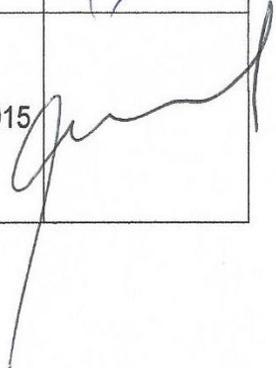


 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes</p>	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	 <p>Hospital Clínico MAGALLANES</p>
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	1 de 15	

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Actualizado por:	EU Maira Martinich S.	Jefe Departamento Calidad Asistencial	24/08/2015	
	EU Elizabeth Chamorro A.	Enfermera Departamento Calidad Asistencial	24/08/2015	
Autorizado por:	Dr. Christos Varnava T.	Director (S)	26/08/2015	

 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes</p>	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	 <p>Hospital Clínico MAGALLANES</p>
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	2 de 15	

Distribución de Copias:

Servicio	Cargo
Dirección Hospital	Director Institucional
	Oficina de Partes
Subdirección Administración y Desarrollo Corporativo	Subdirector Administrativo
Subdirección Médica	Subdirector Médico
Subdirección de RRHH	Jefe Subdirección RRHH
Unidad Gestión del Cuidado	Jefe Gestión del Cuidado
Unidad de Administración de Cuidados de Matronería	Jefe Unidad de Administración de Cuidados de Matronería
C.R. Anestesia y Pabellón Quirúrgico	Médico Jefe
	E.U. Jefe
	Encargado Círculo de Calidad
Central de Esterilización	E.U. Jefe de Esterilización
C.R. de la Mujer	Médico Jefe
	Matrona Supervisora
	Encargada Círculo de Calidad
C.R. Hemodiálisis	Médico Jefe
	E.U. Jefe
	Encargada Círculo de Calidad
C.R. Infantil	Médico Jefe Pediatría
	E.U. Jefe Pediatría
	M.T. Supervisor UPC Neonatología
C.R. Medicina	Médico Jefe
	E.U. Jefe
C.R. Quirúrgico	Médico Jefe
	E.U. Jefe
	Encargada Círculo de Calidad
C.R. Traumatología	Médico Jefe
	E.U. Jefe
C.R. Unidad Emergencia Hospitalaria	Médico Jefe
	E.U. Jefe
C.R. Pensionado	Médico Jefe
	E.U. Jefe

 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes</p>	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	 <p>Hospital Clínico MAGALLANES</p>
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	3 de 15	

C.R. Imagenología	Médico Jefe
	T.M. Supervisor
	Encargado Círculo de Calidad
C.R. Anatomía Patológica	Médico Jefe
	Encargada Círculo de Calidad
C.R. Farmacia y Prótesis	Q.F. Jefe
	Encargada Círculo de Calidad
C.R. Odontología	Médico Jefe
	Encargada Círculo de Calidad
Unidad Paciente Crítico Adulto	Médico Jefe
	Enfermera Jefe
	Encargada Círculo de Calidad
Unidad de Hemodinamia	Médico Jefe
	E.U. Jefe
Unidad Radioterapia	Médico Jefe
	T.M. Supervisor
Unidad Psiquiatría Corta Estadía	Médico Jefe
	E.U. Jefe
Unidad Quimioterapia	Médico Jefe
	E.U. Jefe
Unidad Kinesiología	Jefe Unidad Kinesiología
	Encargada Círculo de Calidad
Laboratorio	Tecnólogo Médico Supervisor
Banco de Sangre	Tecnólogo Médico Supervisor
	Encargado Círculo de Calidad
Consultorio Adosado Especialidades Infantil	Médico Jefe CAE Infantil
	E.U. Jefe CAE Infantil
Consultorio Adosado Especialidades Adulto	Médico Jefe
	Enfermera Jefe
	Jefe Endoscopia
	Jefe Otorrino
	Jefe Oftalmología
	Jefe Dermatología
	Jefe Traumatología
	Jefe Neurología
Jefe Urología	

 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes</p>	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	 <p>Hospital Clínico MAGALLANES</p>
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	4 de 15	

Consultorio Adosado Especialidades Maternidad	Matrona Supervisora
Poli Dolor y Cuidados Paliativos	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
Unidad Prevención de Riesgos	Jefe Unidad
Capacitación	Jefe Capacitación
Unidad IAAS	Médico Jefe
	Enfermera Jefe
Unidad Auditoria Interna	Auditora Interna
Departamento de Operaciones	Jefe Departamento de Operaciones
Asesor Jurídico	Asesora Jurídica
O.I.R.S.	Jefe O.I.R.S.
S.O.M.E.	Jefe S.O.M.E.
Coordinación	Enfermera Coordinación
Admisión y Gestión de camas	E.U. Admisión y Gestión de camas
Salud del Personal	Enfermera Salud del Personal
Unidad Compra Mantenimiento	Jefe Unidad Compra Mantenimiento
OH/Unidad Apoyo Espiritual	E.U. Encargada Unidad Apoyo Espiritual
Movilización	Jefe Movilización
Mantenimiento	Jefe Mantenimiento
Alimentación y Nutrición	Nutricionista Jefe

 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes</p>	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	 <p>Hospital Clínico MAGALLANES</p>
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	5 de 15	

I N D I C E

I.	INTRODUCCION	06
II.	OBJETIVO	06
III.	ALCANCE.....	06
IV.	APLICABILIDAD	06
V.	DEFINICIONES.....	07
VI.	ÁMBITO DE RESPONSABILIDAD.....	07
VII.	SISTEMA DOCUMENTAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (S.D.G.C.).....	08
VIII.	CONTENIDOS Y ORDEN SECUENCIAL DE DOCUMENTOS.....	12
IX.	PROCEDIMIENTO PARA PUBLICAR DOCUMENTACIÓN.....	13
X.	BIBLIOGRAFÍA	14
XI.	REGISTRO HISTÓRICO CONTROL DE CAMBIOS.....	15

 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes</p>	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	 <p>Hospital Clínico MAGALLANES</p>
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	6 de 15	

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos básicos y fundamentales para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, es el soporte documental.

La documentación oficial es lo que permite otorgar evidencia sobre el quehacer en el contexto de la calidad. Asegura que el diseño de los procesos relevantes cumplan con el marco normativo y regulatorio vigente, y estén además alineados con la Política de Calidad de la Institución.

Consecuente con lo anterior, la estandarización de la documentación oficial permitirá enmarcarse dentro de parámetros de formalidad, tanto en lo relacionado con la presentación como en el flujo que dicha documentación debe seguir para asegurar que su distribución llegue a todos los niveles de la organización donde sea necesario, para mejorar los procesos técnicos y administrativos relacionados con la Calidad y Seguridad de la Atención.

El Proceso de Acreditación en Salud, involucra la creación y actualización de diversos documentos en la Institución, asumiendo que la estandarización y registros de las actividades clínicas disminuyen la variabilidad en la atención y en los cuidados, mejorando la calidad de los servicios prestados y facilitando la inducción del personal que se incorpora a la Institución.

II. OBJETIVO

Disponer de un Sistema documental vigente, pertinente y centralizado que sirva de soporte Institucional a la documentación vinculada a la Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente.

III. ALCANCE

Todos los Profesionales involucrados en la elaboración o actualización de los documentos de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente.

IV. APLICABILIDAD

Toda vez que un funcionario requiera elaborar, actualizar, revisar, aprobar y/o autorizar un documento oficial que forme parte del **Sistema Documental de Gestión de la Calidad Institucional (S.D.G.C)**.

 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes</p>	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	 <p>Hospital Clínico MAGALLANES</p>
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	7 de 15	

V. DEFINICIONES

Los Documentos oficiales del Sistema de Gestión de calidad del Hospital Clínico de Magallanes, pueden ser: protocolos, procedimientos, normas, programas, manuales.

Protocolo: Son instrumentos de aplicación, de orientación eminentemente práctica, ilustrando los pasos esenciales en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con una patología o síndrome determinado.

Norma: Contiene actividades obligatorias en relación a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de un determinado problema o situación de Salud. Es de carácter impositivo a nivel país y debe ser cumplida.

Procedimiento: Documento en que se describe la secuencia detallada de acciones que se deben llevar a cabo para cumplir etapas de una Norma o protocolo.

Programas: Contiene actividades, metas y evaluación en relación a determinadas situaciones. Sus actividades están calendarizadas y basadas en consenso de expertos.

Manuales: Documento de ámbito muy específico, que contiene las instrucciones detalladas para desarrollar una técnica o un procedimiento.

VI. ÁMBITO RESPONSABILIDAD

Elaboración/revisión de los documentos: Todo documento elaborado por Profesionales de un CR o Unidad, debe ser revisado por la Jefatura del mismo CR o Unidad. Si el documento es elaborado por el Jefe del CR o Unidad, la revisión debe ser realizada por un Profesional del mismo CR o Unidad.

Aprobación de los documentos: Todos los documentos elaborados o actualizados, deben ser enviado, en formato Word, al Departamento de Calidad Asistencial para revisión y posterior aprobación. En caso de disconformidad de la estructura o contenido, será devuelto a la jefatura correspondiente.

El Departamento de Calidad Asistencial, será el responsable de asignar el número de resolución al documento y de remitir el documento al Director para su autorización y formalización.

Difusión de los documentos: Todos los documentos autorizados por el Director del Hospital, serán difundidos por el Jefe o Supervisor de los CR y Unidades de Apoyo, ya sea los que se elaboran en el Servicio o aquellos que aplican a éste.

 Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	8 de 15	

VII. SISTEMA DOCUMENTAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (S.D.G.C)

Aspectos Generales

El S.D.G.C permite establecer un **control formal y centralizado** sobre la documentación que regula la calidad Institucional. Este sistema está conformado por una serie de documentos que dan respuesta a un requerimiento específico del Estándar de Acreditación o los relacionados con la Gestión de Calidad y Seguridad de pacientes.

La **vigencia de los documentos** que componen el sistema será de tres años, excepto la Política de Calidad. Cumplido este plazo, se deberá realizar la revisión y actualización pertinente. Independiente de lo anterior si existen causas que justifiquen actualizar un documento antes del plazo señalado, deberá efectuarse tan pronto se detecte la necesidad.

Aspectos de Diseño

El contenido de la documentación del Sistema de Calidad deberá diseñarse en Microsoft Word, papel tamaño carta, con letra Arial 11, cumpliendo con el siguiente formato:

a) Contenido Encabezado de Página:

Deberán existir 5 columnas, que incorpore los siguientes contenidos de izquierda a derecha:

1ª Columna:

Logo Gobierno de Chile identificación del Servicio de Salud Magallanes y Hospital Clínico de Magallanes con letra Arial 7.

LOGO E IDENTIFICACIÓN



 Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	1 de 15	

 Ministerio de Salud Gobierno de Chile Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	 Hospital Clínico MAGALLANES
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	9 de 15	

2ª Columna:

Dispone de dos filas. En fila superior se consigna el nombre del Centro de Responsabilidad, Servicio o Unidad donde fue elaborado el documento con letra Arial 8, y mayúscula. En fila inferior el tema que trata el protocolo, norma, procedimiento, etc., según corresponda, en letra Arial 9, mayúscula y negrita.

FILA SUPERIOR

 Ministerio de Salud Gobierno de Chile Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	 Hospital Clínico MAGALLANES
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	1 de 15	

FILA INFERIOR

3ª y 4ª Columna:

Incorpora 4 filas con los contenidos que se detallan en orden descendente:

Característica: Señala la sigla de la característica específica del Sistema de Acreditación. De tratarse de un documento relacionado, se debe escribir “asociado a” y luego mencionar la característica específica. En caso de documentos no relacionados con el Sistema de Acreditación, se debe colocar N/A (no aplica).

Versión: Corresponde al n° de veces que el documento ha sido revisado y autorizado. El primer documento elaborado sobre un tema en particular será reconocido como Versión 0, registrando éste en número arábigo.

Fecha de próxima revisión: Identifica mes y año de la revisión próxima. Para el S.D.G.C la documentación tendrá vigencia por tres años desde la fecha de autorización de la versión.

Página: En formato 1 de 3 - 2 de 3 etc.

 Ministerio de Salud Gobierno de Chile Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	 Hospital Clínico MAGALLANES
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	1 de 15	

 Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	10 de 15	

5ª Columna:

Logo del establecimiento.

 Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	1 de 15	

LOGO ESTABLECIMIENTO

b) Contenido Pie de página:

Consigna en letra Arial 8, el número y fecha de la resolución que oficializa el documento. Esta información es registrada en el Dpto. de Calidad Asistencial.

c) Contenido Página 1:

Cuadro de responsables que identifica con primer nombre y primer apellido e inicial del segundo apellido, cargo, fecha y firma de los participantes en la Elaboración, Actualización, Revisión, Visación (opcional), Aprobación y Autorización del documento.

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado/actualizado por:				
Revisado por:				
Visado por:				
Aprobado por:				
Autorizado por:				

d) Contenido Página 2:

Considera la distribución de copias de los Profesionales de los Servicios y Unidades de Apoyo que requieren tomar conocimiento del documento:

Distribución de Copias:

Servicio	Cargo

 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes</p>	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	 <p>Hospital Clínico MAGALLANES</p>
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	11 de 15	

e) Contenido Página Final:

Incorpora el Registro Histórico de Control de Cambios, el que consigna Versión del documento revisado, Responsable y Fecha de Revisión, breve descripción de los cambios ingresados:

Registro Histórico Control de Cambios:

Versión	Revisado por	Fecha	Cambios Ingresados

 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes</p>	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	 <p>Hospital Clínico MAGALLANES</p>
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	12 de 15	

VIII. CONTENIDOS Y ORDEN SECUENCIAL DE DOCUMENTOS

Todos los documentos deberán contar con los siguientes ítems desarrollados:

- a. **Índice.**
- b. **Introducción:** Fundamentación del tema a tratar (opcional).
- c. **Objetivo(s):** Es lo que se pretende lograr con la aplicación del documento.
- d. **Alcance:** Todos los funcionarios que deben cumplir con el contenido del documento.
- e. **Aplicabilidad:** Situación en que se aplica el documento.
- f. **Ámbitos de responsabilidad:** Identifica a los responsables de cumplir con la aplicación del documento; al responsable de la supervisión y al responsable de la evaluación.
- g. **Definiciones o Glosario de términos** (opcional).
- h. **Contenidos:** Son los temas tratados para dar respuesta a situaciones locales que es necesario estandarizar. Incorpora algoritmos y flujogramas si es necesario.
- i. **Evaluación de Cumplimiento:** Considera:
 - Nombre del indicador
 - Fórmula de cálculo
 - Umbral de cumplimiento
 - Periodicidad
 - Metodología
 - Fuente de datos del numerador y del denominador
- j. **Anexos:** Registros asociados, entre otros:
 - a. Pautas de cotejo
 - b. Consentimiento informado
 - c. Instructivos
 - d. Formularios, etc.
- k. **Bibliografía**
- l. **Registro Histórico de Control de Cambios**

Si se incluyen procedimientos dentro del documento, se deberá desarrollar además:

- a. Nombre del procedimiento
- b. Objetivo
- c. Materiales, equipos e insumos (si aplica)
- d. Ejecutor: menciona al Profesional, Técnico, Administrativo o Auxiliar que debe realizar la acción. Si ésta es delegable, se debe identificar claramente a que estamento se delega.
- e. Instructivo: Desarrollo de las actividades y tareas implicadas en la ejecución del procedimiento.
- f. Pauta de cotejo

 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes</p>	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	 <p>Hospital Clínico MAGALLANES</p>
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	13 de 15	

IX. PROCEDIMIENTO PARA PUBLICAR DOCUMENTACIÓN

Cada vez que se emita o actualice un documento, el Departamento de Calidad Asistencial informará de ello a través de:

Envío de correo electrónico a destinatarios notificando la publicación y disponibilidad del documento en:

- Página Institucional www.hospitalclinicomagallanes.cl, en link Departamento de Calidad Asistencial, ir a documentación/regulación local de acreditación.
- Sistema de Información en Gestión y Calidad en Salud (SIS- Q) www.sisq.minsal.cl, e ingresa a triángulo A.P. (Acreditación Prestadores). En ese sitio se puede acceder a la documentación buscando específicamente el ámbito y la característica de referencia.
- Carpetas en línea “Protocolos de Acreditación”.

 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes</p>	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	14 de 15	

X. BIBLIOGRAFÍA

- Sistema Gestión de la Calidad ISO: 9001:2008.
- Araujo Miguel; Instructivo de Requisitos básicos para la Elaboración Guías Clínicas y Protocolos. ETESA Minsal.
- Normativa Formato documentación oficial, Hospital Salvador, 2008, Santiago, Chile.
- Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales, Atención Cerrada Minsal Chile, 2008.
- Orientaciones para diseño de requerimientos del proceso de acreditación, 2008-2010, Minsal.

 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes</p>	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	N/A	
		Versión	3	
	GUÍA DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL	Próxima Revisión	Agosto 2018	
		Página	15 de 15	

XI. REGISTRO HISTÓRICO CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Revisado por	Fecha	Cambios Ingresados
1	EU Jimena Díaz A.	30/01/2012	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido del objetivo. • Incorporación del alcance. • Cambio en el orden de las instrucciones de diseño. • Cambio del sistema de codificación de documentación. Se reemplaza código por característica. • Mayor detalle y simplificación de estructura de los documentos más usados. • Incorporación del procedimiento y responsabilidades en la edición y publicación de documentos. • Incorporación del registro de control de cambios.
2	Maira Martinich S. Elizabeth Chamorro A.	24/08/2015	<ul style="list-style-type: none"> • Se agrega aplicabilidad y ámbito de responsabilidad. • Se detalla el contenido del encabezado de página de los documentos institucionales. • Se funden los contenidos mínimos a considerar de protocolos, procedimientos y normas. • Se incorporan definiciones de protocolo, norma, procedimiento, programa, manuales. • Se elimina ítems procedimiento para editar documentación, incorporando éste en el ámbito de responsabilidad.