

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO SALUD OCCIDENTE  
INSTITUTO TRAUMATOLÓGICO  
AUTOGESTIONADO EN RED  
ASESORÍA JURÍDICA

Dr. MRV/Ab.JPAO  
Nº24/05.03.2012

EXENTA Nº 209 /

SANTIAGO, - 7 MAR 2012

**VISTOS:**

Las necesidades de la institución; la conformidad del suscrito; y teniendo presente las normas del decreto ley Nº 2763, de 1979, modificado por la ley Nº 19.937; las facultades que me confieren los decretos supremos Nº 140, de 2004 y Nº 38, de 2005, ambos del Ministerio de Salud; la Resolución exenta conjunta Nº 761, de 2006, de los Ministerios de Salud y Hacienda; lo dispuesto en la Resolución Nº 119, de 2002, del Director del Servicio de Salud Metropolitano Occidente; y, lo previsto en la Resolución Nº1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN**

**1.- APRUÉBASE** la actualización, a contar de esta fecha, del documento: **"POLITICAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE"** insertas en la Planificación Estratégica de los años 2009-2011, del Instituto Traumatológico, cuyo texto es el siguiente:

**"POLITICAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE"**

Será Política de Calidad de la institución garantizar e incrementar en forma permanente la calidad de cada una de sus actividades. Esto significa asegurar la calidad y seguridad en el servicio a los usuarios; asegurar la calidad y la innovación de la actividad docente, y asegurar la calidad y seguridad en la gestión institucional.

El mejoramiento continuo de la calidad tiene como características lo siguiente:

- Está centrada en el usuario
- La calidad es un filosofía dentro de la organización
- Pone énfasis en la calidad y seguridad de los procesos en la perspectiva de mejorar los resultados
- Representa el compromiso e involucramiento Directivo con la calidad de la gestión/provisión de servicios.
- Es un proceso continuo, científico, democrático, basado en evidencia.
- Es secuencial, tiene efecto multiplicador.
- Es sistemático, involucra al área asistencial y administrativa.
- Integra todas las herramientas de calidad de manera armónica; supervisión, auditoria, auto evaluación, control, fiscalización, entre otras.
- Es evaluado y monitoreado de manera sistemática.
- Está orientado por una estructura formal responsable de su implementación: Unidad de Control de Gestión, Planificación y Calidad.

**Cumplimiento de los siguientes estándares:**

1. Demostración de la Autorización Sanitaria.
2. Acreditación de prestadores institucionales de Atención cerrada.
3. Cumplimiento de COMGES y Metas Sanitarias.
4. Cumplimiento del BSC.



5. Cumplimiento de resoluciones ya emanadas de la autoridad: OIRS, simplificación de trámites.
6. Consentimiento informado obligatorio e incluido en las fichas clínicas.
7. Evaluación pre-anestésica a todos los pacientes que se sometan a intervención quirúrgica en Pabellón.
8. Prevención de riesgos laborales: Comité Paritario funcionando.
9. Comité de Infecciones Intrahospitalarias funcionando.
10. Certificación de especialistas.
11. Comité de Farmacia funcionando.
12. Salud Ocupacional del personal.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE**



*[Handwritten Signature]*  
**DR. MARIO REYES VILLASECA**  
**DIRECTOR**  
**INSTITUTO TRAUMATOLÓGICO**



**TRANSCRITO FIELMENTE**  
*[Handwritten Signature]*  
**HERNÁN MALLEA ORMAZÁBAL**  
**MINISTRO DE FE**

**DISTRIBUCIÓN:**

- Dirección.
- Subdirección Médica
- Subdirección Administrativa
- Asesoría Jurídica
- Gestión del Cuidado
- Unidad Emergencia
- Imagenología
- Policlínicos
- Cirugía Máxilo Facial
- 3º y 4º piso
- UTI
- Pensionado
- Farmacia
- Kinesiterapia
- Laboratorio y Banco de sangre
- Unidad de Control de Gestión, Planificación y Calidad
- SOME
- Recursos Humanos
- OIRS
- Alimentación
- Pabellón
- Unidad Cirugía Ambulatoria
- Oficina de Partes.-

