principales modificaciones realizadas, de acuerdo al siguiente formato:

Revisión	Registro de Modificaciones	Memorando que dispone (si corresponde)	
		Nº	Fecha
Nº	Detalle		
01	Creación y distribución de la norma de acuerdo a lo indicado en Ordinario C37/2 del 23 del 12 del 2019	337	20.01.20

6.3 Gestión de Documentos

6.3.1 Etapa de elaboración de documentos:

- La elaboración del **documento** recae en el servicio, sección o unidad responsable de llevarlo a la práctica. En aquellos casos en que el proceso sea transversal, con múltiples responsables en su ejecución (Por cuanto intervienen estamentos dependientes de diferentes subdirecciones y/o jefaturas), las áreas involucradas definirán las responsabilidades en coordinación con la Oficina de calidad. La confección del **documento** por el área responsable, debe efectuarse utilizando el formato y contenidos establecidos en el presente documento.

	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROCEDIMIENTO	Código: SGADSSA155
		Edición: 1
		Fecha: Octubre 2020
		Página: 9 de 14
		Vigencia: Octubre 2025
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS		

- La elaboración siempre debe ser validada por la Jefatura del respectivo servicio o unidad.
- Una vez elaborado el documento, debe ser enviado por email y en formato Word, a la Oficina de calidad para la revisión (dssa.calidad@redsalud.gov.cl).

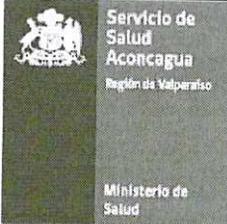
6.3.2 Etapa de revisión de documentos:

- En esta oficina se verificará que el documento presentado se haya elaborado ajustándose al formato y la estructura definida; que se hayan incorporado los controles operativos necesarios; que se ajuste a las disposiciones reglamentarias vigentes; que la secuencia definida sea operativa y eficiente; las actividades y responsabilidades definidas sean de conformidad a los criterios de las diferentes áreas involucradas en el procedimiento y que no existan duplicidad, contradicciones o inconsistencias con respecto a otros procesos documentados del sistema de gestión documental. En el caso de que se defina indicador, este se ajuste a la estructura propuesta, que sea atingente, factible de medir y el umbral se ajuste a algún requerimiento Ministerial o evidencia científica.
- En la revisión la oficina de calidad podrá realizar las consultas que estime pertinentes al área encargada de la elaboración o a otras áreas atingentes, convocar a reuniones o establecer que el documento no es pertinente de acuerdo a las normativas o a la dinámica de funcionamiento de la institución y la Red.
- Una vez revisado el documento se pueden generar dos escenarios:
 1. Primer escenario: Que el documento no tenga observaciones, en este caso será enviado para el proceso de firmas y aprobación.
 2. Segundo escenario: Que el documento tenga observaciones que hayan sido indicadas por la oficina de calidad, en este caso se remitirá el borrador corregido a través de email al departamento o unidad de origen responsable de la elaboración para subsanar las observaciones, se socialice el borrador con el personal involucrado para que se incorporen nuevas modificaciones de ser necesario. Asimismo, en aquellos casos en que se requiera aclarar criterios y aspectos legales, se solicitará la asesoría jurídica del Servicio.

Se deberá trabajar sobre este archivo que se remite (**extensión prb. o abs**) con el fin de tener una trazabilidad sobre las observaciones y correcciones.

Una vez corregido lo anterior, se debe remitir por email, a la oficina de calidad, para la nueva revisión.

- En el caso de normas que involucren las IAAS, se solicitará la revisión de la referente de IAAS del Servicio, de acuerdo a lo establecido en norma técnica 124 del 24 de octubre de 2011 (dssa.iaas@redsalud.gov.cl).
- La etapa de la revisión del documento termina con un documento consensuado y asumido por todos los participantes, contando además, con la opinión de áreas asesoras pertinentes.

	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROCEDIMIENTO	Código: SGADSSA155
		Edición: 1
		Fecha: Octubre 2020
		Página: 10 de 14
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS		Vigencia: Octubre 2025

6.3.3 Etapa de aprobación de documentos:

Una vez finalizada la etapa de revisión del documento, la oficina de calidad, remitirá por libro al área, unidad o al responsable de la elaboración, el documento impreso en original (El cual podrá ser de impresión color o blanco y negro) firmado en "Revisado por:" en el pie de página de la portada con la/s firma/s de profesional/es de la oficina de calidad de quien revisó el documento, más timbre de la unidad. Adicionalmente, Calidad le enviará a la unidad elaboradora por correo y en formato Word el documento tipo memo para que gestione la resolución a través de jurídica, así como también el documento final Word para que la unidad responsable lo archive para una actualización posterior.

El área encargada de la elaboración del documento se encargará de gestionar además:

- La firma del o los responsables de elaboración del documento, en el pie de página de la portada, en el recuadro de "Elaborado por:" Timbre del cargo.
- En el recuadro de "Revisado por:" puede firmar el jefe/a del departamento o unidad involucrada y otras áreas asesoras según corresponda.
- La aprobación del documento será acreditada con la firma del jefe/a del departamento y/o representante de la Subdirección según corresponda en el recuadro de "Aprobado por", del pie de página del documento.
- Todos los documentos del Servicio serán institucionalizados a través de una resolución exenta que deberá ser tramitada por la unidad o departamento que elabora el documento o en su defecto por la Subdirección respectiva.
- Las resoluciones exentas en los casos señalados en el punto anterior, serán elaboradas por asesoría jurídica del hospital.

6.3.4 Difusión y publicación del documento:

Aprobado el documento, se procederá a la difusión, la cual se realizará a través de las siguientes vías formales:

1. Oficio dirigido desde la oficina de partes hasta el destinatario de las subdirecciones, departamentos o establecimientos. Los destinatarios deberán difundir el documento a las áreas involucradas, asegurando que el personal tome conocimiento del documento.

2. Publicación en sistemas de información autorizados:

Por el momento la Oficina de Calidad mantiene en internet, google drive, carpetas con los documentos de calidad e IAAS en temas específicos para consulta de los funcionarios de la Red: Ej.: Pandemia COVID-19

<https://drive.google.com/drive/folders/1ZEptiOoFKPgcfCDeAluQMhrVwKf2wu9d>

https://drive.google.com/drive/folders/1nrv3nAl1KZc3Y75L8jAsJhQI_R29RsPg

3. Página WEB del Servicio de Salud Aconcagua.

	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROCEDIMIENTO	Código: SGADSSA155
		Edición: 1
		Fecha: Octubre 2020
		Página: 11 de 14
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS		Vigencia: Octubre 2025

6.3.5 Actualización de documentos:

La oficina de calidad mantendrá el monitoreo de la documentación que se encuentra próxima a vencer. En el caso de los se encuentren vencidos o próximos a vencer, deberá gestionar la actualización con la subdirección, departamento o unidad encargada del proceso. Si producto de la dinámica de las operaciones o de nuevas formas de trabajo implementadas, el documento requiere de una actualización, para ese efecto, el nuevo documento con las modificaciones propuestas deberán ser remitidas a la oficina de calidad para revisión y aprobación como ya se describió. Las nuevas versiones que den lugar a raíz de las modificaciones aprobadas, se registrarán en la hoja "control de cambios" del documento, dispuesta para ello y darán origen a una nueva edición de ser necesario.

6.3.6 Control, seguimiento y resguardo de la documentación:

- La oficina de partes del servicio mantendrá el documento original impreso junto a su resolución.
- Existirá una base de datos en la plataforma SIS-Q en la cual se llevará monitoreo de cumplimiento de los indicadores por parte de la Oficina de Calidad de la DSSA.
- La oficina de calidad mantendrá una base de datos (Excel) "Control de documentos gestión de calidad y acreditación", con toda la documentación aprobada y sus respectivos control de versiones, los contenidos deben ser: Número correlativo del sistema de gestión documental, tipo de documento (protocolo, norma, procedimiento, etc.) título, servicio de procedencia, fecha de aprobación, edición, páginas, vigencia, código del documento, número de resolución, fecha de resolución, vinculo de los documentos en archivo PDF y Word.

7. Registros

- Base de datos (Excel) "Control de documentos gestión de calidad y acreditación".

8. Sistema de evaluación

No aplica.

9. Referencias y/o bibliografía

1. Sistema de Gestión de Calidad según Norma ISO 9001:2015.
2. Elaboración y Gestión de documentos para el Proceso de Acreditación en Salud: Recomendaciones para Prestadores Institucionales, Monografía de apoyo a la

	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROCEDIMIENTO	Código: SGADSSA155
		Edición: 1
		Fecha: Octubre 2020
		Página: 12 de 14
		Vigencia: Octubre 2025
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS		

Acreditación, Unidad de Asesoría Técnica, Intendencia de Prestadores. Superintendencia de salud, Septiembre 2013.

3. Manual Metodológico, Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, Ministerio de Salud, Subsecretaría de salud pública, primera edición, septiembre 2014.
4. Norma "Elaboración y Control, de Documentos normativos" Oficina de Calidad y seguridad del Paciente. Hospital San Juan de Dios de Los Andes. Enero 2010.

10. Distribución

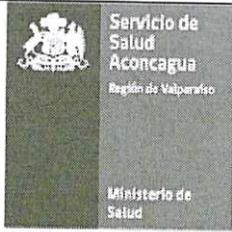
- Dirección
- Subdirección de Gestión Asistencial
- Subdirección de las Personas
- Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
- Oficina de Partes

11. Anexos

1. Anexo 1: Formato para la elaboración de indicadores.
2. Anexo 2: Formato para la elaboración de pautas de supervisión.

12. Registro de modificaciones;

Revisión	Registro de Modificaciones	Memorando que dispone (si corresponde)	
		Nº	Fecha
Nº	Detalle		
01	Creación y distribución de la norma de acuerdo a las nuevas evidencias y recomendaciones.		20.10.20

	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROCEDIMIENTO	Código: SGADSSA155
		Edición: 1
		Fecha: Octubre 2020
		Página: 13 de 14
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS		Vigencia: Octubre 2025

Anexo 1: Formato para la elaboración de Indicadores

Título	Conciso pero auto explicativo, debe reflejar directamente lo que se está midiendo
Descripción y racionalidad	Breve descripción de la intención del indicador, qué se espera medir, justificación y fundamentos para su utilización como medida de calidad en la institución o red. Puede justificarse aquí porqué se seleccionó el indicador frente a otros posibles indicadores que sean similares o afines. Especificar también si el indicador es parte de un sistema establecido de indicadores ya existente o dictado por la autoridad, se pueden incorporar criterios de inclusión o exclusión.
Dominio (Tipo)	De estructura, proceso o resultado
Formula	<p>Numerador: Depende del tipo indicador, en general para estas recomendaciones: casos o eventos estudiados que cumplen con determinado atributo en un determinado período.</p> <p>Denominador: Depende del tipo indicador, en general para estas recomendaciones: Total de casos o eventos incluidos en la evaluación en un determinado período.</p> <p>Factor de amplificación: depende de la población estudiada, o cantidad de eventos a evaluar, podrá ser 100, 1.000 o 10.000.</p>
Fuente de datos	<p>Fuentes primarias: Evidencia original o directa de la información (ejemplo: Ficha Clínica, pauta de supervisión de un procedimiento)</p> <p>Fuentes secundarias: Evidencia que se construye con datos provenientes de las fuentes primarias (ejemplo: Una pauta de cotejo de un determinado registro clínico).</p> <p>Se deben explicitar las fuentes primarias y secundarias de numeradores y denominadores.</p>
Muestreo recomendado y Aleatorización.	<p>1. Si se utilizará el universo de casos o eventos a evaluar o se calculará una muestra. Si se calcula una muestra considerar que criterios se utilizaron: Proporción esperada según la periodicidad de evaluación, error estimado (recomendable 10%), intervalo de confianza 95%. El cálculo se debe realizar en métodos validados (calculadora de tamaño muestral Superintendencia de Salud).</p> <p>2. Señalar qué método se utilizará para aleatorizar la muestra a evaluar.</p>
Periodicidad	<p>Cuál será el marco temporal de las evaluaciones: mensual, trimestral o semestral.</p> <p>También declarar la periodicidad de los informes y análisis</p>
Umbral	Cumplimiento esperado establecido por el prestador.

 <p>Servicio de Salud Aconcagua Región de Valparaíso</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA</p> <p>PROCEDIMIENTO</p>	Código: SGADSSA155	
		Edición: 1	
		Fecha: Octubre 2020	
		Página: 14 de 14	
		Vigencia: Octubre 2025	
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS			

Áreas de aplicación	Establece el servicio, unidad o área donde debe aplicarse la evaluación (indicador).
Responsable	Personal a cargo de la evaluación y mantención del indicador.

Anexo 2: Formato para la elaboración de Pautas de supervisión

SERVICIO		
FECHA		
EVALUADOR		
RUN PACIENTE O PERSONAL EVALUADO		
Nº DE PAUTA	1	
CRITERIOS DE CALIDAD (Incorporar los atributos que serán evaluados)	SI	NO
1.		
2.		
3.		
4., etc.		
TOTAL		
%CUMPLIMIENTO		
OBSERVACIONES		

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
DEPARTAMENTO DE ASESORIA JURIDICA/
SPF./DRA.IBU./CCS./PRB./FLM./mlm.
Nº397: 20-10-2020.

2475

RESOLUCION EXENTA Nº _____/

SAN FELIPE,

22 OCT 2020

Con esta fecha la Directora ha resuelto lo que sigue:

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El Memorandum Nº75 de 20 de Octubre de 2020, de la Jefa del Departamento de Gestión en Red de este Servicio de Salud, quien solicita se apruebe "Protocolo de procedimiento para la elaboración de documentos en la Dirección del Servicio de Salud Aconcagua", documento elaborado revisado y aprobado por profesionales del Servicio de Salud Aconcagua, la Resolución Nº6 de 2019 de la Contraloría General de la República, y teniendo presente el D.F.L. Nº1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. Nº2.763 de 1979 y de las Leyes Nº18.933 y Nº18.469, en el D.S. Nº140 de 2004, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y Decreto Supremo Nº16 de 2019 de esta Dirección de Salud, vengo en dictar la siguiente:

RESOLUCION

APRUEBASE el siguiente Protocolo del Servicio de Salud Aconcagua, que a continuación se indica:

"Protocolo de procedimiento para la elaboración de documentos en la Dirección del Servicio de Salud Aconcagua". Edición Nº1, vigencia Octubre 2025.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



(FDO.) SUSAN PORRAS FERNANDEZ
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

DISTRIBUCION:

- ✧ Dirección.
- ✧ Subdirección de Gestión Asistencial.
- ✧ Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas.
- ✧ Departamento de Gestión en Red.
- ✧ Calidad y Seguridad del Paciente.
- ✧ Departamento de Asesoría Jurídica.
- ✧ Oficina de Partes.

Transcrito fielmente del original
que he tenido a la vista.


PRISCILA GALLARDO QUEVEDO
MINISTRO DE FE
