

## INFORME SEMESTRAL DE SERVICIO DE SALUD

### HOSPITAL AMIGO (SICARS)

Proceso: Segundo Semestre 2025

Año: 2025

### SIGLAS Y ABREVIACIONES

HA	Hospital Amigo
SICARS	Sistema de Información de Calidad de Atención y Resultados Sanitarios
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SS	Servicio de Salud

### Objetivo

Contar con información respecto de la evaluación y gestión de los Servicios de Salud sobre la pauta de chequeo de HA.

### Ítems para considerar

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SALUD A EVALUAR	
Nombre del Servicio de Salud	S.S. Viña del Mar Quillota
Responsable de la aplicación de la pauta de chequeo de HA	Lilian Verdugo Vargas
Fecha de evaluación	20-10-2025 a 31-12-2025
Nombre del Hospital	Hospital de Viña del Mar Dr. Gustavo Fricke
Complejidad	Mayor
Responsable técnico del servicio de Salud	LILIAN VERDUGO VARGAS Y TANIA OLGUIN VÁSQUEZ

APLICACIÓN DE LA PAUTA DE CHEQUEO	
Máxima autoridad	NO
Nombre del equipo directivo	Priscilla Jeanette Luna vial
Servicios clínicos	Medicina, Maternidad, Urgencia, Pediatría, otras

RESULTADO DE EVALUACIÓN	
Diagnóstico	Muy buen cumplimiento, en general. El hospital ha logrado superarse en estas materias, de una forma notable.
Dificultades	Se debe contar con un Plan anual de trabajo HA, de acuerdo a normativa técnica MINSAL. Se compromete su regularización en el 2026.

Análisis	Muy buen cumplimiento. Siempre será necesario reforzar continuamente los puntos: 3. Horario de entrega de información médica y 6. Entrega de información médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria
Actividades del SS	Se realizará visita de monitoreo de cumplimiento y mantención de medidas HA en el primer semestre del año 2026
Fecha de acompañamiento	08-01-2026
Acción/acciones del acompañamiento	Se realizará visita de monitoreo de cumplimiento y mantención de medidas HA en el primer semestre del año 2026

## Resultado de la Evaluación

Medidas	Resultado
<b>1.Liderazgo Institucional</b>	
1.1.Se cuenta con un documento de carácter institucional que defina las acciones de parte de la dirección para el desarrollo de la estrategia de Hospital Amigo.	Si
1.2.Se cuenta con registro que evidencie la implementación o desarrollo de los lineamientos mencionados en el punto anterior.	Si
1.3.Se dispone de medios de difusión, a nivel institucional, dirigidos a los usuarios y comunidad que comuniquen sobre la estrategia de Hospital Amigo.	Si
1.4.Se cuenta con un plan o programa institucional de capacitación dirigido a los funcionarios sobre trato digno y humanización.	Si
<b>2.Horarios de visitas para personas hospitalizadas</b>	
2.1.Se cuenta con un registro o documento de carácter institucional que establezca horario de visitas.	Si
2.2.El registro del punto anterior (2.1) hace mención o define horarios, según tipo de camas.	
2.2.1.Básicas: Se tiene registro de horario de visitas, al menos, de 6 horas diarias.	Si
2.2.2.Medias y Críticas: Se tiene registro de horario de visitas, al menos, de 2 horas diarias.	Si
2.3.Se dispone de medios de difusión clara y visible sobre el horario de visitas, según protocolo institucional.	Si
<b>3.Horario de entrega de información médica</b>	
3.1.Se tiene registro de la entrega de siguiente información.	
3.1.1.Información médica.	Si
3.1.2.Horarios de entrega de información.	Si
3.1.3.Identificación de la persona o familiar a quien se entregó la información.	Si
<b>4.Identificación visible para personas hospitalizadas</b>	
4.1.Los pacientes hospitalizados cuentan con identificación, al menos de su nombre social.	Si
<b>5.Identificación Institucional del funcionario/a del establecimiento de salud</b>	
5.1.Los funcionarios portan o cuentan con identificación legible y visible.	Si
<b>6.Entrega de información médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria</b>	
6.1.Se cuenta con un horario establecido para la entrega de información a familiar o persona responsable.	Si
6.2.Se cuenta con el siguiente registro de entrega de información.	
6.2.1.Estado de salud del paciente.	Si

6.2.2.Hora en que se entrega de información.	Si
<b>7.Alimentación asistida para personas hospitalizadas</b>	
7.1.Se cuenta con un registro o documento que dé cuenta de la autorización para la alimentación asistida a los pacientes que lo requieran, según indicación médica.	Si
7.2.Se dispone de medios de difusión clara y visible sobre esta medida, según protocolo institucional.	Si
<b>8.Incorporación de la familia o persona responsable al egreso hospitalario</b>	
8.1.Se tiene registro de la identificación de la persona o familiar que acompaña al paciente al momento del egreso hospitalario.	Si
<b>9.Acompañamiento de niños, niñas y adolescentes hospitalizados</b>	
9.1.Se cuenta con un protocolo que indique cómo se hará efectivo el acompañamiento diurno y nocturno para la unidad o recinto clínico.	Si
9.2.Se dispone de medios de difusión clara y visible sobre el acompañamiento, según protocolo institucional.	Si
<b>10.Acompañamiento significativo para mujeres o personas gestantes</b>	
10.1.Se cuenta con un protocolo que indique cómo se hará efectivo el acompañamiento durante el proceso de parto.	Si
10.2.Se dispone de medios de difusión clara y visible sobre el acompañamiento, según protocolo institucional.	Si
<b>11.Acompañamiento diurno y nocturno a personas mayores, personas con dependencia y/o personas con discapacidad</b>	
11.1.Se cuenta con un protocolo que indique cómo se hará efectivo el acompañamiento diurno y nocturno.	Si
11.2.Se dispone de medios de difusión clara y visible sobre el acompañamiento, según protocolo institucional.	Si
<b>12.Acompañamiento espiritual a personas hospitalizadas</b>	
12.1.Se cuenta con registro de solicitud de acompañamiento espiritual para las personas o familiar que lo requieran	Si
12.2.Se dispone de medios efectivos para contar con acompañamiento espiritual	Si
<b>13.Acompañamiento diurno y nocturno en etapa final de vida</b>	
13.1.Se cuenta con un protocolo que indique cómo se hará efectivo el acompañamiento significativo para personas en etapa final de vida.	Si
13.2.Se dispone de medios efectivos para contar con acompañamiento en etapa final de vida.	Si

**Plan de actividades de las medidas no cumplidas**

No se requiere un Plan de actividades ya que no existen medidas con incumplimientos.

FECHA DE INFORME	
Fecha de reporte	21-01-2026

**Periodos del reporte**

Los SS deben elaborar y tener disponible el presente informe dos veces al año.