Procedimiento de notificación al paciente GES

Índice

Sección	Página
Objetivo	2
Alcance	2
Responsabilidades	2
Definiciones	3
Referencias	3
Equipos y materiales	3
Descripción del proceso	4
Documentos asociados	11
Anexos	11
Archivo	11
Revisiones y modificaciones de la versión original	12

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Paulina Vargas Valdés EU. Jefe de Unidad GES	Dr. Pedro Usedo López Subdirector Médico Dr. Manuel Loo Cortés Jefe del Departamento Gestión de la Demanda	Dr. Antonio Zapata Pizarro Director Hospital Regional Antofagasta

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

1. OBJETIVO.

Establecer los procesos y flujos para el correcto proceso de notificación al paciente con patología GES.

2. ALCANCE.

Este documento aplica a los profesionales médicos, odontólogos y profesionales de salud que otorgan atención por patologías GES en el Hospital Regional de Antofagasta Leonardo Guzmán.

3. RESPONSABILIDADES.

3.1 Profesionales médicos, Odontólogos y Profesionales de salud: Son responsables de realizar notificación en los formatos establecidos, si el paciente esa cursando una un problema de salud garantizado en el GES.

3.2 TENS: Es responsable del manejo administrativo de estas notificaciones.

3.3 Subdirector médico: Es responsable de velar por el cumplimiento de la realización del documento y enviar mediante memorando procedimiento a los jefes de las unidades del HRA para conocimiento y aplicación.

3.4 Jefes de unidades asistenciales: Son responsables de informar y supervisar que los médicos, odontólogos y profesional de salud de su dependencia realicen el documento oportunamente.

3.5 Jefa unidad CAE: Es responsable de velar por el cumplimiento de la aplicación del documento de atención abierta.

3.6 Enfermera jefa del CAE: Es responsable de velar por el cumplimiento administrativo del documento.

3.7 Jefatura Médica del Servicio de Urgencia: Es responsable de supervisar la realización y cumplimiento de las notificaciones de patologías GES, diagnosticadas en dicho servicio.

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

3.8 Jefatura de la unidad GES: Es responsable de mantener actualizado el presente documento, difundir al establecimiento y supervisar su cumplimiento, además de monitorizar el cumplimiento del indicador.

4. DEFINICIONES.

4.1 GES: Garantías Explicitas en Salud.

4.2 HRA: Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán".

4.3 SICLOPE: Sistema de ficha clínica electrónica.

4.4 CAE: Consultorio Adosado de Especialidades.

4.5 GO: Garantía de Oportunidad.

4.6 PAC: Programa anual capacitación

4.7 Intervención Sanitaria: Denominación utilizada con el fin de asociar prestaciones con una determinada etapa del proceso de atención del paciente.

4.8 Nombre Social: Es el nombre por el cual la persona se siente identificada, en base a su identidad de género, y con el cual espera ser reconocida e identificada en los instrumentos públicos que acrediten su identidad.

4.9 Trans: Agrupa a las identidades no tradicionales de género comprendiendo esta categoría a las personas transgénero, transexuales, travestis e intersex.

4.10 Fonasa: Fondo Nacional de Salud.

5. REFERENCIAS

5.1 Ley Nº GES 19.966.

5.2 Circular IF/Nº 57, Superintendencia de Salud. Santiago 15/11/2007.

5.3 Circular IF/Nº 142, Superintendencia de Salud. Santiago 14/01/2011.

5.4 Circular IF/Nº194 Superintendencia de Salud. Santiago 01/07/2013.

5.5 Circular IF/Nº407 Superintendencia de Salud. Santiago 05/07/2022.

5.6 Circular IF/Nº451 Superintendencia de Salud. Santiago 13/12/2023.

5.7 Circular IF/Nº461 Superintendencia de Salud. Santiago 29/02/2024.

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

5.8 Circular IF/Nº469 Superintendencia de Salud. Santiago 20/05/2024.

5.9 Ordinario C51 Nº1570 Minsal, Instruye sobre procedimiento de constancia de información al paciente GES. Santiago 28/05/2024.

6. EQUIPOS Y MATERIALES

6.1 Material de escritorio.

6.2 Equipos y sistemas informáticos.

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

7.1 PROBLEMAS DE SALUD QUE CORRESPONDE NOTIFICAR EN EL ESTABLECIMIENTO

Ver detalle en anexo 3 de este mismo documento.

7.2 OPORTUNIDAD PARA REALIZAR NOTIFICACIÓN

Se considera una notificación oportuna:

7.2.1 Problemas no Oncológicos: se debe realizar notificación GES, cuando se confirma diagnóstico contenido en las Garantías explícitas en Salud.

7.2.2 Problemas Oncológicos: se debe realizar notificación GES de todas las intervenciones sanitarias que contemple el problema de salud garantizado, al inicio y cambio de intervención.

7.3 REGISTRO DE LA NOTIFICACIÓN AL PACIENTE

Todo paciente cuyo diagnóstico este incluido dentro de los 87 Problemas de Salud Garantizados (Anexo 3) y se haya realizado en el Hospital Regional de Antofagasta, se debe completar el Formulario de Notificación de paciente GES. La plataforma disponible para realizar el Formulario de Notificación GES es el SICLOPE.

7.3.1 El médico tratante deberá completar el formulario de constancia, y llenar la parte que dice antecedentes del paciente, en dicha sección se deberá completar con: nombre legal, RUT, aseguradora, nombre social, dirección, comuna, correo electrónico y teléfono de contacto.

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

7.3.1.1 Nombre social: Se debe consultar con que nombre se identifica, dada su identidad de género (trans o intersex), de forma independiente a su nombre legal (registrado en la cédula de identidad). Si la persona trans o intersex no pide voluntariamente ser identificada con su nombre social, se le debe preguntar como prefiere ser inscrita o tratada.

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE LEGAL

R.U.T.: ASEGURADORA (SELECCIONE UNA OPCION) FONASA ISAPRE

NOMBRE SOCIAL

COMUNA / REGIÓN

DIRECCIÓN

CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)

TELÉFONO DE CONTACTO

FIJO: CELULAR:

7.3.2 El profesional deberá completar el campo de información médica. En esta sección se deberá indicar la etapa que está cursando el paciente:

7.3.2.1 Problema de salud no oncológico, comprendido en el GES se debe seleccionar y emitir confirmación por el profesional de salud.

7.3.2.2 Problema de salud oncológico, comprendido en el GES se debe seleccionar y emitir cada vez que inicie o cambie de intervención sanitaria.

7.3.3 Intervenciones Sanitarias:

7.3.3.1 Sospecha: estado en que se ha extendido una "solicitud de interconsulta o derivación" a una especialidad, por una hipótesis diagnóstica la cual aún no se ha confirmado.

7.3.3.2 Confirmación: estado en que se ha confirmado diagnóstico por especialista y se realiza "informe proceso diagnóstico".

7.3.3.3 Etapificación: proceso que determina el grado de diseminación de la enfermedad o la etapa de la condición de salud en la persona.

7.3.3.4 Tratamiento: estado en que el paciente portador de un diagnóstico

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

confirmado perteneciente a una patología GES, está recibiendo atenciones de tratamiento determinadas en el listado de prestaciones definidas en el decreto vigente.

7.3.3.5 Seguimiento: estado en que el paciente terminó el tratamiento indicado por el protocolo clínico formulado para la enfermedad que lo afecta, y se mantiene en observación por indicación del especialista.

7.3.3.6 Rehabilitación: conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno.

Seleccione Intervención Sanitaria:

☐ Sospecha ☐ Confirmación ☐ Etapificación ☐ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Rehabilitación

7.3.3.7 Tipo de atención: Se debe marcar en siclope si es modalidad presencial o teleconsulta. En el caso de teleconsulta, en el campo *"Tome de conocimiento (firma o huella digital del paciente o representante)"* del Formulario, el profesional deberá registrar el medio por el cual el paciente o representante tomó conocimiento para su trazabilidad.

7.3.3.8 En el caso de indicarse las casillas "correo electrónico" o carta certificada, para efectos de acreditar el cumplimiento de la obligación de notificar, se deberá conservar junto al formulario emitido la copia del correo electrónico o carta certificada remitido o la certificación respectiva. En el caso un medio alternativo, habrá que dejarse constancia de aquello en la casilla "otros" y acreditar a través de un medio idóneo, la realización de la notificación.

TIPO ATENCIÓN ☐ PRESENCIAL ☐ TELECONSULTA

Carta certificada ☐ E-mail ☐ Otros ☐

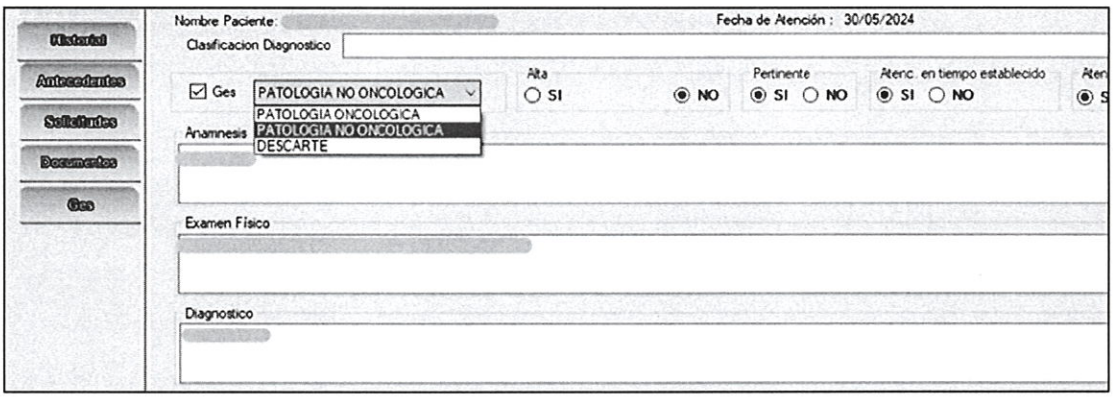
Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

7.3.4 Etapas del proceso de Notificación realizada por Profesionales médicos, Odontólogos y Profesionales de Salud (Anexo 1).

7.3.4.1 El profesional debe seleccionar el botón GES, y se desplegara las opciones; patología oncológica, patología no oncológica y descarte.

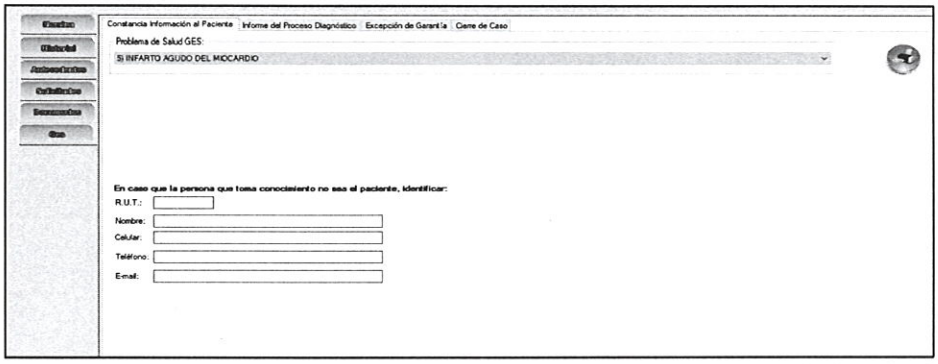
7.3.4.2 El profesional que atiende al paciente debe informar a él o quien lo represente, que está frente a una patología oncológica y que etapas sanitarias se encuentra: sospecha, confirmación, etapificación, tratamiento, seguimiento o rehabilitación y en el caso de lo no ser oncológicas debe confirmar diagnóstico.

7.3.4.3 El profesional a través de la plataforma SICLOPE completa todos los campos requeridos, luego presiona el icono grabar episodio y se incorporara al costado la pestaña GES.



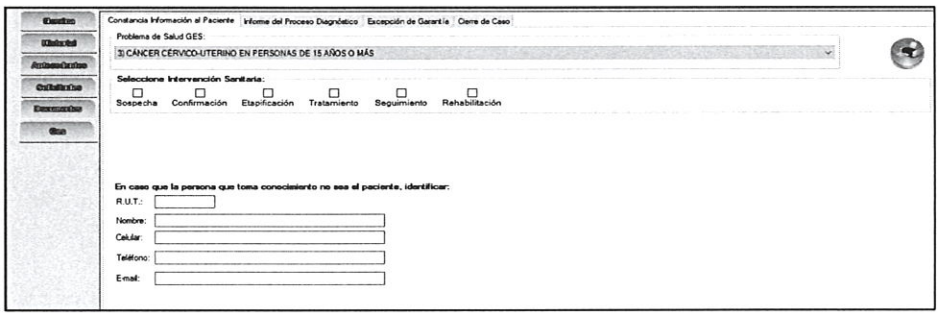
HOSPITAL REGIONAL ASESORÍA JURÍDICA ANTOFAGASTA

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.



7.3.4.4 Luego profesional deberá seleccionar el problema de salud y pinchar en el icono de la impresora e imprimir 2 copias.

7.3.4.5 En el caso que sea un problema de salud oncológico, se desplegaran las intervenciones sanitarias para la selección, posterior pinchar en el icono de la impresora e imprimir 2 copias.



7.3.4.6 El paciente o representante legal y profesional que notifica deben firmar la hoja de notificación de constancia GES, establecida por la Superintendencia (Anexo 2).

CONSTANCIA

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las "Garantías Explícitas en Salud", GES, siempre que la atención sea otorgada en la "Red de Prestadores" que me corresponde según Fonasa o la Isapre, a la que me encuentro adscrito.

Informé diagnóstico GES
Firma de la persona que notifica

Tomé conocimiento
Firma o huella digital del paciente o representante

IMPORTANTE : El paciente debe tener presente que si no se cumplen las garantías, puede reclamar ante el Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

7.3.4.7 Quedando una copia en el hospital (ver punto 7.4) y la otra copia se entrega al paciente y/o representante legal.

7.3.4.8 Si el paciente se encuentra hospitalizado es responsabilidad del personal no médico archivar este documento en la ficha clínica.

7.3.4.9 El prestador debe conservar la copia a fin de ponerla a disposición de la superintendencia al momento de la fiscalización.

7.3.4.10 La Jefatura Médica del Servicio de Urgencia, es responsable de supervisar la realización y cumplimiento de las notificaciones de patologías GES, diagnosticadas en dicho servicio. Además, de notificar los casos de Urgencia Vital o Secuela Funcional Grave en la página de la Superintendencia de Salud dentro de las 24 horas siguientes al ingreso de las personas afectadas.

8. NOTIFICACIÓN GES A PACIENTE ADOLESCENTE.

8.1 Una persona adolescente que acuda al establecimiento a consultar sobre su estado de salud denota la suficiencia de sus capacidades evolutivas para ejercer sus derechos en este ámbito. La negativa de atención vulnera el ejercicio de esos derechos, y con ello, la afección por la que concurrió no tenga diagnóstico ni tratamiento oportuno, lo cual es contrario al interés superior, que debe primar en este tipo de decisiones.

8.2 Por lo anterior expuesto, se establece que las personas adolescentes, que cumplan con los criterios de acceso de un problema de salud GES, pueden firmar el formulario de notificación GES, sin necesidad de estar acompañados por un adulto responsable, para recibir información relacionada con sus garantías explicitas de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad y como también reclamar ante el incumplimiento.

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

9 INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE LA GESTIÓN A REALIZAR UNA VEZ NOTIFICADO.

Al entregar el documento se informa al paciente que:

9.1 Desde el momento que se notifica por el profesional, desde dicha fecha comienza a correr su GO ya sea de sospecha, confirmación, etapificación, tratamiento, seguimiento y rehabilitación.

9.2 El profesional al notificar debe informar que, al incumplimiento de la GO, puede el paciente realizar reclamo a su aseguradora (Fonasa) y así designar un segundo prestador.

9.3 Si el documento es realizado por médico general debe ser derivado a especialista de acuerdo con la garantía de acceso al GES.

10 ALMACENAMIENTO DE FORMULARIOS DE NOTIFICACIÓN

La(s) copia(s) de los formularios de notificación, quedan en la unidad del CAE, la TENS del policlínico o consulta, entrega a la enfermera jefe del CAE, para posteriormente ser escaneado y adjuntado en SICLOPE.

11 RESPALDO DE LA GESTION REALIZADA

La notificación GES que no cumpla con los requisitos para ser escaneada y adjuntada en SICLOPE, se reportara semanalmente vía correo por enfermera jefe del CAE a la Coordinadora GES la cual solicitara a los jefes de servicio regularización de dichos documentos.

12 DIFUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La difusión del procedimiento de constancia GES se realizará mediante el departamento de comunicaciones a través de correo institucional.

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

13 CAPACITACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

13.1 La capacitación y entrega de la información a los profesionales, se realiza a funcionarios nuevos a través de un taller online asincrónico que estará disponible en la plataforma de capacitaciones. Asimismo, los funcionarios que ya se encuentran trabajando en establecimiento puedan acceder a este taller.

13.2 Una vez al año el Servicio de Salud realiza PAC sobre las Garantías Explicitas de Salud.

13.3 La unidad GES realiza capacitaciones para actualizar la información y cada vez que alguna unidad lo solicite.

14 DOCUMENTOS ASOCIADOS

14.1 Formulario de Notificación GES.

14.2 Ficha clínica.

15 ANEXOS

15.1 Anexo 1: Flujo del Proceso de Notificación GES.

15.2 Anexo 2: Formulario de Constancia GES.

15.3 Anexo 3. Patologías garantizadas.

15.4 Anexo 4: Ficha de indicador.

15.5 Anexo 5: Pauta de evaluación de notificación GES.

16 ARCHIVO

El presente documento se mantendrá archivado en la unidad de GES, y las copias serán distribuidas a los directivos, jefes de servicios y encargados de unidades de apoyo, donde se mantendrá archivado en formato digital o físico.

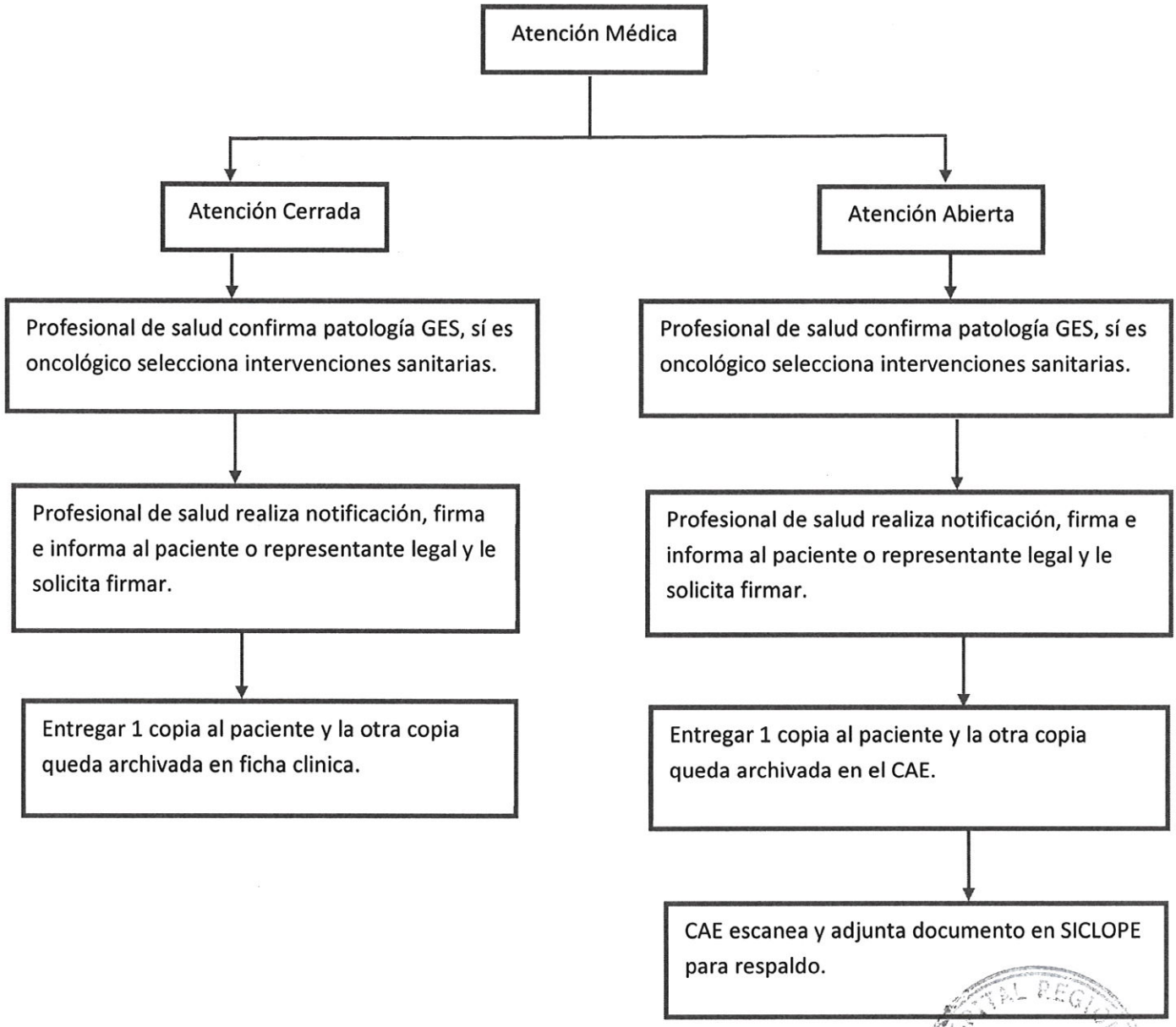
Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

17 REVISIONES Y MODIFICACIONES DE LA VERSIÓN ORIGINAL.

Fecha	Sección	Modificación realizada	Responsable
Mayo	Descripción del proceso	Se modifico descripción de oportunidad para realizar notificación. Se incorporan 1 nueva intervención sanitaria y se modifica diagnóstico por diagnóstico/etapificación.	Paulina Vargas
Mayo	Almacenamiento de Formularios de notificación.	Se modifico proceso de almacenamiento.	Paulina Vargas
Mayo	Anexo 2	Se modifica formato de notificación GES.	Paulina Vargas
Junio	Descripción del proceso	Se modifica diagnóstico/etapificación por confirmación y etapificacion.	Paulina Vargas
Junio	Descripción del proceso	Se incorpora notificación al paciente adolescente.	Paulina Vargas
Junio	Anexo 2	Se modifica formato de notificación GES.	Paulina Vargas

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

Anexo 1: Flujo del Proceso de Notificación GES.



Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

Anexo 2: Formulario de Constancia GES

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES
(Artículo 24°, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: _____
RUN: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE LEGAL: _____
NOMBRE SOCIAL: _____
RUN: _____ PREVISIÓN: _____FONASA _____ISAPRE
DOMICILIO_____ COMUNA_____REGIÓN_____
N° TELÉFONO_____ CORREO ELECTRÓNICO _____

INFORMACIÓN MÉDICA

PROBLEMA DE SALUD GES: _____

☐ Confirmación

PROBLEMA DE SALUD GES ONCOLÓGICO: _____

☐ Sospecha ☐ Confirmación ☐ Etapificación ☐ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Rehabilitación

TIPO ATENCIÓN

☐ Presencial ☐ Teleconsulta

CONSTANCIA:
Tomo conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, en la medida que me atienda en la red de Prestadores que asigne el Fonasa o la isapre, según corresponda.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: _____

_____ _____
INFORMÉ PROBLEMA SALUD GES **TOMÉ CONOCIMIENTO**
(Firma de persona que notifica) (Firma o huella dactilar del paciente o representante)

En la modalidad de **TELECONSULTA**, en ausencia de firma o huella, se registrará el medio a través del cual el paciente o su representante tomó conocimiento:

Correo electrónico ☐ **carta certificada** ☐ **otros (indicar)** _____

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

NOMBRE: _____ RUN: _____
N° TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

IMPORTANTE:

Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

Anexo 3: PATOLOGIAS GARANTIZADAS

1. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
3. Cáncer cérvico-uterino
4. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado
5. Infarto agudo de miocardio
6. Diabetes Mellitus tipo I
7. Diabetes Mellitus tipo II
8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más
9. Disrafias espinales
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa
13. Fisura Labiopalatina
14. Cáncer en personas menores de 15 años
15. Esquizofrenia
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
17. Linfomas en personas de 15 años y más
18. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA
19. Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años
20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
23. Salud oral integral para niños y niñas de 6 años
24. Prevención de parto prematuro
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
26. Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
27. Cáncer gástrico
28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más
30. Estrabismo en personas menores de 9 años
31. Retinopatía diabética

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático
33. Hemofilia
34. Depresión en personas de 15 años y más
35. Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas
36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
39. Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años
40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años y más
46. Urgencia odontológica ambulatoria
47. Salud oral integral del adulto de 60 años
48. Politraumatizado grave
49. Traumatismo cráneo encefálico moderado o grave
50. Trauma ocular grave
51. Fibrosis quística
52. Artritis reumatoidea
53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
54. Analgesia del parto
55. Gran quemado
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
57. Retinopatía del prematuro
58. Displasia broncopulmonar del prematuro
59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
61. Asma bronquial en personas de 15 años y más
62. Enfermedad de Parkinson
63. Artritis idiopática juvenil

HOSPITAL REGIONAL ASESORÍA JURÍDICA ANTOFAGASTA

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

64. Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal
65. Displasia luxante de caderas
66. Salud oral integral de la embarazada
67. Esclerosis múltiple remitente recurrente
68. Hepatitis crónica por virus hepatitis B
69. Hepatitis C
70. Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más
71. Cáncer de ovario epitelial
72. Cáncer vesical en personas de 15 años y más
73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más
74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
77. Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años
78. Lupus eritematoso sistémico
79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más
80. Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori
81. Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más
82. Cáncer de tiroides diferenciado y medular en personas de 15 años y más
83. Cáncer renal en personas de 15 años y más
84. Mieloma múltiple en personas de 15 años y más
85. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias
86. Atención Integral de Salud en Agresión Sexual Aguda
87. Rehabilitación SARS COV-2

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

Anexo 4: Ficha de indicador

Nombre del indicador	% De pacientes ingresados a GES con formulario de constancia información con datos completos.
Tipo indicador	Resultado
Fórmula	Número de pacientes ingresados a GES con formulario de constancia información con datos completos evaluados en el periodo / Número de pacientes ingresados a GES evaluados en el mismo periodo x 100
Definición de términos	No aplica
Umbral de cumplimiento	100%
Fuente primaria	Formulario de constancia información al paciente GES.
Fuente secundaria	Planilla Excel de evaluación.
Metodología	La muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral para indicadores clínicos de calidad de con universo conocido (ubicada www.supersalud.cl), con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de evaluaciones que serán aplicadas por mes. Para determinar los días del mes, que serán aplicadas la muestra, se randomizaran 10 días y se aplicarán 2 evaluaciones en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Se seleccionarán los 2 primeros formularios de notificación que ingresan a la unidad de GES de la patología seleccionada.

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

	Mecanismos de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con formulario de notificación el día seleccionado, se aplicará la pauta al siguiente día hábil.
Periodicidad	Trimestral
Responsable de la medición	Jefa unidad de GES

HOSPITAL REGIONAL ASESORÍA JURÍDICA ANTOFAGASTA

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán" Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

Anexo 5: Pauta de evaluación de notificación GES.

RG-IIH-25-01. Pauta de evaluación de Notificación GES

MES EVALUADO			Parámetros a evaluar											Evaluador
UNIDAD:														
Fecha de evaluación		RUT	Fecha y Hora de Notificación	Notificación oportuna	Diagnóstico	Datos del profesional que notifica	Datos del paciente	Etapa de Intervencion Sanitaria	Tipo de atención (si es teleconsulta especificar el medio de la toma conocimiento)	Firma profesional que notifica	Firma del paciente o represnetante legal	Cumplimiento		
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

0 = No cumple con el parámetro solicitado 1 = cumple con el parámetro solicitado NA: No aplica

Pauta de evaluación del formulario de constancia GES:

1. Registra fecha y hora de notificación
2. Notificación oportuna
3. Registra diagnóstico
4. Registra nombre y apellidos del profesional que notifica
5. Registra nombre y apellidos del paciente
6. Etapa de Intervención Sanitaria que este cursando el paciente
7. Modalidad de atención presencial o teleconsulta.
8. Firma del profesional que notifica
9. Firma del paciente o representante legal
10. Cumplimiento

Este documento es propiedad del Hospital Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.