



REGLAMENTO INTERNO

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
PEDRO AGUIRRE CERDA

REGLAMENTO INTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN PEDRO AGUIRRE CERDA

Vistas las disposiciones de la Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, en especial lo dispuesto en los artículos 33 y siguientes, en relación con el D.S. N° 40, de 2012, de Salud, que aprobó el Reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la Ley N° 20.584; y las facultades que me confiere el D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud; el D.S. N° 38, de 2005, de Salud, que aprobó el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de salud de menor complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, y la Resolución Afecta N° 2380, de 2011, del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, vengo en dictar el siguiente Reglamento Interno que regulará las atenciones de salud de los usuarios y pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC), y de aquellos derivados de otros prestadores institucionales de salud, públicos y privados:

TÍTULO I Disposiciones Generales

Artículo 1º. Definiciones. Para los efectos de la aplicación e interpretación del presente Reglamento, se entenderá por:

- a. **Instituto:** el Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC) pertenece a la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), constituido como un centro de derivación nacional y de alta especialización en servicios de Rehabilitación. Se caracteriza por ser un prestador institucional de salud de atención abierta y cerrada, de alta complejidad, en atención secundaria y terciaria de adultos y niños, que atiende a pacientes provenientes de cualquier comuna del país. Asimismo, tiene el carácter de establecimiento asistencial-docente, campo de formación profesional, técnica, de investigación y extensión. Buscando el desarrollo de los equipos profesionales y de la comunidad a la que presta servicios fomentando el desarrollo de modelos de atención y la inclusión social de personas en situación de discapacidad.
- b. **Derechos y Deberes de los Pacientes:** es el conjunto de normas que regulan la relación de los usuarios con el Instituto, en el marco de las disposiciones contenidas en la Ley N° 20.584 y su normativa reglamentaria que la complementa.
- c. **Usuario:** persona natural que recibe una atención de salud, su representante o cuidador en su caso, sus familiares y demás personas que la acompañen o visiten.
- d. **Equipo de Salud:** grupo humano conformado por toda persona que tenga como función la realización de algún tipo de prestación o atención de salud o participación directa o indirecta en ellas. Comprende, en sentido amplio, a profesionales, auxiliares, técnicos, docentes, tutores y alumnos en formación, tanto del área de la Salud, como de otras que tengan participación en el quehacer de salud.

- e. Atención Cerrada:** es aquella acción de promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y habilitación, o de apoyo diagnóstico o terapéutico, que se otorga a las personas usuarias, en régimen de internación u Hospitalización en el Instituto, en el caso específico el abordaje es a través del enfoque biopsicosocial.
- f. Atención Abierta:** es aquella acción de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, o de apoyo diagnóstico o terapéutico, que se otorga a las personas naturales, en forma ambulatoria.
- g. Médico Tratante:** Médico a cargo del diagnóstico o intervención en rehabilitación del usuario, responsable de proporcionarle información a éste o a quien él designe, en relación a los siguientes aspectos: el estado de su salud, diagnóstico de su condición de salud, las alternativas de intervención disponibles y los riesgos que ello pueda representar, así como el pronóstico esperado, y el proceso previsible de rehabilitación, de acuerdo con sus factores personales y contextuales del entorno.
- h. Equipo de Rehabilitación:** profesionales del ámbito de la salud, educación, ciencias sociales y/u otros que realizan acciones para optimizar el funcionamiento de las personas, facilitando el máximo desempeño en las actividades del individuo y optimizando su participación tanto a nivel familiar como social. Estas acciones deben estar dirigidas a todos los ámbitos de la ocupación humana con intervenciones con las personas así como con la familia y su entorno derribando barreras y potenciando los facilitadores para la inclusión social y mejore la calidad de vida de las personas.
- i. Gestión de camas:** La Gestión de Camas se refiere a la preocupación por manejar el recurso cama de la mejor manera posible, coordinando ingresos y altas, urgencia y cirugías programadas. En nuestro caso se suma la evaluación de la pertinencia de las solicitudes de hospitalización de otros establecimientos y la priorización de los usuarios.
- j. SSMO:** Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
- k. FONASA:** Fondo Nacional de Salud.
- l. ISAPRE:** Instituciones de Salud Previsional.
- m. Superintendencia de Salud:** organismo fundado en 2005 que tiene como funciones principales supervigilar y controlar a las Isapres y al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Además de fiscalizar también a todos los prestadores de salud públicos y privados.
- n. Institutos Nacionales:** De acuerdo a definición: “Los Institutos Nacionales de Especialidades constituyen hospitales públicos de alta complejidad, autogestionados y centros de derivación en sus respectivas patologías a nivel país.

Según la Ley establece, la misión de los Institutos es asistencial y a la vez docente, pues son centros formadores principales de la especialidad. El ámbito docente constituye a la vez un pilar fundamental para la calidad asistencial. Como centros formadores deben contribuir a desarrollar

una enseñanza de alto nivel para todas las carreras de la salud, tanto para los profesionales como para técnicos paramédicos.

Junto con el trabajo académico deben desarrollar investigación clínica que permita producir información científica propia y de buena calidad, contribuyendo al desarrollo de la respectiva especialidad. Como centros de referencia nacional, deben orientar a las autoridades en el diseño de políticas y en los modelos de organización y gestión de la atención de la especialidad, curativa y preventiva a lo largo del país”, Decreto 38 del 2 del 6 del 2005.

Artículo 2º. De la observancia del reglamento interno. Los usuarios del Instituto, tienen el deber de respetar y hacer respetar el presente Reglamento Interno del Instituto. Asimismo, tienen el deber de informarse acerca del funcionamiento del Instituto, para los fines de la prestación que requiere, especialmente, respecto de los horarios y modalidades de atención. Igualmente, deberán informarse acerca de los procedimientos de consulta, recepción de felicitaciones y reclamos establecidos. Por el sólo hecho de requerir su atención en el Instituto, se presume que los usuarios han tomado conocimiento del presente Reglamento, sin perjuicio de las medidas de difusión que la Dirección del Instituto establezca.

Los funcionarios y funcionarias del Instituto igualmente tienen el deber de respetar y hacer respetar el presente Reglamento Interno, comunicándole a su jefatura directa sobre las inobservancias a sus normas que adviertan en el desempeño de sus funciones.

Artículo 3º. Del respeto a los funcionarios y entre los usuarios. Los usuarios del Instituto, deberán observar durante todo el tiempo que permanezcan dentro de las dependencias e instalaciones del establecimiento, y en toda circunstancia, un trato respetuoso y digno hacia los funcionarios y funcionarias del Instituto, así como respecto de los demás usuarios. También deberán cuidar de las instalaciones, mobiliario, equipamiento e insumos, debiendo conservar la higiene y aseo del lugar.

Toda acción, tales como insultos, contactos y acosos físicos, amenazas, agresiones, comportamientos temerarios, u omisiones, que contravengan el presente Artículo por parte de los usuarios podrán dar lugar a las consecuencias administrativas señaladas en el Título Final del presente Reglamento, y a las consecuencias legales correspondientes, de conformidad a la normativa vigente.

TÍTULO II

Párrafo 1: De las normas sobre ingreso, estadía y egreso de la modalidad de hospitalización del establecimiento

Artículo 4º. De la información. En el Instituto existe una instancia de información al usuario sobre las atenciones de salud, la forma de acceder a ellas y su valor, en su caso, las condiciones previsionales requeridas, antecedentes que debe acompañar el usuario y los trámites que debe efectuar para obtener dicha atención. Dicha instancia está constituida por la **Unidad de Gestión de Información y Atención de Usuarios (UGIAU)** y la **Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS)**.

Artículo 5º .De los Deberes. Conforme a las disposiciones legales vigentes, toda persona que solicite o reciba atención de salud por parte del establecimiento, sus familiares, representantes o quienes le visiten o acompañen, tienen los siguientes deberes:

- Conocer y respetar el presente Reglamento Interno de la institución.
- Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto, respondiendo por los perjuicios conforme a la legislación vigente
- Mantener, él y sus acompañantes y visitas, un trato respetuoso a los integrantes del equipo de salud y con todo el personal del establecimiento.
- Velar por el cuidado de los menores de edad con los que asistan al recinto hospitalario.
- Colaborar con los miembros del equipo de salud que lo atiende cuando estos lo soliciten.
- Entregar información y antecedentes veraces.
- Asistir a las horas agendadas o avisar con anticipación su inasistencia.
- Pagar las prestaciones recibidas cuando corresponda.
- Seguir las indicaciones y tratamiento acordados con su médico tratante.
- Ser un actor presente y activo en el proceso de rehabilitación.
- Respetar la señalética.
- No fumar en el recinto (Ley del tabaco Nº 20.660).
- No ingresar en estado de ebriedad.
- Respetar Normas de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).

Lo anterior, sin perjuicio de los demás deberes y obligaciones del paciente, que establezcan en los artículos siguientes.

Artículo 6º. Del ingreso. Para ingresar al sistema de hospitalización del establecimiento, se debe realizar previamente el ingreso médico. El paciente deberá traer sus exámenes, ayudas técnicas y silla de rueda personal según sea necesario y seguirá las instrucciones indicadas por Admisión y luego por la enfermera de Hospitalización quien realizara el ingreso de enfermería y el plan de cuidados de enfermería que incluye el sistema de identificación, el plan de prevención de caídas y de prevención de úlceras por presión.

Artículo 7º. De la estada. Durante su estada (hospitalización) en el Instituto, el paciente tendrá asignada una sala y cama, así como un equipo de rehabilitación designado y deberá seguir las instrucciones que al efecto le señale el personal de salud. En el evento que el médico tratante determine la pertinencia de realizar algún procedimiento diagnóstico o terapéutico, el paciente y/o su tutor deberá recibir información apropiada para determinar si otorga su consentimiento a éste, lo que deberá manifestarse a través del instrumento institucional denominado "Consentimiento Informado".

Artículo 8º. Del egreso. El egreso de un paciente procederá siempre que exista una orden del médico Fisiatra, registrada en el sistema de gestión de camas, sin perjuicio de lo señalado en el Párrafo 3º del Título III del presente Reglamento.

Los pacientes no podrán salir del recinto hospitalario durante su hospitalización sin previa autorización del médico tratante.

Artículo 9º. De las visitas. Los usuarios del Instituto, en régimen de internación u Hospitalización, tendrán derecho a ser visitados o acompañados por sus familiares y amigos, a menos que su

asistencia signifique un riesgo para su tratamiento, obstaculice el normal desarrollo de las acciones clínicas y administrativas o el resguardo de los bienes institucionales del Instituto. La presencia de la familia o el cuidador durante el proceso de rehabilitación será una condición deseable dado que se pretende que la familia sea un actor participe del proceso junto al equipo de rehabilitación.

Se prohíbe a los pacientes, sus familiares y/o visitas cualquier comportamiento que contravenga al orden público, la moral y las buenas costumbres. Se prohíbe, asimismo, las actividades sexuales de cualquier tipo, consumo de drogas ilícitas, alcohol, tabaco, práctica de juegos de azar y cualquier actividad que atente contra la dignidad e integridad física y psicológica de otros usuarios y personal del Instituto.

Asimismo, los familiares, acompañantes y/o visitas de los pacientes deberán de abstenerse de concurrir a las dependencias del Instituto en caso de presentar síntomas de enfermedades contagiosas que pongan en riesgo la salud y/o seguridad de los demás pacientes.

La contravención a este Artículo por parte del paciente o su familia, autorizará a decretar su alta disciplinaria, de conformidad con las normas establecidas en el Párrafo 3º del Título III del presente Reglamento; por su parte la vulneración de este artículo por otros usuarios, dará derecho a decretar su salida forzosa del Instituto, así como impedir su ingreso.

Lo dispuesto en el inciso segundo del presente artículo, será exigible a cualquier persona que ingrese a las dependencias del Instituto.

Artículo 10º. Sobre el acceso de mascotas o animales. Los usuarios, acompañantes, familiares y visitas no podrán circular por las dependencias del Instituto con ningún tipo de animal o mascota. Se exceptúan los animales con fines terapéuticos, los perros guías, de señal, de servicio y de respuesta consignados en la Ley N° 20.422, que establece normas para la plena integración social de personas con discapacidad.

Artículo 11º. De los horarios de visita y acompañamiento de las personas. Los siguientes son los horarios de visitas a usuarios hospitalizados: Horarios:

❖ Salas de rehabilitación (cama de rehabilitación de mediana complejidad) ✓

Acompañamiento por familiar significativo 24 horas: desde las 8 AM.

- ✓ Acompañamiento nocturno: ingreso hasta las 20 horas y retiro a las 9 hrs.
- ✓ Horario de visitas: 11 a 17 hrs.

❖ Salas UCE (cama de rehabilitación alta Complejidad)

- ✓ Acompañamiento por familiar significativo de 11 a 19 horas.
- ✓ Horario de visitas: 11 a 17 hrs. (por condiciones de la unidad y del tipo de pacientes, el número de visitas es más restringido).

Se podrá restringir el acceso de las visitas en forma transitoria por necesidades propias de la Unidad, pero siempre se permite la permanencia del familiar significativo.

En cualquier momento se le podrá solicitar retirarse momentáneamente de la sala cuando se efectúen procedimientos y el equipo de salud lo considere necesario.

El Instituto mantendrá a disposición de los usuarios y ciudadanía en general, los horarios de funcionamiento, de visita y las señales de vías de evacuación existentes.

Se prohíbe estrictamente la visita a usuarios hospitalizados, de menores de 12 años de edad, salvo excepciones, en las cuales, personal de enfermería podrá autorizar el ingreso de menores de edad, por un periodo acotado de tiempo. Dentro del sector de hospitalizados se permitirá como máximo 2 visitas por paciente y en las unidades clínicas 1 acompañante.

Los usuarios hospitalizados podrán salir de la unidad de hospitalización con sus visitas solo previa autorización de la enfermera y siempre con un adulto responsable. La Subdirección Médica podrá restringir la salida de la unidad por motivos fundados.

Artículo 12º. Del régimen de acompañamiento durante las 24 horas. En el ingreso de enfermería se le explicará al usuario y familia los horarios de visita y el derecho a acompañamiento por familiar significativo 24 horas. Además se les explicaran las normas de funcionamiento. Cada vez que la familia quiera hacer uso del acompañamiento nocturno (sólo en salas de rehabilitación), deberá avisar a la enfermera, para obtener la autorización (sólo en la primera oportunidad se le entregara un informativo para su firma).

En el caso del acompañamiento nocturno podrá ingresar hasta las 20 horas y su horario de retiro será a contar de las 8 horas del día siguiente. Sólo se acepta en este caso una persona por usuario hospitalizado, la que deberá observar las instrucciones que se le impartan al efecto y lo señalado en el presente Reglamento.

Además si algún acompañante llegase a cumplir las 24 horas en el instituto, deberá retirarse a descansar, pues puede ser un riesgo para él o usuario hospitalizado ya que no ha tenido el descanso adecuado.

Artículo 13º. De la posibilidad de recibir asistencia religiosa o espiritual. Los usuarios del Instituto podrán recibir asistencia religiosa o espiritual, según su credo y/o religión. En todo caso, dicha asistencia podrá ser provista por el propio interesado o también por la Institución, procurando no alterar el normal desarrollo de las acciones clínicas y administrativas y garantizando la protección de los derechos de los demás pacientes.

La Asistencia Religiosa debe ser entregada por personas acreditadas para tal efecto, para lo cual deberán estar previamente autorizados para la asistencia por la Subdirección del Gestión del Cuidado y Calidad.

Artículo 14º. De los horarios de funcionamiento del establecimiento. El Instituto, en su condición de centro de derivación nacional, funciona las 24 horas y todos los días del año, con sistema de

turnos horarios para la atención de usuarios hospitalizados. La atención ambulatoria es de lunes a viernes de 8:00 a 17:00, en general, pudiéndose extenderse en algunas actividades.

Artículo 15º. De la modalidad de agendamiento de horas. Para recibir atención ambulatoria los usuarios deben ser derivados por sus médicos tratantes por medio de una interconsulta o concurrir en forma espontánea ingresando según evaluación de pertinencia del médico fisiatra y priorización de atención acorde al perfil de atención y disponibilidad de horas.

Asimismo, para obtener la Hospitalización en el Instituto, los usuarios serán coordinados a través de la Unidad de Gestión de Camas y Hospitalización del Instituto.

Artículo 16º. De la atención ambulatoria. Para acceder a la atención ambulatoria, los usuarios deberán acreditar su identidad, mediante la exhibición de la respectiva cédula de identidad. No se practicarán exámenes, u otros procedimientos, sin la presentación de la orden médica en original.

Asimismo, todo paciente que requiera atención ambulatoria en el Instituto, deberá acreditar su condición previsional. Para tales efectos, el único medio de verificación previsional es el Certificador Previsional de FONASA, a la cual accede el funcionario de Admisión con el número de R.U.N. /R.U.T. del paciente. Se exceptuaran de estas condiciones aquellos pacientes migrantes que deberán ser autorizados para la atención por la calificadora respectiva de servicio Social según la normativa establecida por el MINSAL.

Igualmente, el usuario que deba realizarse exámenes y/o procedimientos específicos, deberá dar cumplimiento a la preparación previa exigida para tales efectos, según lo informado por el profesional tratante, lo que será sometido a comprobación como requisito para ser atendido.

Es responsabilidad exclusiva del usuario o su representante, en su caso, dar aviso oportuno de la imposibilidad de asistir a la hora agendada previamente. Para ello, deberá comunicarse con la Unidad de Admisión en el caso de consultas médicas y a la unidad respectiva, en el caso de las otras atenciones.

El usuario deberá llegar con la anticipación previamente indicada al momento de que se haya agendado su hora. Por respeto al resto de los usuarios y no afectar su atención oportuna, el servicio podrá decidir no atender a quienes lleguen con retraso mayor a 20 min y no cumplan con las reglas de puntualidad requeridas. En este caso, el servicio podrá ofrecer alternativas de atención.

Si por motivo de caso fortuito o fuerza mayor, no se pudiera llevar a cabo las consultas o procedimientos agendados, el Instituto coordinará con el usuario una nueva hora a la brevedad posible.

Artículo 17º. Del derecho a compañía durante la atención ambulatoria. El paciente podrá ingresar al box de atención ambulatoria acompañado por un adulto, a solicitud expresa del paciente. Dicha persona podrá pedir aclaración de la información proporcionada por el profesional tratante al paciente, en su presencia, resguardando en todo momento el deber de confidencialidad. En el caso de menores de edad, es obligación la presencia del tutor legal o acompañante adulto responsable para su atención.

Artículo 18º. Durante el proceso de atención, es deber del paciente o su tutor legal efectuar las consultas y preguntas que sean pertinentes para una adecuada comprensión respecto de su diagnóstico, tratamiento y otras indicaciones. Lo anterior, es sin perjuicio de lo que se señalará en el Párrafo 2º del Título III del presente Reglamento.

Artículo 19º. De la atención cerrada. El acceso a la Hospitalización en el Instituto se debe producir siempre por una indicación médica. La internación del paciente será gestionada por encargado de Gestión de Camas y Hospitalización del Instituto, el que se comunicará con el paciente o su representante, en su caso, para informarle las condiciones y preparación que se deben cumplir para tales efectos.

Asimismo, todo paciente que requiera ser internado en régimen de atención cerrada en el Instituto, deberá acreditar su condición previsional. Para tales efectos, el único medio de verificación previsional es el Certificador Previsional de FONASA, a la cual accede el funcionario de Admisión con el número de R.U.N. /R.U.T. del paciente. Se exceptuarán de estas condiciones aquellos pacientes migrantes que deberán ser autorizados para la atención por la calificadora respectiva de servicio Social según la normativa establecida por el MINSAL.

En caso de pacientes ISAPRE deberán realizar los procedimientos de admisión y entregar las garantías correspondientes para el pago de la atención al instituto, previo a su ingreso, con la tramitación posterior del programa de atención, acorde al arancel de particulares.

Igualmente, el usuario que deba ser internado en régimen de atención cerrada en el Instituto, deberá dar cumplimiento a la preparación previa exigida para tales efectos, según lo informado por el profesional tratante.

Es responsabilidad exclusiva del usuario o su representante, en su caso, dar aviso oportuno de la imposibilidad de presentarse para su Hospitalización en la hora agendada previamente. Para ello, deberá comunicarse con la Unidad de Admisión para que este lo comunique a la Responsable de la gestión de camas.

El usuario deberá llegar con la anticipación previamente indicada al momento de que se haya agendado su Hospitalización. Si por motivo de caso fortuito o fuerza mayor, no se pudiera llevar a cabo la Hospitalización agendada, el Instituto coordinará con el usuario una nueva fecha y hora.

Antes de la internación en régimen de atención cerrada, es deber del usuario o de su representante, en su caso, efectuar las consultas y preguntas que sean pertinentes para una adecuada comprensión respecto de su diagnóstico, tratamiento, intervención, cuando proceda, y otras indicaciones. Lo anterior, es sin perjuicio de lo que se señalará en el Párrafo 2º del Título III del presente Reglamento.

Al momento de su ingreso, el paciente debe declarar todo elemento de uso personal del cual, por prescripción médica, no pueda desprenderse durante su estancia en el establecimiento. Sin perjuicio de lo anterior, el Hospital no se responsabiliza por el extravío, hurto o destrucción de objetos personales del paciente, de sus familiares, representantes o de quienes le visiten o acompañen.

Asimismo, es de exclusiva responsabilidad del paciente, sus familiares, representantes o quienes le acompañen, informar al médico tratante los medicamentos que toma en forma crónica, quien determinará su prescripción o suspensión conforme al estado de salud del paciente.

En el caso de las fotografías y grabaciones por usuarios: Queda absolutamente prohibido a los equipos de profesionales y/o trabajadores, pacientes, su representante, familiares, visitas y/o acompañante, tomar fotografías y realizar grabaciones de audio o imágenes al interior del establecimiento, con cualquier medio (celulares, cámaras, cámaras de video, Tablet, etc.) sin autorización expresa del establecimiento o de los demás pacientes que pudiesen ver afectado su derecho a la intimidad.

En caso de grabaciones de audio, videos y/o fotografías durante las sesiones individuales podrá la familia filmar o tomar fotografías con la autorización del profesional tratante, en caso de grabaciones o fotografías para uso de difusión pública (medios de comunicación o redes sociales) deberá solicitar la autorización a la dirección del establecimiento.

Artículo 20º. Del acceso a la atención cerrada. Para efectos de las prestaciones de atenciones cerradas, el paciente podrá acceder a ellas por:

- a. Derivación desde un Hospital: es aquella en la que el paciente es derivado desde un hospital de la red de salud, habitualmente en etapa subaguda, en este caso se coordina con el establecimiento derivador la fecha y hora del posible traslado, pues está sujeto a la condición del paciente y la disponibilidad de cama ya sea en sala UCE o en salas de rehabilitación.
- b. Admisión paciente programado: es aquella en la que el paciente ingresa al Instituto con fecha establecida, con el objeto de ingresar a la modalidad de hospitalización. El paciente previamente citado, es controlado por el fista en policlínico donde realiza la evaluación y el ingreso médico, luego es derivado a admisión para que lo acompañen al servicio de hospitalizados, donde es recibido por la enfermera de sala para completar su ingreso.

El paciente o cuidador deberá señalar la persona legalmente responsable para los efectos de facilitar la comunicación con el equipo de salud tratante y eventualmente otorgar los consentimientos que pudiesen ser necesarios siempre y cuando el paciente se encuentre imposibilitado de manifestarlo en los términos previstos en la Ley Nº 20.584. El paciente deberá proporcionar datos e información suficientes que permitan tomar contacto oportuno con el/la responsable.

En los menores con caso judicializados o institucionalizados, el establecimiento derivador deberá dejar claramente establecida la situación respecto a tutela del paciente y definir la persona responsable para gestionar los consentimientos informados requeridos.

Artículo 21º. Del procedimiento de referencia y contrareferencia. A los efectos de la coordinación de las órdenes de internación y de gestión de camas del Instituto, se ha definido como responsable del procedimiento de referencia y contra referencia, entre los distintos establecimientos que conforman la Red de salud, a la Unidad de Gestión de Camas y Hospitalización.

Párrafo 3: De la forma de identificación de los usuarios y de las personas que integran el equipo de salud del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda

Artículo 22º. De la identificación de los pacientes. Una vez completado el trámite de admisión, el paciente recibirá un medio idóneo de identificación (brazalete), el que deberá portar hasta el momento de su alta médica, no pudiendo retirárselo hasta que haga abandono de las dependencias del Instituto. En los pacientes de hospitalización diurna deberán ser identificados por Enfermería cada vez que reingresas a su atención y en lo posible mantener su identificación sin retirar en su hogar hasta el alta definitiva.

La instalación del brazalete se realizará de la siguiente manera:

- Ingreso programado o ingreso directo a unidad clínica: La responsabilidad de colocación del brazalete será de la enfermera al momento de realizar el ingreso, quién verificará y ratificará de forma activa, con la ficha clínica, preguntando al paciente su nombre, o confirmando la identidad con el familiar o acompañante.

El instrumento a utilizar será un brazalete de color idealmente transparente y rojo en caso de pacientes con algún tipo de alergia

La pulsera de identificación será escrita a mano con letra legible, registrando al menos los siguientes datos:

- a. Niños y Adultos Hospitalizados:
 - Al menos un Nombre.
 - 2 apellidos, con excepciones de usuarios que tengan 1 apellid

RUT o N° pasaporte en caso de usuarios inmigrantes que no tengan RUT.

- b. Usuario incapacitado de entregar información: Número de ficha clínica transitoria.
NN (en lugar del nombre). - Sexo.
Fecha ingreso.

Los usuarios y/o tutores serán responsables de verificar la exactitud de los datos consignados en el brazalete, debiendo solicitar inmediatamente su corrección al funcionario que se lo entregó, en caso de advertir algún error u omisión en ellos.

Artículo 23º. De la identificación de las personas que integran el equipo de salud. Todas las personas que integran el equipo de salud deberán portar la credencial de identificación que entrega El Centro de Responsabilidad de Gestión de las Personas del Instituto, que contempla la individualización del nombre completo, función, profesión o cargo, y unidad o servicio del que depende la persona.

Los alumnos de las instituciones de educación superior que se relacionen de forma directa con los pacientes y usuarios, siempre en compañía de su tutor, deberán identificarse a través de medios idóneos coordinados por el Centro de Responsabilidad de Docencia y Cooperación.

TÍTULO III

Párrafo 1: De los procedimientos relacionados con la visita o supervigilancia médica de rutina, de gestión de cuidados cotidianos y alimentación según la condición médica de la persona

Artículo 24º. De los procedimientos relacionados con la visita o supervigilancia médica de rutina. El paciente será evaluado periódicamente por el equipo de Rehabilitación responsable. Por ser éste un Instituto asistencial-docente, la visita profesional es realizada por uno o más profesionales y la discusión clínica entre estos profesionales no necesariamente corresponde al diagnóstico y/o tratamiento definitivo del paciente.

Artículo 25º. De la gestión de cuidados cotidianos. La gestión de cuidados cotidianos será programada en consideración a la naturaleza, condición médica del paciente y necesidades de apoyo en las actividades de la vida diaria por los profesionales de Enfermería.

Artículo 26º. De la alimentación de los pacientes. La alimentación de los pacientes durante la atención cerrada es parte integrante del tratamiento médico y del proceso de rehabilitación. Una vez realizada la indicación médica, ésta será revisada e implementada por los funcionarios responsables de la Unidad de Alimentación, dependiente de la Subdirección Administrativa del Instituto.

Se prohíbe a los usuarios ingresar y proveer alimentos y bebidas de cualquier tipo al paciente en régimen de atención cerrada sin la autorización del médico tratante, así como para el consumo personal de las visitas y familiares en las Salas. Se prohíbe a los usuarios ingerir o consumir los alimentos destinados al consumo y dieta del paciente.

El Instituto no cuenta con instalaciones destinadas a guardar alimentos de los acompañantes, visitas, y/o familiares, solo existen condiciones para calentarlos. Para tales efectos, existen microondas disponibles en las dependencias del Instituto, los cuales no son para preparación de alimentos, lo cual está expresamente prohibido.

Artículo 27º. De algunos elementos relacionados con calidad y seguridad de la atención. En relación a los Eventos Adversos. El Instituto aplicará diversas medidas de carácter institucional para la prevención de eventos adversos, cuya aplicación es de carácter obligatorio, salvo autorización expresa en contrario de la Subdirección Médica, Subdirección de Gestión de Cuidado y Calidad en acuerdo con el médico tratante. Entre estas medidas existen algunas definidas por el Instituto y otras exigidas por el Ministerio de Salud para todos los establecimientos del país, las que se detallan a continuación:

Prevención de caídas. Cada paciente será evaluado mediante una escala que mide el riesgo de caídas. De acuerdo al riesgo detectado, se aplicarán las medidas de prevención definidas en el protocolo institucional, las que deben contar con la colaboración del paciente y sus acompañantes. Estas medidas incluyen, entre otras:

- Uso permanente de las barandas de la cama o cuna en alto.
- Medidas de sujeción para posicionarlo y prevenir caídas ya sea en cama/cuna o en silla de ruedas.
- Freno en cama o cuna y en silla de ruedas.

Alergias. Es deber de los pacientes informar al personal que los atiende si padecen alergias respecto a medicamentos, alimentos u otro, a fin de que éste adopte las medidas que permitan prevenir efectos adversos por este motivo.

Aislamiento. Los pacientes, sus representantes, familiares, visitas y acompañantes deben respetar estrictamente las condiciones de aislamiento y protección especial, en los casos de enfermedades infectocontagiosas y en los casos que determine el médico tratante, el comité de infecciones asociadas a la atención de Salud o la autoridad sanitaria.

Medicamentos. Por razones de seguridad y control, el Hospital proporcionará solamente los medicamentos que sean prescritos por el médico y en dosis unitaria. Está absolutamente prohibida la automedicación de los pacientes o la administración de medicamentos por la familia.

Notificación de eventos adversos. El Hospital posee un sistema interno de vigilancia y notificación de los eventos adversos producidos en la Institución, cuyo objetivo es introducir mejoras y medidas preventivas dirigidas a evitar su ocurrencia.

Prevención de úlceras o lesiones por presión, infecciones asociadas a la atención de salud. El Establecimiento cuenta con un conjunto de medidas establecidas para la prevención y control de

úlceras o lesiones por presión (UPP) e infecciones Asociadas a la Atención de Salud, en pacientes hospitalizados, y el análisis sistemático de los indicadores de seguimiento.

Fotografías y grabaciones. Cuando un procedimiento implique la obtención de fotografías o filmaciones, o éstas se realicen en el contexto de una investigación científica o para fines de capacitación, ello será advertido en los consentimientos informados respectivos.

La toma de fotografías, grabaciones o filmaciones para usos o fines periodísticos o publicitarios, se realizará solamente previa autorización escrita del paciente o de su representante legal.

Párrafo 2: De los procedimientos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas, a su representante legal o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda, la información sobre su estado de salud

Artículo 28º. De la entrega de información. La entrega de información sobre el estado de salud del paciente se realizará directamente a éste, a su representante, o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, por el médico o profesional tratante. Deberá respetarse el derecho del paciente a que no se informe a dichas personas sobre su condición o estado de salud, de lo que se deberá dejar constancia en la ficha clínica, bajo la firma del paciente.

Cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, dicha información le será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de lo anterior, una vez que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informada personalmente.

Tratándose de atenciones de salud de emergencia o urgencia, y el paciente no esté en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, debiendo velarse porque se limite a la situación descrita. Sin perjuicio de lo anterior, la persona deberá ser informada cuando a juicio del médico tratante las condiciones en que se encuentre lo permitan, siempre que ello no ponga en riesgo su vida. La imposibilidad de entregar la información no podrá, en ningún caso, dilatar o posponer la atención de salud de emergencia o urgencia.

Artículo 29º. Todos los pacientes hospitalizados deberán recibir al momento del alta una epicrisis consistente en un informe escrito en el que consten los diagnósticos, su médico tratante principal, las fechas de ingreso y de alta, y las indicaciones a seguir.

Artículo 30º. Certificados. Adicionalmente, los pacientes pueden solicitar, en cualquier momento de su tratamiento, un informe impreso que señale la duración de éste, el diagnóstico y los procedimientos aplicados, así como licencia médica o un certificado que acredite su estado de salud, emitido, de preferencia por el profesional médico tratante. Los profesionales tratantes tendrán un plazo de al menos 1 semana para responder al requerimiento, salvo aquellos informes con fines judiciales que deben ser requeridos por medio del tribunal correspondiente.

Artículo 31. Del consentimiento informado. Todo paciente del Instituto tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, salvo cuando su negativa ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario.

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el médico tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.

Lo anterior, es sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos segundo y tercero del artículo precedente.

En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.

Este proceso se efectuará en forma verbal y escrita, en el caso de hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, atenciones ambulatorias, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, atención de estudiantes y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado de acuerdo a los protocolos establecidos en la Institución. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 10 de la Ley N° 20.584. Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse.

Párrafo 3: De los procedimientos de alta médica, alta disciplinaria, forzosa o voluntaria

Artículo 32º. Del alta médica. El alta médica es el término de la etapa de atención cerrada, ordenada por el equipo tratante, cuando las circunstancias que hicieron necesaria la Hospitalización, aún si no han sido superadas, permiten al paciente continuar su recuperación en otra institución o en forma ambulatoria.

Cuando haya sido determinada por el médico tratante, el paciente hará abandono de la Sala a la hora indicada por el equipo tratante. Previamente, deberá revisar cuidadosamente las instalaciones de la Sala, confirmando que no ha dejado ningún objeto personal al interior de ésta, no respondiendo el Instituto por objetos abandonados en el establecimiento.

Artículo 33º. Del alta disciplinaria y forzosa. El alta disciplinaria es el término de la etapa de atención Abierta o Cerrada que se produce cuando el paciente incurre en maltrato o actos de violencia en contra de los integrantes del equipo de salud, otros pacientes o cualquier persona, o contra las instalaciones y equipamiento del Instituto. También procederá cuando el paciente no da cumplimiento a las normas y deberes que le impone el presente Reglamento Interno del Instituto. Esta medida podrá ser ordenada siempre que no ponga en riesgo la vida del paciente, en los

términos del artículo 35 de la Ley N° 20.584, así como tampoco aplicara en caso de existir restricciones de tipo legal.

El médico tratante, previo a resolverla, deberá solicitar la autorización del Subdirector Médico del Instituto en horario hábil (8 a 17 horas), en caso que se produzca una situación que amerite el alta disciplinaria del paciente en horarios no hábiles, el médico residente estará facultado para proceder sin la autorización correspondiente informando a primera hora del día hábil o en forma telefónica al Subdirector Médico.

A su turno, la alta forzosa es aquella decretada por la Dirección del Instituto, previa consulta al Comité de Ética, en caso que el paciente y/o su representante legal, en su caso, rechace el alta indicada por el tratante, originada por la voluntad del paciente de no ser tratado, interrumpir su tratamiento o por su negativa a cumplir las prescripciones del equipo de salud. Procederá siempre que no ponga en riesgo la vida del paciente, en los términos del artículo 35 de la Ley N° 20.584.

Artículo 34º. Del alta voluntaria. La alta voluntaria, es aquella solicitada por el paciente, o su representante legal, con pleno conocimiento de las consecuencias que este acto pudiere originar, en contra de la orden médica y bajo su propio riesgo.

TÍTULO IV

Del comité de ética de que dispone el Instituto y los medios para acceder a él

Artículo 35º. Integración del comité. El Comité de Ética Asistencial del que dispone el Instituto será el comité del Hospital Luis Calvo Mackenna y del Hospital del Salvador según el grupo etario del paciente que requiera del pronunciamiento de dicho comité. Estos estarán integrados por profesionales designados periódicamente, según el Procedimiento Comité de Ética y Dignidad del Paciente de cada uno de esos establecimiento.

Dicho Comité tiene por función asesorar sobre los problemas ético-clínicos que se suscitan en relación a las prestaciones de salud otorgadas por el Instituto. Se hace presente que este Comité no tiene dentro de sus funciones el conocimiento ni la resolución de reclamos, quejas o insatisfacciones de los usuarios, así como tampoco la realización de auditorías, ni imposición de sanciones.

Las opiniones del Comité tendrán siempre el carácter de sugerencia o recomendación y no son vinculantes, ni generan responsabilidad civil o penal a sus miembros.

Artículo 36º. Del acceso al comité. Podrán solicitar la opinión del Comité de Ética Asistencial, los miembros del equipo de salud, el paciente o su representante legal, en su caso, a través de una presentación al Comité en un documento (interconsulta, memorándum, carta o nota firmada, en la que se identifique el recurrente) y entregada en la oficina de partes del Instituto. La Subdirección Médica hará llegar al comité de ética correspondiente el caso presentado para el análisis pertinente.

Las materias que pueden someterse al Comité de que trata este Título, son los siguientes:

- a) El respeto a la dignidad y el derecho a la vida de los pacientes;
- b) Aspectos concernientes a la relación equipo de salud-paciente;
- c) Problemas que se susciten en las relaciones interpersonales entre profesionales de la salud, en relación con la atención del paciente, y que representen dilemas éticos;
- d) Decisiones sobre procedimientos diagnósticos y terapéuticos de excepción, de alto costo o controversiales;
- e) Manejo y tratamiento de pacientes en estado terminal y el derecho a la muerte digna;
- f) Los derechos espirituales de los pacientes y el respeto a la mantención de su interrelación familiar o con personas significativas;
- g) Situaciones conflictivas o riesgosas, tales como hemodiálisis, trasplantes, cirugías de muy alto riesgo u otras;
- h) Problemas emergentes científicos o tecnológicos que involucren cuestiones bioéticas;
- i) Las cuestiones señaladas en los artículos 17 y 18 de la Ley N° 20.584, de derechos y deberes de los pacientes;
- j) Las demás materias, que por su naturaleza, sea pertinente someter al conocimiento del Comité de Ética Asistencial.

TÍTULO V

De la ubicación y el acceso a la formulación de reclamos, felicitaciones y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos

Artículo 37º. Del Servicio de Atención al Usuario. El Instituto cuenta con un procedimiento interno de gestión de consultas sugerencias, opiniones y reclamos, cuyo texto está permanentemente a disposición de los usuarios. Su recepción y tramitación están a cargo de personal habilitado en la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) quienes velarán por la oportuna respuesta a los afectados según establece la ley.

La OIRS tiene por función gestionar y coordinar las consultas, sugerencias, felicitaciones y reclamos de los usuarios que acuden al establecimiento, facilitando sus trámites asistenciales y administrativos con la finalidad que reciba una atención en forma oportuna. En sus dependencias se encuentra a disposición de los usuarios los formularios de Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones. Además se cuenta con buzones en los sectores de Hospitalizados, Servicio de Odontología, Servicio de Imagenología y Policlínico Ambulatorio donde el usuario podrá realizar su solicitud (reclamo, sugerencias o felicitaciones) en caso que OIRS se encuentre cerrada.

Artículo 38º. De los reclamos. Podrán presentar reclamos el paciente por sí mismo, su representante legal cuando el paciente estuviere imposibilitado, o la persona que tiene al paciente bajo su cuidado, situaciones todas que deberán acreditarse en caso de que el paciente sea mayor de edad, mediante la presentación de un poder simple firmado ante Notario, de conformidad a los términos de la Ley N° 20.584 de derechos y deberes.

Será requisito esencial que el usuario indique claramente su teléfono y dirección, con el objeto hacerle llegar la constancia de recepción del reclamo. Asimismo, podrá indicar su dirección de correo electrónico, si desea ser notificado de la respuesta a su reclamo por dicho medio.

Los usuarios deberán abstenerse de utilizar un lenguaje inapropiado o injurioso.

En la gestión de los reclamos presentados, el Servicio de OIRS deberá dar cumplimiento a las normas establecidas en la Ley N° 20.584, así como en el D.S. N° 35, de 2012, de Salud, que aprobó el Reglamento sobre el Procedimiento de Reclamo de la Ley N° 20.584, de derechos y deberes de los pacientes.

TÍTULO VI

Párrafo 1: De Los mecanismos implementados para asegurar el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad de la atención de salud

Artículo 39º. De la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Se encuentra constituida por resolución institucional. Tiene por objetivo garantizar el nivel de seguridad y calidad de la atención clínica proporcionando las directrices generales para todo el establecimiento, en materias de seguridad del paciente, derivadas de las normas del Ministerio de Salud, desarrollando acciones destinadas a evaluar la calidad de las prácticas a través de Programas de Supervisión y Acreditación Interna y de desarrollar acciones destinadas a implementar Programas de Mejoría Continua de la Calidad y Seguridad del Paciente.

Artículo 40º. De la observancia de las instrucciones ministeriales. La Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente es la encargada institucional de velar por el cumplimiento de las normas y protocolos que sobre esta materia emita el Ministerio de Salud. Asimismo, debe desarrollar las condiciones que permitan implementar la Garantía de Calidad del Régimen GES acorde a instrucciones de la Superintendencia de Salud y sus aclaraciones a los estándares definidos.

Párrafo 2: Del Centro de Responsabilidad de Docencia y Cooperación del Instituto (CR DC)

Artículo 41º. De los convenios asistenciales docentes. Todo centro formador que tenga alumnos en las dependencias del Instituto debe mantener Convenio Asistencial Docente vigente con el establecimiento. Dichos convenios deberán ajustarse a la normativa emanada por el Ministerio de Salud, a saber, la contenida en el Decreto Exento N° 254, de 2012, de Salud o la que la reemplace en el futuro. Así como a las facultades establecida en la Ley de hospitales Autogestionados para los directores de hospitales.

Artículo 42º. Del CR DC. La Dirección del Instituto cautela el quehacer de los alumnos de los distintos Centros Formadores en convenio, los trabajos de investigación científica biomédica y la extensión, desde el punto de vista académico, a través de su Centro de Responsabilidad de Docencia y Cooperación "CR DC".

Artículo 43º. Del carácter asistencial-docente del Instituto. El Instituto es una Institución Asistencial Docente, en consecuencia, los pacientes podrán ser atendidos por alumnos de Pregrado o Post grado, de distintas carreras de las instituciones de educación superior, en convenio vigente con el

Instituto siempre que exista el consentimiento y se ajuste a los procedimientos definidos por la institución.

La actividad docente y de investigación son actividades propias de la institución acorde al REGLAMENTO ORGANICO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEMENOR COMPLEJIDAD Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTIONEN RED (Decreto 38 del 2 del 6 del 2005), en tanto dicho reglamento establece que los institutos de alta especialidad son centros asistenciales de referencia, de investigación y de formación de personal, sus funcionarios deberán facilitar los procesos docentes asistenciales como parte de sus funciones, así como la extensión y cooperación como instancias de difusión del que hacer institucional y la generación de conocimiento en la especialidad.

Artículo 44º. La Dirección del Instituto, a través de su CR DC, exige que todas las instituciones de educación superior, en convenio vigente con el Instituto, cumplan con los requisitos preestablecidos por esta, con el fin de cautelar la atención brindada por los alumnos a los pacientes.

Artículo 45º. Todo profesional y/o técnico que desee hacer una pasantía en el Instituto debe estar autorizado por la Dirección de éste. A través del CR DC se cautela que se cumplan todos los requisitos pre-establecidos para estos efectos, manteniendo un registro actualizado de cada pasante, a fin de resguardar la seguridad de los pacientes.

Párrafo 3: De la investigación en el establecimiento

Artículo 46º. Toda Investigación Científica Biomédica realizada en el Instituto, deberá estar autorizada por el comité de investigación, instancia que velara por que se cumplan todos los requisitos establecidos en la ley y que resguardan los derechos de los usuarios. El comité de Investigación determinara la pertinencia y verificara la aprobación por el comité de ética respectivo.

Con posterioridad a la autorización del Comité de ética, el comité de investigación debe gestionar la emisión de la Resolución aprobatoria, cautelando los intereses del Instituto y de los usuarios. Sólo una vez que la autoridad emita dicha resolución, se podrá dar inicio al trabajo de investigación.

Artículo 47º. La Dirección del Instituto, a través del comité de investigación, genera líneas de Extensión Académica, a través de las redes establecidas con las diferentes Universidades, Institutos y Centros de Salud tanto públicos como privados a lo largo de todo Chile, dirigidas al perfeccionamiento de su personal o profesionales de la Red asistencial, con lo cual se optimiza la calidad de la atención a nuestros usuarios.

TÍTULO VII

De las diversas vías de evacuación existentes

Artículo 49º. De las vías de evacuación. En caso de emergencia, las vías de evacuación se encuentran señalizadas en los pasillos del establecimiento. Igualmente, las zonas de seguridad se encuentran en los patios y estacionamientos del Instituto y están debidamente demarcadas.

Artículo 50º. De los encargados de la evacuación. En caso de contingencia, los funcionarios del Instituto encargados de dirigir la evacuación de acuerdo al Plan de Emergencia y Evacuación Institucional, tomarán el control de la situación e impartirán instrucciones para la correcta evacuación del Instituto. Los usuarios deberán observar en todo momento dichas instrucciones. Los funcionarios del instituto están obligados a conocer el plan de emergencia y facilitar la evacuación de los usuarios

Artículo 51º. Mapa de vías de acceso y evacuación. El mapa de evacuación establece las vías de acceso y evacuación del Instituto. Dichos mapas deben encontrarse en las unidades y deben ser de conocimiento de los usuarios.

TITULO FINAL

Párrafo 1: Del incumplimiento de las normas del presente reglamento y de las sanciones

Artículo 52º Las jefaturas y los funcionarios que consideren exista una vulneración en el cumplimiento del reglamento deberán hacer la denuncia por escrito a la dirección a fin de evaluar las posibles sanciones. En caso de situaciones que ameriten un alta disciplinaria será directamente resolución de la SDM.

Artículo 53º. Del incumplimiento del reglamento interno. El incumplimiento de las normas del presente reglamento interno por parte de los usuarios, será sancionado con:

- a) Amonestación verbal;
- b) Restricción de ingreso a las dependencias del Instituto. En caso que el usuario se negare a acatar esta medida, la autoridad del establecimiento (Director o SDM, o jefe de turno en las noches y fin de semana) podrá requerir el auxilio de la fuerza pública para hacerla cumplir;
- c) El alta disciplinaria, en los términos del artículo 33 del presente Reglamento Interno;
- d) Expulsión de las dependencias del establecimiento con auxilio de la fuerza pública.

Lo anterior, es sin perjuicio de la facultad del Instituto de perseguir la responsabilidad penal y/o civil que corresponda de acuerdo con las normas generales.

Artículo 54º En caso de Agresiones verbales el funcionario deberá suspender la atención y notificar a su jefatura directa el cual aplicara el protocolo correspondiente.

Artículo 55º En caso de agresiones físicas el funcionario deberá suspender la atención del usuario y notificar inmediatamente a su jefatura directa a fin de solicitar la expulsión del establecimiento del usuario involucrado según el protocolo definido.

Párrafo 2: De la Vigencia del presente Reglamento Interno

Artículo 56º. De la vigencia del reglamento. El Reglamento Interno del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda regirá desde la aprobación de su Director, mediante la dictación de la respectiva Resolución Exenta, y tendrá duración indefinida mientras no sea sustituido o complementado por una nueva versión.