



PROTOCOLO PARA LA ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS

HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES
IQUIQUE
2024

Código Identificación	EGD 04
Número Edición	Primera
Vigencia	JUNIO 2024
V° Bueno Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	ALTA

SEVICIO SALUD IQUIQUE
OFICINA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
HOSPITAL Dr. E. Torres G.

Elaborado por:  EU. Yasna Caryajal Ayala Oficina de Calidad y Seguridad del paciente Hospital "Dr. Ernesto Torres Galdames"  EU. Jobelyn Mujica Benavides Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital "Dr. Ernesto Torres Galdames"	Revisado por:  EU. Brenda Pastén Salfate Encargada Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital "Dr. Ernesto Torres Galdames" 	Aprobado por:  Dr. Guillermo Mora Martínez Director (S) Hospital "Dr. Ernesto Torres Galdames" 
Fecha: Junio 2024	Fecha: Julio 2024	Fecha: Julio 2024

	PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código: EGD 01
		Edición: Primera
		Fecha: julio 2024
		Página: 2 de 15
		Vigencia: junio 2029

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	3
ALCANCE.....	4
RESPONSABLES.....	4
DEFINICIONES	4
DESARROLLO.....	5
• Consideraciones Generales	5
• Procedimiento Y Estructura Para La Elaboración De Documentos ...	7
BIBLIOGRAFÍA.....	15

	PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código: EGD 01
		Edición: Primera
		Fecha: julio 2024
		Página: 3 de 15
		Vigencia: junio 2029

1.- INTRODUCCIÓN:

La gestión de documentos 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.

El sistema de gestión de los documentos puede enmarcarse dentro de la política de calidad que defina cada organización y que en nuestro establecimiento está cargo de la Oficina de calidad y Seguridad del Paciente y es una actividad en la cual debe implicar profesionales de todos los servicios comprometidos. Su difusión y cumplimiento se facilita si desde la Oficina de Calidad se distribuye el formato estándar que utilizará toda la institución.

El Proceso de Acreditación en Salud a su vez, involucra la creación, y actualización de diversos documentos al interior de la Institución, asumiendo que la estandarización y registro de las actividades clínicas disminuyen la variabilidad en la atención y los cuidados, mejoran la calidad de los servicios prestados y facilita la orientación al personal de nueva incorporación. Por ello, es fundamental rescatar el concepto de que no existen documentos universales y que cada Institución debe reflejar en ellos su realidad local.

En la elaboración de los documentos es fundamental la participación de profesionales validados entre sus pares, también lo será en la difusión de la información, particularmente en todos aquellos procedimientos clínicos.

2.- OBJETIVOS

2.1.- OBJETIVO GENERAL:

Establecer y estandarizar pautas y metodología para la elaboración, revisión, aprobación, codificación, difusión, adopción de modificaciones y cambios de los documentos oficiales del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (HETG).

2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Centralizar la gestión de documentos.
- Llevar a cabo de manera eficiente los procesos y actividades que se realizan en la institución.

	PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código: EGD 01
		Edición: Primera
		Fecha: julio 2024
		Página: 4 de 15
		Vigencia: junio 2029

- Determinar una política de difusión de los documentos institucionales.
- Asegurar que la información contenida en los documentos esté disponible en cualquier momento.
- Cumplir con la normativa legal y reglamentaria, tanto de la institución como externa.

3.- ALCANCE

Deberá ser conocido y aplicado por todos los servicios clínicos y unidades de apoyo clínico y administrativo del HETG, para la elaboración de documentos.

4.- RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN DEL DOCUMENTO

Responsables	Actividades
Director	Responsable de liderar la gestión documental del Establecimiento.
Subdirecciones	Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo.
Jefes/as, supervisores/as y coordinadores/as	Conocer y difundir el protocolo dentro de sus servicios, unidades, departamentos, oficinas, programas y otros.
OCSP	Responsable de difundir, actualizar y supervisar el cumplimiento.

5.- DEFINICIONES

Norma Técnica: Documento de ámbito general. Contiene actividades obligatorias en relación a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de un determinado problema o situación de salud.

Guía de Práctica Clínica: Documento de ámbito general. Considera las acciones adecuadas para cada momento de la historia natural de la enfermedad. Son recomendaciones útiles tanto para el profesional como para el paciente y generalmente no tienen carácter normativo. Basadas en una síntesis sistemática del conocimiento.

	PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código: EGD 01
		Edición: Primera
		Fecha: julio 2024
		Página: 5 de 15
		Vigencia: junio 2029

Programa: Documento que puede ser de ámbito general o específico. Contiene actividades, metas y modelo de evaluación en relación con determinada situación. Sus actividades están calendarizadas y basadas en el consenso de expertos

Protocolo Clínico: Documento de ámbito específico-local. Definen el cuidado de los pacientes en situaciones y un contexto específico. Están basados en el consenso de un grupo de expertos a nivel local e idealmente complementados con la evidencia disponible.

Procedimiento: Documento de ámbito muy 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.

Algoritmo/Diagrama de decisión: Documento de ámbito muy específico. Contiene en formato de diagrama de flujo una referencia visual para responder ante una situación. Están basados en el consenso, la experiencia local y la evidencia disponible. Muy útiles para orientar la toma de decisiones y las alternativas posibles de manera rápida.

6.- DESARROLLO.

6.1 - CONSIDERACIONES GENERALES

Actualización del Documento:

Serán responsables de velar por la actualización de los contenidos del documento antes del término de su vigencia las subdirecciones, jefaturas de servicios clínicos, servicios de apoyo clínico, servicios o unidades administrativas y Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

Modificación del documento:

En caso de requerir modificaciones *antes del término de su vigencia*, se deberá realizar nueva edición del protocolo y sólo en este caso lleva planilla de cambios, en

	PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código: EGD 01
		Edición: Primera
		Fecha: julio 2024
		Página: 6 de 15
		Vigencia: junio 2029

donde se describen las modificaciones realizadas, estas deberán ser revisadas por los profesionales de la OCSP y aprobadas por el director.

Resoluciones:

Las resoluciones deben tener la misma fecha del protocolo, si por motivos fortuitos no sucediera así, la vigencia del documento estará dada *por la fecha de la resolución*.

Acto Institucional

Para que el documento sea de carácter institucional debe estar firmado por la máxima autoridad del establecimiento y aprobada por una resolución exenta.

Sin embargo, para efectos de acreditación, excepcionalmente se podrá considerar un documento como institucional cuando exista una aprobación explícita de la máxima autoridad del prestador (Compendio de Circulares que Instruyen a las Entidades Acreditadoras sobre la Interpretación de las Normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud).

Custodia de Documentos

Los documentos originales que correspondan al Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, específicamente a características transversales a la institución o que apliquen a más de un punto de verificación, se encontrarán en la oficina de calidad y seguridad del paciente en formato físico, así como también los documentos que han quedado sin vigencia, en formato físico.

Presentación de Documentos Para la Acreditación:

Para los procesos de acreditación de prestadores institucionales los documentos serán presentados en formato papel o electrónico, según directrices institucionales y nacionales del momento, esto tanto para los documentos presentados por la Dirección del establecimiento, así como también en los puntos verificadores. Esta modalidad de presentación de documentos se repetirá para cualquier evaluación de los diferentes

	PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código: EGD 01
		Edición: Primera
		Fecha: julio 2024
		Página: 7 de 15
		Vigencia: junio 2029

programas por ejemplo en Indicadores de Seguridad, Autorización Sanitaria, etc.; siempre y cuando las normativas vigentes lo permitan.

6.2.- PROCEDIMIENTO Y ESTRUCTURA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS:

El formato será elaborado en base a este documento de “Procedimiento para la elaboración, gestión y control de documentos”, Contará con una portada, a partir de la 2° hoja con un encabezado y luego los contenidos según se describe más adelante.

I.- PORTADA

Contendrá lo siguiente:

- a. Logo del Hospital
- b. Nombre del documento (Arial N°14, con negrilla)
- c. Nombre de Hospital (Arial N°12 en negrilla).
- d. Comuna del Hospital “IQUIQUE” (Arial N°12 en negrilla)
- e. Año de edición del documento (Arial N°12 en negrilla).
- f. Código de Identificación (Arial N°8 con negrilla)
- g. Número de Edición (Arial N° 8 con negrilla)
- h. Visto Bueno (V° Bueno) OCSP (Arial N°8 con negrilla)
- i. Recuadro con nombre(s) y firma(s) quien elabora, revisa y aprueba (Arial N°10 con negrilla)

	PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código: EGD 01
		Edición: Primera
		Fecha: julio 2024
		Página: 8 de 15
		Vigencia: junio 2029

La portada se grafica a continuación:



NOMBRE DEL DOCUMENTO....
HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES
IQUIQUE
2024

Código Identificación	
Número Edición	
Vigencia	
V° Bueno Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	

Elaborado por:	Revisado por:	Revisado por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Descripción de Atributos de la Portada:

Código identificación: numeración asignada por la OCSP, o en conjunto con los elaboradores del documento.

Los documentos serán identificados por código único, en el caso de que trate de un protocolo que dé cumplimiento a un estándar de acreditación, se codificará con la inicial de ámbito con letra mayúscula, número de característica, criterios de evaluación del verificador, guion y número de edición. Por ejemplo, GCL 3.3.2-03.

Número Edición: otorgado al momento de la aprobación del documento. Se dará paso a la siguiente edición cuando un proceso requiera ser modificado en cuanto a su estructura total y cuando pierda la vigencia.

	PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código: EGD 01
		Edición: Primera
		Fecha: julio 2024
		Página: 9 de 15
		Vigencia: junio 2029

Vigencia: fecha de durabilidad del documento en la institución, desde la “fecha de aprobación” La vigencia será de 5 años desde la aprobación del director y considerará mes y año de termino, a excepción de documentos aprobado mediante resolución exenta.

Visto Bueno: será de responsabilidad de la/el encargada/o de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, dar el visto bueno a la conformidad estructural de los documentos institucionales, principalmente y obligatoriamente de los que se relacionen con la acreditación de calidad del Establecimiento. El respaldo científico estará avalado por los entes técnicos correspondientes al tema.

Elaborado por: una importante medida es que los protocolos sean elaborados en base al *consenso entre profesionales expertos* en un determinado tema y deben *involucrarse los profesionales de todos los servicios implicados*, ya que la difusión y cumplimiento de lo establecido depende en gran parte en que estos sean elaborados en base a su aprobación.

En esta rúbrica se debe estampar la firma de quienes participaron en la elaboración del protocolo, identificando el cargo y lugar en el cual desempeñan sus funciones (oficina, unidad, departamento, etc.).

De no encontrarse el profesional que elaboró el documento inicial, por ausencia definitiva en la institución, se registrará el nombre sin firma especificando AD (Ausencia definitiva).

No se aceptará la firma “por poder”, si no se encuentra el funcionario/a por ausencia transitoria (Feriado legal, licencia médica, etc.).

Llevará el timbre de la unidad correspondiente y no el timbre personal.

Fecha de elaboración: fecha de creación del documento.

Revisado por: Será responsabilidad de revisar el documento los jefes de servicios, supervisores, coordinadores, subdirección correspondiente, estampando su firma e identificando el cargo y lugar en el cual desempeña sus funciones (oficina, unidad, departamento, etc.).

	PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código: EGD 01
		Edición: Primera
		Fecha: julio 2024
		Página: 10 de 15
		Vigencia: junio 2029

- a) Todo documento elaborado por profesionales de una unidad/servicio/departamento debe ser revisado por su jefatura, desde el punto de vista técnico – científico.
- b) Todo documento en revisión siempre es susceptible de ser devuelto con observaciones antes de continuar con el flujo para su aprobación.
- c) Los protocolos insertos en el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada **deberán obligatoriamente ser revisados** por la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.
- d) Llevará el timbre de la unidad correspondiente y no el timbre personal.

Fecha de revisión: fecha en que se realiza la revisión del documento por los responsables firmantes.

Aprobado por: El documento, luego de elaborado y revisado debe ser enviado a la Oficina de Calidad y Seguridad del paciente, para realizar revisión de estructura y conformidad. Posterior a esto, se remite el documento al director para su aprobación:

- a) Los protocolos insertos en el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, posterior a la aprobación por el director **deberán obligatoriamente ser remitidos** a la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, donde se dará formato PDF y difusión digital.
- b) Los protocolos que no se encuentran en el manual del estándar de acreditación, posterior a la firma del director serán remitidos a la jefatura y servicio, unidad, departamento, etc., de origen para su difusión y archivo.

Fecha de aprobación: fecha en que el documento es firmado por la máxima autoridad del Establecimiento, que corresponde al director.

II.- ENCABEZADO:

A partir de la segunda página llevará un encabezado con 3 casilleros que contendrán lo siguiente:

- a) Casillero de la izquierda: Logo del hospital
- b) Casillero del centro: Nombre del Protocolo (que debe coincidir con el de la portada).

	PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código: EGD 01
		Edición: Primera
		Fecha: julio 2024
		Página: 11 de 15
		Vigencia: junio 2029

c) Casillero de la derecha: Código, edición, fecha de aprobación, página y vigencia del documento (arial 10 con negrilla).
Se muestra formato e encabezado a continuación.

	NOMBRE DEL DOCUMENTO...	Código:
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

III .- CONTENIDO

Debe contener lo siguiente:

ÍNDICE:

Lista ordenada de materias o artículos contenido en el protocolo, con indicación del lugar o número de página donde aparecen, según siguiente esquema:

Ejemplo:

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....3

OBJETIVOS.....3

ALCANCES.....3

INTRODUCCIÓN

Sección inicial cuyo propósito principal es contextualizar el texto expuesto a continuación.

OBJETIVOS:

Describir de manera clara el “Qué” y el “Por qué” del documento, el cual debe ser entendible por todos aquellos que lo utilicen.

	PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código: EGD 01
		Edición: Primera
		Fecha: julio 2024
		Página: 12 de 15
		Vigencia: junio 2029

ALCANCE:

Indica tanto las áreas clínicas, como las situaciones donde el documento debe ser aplicado.

RESPONSABLES:

- a) Se debe indicar el profesional y cargo responsable de velar por la difusión, el cumplimiento del documento y la ejecución de las actividades, además de efectuar y proponer modificaciones que en la práctica se precise.
- b) En este rubro, se debe utilizar letra arial tamaño 10 dentro de la tabla que se señala a continuación:

Responsables	Actividades
Director	1. Definir las directrices de la toma de decisiones.
Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	1. Articular, coordinar y evaluar las acciones de calidad con las personas responsables de los programas, oficinas, unidades, departamentos y servicios que realizan actividades relacionadas.

DEFINICIONES O GLOSARIO:

Significado de términos técnicos usados si se considera necesario.

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

Como se realiza el procedimiento, paso a paso, nombrando documentos utilizados y actividades a efectuar.

DIFUSIÓN

Proceso de distribución que busca promover el conocimiento y la utilización de los documentos elaborados por la institución transmitiendo al usuario la información que necesita o en darle la posibilidad de obtenerla.

La difusión de los documentos debe realizarse de la siguiente manera:

- a) Publicación en la página web del Hospital

- b) Cada responsable/s de la elaboración del documento debe presentarlo a las jefaturas involucradas en el procedimiento descrito, quienes a su vez deberán difundirlo al resto de los funcionarios/as.
- c) En el caso de un protocolo de acreditación se deberá difundir a las jefaturas, supervisores y coordinadores de los puntos verificadores aplicables, quienes a su vez deberán difundirlos a sus funcionarios/as a cargo.

FLUJOGRAMA (si lo requiere): Diagrama de flujo que describe la secuencia del proceso o sistema. Debe presentarse de manera gráfica la secuencia de cómo serán ejecutados los pasos y los registros que deben elaborarse.

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

INDICADOR (si lo requiere)

Característica a medir, y que relaciona la descripción del procedimiento con la observación registrada de cómo se ejecuta el procedimiento.

Formato de indicador

Nombre del Indicador	
Tipo de Indicador	
Dimensión	
Fórmula	
Umbral	
Criterio	
Justificación/Fundamento	
Fuente y método de recolección de datos	
Periodicidad	
Responsable	

Nota: para efectos de protocolos insertos en el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, ***el indicador se presentará por separado.***

BIBLIOGRAFÍA O DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

- Debe mencionar la Reglamentación aplicable usada para elaborar el documento y, además aquellos que se deben usar durante la ejecución de los pasos.
- En Guías Clínicas deben ir Recomendaciones con Medicina Basada Evidencia (MBE).

ANEXOS

Es la información extra o complementario que se incluye al final de un trabajo o documento por escrito y que suele facilitar datos que tienen por objeto la información sobre la que trata el trabajo o documento, pueden corresponder a elementos gráficos (imágenes, fotos, pautas de supervisión) o listas tabuladas.

PLANILLA DE CAMBIOS (si lo requiere):

Lugar donde quedan plasmado la edición, la fecha y las modificaciones realizadas en caso de cambio antes de término de su vigencia.

EDICIÓN	FECHA	Página	MODIFICACION REALIZADA

7.- BIBLIOGRAFÍA

Elaboración y gestión de documentos para el proceso de acreditación en salud: Recomendaciones para prestadores institucionales. Dra. Javiera Valdés P., EU Leonardo Jiménez Q., EU María Elena Álvarez A. Unidad Técnica Intendencia de prestadores septiembre 2012

https://www.superdesalud.gob.cl/observatorio/674/articles-8549_recurso_1.pdf