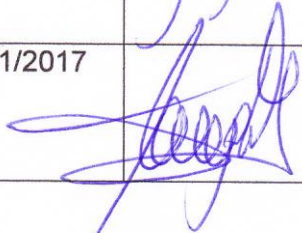


 Ministerio de Salud Gobierno de Chile Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 1.3	 Hospital Clínico MAGALLANES
		Versión	1	
	SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL RESPETO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE	Próxima Revisión	Enero 2020	
		Página	1 de 7	

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Actualizado y aprobado por:	E.U. Maira Martinich S.	Jefe Departamento de Calidad Asistencial	25/01/2017	
Autorizado por:	D. Claudio Arriagada M.	Director	31/01/2017	

 Ministerio de Salud Gobierno de Chile Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 1.3	
		Versión	1	
	SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL RESPETO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE	Próxima Revisión	Enero 2020	
		Página	2 de 7	

Distribución de Copias

Servicio	Cargo
Dirección Hospital	Director Institucional
	Oficina de Partes
Subdirección Médica	Subdirector Médico
Subdirección de Enfermería	Subdirectora de Enfermería
Unidad de Administración de cuidados de Matronería	Matrona Jefe de Unidad
CR de la Mujer	Médico Jefe
	Matrona Supervisora CR De la Mujer
	Encargada Círculo de Calidad
	Matrona Supervisora Ginecología
Pensionado	Enfermera Supervisora
	Encargada Círculo de Calidad
CR Cirugía	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Encargado Círculo de Calidad
CR Medicina	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
CR Infantil	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Matrona Supervisora de UPC Neonatología
	Encargado Círculo de Calidad
Unidad de Traumatología	Médico Jefe
	Enfermera supervisora
	Encargada Círculo de Calidad
OIRS	Jefe OIRS
Asesoría Jurídica	Abogada Sra. Paula Avello

 Ministerio de Salud Gobierno de Chile Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 1.3	
		Versión	1	
	SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL RESPETO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE	Próxima Revisión	Enero 2020	
		Página	3 de 7	

I.- OBJETIVO:

Este documento tiene por finalidad establecer un sistema que evalúe el respeto de los derechos de los pacientes y que incorpore la percepción de éstos.

II.- APLICABILIDAD

Aplica a todo paciente hospitalizado dado de alta médica. En caso de menores de edad o personas con dificultad de entendimiento o alteración de conciencia aplica a familiares, tutores o representantes de éstos, de los siguientes servicios: Cirugía, Medicina, Médico-quirúrgico 5to piso (Traumatología), Pensionado, CR Infantil, Obstetricia y Ginecología.

III.- AMBITO DE RESPONSABILIDAD

De la ejecución y evaluación

El Departamento de Calidad Asistencial será responsable de la aplicación de la encuesta “*Evaluación del respeto de los derechos del paciente*”, del análisis de los datos y confección de informe de resultados.

IV.- DESARROLLO:

El instrumento de evaluación consiste en una encuesta, “*Evaluación del respeto de los derechos del paciente*”, Anexo 1.

La encuesta será aplicada una vez hecha el alta médica al paciente, en caso que éstos no puedan contestar se aplicará a los familiares.

Se aplicará la encuesta a través de un estudio de prevalencia a los pacientes de los servicios seleccionados en un día aleatorizado cada tres meses.

 Ministerio de Salud Gobierno de Chile Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 1.3	
		Versión	1	
	SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL RESPETO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE	Próxima Revisión	Enero 2020	
		Página	4 de 7	

En aquellos casos de pacientes hospitalizados a los que se les haya practicado alguna intervención quirúrgica, se le aplicará adicionalmente una encuesta destinada a evaluar el “Consentimiento Informado” (Anexo 2).

Las encuestas serán mensualmente registradas y tabuladas en planilla Excel.

Se archivarán todas las encuestas aplicadas, como medida de respaldo.

El análisis de los resultados obtenidos se realizará en forma semestral con emisión de informe enviado a los jefes y supervisores de los servicios involucrados, Subdirección Médica, Subdirección de Enfermería, Jefe Unidad de Cuidados de Matronería, Jefe de la OIRS y a la Dirección del Hospital.

 Ministerio de Salud Gobierno de Chile Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 1.3	
		Versión	1	
	SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL RESPETO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE	Próxima Revisión	Enero 2020	
		Página	5 de 7	

V.- ANEXO. -

Anexo 1.

Encuesta "Evaluación del respeto de los derechos del paciente".

Servicio: _____

Fecha: _____

Seleccione con una "X" su edad

Sexo

≤18 años	19-29 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	≥60 años	Femenino	Masculino

Nivel de Escolaridad

Básica	Media	Superior	Técnico

A continuación, conteste las siguientes preguntas de acuerdo:

CALIFICACION	
1	Muy Malo
2	Malo
3	Regular
4	Bueno
5	Muy Bueno

Marque con una "x"

Nº	PREGUNTAS	CALIFICACION				
1	¿Cómo calificaría el trato recibido por parte de la secretaria del servicio?	1	2	3	4	5
2	¿Cómo calificaría el trato recibido por parte de las Enfermeras/Matronas?	1	2	3	4	5
3	¿Cómo calificaría el trato recibido por parte de los Técnicos Paramédicos?	1	2	3	4	5
4	¿Cómo calificaría el trato recibido por parte de la Nutricionista?	1	2	3	4	5
5	¿Cómo calificaría el trato recibido por parte de la auxiliar de apoyo?	1	2	3	4	5
6	¿Cómo calificaría la información recibida respecto al funcionamiento y normas del servicio donde se encuentra hospitalizado?	1	2	3	4	5
7	¿Cómo calificaría el respeto a su privacidad cuando fue examinado o se realizó algún procedimiento?	1	2	3	4	5

Marque con una "X"		SI	NO
8	El personal que lo atendió, ¿estaba identificado?		
9	Durante su hospitalización, fue llamado/a por su nombre		
10	Fue informado/a sobre su derecho a tener acompañamiento		
11	Fue informado/a sobre su derecho a formular felicitaciones, sugerencias o reclamos.		
12	Recibió información por parte del médico, respecto a su diagnóstico y tratamiento		
13	Fue informado/a sobre su derecho a rechazar o aceptar ser atendido por alumnos.		

 Ministerio de Salud Gobierno de Chile Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 1.3	
		Versión	1	
	SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL RESPETO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE	Próxima Revisión	Enero 2020	
		Página	6 de 7	

Anexo 2

ENCUESTA PARA EVALUAR CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de realización: __/__/__

1.- Durante el período de hospitalización, ¿tuvo que firmar Ud., o su acompañante un documento donde autorizara la realización de su cirugía? (Consentimiento)

Si _____ No _____

2.- Si la respuesta fue afirmativa, este documento lo firmó:

_____ Antes de la cirugía.

_____ Después de la cirugía

3.- ¿El médico le informó en qué consistía la cirugía?

Si _____ No _____

4.- El médico le informó los riesgos que involucraba la cirugía?

Si _____ No _____

GRACIAS POR SU COLABORACION

 Ministerio de Salud Gobierno de Chile Servicio Salud Magallanes Hospital Clínico de Magallanes	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 1.3	
		Versión	1	
	SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL RESPETO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE	Próxima Revisión	Enero 2020	
		Página	7 de 7	

VI.- REGISTRO HISTÓRICO CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Revisada por	Fecha	Cambios ingresados
0	Maira Martinich S	25/01/2017	Se cambia la metodología en la aplicación de la encuesta, a estudio de prevalencia cada 3 meses.