



MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS
PERSONAS
DIVISIÓN JURÍDICA



**APRUEBA MANUAL QUE FIJA EL
ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN
PARA CENTROS DE TRATAMIENTO Y
REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON
CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA
A ALCOHOL Y/O DROGAS**

EXENTO N° 128

Santiago,

01 OCT 2018

VISTO: Estos antecedentes; lo dispuesto en el artículo 4°, N° 11 y 12 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; lo previsto en el Título II del decreto supremo N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud sobre "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud"; el decreto supremo N° 4, de 2009, del Ministerio de Salud que "Aprueba Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas", lo establecido en el artículo 35 de la Constitución Política de la República; la resolución N° 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. La necesidad de asegurar la calidad de los servicios sanitarios que se otorgan a la población;
2. Avanzar en la instalación del Sistema de Acreditación de prestadores institucionales, con el fin de incorporar a la vigencia de las garantías que contempla el Régimen de Garantías en Salud, en especial en la garantía explícita de calidad, a nuevos tipos de establecimientos;
3. Que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), ha relevado la necesidad de contar con un estándar de calidad para los Centros de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas.
4. Que el proceso de elaboración de los Estándares de acreditación para ese tipo de prestador, ha considerado la constitución de una mesa de trabajo interinstitucional, la validación de la propuesta por un Comité de Expertos, su aplicación como piloto en 10 Centros a nivel nacional, con modalidad de atención ambulatoria y residencial, y sometida a consulta pública.
5. Que los criterios conforme a los que han sido elaborados los Estándares, se encuentran comúnmente aceptadas por el actual estado de la ciencia y de la práctica internacional.
6. El oficio ORD. IP/N° 3283, de 31 de mayo de 2018, de Intendente de Prestadores de Salud, de la Superintendencia de

Salud; y memorándum C 37/N° 53, de 30 de agosto de 2018, de Subsecretario de Redes Asistenciales; y teniendo presente las facultades que confiere el artículo 32 N° 6 de la Constitución Política de la República.

DECRETO:

1°. **APRUÉBASE** el “Manual del Estándar General de Acreditación para Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas” y el anexo N°1 “Pauta de Cotejo”, del referido Manual, que fijan los estándares mínimos que deberán cumplir esos prestadores institucionales de salud, para garantizar que las prestaciones otorgadas alcancen la calidad requerida para la seguridad de la población.

2°. El cumplimiento del Estándar General de Acreditación aprobado en el presente decreto, deberá ser evaluado en los prestadores de salud señalados en el “Manual”, todo ello de acuerdo a las normas de acreditación para prestadores institucionales de salud, cuya reglamentación se contiene en el decreto supremo N° 15, de 2007, de este Ministerio.

3°. El Manual y su Anexo se encuentran debidamente impresos y foliados, certificados como auténticos por el Subsecretario de Redes Asistenciales, y se entienden formar parte integrante de este decreto.

4°. El Manual y anexo -Pauta de Cotejo - se encontrarán disponibles en la página internet del Ministerio de Salud, para su adecuado conocimiento y difusión.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE

POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA



Santelices
DR. EMILIO SANTELICES GUEVAS
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete Ministro de Salud
- Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública
- Intendencia de Prestadores – Superintendencia de Salud
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)
- División de Gestión de la Red Asistencial
- División de Prevención y Control de Enfermedades
- División de Gestión y Desarrollo de las Personas
- División Jurídica
- Oficina de Partes

**MANUAL
DEL ESTÁNDAR GENERAL DE
ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN
DE PERSONAS CON CONSUMO
PERJUDICIAL O DEPENDENCIA A
ALCOHOL Y/O DROGAS**



Ministerio de Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales

INDICE



I. Contenidos y Estructura del Manual	3
1. Consideraciones generales:	3
2. Sobre el Informe de Autoevaluación:	3
3. Concepto de ámbito, componentes, características y verificadores.....	3
II. Instrucciones y Criterios para las Entidades Acreditadoras	5
III. Reglas de Decisión	7
IV. Ámbitos, Componentes y Características para Prestadores Institucionales de Salud que otorgan Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas.....	10
1. ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL USUARIO (DU).....	11
2. ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL).....	133
3. ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA (GC).....	14
4. ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC).....	166
5. ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH).....	177
6. ÁMBITO REGISTROS (REG).....	19
7. ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS).....	200
8. ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP).....	21
V. Glosario de términos y abreviaturas.....	23

ANEXOS :

Pauta de Cotejo	Anexo 1
-----------------------	---------

I. Contenidos y Estructura del Manual



1. Consideraciones generales:

El Estándar General para los Centros de Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas, cuyos contenidos normativos se encuentran en este Manual, desagrega sus exigencias y requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores. La forma en que han sido trabajados tales contenidos permite facilitar la comprensión de los objetivos que en cada caso persigue la evaluación.

Los ámbitos a ser evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes:

- Ámbito Respeto A La Dignidad Del Usuario (DU)
- Ámbito Gestión De La Calidad (CAL)
- Ámbito Gestión Clínica (GCL)
- Ámbito Acceso, Oportunidad Y Continuidad De La Atención (AOC)
- Ámbito Competencias Del Recurso Humano (RH)
- Ámbito Registros (REG)
- Ámbito Seguridad De Las Instalaciones (INS)
- Ámbito Servicios De Apoyo (AP)

El Anexo 1, Pauta de Cotejo, debe entenderse, para todos los efectos, como parte integrante de los contenidos del presente Manual.

2. Sobre el Informe de Autoevaluación:

La Intendencia de Prestadores instruirá respecto del o los formatos y contenidos mínimos que deberán cumplir los Informes de Autoevaluación a ser ejecutados por los prestadores institucionales que soliciten someterse al procedimiento de acreditación en virtud del presente Manual.

3. Concepto de ámbito, componentes, características y verificadores.

El **ámbito** contiene en su definición los alcances de política pública sanitaria para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad, a modo de ejemplo en el Ámbito 1, Respeto a la dignidad del usuario, el objetivo es que *"la institución provee una atención que respeta la dignidad del usuario y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga"*.



Los **componentes** constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen definiciones de aspectos más operacionales que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito. En el ejemplo del Ámbito 1, los componentes son 5:

- *La institución cautela que el usuario reciba un trato digno.*
- *Los usuarios son informados sobre las características del ingreso al programa de tratamiento, incluyendo sus potenciales riesgos y se les solicita su consentimiento informado.*
- *Respecto de los usuarios que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad, según normativa vigente.*
- *La institución cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los usuarios.*
- *El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los usuarios, según normativa vigente.*

Las **características** desagregan el componente en espacios menores de análisis en la evaluación. Son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente, especificando lo que se busca evaluar. Siguiendo con el ejemplo, el componente "*La institución cautela que el usuario reciba un trato digno*" se descompone en las siguientes características:

- *Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones que la institución adquiere para con cada uno de sus usuarios y que es informada por medios constatables a los usuarios que se atienden en el establecimiento.*
- *La institución desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos, según normativa vigente.*
- *Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los usuarios, incluyendo mediciones de la percepción de los usuarios.*
- *Existe evaluación de la satisfacción de los usuarios respecto de la calidad del proceso de atención.*

Los **verificadores** son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica. La evaluación de detalle del prestador se expresará en una tabla de trabajo de campo en la que se valorarán los elementos medibles requeridos en determinados puntos de constatación.

II. Instrucciones y Criterios para las Entidades Acreditadoras

1. Instrucciones generales

La determinación del cumplimiento de una característica se basa en la verificación de los elementos medibles durante la visita a terreno. Esta demostración puede realizarse a través de revisión de documentos o mediante la observación de procesos en terreno, según esté establecido en este Manual. No son aceptables como evidencia las descripciones verbales, declaraciones de cumplimiento u otros fundamentos no comprobables.

La evaluación considera tanto una medición contemporánea, es decir al momento de la evaluación, como retrospectiva¹. El **alcance retrospectivo** de las mediciones abarcará el período de 6 meses anteriores al proceso de evaluación de la respectiva acreditación. Una vez acreditado el prestador, el alcance retrospectivo en el siguiente proceso de acreditación será de tres años.

Para el caso de la compra de prestaciones a terceros, la verificación considerará el hecho que estos servicios estén acreditados al momento de la evaluación, sin considerar el componente retrospectivo. Excepcionalmente, y hasta la entrada en vigencia de la Garantía de Calidad, esta exigencia de acreditación se considerará cumplida si dicha compra de servicios es realizada a un prestador debidamente formalizado por la autoridad sanitaria pertinente, mediante la correspondiente autorización sanitaria.

La fijación del alcance retrospectivo tiene como sentido garantizar que una cierta norma o procedimiento se ha venido aplicando y evaluando desde un cierto tiempo anterior en la institución.

2. Interpretación de las normas contenidas en este Manual

Las Entidades Acreditadoras y cada uno de sus evaluadores, así como los representantes legales de los prestadores sometidos a un proceso de acreditación, podrán solicitar, en cualquier momento, a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, la aclaración de cualquier norma del Manual que a su juicio requiera de una interpretación para su debida aplicación a un determinado proceso de acreditación. Las Entidades Acreditadoras deberán proceder de esta manera cuando tengan dudas acerca de la forma de interpretar las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas del presente Manual, cada vez que ello resulte decisivo para la adopción de sus decisiones.

¹ Requiere contar con la permanencia de los elementos medibles por todo el periodo de tiempo evaluado en la acreditación.



Asimismo, la Intendencia de Prestadores podrá, mediante circulares de general aplicación, determinar el sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas de este Manual, con el fin de uniformar y facilitar los procedimientos y la claridad de los criterios evaluativos. Tales pronunciamientos y circulares serán de obligatorio cumplimiento para las Entidades Acreditadoras, desde que se les notifiquen, y será de su responsabilidad hacer que sus evaluadores los cumplan, lo que será fiscalizado de conformidad a sus facultades legales y reglamentarias.

III. Reglas de Decisión

Las Entidades Acreditadoras, una vez concluida la evaluación de todas las características aplicables al Centro de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas de que se trate y habiendo determinado el cumplimiento o incumplimiento de las características evaluadas, procederá a decidir si otorga o deniega la acreditación respectiva, o si otorga la acreditación con observaciones, de conformidad con las normas del reglamento respectivo y siguiendo las siguientes reglas de decisión:



1. Características Obligatorias: Para obtener su acreditación por el presente Estándar, el prestador evaluado deberá haber dado, en todo caso, debido y obligatorio cumplimiento al 100% de las siguientes características, siempre que le fueren aplicables, según las siguientes reglas:

Ámbito	Característica	Denominación
Respeto a la Dignidad del Usuario	DU 1.3	Evaluación de la percepción del respeto de los derechos de los usuarios
	DU 2.1	Consentimiento informado
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	Programa de mejora continua de la calidad a nivel Institucional
Gestión Clínica	GCL 1.4	Procedimientos para la evaluación integral
	GCL 1.5	Proceso de Plan de Tratamiento Individualizado
	GCL 2.1	Programa de vigilancia de eventos adversos
	GCL 2.2	Prevención de eventos adversos (EA) asociados a la atención
Competencias del Recurso Humano	RH 1.1	Habilitación legal del título de médicos
	RH 1.2	Habilitación legal del título de técnicos y profesionales del prestador
Seguridad de las Instalaciones	INS 2.1	Plan de evacuación

2. Una vez constatado el debido cumplimiento de las características obligatorias antes señaladas, la Entidad Acreditadora observará las siguientes reglas:

- a. Declarará cuál fue el total de características aplicables a la evaluación efectuada;
- b. Declarará si se ha cumplido con el 100% de las características de obligatorio cumplimiento que hayan sido aplicables al prestador evaluado.

c. Acto seguido, cuantificará cuál fue el total de características cumplidas y que porcentaje del total antes señalado éstas representan;

3. Si no se da cumplimiento al 100% del total de las características obligatorias señaladas en el acápite 1, la Entidad Acreditadora denegará la acreditación, sin perjuicio de concluir completa y debidamente el Informe del respectivo proceso de acreditación.

4. Si se ha cumplido con el 100% de las características de obligatorio cumplimiento, la Entidad Acreditadora otorgará o denegará la Acreditación, o la concederá con Observaciones, siempre que, en este último caso, se hubieren cumplido con las formalidades y normas previstas en el reglamento, según las siguientes reglas:

a. Si el prestador institucional aspirare a su primera acreditación, se le exigirá:

- i. Para acreditar: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
- ii. Para acreditar con observaciones: haber cumplido con el 100% de las características obligatorias según las reglas precedentes.

b. Si el prestador hubiere sido previamente acreditado por el umbral señalado en la letra a.i.) y aspirare a una segunda acreditación, se le exigirá:

- i. Para acreditar: el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
- ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

c. Si el prestador hubiere sido previamente acreditado por haber cumplido el umbral señalado en la letra b.i.) precedente y aspirare a una tercera acreditación, se le exigirá:

- i. Para acreditar: el cumplimiento del 95% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
- ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.



5. El Informe de la Entidad Acreditadora, además de cumplir todos los requisitos señalados en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, según el caso, detallará y fundamentará la forma en que se han dado por cumplidas cada una de las características y la forma en que se ha dado cumplimiento a las reglas decisión precedentes. La Intendencia de Prestadores, mediante circulares de general aplicación, establecerá el formato obligatorio en que tales informes deberán ser emitidos por las Entidades Acreditadoras.

6. En el caso que el prestador se encuentra en situación de ser acreditado con observaciones, según lo previsto en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación, la Entidad Acreditadora aprobará o rechazará el Plan de Corrección a que se refiere dicha norma, siempre que dicho Plan priorice el cumplimiento de las características que le faltaren para retener su acreditación en el orden que señalen las circulares que la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud hubiere dictado al efecto y que se encontraren vigentes al momento de tomar conocimiento del informe de la Entidad Acreditadora, normativa que la Entidad señalará en su informe.

IV. Ámbitos, Componentes y Características para Prestadores Institucionales De Salud Que Otorgan Tratamiento Y Rehabilitación De Personas Con Consumo Perjudicial O Dependencia A Alcohol y/o Drogas.



1er AMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL USUARIO (DU)

2o AMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

3er AMBITO: GESTIÓN CLINICA (GCL)

4o AMBITO: ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

5o AMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

6o AMBITO: REGISTROS (REG)

7o AMBITO: SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

8o ÁMBITO: SERVICIOS DE APOYO (AP)

1. ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL USUARIO (DU)

La institución provee una atención que respeta la dignidad del usuario y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.

Componente DU-1 La institución cautela que el usuario reciba un trato digno

Características:

DU 1.1 Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan las obligaciones que la institución adquiere para con cada uno de sus usuarios y que es informada por medios constatables a los usuarios que se atienden en el establecimiento.

DU- 1.2 La institución desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos, según normativa vigente

DU 1.3 Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los usuarios, incluyendo mediciones de la percepción de los usuarios.

DU 1.4 Existe evaluación de la satisfacción de los usuarios respecto de la calidad del proceso de atención.

Componente DU-2 Los usuarios son informados sobre las características del ingreso al programa de tratamiento, incluyendo sus potenciales riesgos y se les solicita su consentimiento informado.

Característica:

DU-2.1 Se utilizan documentos específicos para el otorgamiento del consentimiento informado del usuario al ingreso al programa de tratamiento.

Componente

DU-3 Respecto de los usuarios que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad, según normativa.

Característica:

DU-3.1 Las investigaciones en seres humanos realizadas en la institución han sido previamente evaluadas y aprobada su ejecución por un comité ético-científico



Componente

DU-4 El prestador institucional cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los usuarios. La institución cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los usuarios

Características:

DU-4.1 Las actividades docentes de pregrado se regulan mediante convenios docente asistenciales y son supervisadas por el prestador institucional.

Componente

DU-5 El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los usuarios, según normativa vigente.

Características:

DU- 5.1 El prestador institucional dispone de, o tiene acceso a, un comité de Ética Asistencial donde se resuelven las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial



2. ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad de las prestaciones otorgadas a los usuarios

Componente

CAL-1 El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejora continua de la calidad.

Característica:

CAL-1.1 Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la calidad de la atención.



3. ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

El prestador institucional provee condiciones para la entrega de atenciones de salud de calidad.

Componente GCL -1

GCL-1 El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas.

Características:

GCL-1.1 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Programa de Tratamiento y Rehabilitación.

GCL-1.2 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: Procedimiento para la Recepción de los Usuarios.

GCL-1.3 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: Evaluación Inicial del usuario.

GCL-1.4 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación Integral.

GCL-1.5 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Plan de Tratamiento Individualizado (PTI).

GCL-1.6 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: Prevención de Recaídas

GCL-1.7 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: Intervención con Familia y/o figuras significativas

GCL-1.8 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: Prevención del Abandono del Tratamiento.

GCL-1.9 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: Preparación para el Egreso por Alta Terapéutica.

GCL 1.10 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Seguimiento Post Alta Terapéutica

GCL 1.11 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Resultados terapéuticos

GCL 1.12 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas:
Administración de Medicamentos

GCL 1.13 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas:
Reanimación cardiopulmonar



Componente GCL -2

GCL-2 El prestador institucional cuenta con programas para prevenir la ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a la atención de los usuarios

Características:

GCL-2.1 Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención

GCL-2.2 Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención

4. ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus usuarios, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo

Componentes:

AOC-1 La atención se realiza según criterios de acceso y oportunidad relacionados con la gravedad y el nivel de riesgo de los usuarios.

Características:

AOC-1.1 Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a las personas en situaciones de emergencia médica dentro de la institución.

AOC-1.2 Se aplican procedimientos para asegurar la oportunidad de la atención: Priorización para el Ingreso.

AOC 1.3 Se aplican procedimientos para asegurar el Acceso de la atención: Atenciones disponibles

Componente

AOC-2 El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los usuarios

Características:

AOC-2.1 El prestador institucional dispone de un sistema de derivación asistida ajustándose a las necesidades de los usuarios, considerando todo el proceso terapéutico.

AOC 2.2 El prestador institucional coordina con otras redes de servicios socio sanitarias, atenciones que se ajusten las necesidades de los usuarios: Procedimiento de coordinación con la red.

AOC 2.3 Existen sistemas de entrega de turnos en el Centro Residencial, que enfatiza aspectos directamente relacionados con la seguridad de la atención.

5. ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

La atención de salud de los usuarios es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.



Componente RH-1 Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.

Características:

RH-1.1 Los profesionales médicos que se desempeñan en la institución están debidamente habilitados.

RH-1.2 Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en la institución están debidamente habilitados.

RH-1.3 Los médicos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente.

Componente RH-2

El prestador institucional realiza actividades para asegurar que el personal que ingresa adquiera conocimientos acerca del funcionamiento y normas locales.

Características:

RH-2.1 El prestador cuenta con un programa de inducción que enfatiza aspectos organizacionales y técnicos, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la institución.

RH-2.2 El prestador cuenta con programas de orientación al Equipo Terapéutico específicas de sus funciones y responsabilidades.

Componente RH-3 El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal.

Características:

RH-3.1 El prestador institucional incluye en su programa la capacitación, destinada al personal en materias relevantes para la seguridad del usuario.

RH 3.2 El prestador institucional incluye en su programa la capacitación, destinada al Equipo terapéutico en materias relevantes para el proceso de atención.

Componente RH-4 El prestador institucional desarrolla acciones programadas de salud en su personal



Característica:

RH- 4.1 El prestador ejecuta un programa de Cuidado de Equipo.

6. ÁMBITO REGISTROS (REG)

El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los usuarios

Componente REG-1 El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica

Características:

REG-1.1 El prestador institucional cuenta con ficha clínica única.

REG-1.2: El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos

REG-1.3 El prestador entrega al usuario por escrito información relevante sobre el Centro y su proceso terapéutico.

REG-1.4 Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente



7. ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

Componente INS-1

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

Característica:

INS-1.1 El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.

Componente INS-2

El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permitan la evacuación oportuna de los usuarios y el personal.

Características:

INS-2.1 Existen planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros.

INS-2.2 El prestador institucional mantiene la funcionalidad de la señalética de vías de evacuación.

Componente INS-3 Las instalaciones relevantes para la seguridad de los usuarios se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de plan de contingencia por interrupción de servicios básicos.

Características:

INS-3.1 El prestador ejecuta un programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones relevantes para la seguridad de los usuarios y público.

INS-3.2 El prestador ejecuta un plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.

8. ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP)

La institución provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los usuarios.

Componente APL: Laboratorio Clínico

Los exámenes de laboratorio clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los usuarios



Características

APL-1.1 Los exámenes de laboratorio comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

APL-1.2 Las pruebas toxicológicas que son realizadas en el prestador se ejecutan de manera segura

Componente APF: Farmacia

El prestador institucional asegura que los servicios y los productos entregados por farmacia sean de la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.



Características

APF-1.1 Existe una estructura organizacional de carácter técnico que gestiona la actualización del arsenal de medicamentos.

APF-1.2 El prestador institucional utiliza procedimientos de Botiquín actualizados de las prácticas relevantes para resguardar la seguridad de los usuarios.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

Fuentes de Referencia

Las definiciones de este glosario tienen como fuente el “Decreto Supremo N°4, de 2009, del Ministerio de Salud: Reglamento de centros de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas”; “Decreto Supremo N° 31, de 2012, del Ministerio de Salud: Reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud”; de la ley 20.584; Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta”, Superintendencia de Salud; así como los “Convenio de colaboración técnica SENDA-MINSAL”; “Convenio colaboración técnica SENDA-MINSAL-SENAME-GENCHI”,



Glosario de Términos

Las siguientes palabras utilizadas en este Manual deben ser entendidas en la forma que a continuación se definen:

Abandono: Corresponde a la interrupción del tratamiento por decisión de la persona usuaria. Considera la declaración explícita de la persona de no continuar o, la inasistencia y/o pérdida de contacto con ella, por un tiempo igual o mayor a 45 días. Para ambos casos, corresponde realizar a lo menos dos acciones de rescate o intervenciones motivacionales.


Administración de medicamentos: es el procedimiento mediante el cual un fármaco es proporcionado por el personal de salud al usuario, según indicación médica escrita.

Almacenamiento de medicamentos: Procedimientos técnicos y administrativos relacionados con la conservación y control de los medicamentos en un prestador institucional.

Arsenal de medicamentos: El Arsenal de medicamentos o arsenal farmacológico, es una lista básica de medicamentos para atender los requerimientos establecidos en los esquemas terapéuticos proporcionados por el prestador, cuyo objetivo es orientar la conducta de prescripción. Será propuesto, revisado y actualizado regularmente por una instancia ad hoc según las prioridades del establecimiento.

Botiquín: es el recinto en el que se mantienen en custodia los medicamentos destinados al tratamiento terapéutico que externamente haya sido indicado al usuario y para el almacenamiento y administración de aquellos que sean prescritos como parte del tratamiento otorgado en el Centro.

CIE: Es uno de los sistemas de clasificación diagnóstica internacional vigentes en el mundo. Sus siglas corresponden a Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, y provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad. Es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).



Consentimiento informado: consiste en un proceso de entrega de información por parte del profesional tratante a la persona usuaria para que ésta pueda tomar una decisión responsable respecto a ingresar o no a tratamiento (diagnóstico, tratamiento, pronóstico, posibles complicaciones y riesgos).

Dispensación: Acto de la entrega de medicamentos indicados al usuario.

Derivación Asistida: Procedimiento de traslado y seguimiento del usuario a otro prestador institucional, que finaliza con la confirmación de la incorporación al nuevo prestador.

Dimensiones de la Calidad: La calidad se configura a partir de un conjunto de dimensiones, entre las cuales se encuentran:

- **Oportunidad:** Se refiere a la prestación de servicios, en condiciones adecuadas, cuando la persona lo necesite, sin tiempos de espera, que excedan lo técnicamente indicado. Considera definir estrategias para el manejo de las listas de espera. También la oportunidad se refiere a recibir atención de salud en estadios precoces de la manifestación del problema.
- **Efectividad:** Se refiere a la medida en que una determinada atención, mejora el estado de salud del que la recibe, logrando los mejores resultados posibles con los recursos disponibles.
- **Accesibilidad:** Se refiere a la facilidad con que la persona usuaria obtiene la atención sanitaria en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos y culturales. Es importante saber si la atención llega a quien la necesita y cuando la necesita.
- **Seguridad:** Se refiere a la eliminación y/o reducción de riesgos, accidentes, infecciones, efectos perjudiciales vinculados a la prestación del servicio, tanto para la persona usuaria como para el prestador.

- **Satisfacción usuaria.** Se define como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas de las personas. Se trata de tener en cuenta la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello. Considera la adaptación de la atención a las expectativas, deseos y a los valores de las personas usuarias.

Documento de carácter institucional: escrito aprobado por el Director o Gerente del Prestador Institucional.

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (APA). Se trata de una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

Elementos de mitigación de incendios: sistemas o elementos destinados a contrarrestar o minimizar los daños potenciales sobre la vida y los bienes causados por el fuego.

Emergencia: condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable.

Error de medicación: cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario o paciente, incluye fallos en la prescripción, etiquetado o rotulado, preparación, dispensación, distribución, almacenamiento, administración.

Equipo Terapéutico: Equipo a cargo de ejecutar el programa de tratamiento, compuesto por profesionales y/o técnicos, con conocimiento y experiencia en el tratamiento y rehabilitación de alcohol y/u otras drogas.

Evento adverso: Es un suceso inesperado e imprevisto que causa incapacidad y/o daño a la persona, que se deriva de la atención en salud o de la falta de atención y no de su enfermedad de base. Un evento adverso podrá ser leve, moderado o grave dependiendo del daño que ocasione al usuario, las acciones requeridas para su mitigación.

Evento adverso grave: corresponde a un **evento centinela**, ya que ocasiona un daño severo al usuario, muerte, incapacidad funcional permanente o de larga evolución. Requiere de hospitalización para su manejo o de una intervención quirúrgica.

Evento adverso moderado: ocasiona un daño moderado o incapacidad transitoria, Puede requerir hospitalización o atención en una Unidad de Urgencias para su manejo.

Evento adverso leve: Ocasiona incapacidad leve que puede requiere observación pero no de hospitalización para su manejo.

Evaluación Inicial: Corresponde a la primera evaluación del usuario realizada por un miembro del equipo terapéutico, tiene por objetivo realizar evaluación y confirmación diagnóstica respecto al trastorno por uso de sustancias, así como evalúa otras dimensiones que tienen relevancia clínica inicial (salud física y mental, ambiente de recuperación², disposición al cambio), y determinar el nivel de cuidados que requiere el usuario. Dependiendo del resultado de la evaluación inicial a la persona se le

² El ambiente de recuperación corresponde a una de las dimensiones de la evaluación inicial. En ella se indaga si el usuario cuenta con apoyo familiar u otra figura significativa para participar en un tratamiento; y si alguno de los miembros de la familia del usuario usa sustancias en la actualidad, y si ha buscado tratamiento. También se indaga la situación ocupacional del usuario, y la condición de vivienda/alojamiento.



podrá ofrecer, en el caso que lo requiere, ingresar a tratamiento o bien, ser derivado asistidamente.

Evaluación integral: Se refiere al proceso coordinado y comprehensivo de evaluación clínica que realiza un equipo terapéutico multidisciplinario, una vez que la persona usuaria ingresa a tratamiento. Esta evaluación tiene por finalidad la identificación tanto de las necesidades de salud y sociales relacionadas con el uso de sustancias, así como de los recursos personales y sociales; necesarios para la elaboración del plan de tratamiento individualizado, el que considerará las acciones e intervenciones a seguir para un proceso de intervención integral.

Evaluación periódica: resultado de la aplicación de los criterios de evaluación con una periodicidad determinada (mensual, trimestral, semestral o anual).

Ficha clínica única: instrumento en que se registra la historia médica de una persona. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que asegure la conservación y adecuada confidencialidad de la información en ella contenida.

Indicador: expresión matemática de un criterio de evaluación.

Logro Terapéutico: corresponde a la apreciación clínica que hace el equipo o profesional tratante, la persona en tratamiento y su familia, del nivel cumplimiento alcanzado respecto de los objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso y descritos en el plan de tratamiento individualizado (PTI).

Organización de la atención: conjunto de actividades planificadas y organizadas por el prestador, disponibles para la atención de usuarios.

Plan de emergencia: documento oficial a través del cual se determina la estructura organizativa y funcional de las autoridades y organismos llamados a intervenir en un siniestro o desastre. Asimismo, permite establecer los mecanismos de coordinación y de manejo de recursos.

Plan de tratamiento Individualizado (PTI): Corresponde al diseño estratégico individualizado de la intervención para cada persona en tratamiento, se elabora con la información recogida en la evaluación integral, y se debe co-construir entre el equipo terapéutico y el consultante, de acuerdo a sus necesidades y recursos.

La estructura general del PTI debe contener objetivos terapéuticos, estrategias de intervención y actividades a realizar, asignación de responsabilidades, plazos estimados y monitoreo.

La evaluación de la ejecución del plan debe ser periódica, de acuerdo a los plazos establecidos, que considere resultados a corto, mediano y largo plazo, con posibilidad de modificarse. En dicho proceso evaluativo participa el equipo terapéutico, la persona usuaria y su familia y/o red de apoyo (cuando corresponda).



Prevención del Abandono: se refiere a un conjunto de acciones y/o intervenciones terapéuticas cuyo objetivo fundamental es evitar el abandono del tratamiento por parte de la persona usuaria.

Prevención de Recaídas: Se refiere a una serie de intervenciones terapéuticas estructuradas que se realizan con el objetivo de prevenir el retorno al consumo de alcohol y otras drogas después de haber iniciado el tratamiento.

Profesionales (de la salud) habilitados: aquellos que ejercen sus profesiones de conformidad con las normas previstas en el Libro Quinto del Código Sanitario, esto es, que cuentan con el título profesional respectivo, otorgado por una institución de educación superior reconocida por el Estado, y a los que no les afecta ninguna prohibición para el ejercicio de su profesión.

Profesional Tratante: profesional de referencia del usuario, encargado de vincular y coordinar segmentos de un sistema de provisión de servicios para garantizar el programa más integral para satisfacer las necesidades de atención de una persona.

Programa: documento oficial, emanado de la jefatura que corresponda, que describe un conjunto ordenado de actividades orientadas al cumplimiento de cierto objetivo asistencial, donde se definen actividades, metas y método de evaluación de su cumplimiento.

Programa de capacitación: conjunto de actividades organizadas y sistemáticas destinadas a que los funcionarios desarrollen, complementen, perfeccionen o actualicen conocimientos y destrezas necesarios para el desempeño efectivo de sus actividades.

Programa de calidad: documento oficial en el que se describe un conjunto de actividades que aseguren el cumplimiento de los requisitos asociados a la calidad de la atención, orientado al mejoramiento continuo de los procesos y prestaciones otorgadas al usuario.

Programa de inducción: conjunto de actividades planificadas y organizadas por el prestador institucional que deben ejecutar los trabajadores y/o miembros del equipo de salud al ingreso a la institución, con el objetivo de conocer los aspectos más relevantes de la organización, planta física y normativa interna existente, en función de contribuir al mejor desempeño dentro de la institución y resguardar la seguridad de los usuarios.

Programa de orientación: conjunto de actividades planificadas y organizadas por la jefatura del área clínica correspondiente y que debe desarrollar un miembro del equipo de salud al ingreso a una unidad, servicio o área determinada dentro de la institución, con el objetivo de conocer los aspectos más relevantes del trabajo técnico-asistencial que desempeñará en dicha unidad.



Programa o plan de mantenimiento: documento oficial en el que están descritos los medios e instrumentos necesarios para ejecutar el conjunto de actividades que permitan la operación del edificio, de sus instalaciones y del equipamiento en forma continua, confiable y segura.

Protocolo: descripción de un conjunto ordenado y secuencial de procedimientos o actividades estandarizadas necesarias para realizar con éxito actividades sanitarias específicas.

Reanimación cardiopulmonar básica: es el conjunto de maniobras dirigidas a restablecer o sustituir transitoriamente las funciones respiratorias y circulatorias del individuo, con el objeto de mantener la vida. Se caracteriza porque no necesita de instrumental médico y debe ser iniciada en el lugar donde acontece la emergencia.

Recepción de los usuarios: se refiere al contacto inicial que realiza el equipo con el usuario. Corresponde al momento de entrega de información y orientación al consultante, facilitando que éste continúe con las siguientes etapas del proceso, favoreciendo la oportunidad de tratamiento.

Reglamento interno: Se refiere al documento de organización y funcionamiento interno del centro, el cual explicita las acciones que se realizan al interior de éste, el horario y las actividades que se llevan a cabo y los responsables de éstas.

Retención: se refiere al tiempo de permanencia de una persona en un programa de tratamiento, igual o superior a 3 meses, período en el cual es posible identificar avances y mejores resultados que aquellas personas que permanecen un tiempo menor a 90 días.

Rotulación de medicamentos: corresponde a la etiqueta del medicamento, la que deberá estar impresa o adherida en la parte externa de los envases y sin contacto con su contenido, entrega características que deben identificar a un medicamento, entre ellas nombre genérico, dosis, fecha de vencimiento.

Seguimiento: conjunto de acciones realizadas post alta de tratamiento para evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

Señalética de vías de evacuación: conjunto de señales o símbolos cuyo objetivo es guiar y orientar la evacuación de las personas en caso de un siniestro.

Simulación: ejercicio de manejo de información, en el cual se discuten la toma de decisiones, los roles, la capacitación y las acciones a ejecutar en caso de una determinada situación de emergencia, su objeto es comprender a profundidad la respuesta ante una emergencia para eventualmente evaluar nuevas estrategias.



Simulacro: ejercicio de representación en el cual las personas que participarían en una emergencia aplican los conocimientos y ejecutan las técnicas y estrategias que les están asignadas ante un escenario ficticio planteado, a fin de prever las situaciones o problemas presentados durante la ocurrencia de un siniestro y evaluar la capacidad de respuesta de la organización.

Sistema de mitigación de incendios: organización de elementos destinados a contrarrestar o minimizar los daños potenciales sobre la vida y los bienes causados por el fuego.

Sistema de vigilancia: recopilación continua, sistemática, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud, cuyo análisis e interpretación deben servir como base para la planificación de acciones.

Vías de evacuación: circulación que permite la salida fluida de personas en situaciones de emergencia hasta un espacio exterior libre de riesgo.



Abreviaturas

- EA : Eventos Adversos
- PTI: Plan de tratamiento individualizado



ANEXO
PAUTA DE COTEJO
DEL MANUAL DEL ESTÁNDAR
GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA
CENTROS DE TRATAMIENTO Y
REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON
CONSUMO PERJUDICIAL O
DEPENDENCIA A ALCOHOL Y/O
DROGAS

Ministerio de Salud

A. Elementos Medibles y Puntos de Verificación

Los **elementos medibles** son los requisitos específicos que se deben constatar para calificar el cumplimiento de cada una de las características contenidas en el Estándar.

Los elementos medibles por lo general se configuran de la siguiente manera:



Elementos medibles
Se ha designado el responsable de..... (tema materia de la característica)
Se describe en un documento ... (tema materia de la característica) y se ha definido responsable(s) de su aplicación
Se ha definido indicador a utilizar y umbral de cumplimiento ...(tema materia de la característica)
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica ... (tema materia de la característica)
Se constata el cumplimiento de.....

Cada elemento medible ocupa una línea de la tabla, mientras los lugares donde deben realizarse las verificaciones se presentan en columnas como se observa en el siguiente ejemplo.

Característica APF-1.2

Elementos medibles APF-1.2	Botiquín
Se describe en un documento(s) de carácter institucional los siguientes procedimientos en relación a los medicamentos : - Dispensación - Devolución - Sistema de eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada. - Almacenamiento y conservación. - Formato de prescripción. - Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente. Y se ha definido los responsables de su aplicación	
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	
Se constata almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local*	

* En el caso de estupefacientes y psicotrópicos remitirse a regulación vigente.

La columna "Dirección y/o gerencia del prestador" puede considerar: Dirección, Subdirecciones, Gerencias, Subgerencias o representantes según sea el caso.

En aquellos casos que en un mismo punto de verificación señale Sala de Equipos y/o Consultas y/o Recepción el o los requisitos de dicho(s) elemento(s) medible(s) debe constatarse al menos en uno de los referidos puntos.

Los lugares de verificación contenidos en este manual representan una aproximación genérica de la estructura organizativa interna que puede tener un establecimiento que otorga tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas. Por ello, si la organización del prestador institucional que solicita la acreditación es distinta, se evaluará de acuerdo a la funcionalidad de las distintas estructuras.



Además, se consignará "no aplica" en los casos en que:

- el prestador no tenga la unidad o servicio explicitado en los títulos de las columnas, o
- el prestador no realiza la prestación o prestaciones relacionadas con la característica.

El profesional acreditador completará el recuadro de cada característica verificando el cumplimiento de los elementos medibles en cada lugar de verificación, considerando sólo las celdas que aparecen en blanco.

El resultado del cumplimiento de cada elemento medible en cada lugar de verificación es dicotómico: "cumple" o "no cumple".

B. Requisitos para el cumplimiento de los elementos medibles

A continuación se describen los requisitos que deben tener los elementos medibles para ser considerados cumplidos.

1. Se ha designado el responsable... (según sea el tema materia de la característica)

En los casos en que se contenga este elemento medible, la verificación se realizará solicitando que haya sido designado un encargado del tema a nivel institucional. La designación debe haber sido formalizada por la Dirección del establecimiento y sólo necesitará actualizarse en caso de cambio de la persona responsable.

2. Existe un documento escrito sobre... (tema materia de la característica) y se han definido los responsables de su aplicación.

Se evaluará si el prestador institucional dispone de la documentación solicitada, que puede incluir: Planes, Programas, Protocolos, Guías Clínicas, Normas, Reglamentos Internos, descripción de Procesos o Procedimientos, vínculos formales que mantiene la institución con entidades externas (convenios), etc. Los documentos en cuestión deben encontrarse disponibles en los lugares de verificación y fácilmente accesibles para los usuarios a los que están destinados. Toda esta documentación no necesariamente debe estar en papel, puede estar disponible en la web local.

En el caso de solicitarse más de un documento en el elemento medible, debe constatar la presencia de todos aquellos que se relacionen con las actividades de cada lugar de verificación. En estos casos, se identifica con un número los documentos que serán solicitados en cada lugar de verificación.

Puede requerirse además el cumplimiento de algunos atributos específicos de los documentos, por ejemplo, que posea algunos contenidos o características mínimas. En tal caso, la Entidad Acreditadora debe verificar que todos los atributos mencionados se cumplan.

Debe quedar definido en los documentos quiénes son los responsables de ejecutar los procesos o procedimientos descritos, si estos son de carácter multidisciplinario se deben describir las responsabilidades a cada nivel.

En las ocasiones en que se define "documento de carácter institucional" debe constar la aprobación por el Director o máxima autoridad directiva del prestador institucional. En los casos en que se solicita un documento sin mayores especificaciones, éste debe contar con la aprobación del responsable de la materia en la institución.

Los documentos presentados deben estar actualizados, para este efecto se considera un período de hasta 5 años de antigüedad, a contar de la fecha del proceso de acreditación.

Si el documento pide ser constatado en dos columnas diferentes, por ejemplo, en la Dirección o Gerencia del prestador y en la Sala de Equipos, la Entidad Acreditadora debe constatarlo en ambos lugares.

3. Se ha definido indicador a utilizar y umbral de cumplimiento del ... (tema materia de la característica)

Su cumplimiento implica que el prestador institucional ha definido indicadores a utilizar y umbrales de cumplimiento y que ambos son pertinentes a la característica evaluada.

El indicador debe estar basado en un proceso o procedimiento claramente definido y documentado. En los casos que se solicita una serie de procesos o procedimientos descritos (documentos), se deberá elegir al menos un indicador referido al proceso o procedimiento que el prestador considere más relevante para la seguridad de los usuarios, de acuerdo a los puntos de verificación.

La evaluación de calidad puede efectuarse mediante indicadores de procesos (por ejemplo, proporción de cumplimiento de la norma) o resultados (por ejemplo, tasa de egreso). **Como regla general los indicadores deben concentrarse en la medición del cumplimiento de los procesos y/o procedimientos identificados o diseñados por el prestador para mejorar la calidad del tema de la característica.**

La evaluación del proceso o procedimiento puede recaer sobre un funcionario involucrado directamente -por ejemplo, en el jefe de la unidad donde se realiza- o en uno ajeno a él, por ejemplo, en la Unidad de Calidad, Gestión del Cuidado, una Subdirección Médica o en alguien que cumple funciones de supervisión. Los indicadores y umbrales de cumplimiento deben estar referidos a los lugares de verificación y deben estar disponibles en el lugar de verificación.

Cuando la prestación sea comprada a terceros, el indicador y el umbral de cumplimiento debe verificarse en el prestador institucional que se está acreditando.



Elementos medibles GCL-1.12	Dirección o gerencia del prestador	Botiquín
Se describe en documento de carácter institucional los procedimientos de Administración de medicamentos.		
Y se ha definido los responsables de su aplicación.		
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.		
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.		

Utilizando el ejemplo anterior, la definición del indicador y umbral de cumplimiento, respecto de Administración de medicamentos, deben estar referidos a Botiquín. En el punto de verificación Botiquín además se constatará el documento institucional del primer elemento medible.

4. Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del ... (tema materia de la característica)

La Entidad Acreditadora verificará en primera instancia la disponibilidad de los resultados del indicador seleccionado y la periodicidad de la medición.

En segunda instancia el evaluador debe comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos. Para ello podrá revisar una muestra de los registros originales utilizados en el período (por ejemplo, fichas clínicas, protocolos de procedimientos, registros de actividades clínicas y no clínicas) y/o en fuentes secundarias (informes, pautas de supervisión, registros compilados, etc.). En caso de inconsistencias no atribuibles al azar, el elemento medible debe considerarse no cumplido. En el caso de que la evaluación sea realizada en forma centralizada, esta información será corroborada en el lugar desde donde emanó la evaluación.

La Entidad seleccionará, para efectos de evaluación, una muestra aleatoria de tamaño suficiente que permita una aproximación razonable a la realidad. Este tamaño de muestra dependerá de la frecuencia en que ocurre el fenómeno o procedimiento a evaluar, los resultados esperados y el nivel de azar tolerable.

5. Se constata directamente el cumplimiento de ... :

La visita en terreno estará, en algunas ocasiones, dirigida a evaluar directamente el cumplimiento de algunos elementos específicos y puede considerar recabar opiniones del personal, revisar fichas clínicas, protocolos de procedimientos, registros de actividades clínicas, etc.



C. Condiciones de cumplimiento de las características

Para que las características sean consideradas cumplidas, las verificaciones realizadas por los evaluadores deben alcanzar cierto umbral, que es específico para cada característica, y que se señalan en este manual.

Una característica se debe considerar cumplida, toda vez que la proporción de elementos medibles cumplidos haya alcanzado o sobrepasado el umbral de cumplimiento establecido para la respectiva característica. Por el contrario, se considera que una característica no se cumple cuando la proporción de elementos medibles cumplidos se encuentre bajo el umbral de cumplimiento establecido.

Ámbitos:

1. ÁMBITO RESPETO A LA DIGNIDAD DEL USUARIO (DU)
2. ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)
3. ÁMBITO GESTIÓN CLINICA (GC)
4. ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)
5. ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)
6. ÁMBITO REGISTROS (REG)
7. ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)
8. ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP)





1. ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL USUARIO (DU)

La institución provee una atención que respeta la dignidad del usuario y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.

Componente DU-1 La institución cautela que el usuario reciba un trato digno.

Característica

DU 1.1 Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones que la institución adquiere para con cada uno de sus usuarios y que es informada por medios constatables a los usuarios que se atienden en el establecimiento.

Verificador: Instrumento de difusión de derechos de los usuarios

Elementos medibles DU 1.1	General*
Mantiene en lugar público y visible una impresión de la Carta de Derechos y Deberes de las Personas en Salud, de acuerdo al contenido instruido por el MINSAL	

*o sector público y visible de mayor afluencia de público.

Umbral de cumplimiento:
Cumple 100%

Característica

DU- 1.2 La institución desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos, según normativa vigente*.

Verificador: Sistema de gestión de reclamos

Elementos medibles DU 1.2	Dirección o gerencia del prestador	Sectores de espera de público o Recepción
Se describe en un documento de carácter Institucional el procedimiento de gestión de los reclamos, según normativa vigente.		
Existe un análisis semestral de los reclamos que considera al menos: evaluación por áreas, causas principales y oportunidad de respuesta.		
Se constata conocimiento del personal de al menos: - Vía de formulación del Reclamo. - Plazos y forma de respuesta. - Responsable de la respuesta.		
Se constata que existe fácil acceso al sistema de formulación de reclamos **		
Se constata registros de la entrega de la información del procedimiento de reclamos a los usuarios o familiares.		

* Decreto N°35 de 2012 (MINSAL). Aprueba Reglamento sobre el procedimiento de Reclamo 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

** Se verificará presencia de libro de reclamos, buzones u otros sistemas para efectuar la formulación del reclamo en cantidad suficiente para asegurar el acceso.

Umbral de cumplimiento:

Cumple: ≥ 80





Característica

DU 1.3 Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los usuarios, incluyendo mediciones de la percepción de los usuarios.

Verificador: Evaluación de la percepción del respeto de los derechos de los usuarios

Elementos medibles DU 1.3	Dirección o gerencia del prestador
Se ha designado el responsable de la evaluación del respeto a los derechos de los usuarios.	
Se ha definido un procedimiento de evaluación, que incorpore la percepción de los usuarios del respeto de a lo menos los siguientes derechos : <ul style="list-style-type: none">- A la información, particularmente respecto al diagnóstico, tratamiento, atenciones a las que puede acceder y costos asociados.- Autonomía respecto a rechazar o aceptar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.	
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación que incorpora la percepción de los usuarios del respeto de sus derechos.	

Umbral de cumplimiento:
Cumple: $\geq 66\%$

Obligatoria

Característica

DU 1.4 Existe evaluación de la satisfacción de los usuarios respecto de la calidad del proceso de atención.

Verificador: Evaluación de la satisfacción de los usuarios respecto de la calidad del proceso de atención

Elementos medibles DU 1.4	Dirección o gerencia del prestador
Se ha designado el responsable de la evaluación de la satisfacción de los usuarios respecto de la calidad del proceso de atención	
Se ha definido un procedimiento de evaluación de satisfacción de los usuarios respecto de la calidad del proceso de atención, que considere al menos: <ul style="list-style-type: none">- Acceso / Ingreso al programa de tratamiento- Atenciones entregadas.- Equipo terapéutico- Participación del usuario- Infraestructura	
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación periódica.	

Umbral de cumplimiento:
Cumple: $\geq 66\%$





Componente DU-2 Los usuarios son informados sobre las características del ingreso al programa de tratamiento, incluyendo sus potenciales riesgos y se les solicita su consentimiento informado.

Característica

DU-2.1 Se utilizan documentos específicos para el otorgamiento del consentimiento informado del usuario al ingreso al programa de tratamiento.

Verificador: Consentimiento informado

Elementos medibles DU-2.1	Dirección o gerencia del prestador
<p>Se describe en documento(s) de carácter institucional:</p> <ul style="list-style-type: none">• Que la obtención del consentimiento informado debe realizarse a todo usuario que ingresa al programa de tratamiento• El procedimiento de obtención del consentimiento, con definición del responsable de la aplicación.• El procedimiento a realizar en los casos de los menores de edad y de personas con dificultad de entendimiento, de conformidad a la normativa vigente.• El procedimiento para resguardar el ingreso de menores de edad a tratamiento que no cuenten con familiar adulto o responsable*• El consentimiento escrito debe establecer que recibió y comprendió la información entregada sobre:<ul style="list-style-type: none">- El carácter voluntario de ingreso al programa de tratamiento- Las características, objetivos , riesgos, beneficios y actividades del programa de tratamiento- Las normas del programa de tratamiento y los derechos y deberes de los usuarios,- La información específica que podría ser entregada a otras dispositivos de salud en el marco de la continuidad de cuidados y/o derivación, y; <p>Debe registrar nombre y firma del usuario y del profesional del programa de tratamiento, además de la fecha de la obtención del consentimiento. En el caso de menores de edad además debe constar nombre y firma de su familiar o adulto responsable.</p>	

Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	

*No se restringirá el acceso a tratamiento en el caso de menores de edad que no cuenten con familiar o adulto responsable.

Umbral de cumplimiento Cumple: $\geq 66\%$

Obligatoria





Componente

DU-3 Respecto de los usuarios que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad, según normativa vigente.

Característica

DU-3.1 Las investigaciones en seres humanos realizadas en la institución han sido previamente evaluadas y aprobada su ejecución por un comité ético-científico.

Verificador: Aprobación ética de investigaciones en seres humanos

Elementos medibles DU 3.1	Dirección o gerencia del prestador	General
Se describe en documento de carácter institucional la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos que se realicen en la institución.		
Se constatan registros de investigaciones realizadas en la institución, aprobadas por un Comité Ético-Científico y autorizadas por el prestador.		
Se constata: conocimiento de dicha obligación en al menos 90% de los profesionales del equipo terapéutico entrevistados		

Umbral de cumplimiento:

Cumple: $\geq 66\%$

* Si el prestador institucional define como política no realizar investigaciones en seres humanos, se solicitará documento que explicita esta declaración y se constatará que esté en conocimiento de los profesionales médicos de la institución.

Componente

DU-4 La institución cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los usuarios.

Característica

DU-4.1 Las actividades docentes de pregrado se regulan mediante convenios docente asistenciales y son supervisadas por el prestador institucional.

Verificador: Regulación de actividades docentes de pregrado

Elementos medibles DU-4.1	Dirección o gerencia del prestador
Existe convenio docente asistencial que cumple con al menos los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none">- Aprobado por el Representante Legal y/o Director del establecimiento- Define explícitamente que se debe velar por:<ul style="list-style-type: none">• Proteger la seguridad de los usuarios• Proteger los derechos de los usuarios• Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente.	
Se describe en un Programa de Supervisión de los Alumnos de Pre-grado elaborado por el prestador: <ul style="list-style-type: none">- Los procedimientos y/o actividades que pueden ejecutar los alumnos según carrera y nivel de formación.- Nivel de supervisión por parte del prestador requerido en cada caso	
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación periódica del Programa de Supervisión de los Alumnos de Pre-grado.	

Umbral de cumplimiento: Cumple $\geq 66\%$





Componente

DU-5 El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los usuarios, según normativa vigente.

Característica

DU- 5.1 El prestador institucional dispone de, o tiene acceso a, un comité de Ética Asistencial donde se resuelven las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial.

Verificador: Identificación de comité de Ética Asistencial y evaluaciones realizadas.

Elementos medibles DU 5.1	Dirección o gerencia del prestador	General
Se constata Identificación formal del Comité de Ética Asistencial del que dispone o al que puede acceder el prestador.		
Se ha definido las situaciones que deben ser presentadas al Comité de Ética Asistencial y el procedimiento asociado		
Se constata: conocimiento del procedimiento para acceder al Comité de Ética en al menos 90% de los profesionales del equipo terapéutico entrevistado.		

Umbral de cumplimiento

Cumple: $\geq 66\%$

2. ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad de las prestaciones otorgadas a los usuarios.

Componente

CAL-1 El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejora continua de la calidad.

Característica

CAL-1.1 Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la calidad de la atención.

Verificador: Programa de mejora continua de la calidad a nivel Institucional.

Elementos medibles CAL-1.1	Dirección o gerencia del prestador
Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la institución.	
Existe un profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel Institucional. La descripción del cargo del responsable especifica: a) Funciones b) Horas asignadas	
El Programa de Calidad institucional incorpora objetivos, actividades, metas y evaluación de ellas en las dimensiones más relevantes relacionados con la calidad de la atención, entre ellas al menos: - Acceso y Oportunidad - Efectividad - Seguridad - Satisfacción Usuaría	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación anual del Programa de Calidad, que incluye un análisis de los resultados obtenidos*.	

Umbral de cumplimiento: Cumple: 75%

Obligatoria

* En el proceso de acreditación en que el componente retrospectivo es de 6 meses, este elemento medible será considerado cumplido si el prestador presenta una evaluación semestral.





3. ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

El prestador institucional provee condiciones para la entrega de atenciones de salud de calidad.

Componente GCL -1

GCL-1.1 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: **Programa de Tratamiento y Rehabilitación**

Verificador: Programa de Tratamiento y Rehabilitación

Elementos medibles GCL-1.1	Dirección o gerencia del prestador	Sala de Equipos y/o Consultas y/o Recepción
Se describe en documento de carácter institucional el/los Programas de Tratamiento y Rehabilitación del Centro que incluye al menos: <ul style="list-style-type: none">- Población objetivo- Objetivos- Criterios de ingreso- Organización de la atención- Listado de prestaciones- Equipo a cargo del Programa: composición y funciones de los miembros del equipo terapéutico- Criterios de egreso- Plan de seguimiento		
Se ha definido un indicador relacionado con el cumplimiento de los Criterios de ingreso, otro relacionado con el cumplimiento de los Criterios de Egreso y sus respectivos umbrales de cumplimiento.		
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica de al menos uno de los indicadores.		

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

GCL-1.2 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: **Procedimiento para la Recepción de los Usuarios.**

Verificador: Procedimientos para la recepción de los usuarios

Elementos medibles GCL-1.2	Recepción (*)
Se describe en documento de carácter institucional los procedimientos clínicos y administrativos para la recepción de los usuarios	
Y se ha definido los responsables de su aplicación.	
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	

(*) O lugar destinado por el Centro para la Recepción de los usuarios.

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%





GCL-1.3 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: **Evaluación Inicial del usuario.**

Verificador: Procedimientos para la evaluación inicial

Elementos medibles GCL-1.3	Sala de Equipos y/o Consultas
<p>Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación Inicial del usuario, que debe considerar al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico clínico inicial por trastorno por uso de sustancias de acuerdo a criterios estandarizados*. - Evaluación de las dimensiones de relevancia clínica inicial (salud física y mental, disposición para el cambio y motivación al tratamiento; y ambiente de recuperación). - Determinación del nivel de los cuidados que requiere el usuario. <p>Y se ha definido los responsables de su aplicación.</p>	
<p>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento de la realización de la evaluación inicial.</p>	
<p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p>	

- Por ejemplo: CIE o DSM

Umbral de cumplimiento
Cumple: $\geq 66\%$

GCL-1.4 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación Integral.

Verificador: Procedimientos para la evaluación integral

Elementos medibles GCL-1.4	Sala de Equipos y/o Consultas
<p>- Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación integral del usuario, la cual debe incluir al menos las siguientes áreas evaluadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de sustancias ▪ Salud física y mental ▪ Relaciones familiares ▪ Funcionamiento social ▪ Transgresión a la norma <p>Y se han definido los responsables y los plazos de su aplicación.</p>	
<p>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</p>	
<p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p>	

Umbral de cumplimiento
Cumple: $\geq 66\%$

Obligatoria



GCL-1.5 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Plan de Tratamiento Individualizado (PTI).



Verificador: Proceso de Plan de Tratamiento Individualizado

Elementos medibles GCL-1.5	Sala de Equipos y/o Consultas
<p>Se describe en documento de carácter institucional el proceso del Plan de Tratamiento Individualizado (PTI), que establece:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Metodología utilizada en la elaboración, revisión, monitoreo y actualización del PTI. - Las actividades que aseguren la participación del usuario en la elaboración, revisión, monitoreo y actualización del PTI. - Que el PTI debe encontrarse formulado dentro de los tres meses desde el ingreso del usuario al Centro. <p>Y se ha definido los responsables de su aplicación</p>	
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	
Se constata PTI formulado dentro de los tres meses desde el ingreso del usuario al Centro	

Umbral de cumplimiento
Cumple: $\geq 75\%$

Obligatoria

GCL-1.6 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: Prevención de Recaídas

Verificador: Procedimientos para la prevención de recaídas

Elementos medibles GCL-1.6	Sala de Equipos y/o Consultas
Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de la prevención de recaídas que contiene al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de actividades - Registros asociados. Y se ha definido los responsables de su aplicación.	
Se constatan los registros de las actividades de prevención de recaídas	

Umbral de cumplimiento
Cumple:100%





GCL-1.7 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: Intervención con Familia y/o figuras significativas

Verificador: Intervención con Familia y/o figuras significativas

Elementos medibles GCL-1.7	Sala de Equipos y/o Consultas
<p>Se describe en documento de carácter institucional la intervención con Familia y/o figuras significativas que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">- Objetivos de la intervención- Tipo de actividades (individuales y grupales)- Profesionales responsables de desarrollar las intervenciones- Registros asociados a las intervenciones <p>Y se ha definido los responsables de su aplicación</p>	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

GCL-1.8 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: Prevención del Abandono del Tratamiento

Verificador: Procedimientos para Prevención del Abandono del Tratamiento

Elementos medibles GCL-1.8	Sala de Equipos y/o Consultas
<p>Se describe en documento de carácter institucional los procedimientos para la prevención del abandono del tratamiento, que incluye al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación del perfil de riesgo de abandono de tratamiento. - Criterios para iniciar procedimiento de prevención de abandono del tratamiento. - Estrategias contempladas para la prevención de abandono del tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de actividades. ▪ Plazos. - Evaluación de los Procedimientos para Prevención del Abandono del Tratamiento <p>Y se ha definido responsables de su aplicación</p>	
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	

Umbral de cumplimiento
Cumple: $\geq 66\%$





WWT

GCL-1.9 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: Preparación para el Egreso por Alta Terapéutica

Verificador: Procedimientos de Preparación para el Egreso por Alta Terapéutica

Elementos medibles GCL-1.9	Sala de Equipos y/o Consultas
Se describe en documento de carácter institucional los procedimientos de preparación para el egreso de los usuarios considerando la mantención del logro terapéutico, que incluye al menos: <ul style="list-style-type: none">- Tipo de actividades- Plazos Y se ha definido responsables de su aplicación	
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

GCL-1.10 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Seguimiento Post Alta Terapéutica

Verificador: Procedimientos para el seguimiento Post Alta Terapéutica

Elementos medibles GCL-1.10	Sala de Equipos y/o Consultas
Se describe en documento de carácter institucional los procedimientos para la realización del seguimiento post alta del tratamiento, considerando la mantención del logro terapéutico, que incluye al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de actividades - Plazos Y se ha definido responsables de su aplicación	
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	

Umbral de cumplimiento
Cumple: > 66%



GCL-1.11 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Resultados terapéuticos



Verificador: Procedimientos para el monitoreo y evaluación de resultados terapéuticos de los usuarios

Elementos medibles GCL-1.11	Dirección o gerencia del prestador
<p>Se describe en documento de carácter institucional el sistema de evaluación de los resultados terapéuticos de las personas egresadas del Centro de Tratamiento, considerando los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retención de los usuarios 2. Tipo de egreso 3. Logro terapéutico en relación al patrón de consumo y situación familiar. <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p>	
<p>Se ha definido indicador del sistema de evaluación de los resultados terapéuticos y umbral de cumplimiento</p>	
<p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p>	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

GCL-1.12 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: **Administración de Medicamentos**

Verificador: Procedimientos para la administración de medicamentos

Elementos medibles GCL-1.12	Dirección o gerencia del prestador	Botiquín
Se describe en documento de carácter institucional los procedimientos de Administración de medicamentos.		
Y se ha definido los responsables de su aplicación.		
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.		
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.		

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%



Característica

GCL-1.13 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: **Reanimación cardiopulmonar**



Verificador: Reanimación cardiopulmonar

Elementos medibles GCL-1.13	Sala de Equipos y/o Consultas
Se describe en documento(s) de carácter institucional el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica y se han definido los responsables de su aplicación.	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

Componente GCL -2

GCL -2 El prestador institucional cuenta con programas para prevenir la ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a la atención de los usuarios

GCL-2.1 Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención

Verificador: Programa de vigilancia de eventos adversos

Elementos medibles GCL 2.1	Sala de Equipos y/o Consultas	Botiquín
Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos : <ul style="list-style-type: none">- Eventos adversos y eventos centinelas a vigilar de acuerdo a realidad asistencial.- Sistema de vigilancia- Procedimiento de reporte Se han definido los responsables de su aplicación		
Existen registros implementados y en uso para reporte de EA.		
Se constata análisis de eventos centinelas.		

Umbral de cumplimiento

Cumple: \geq 66%

Obligatoria



GCL-2.2 Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención.

Verificador: Eventos adversos (EA) asociados a la atención.

Elementos medibles GCL-2.2	Sala de Equipos y/o Consultas	Botiquín
<p>Se describe en documento(s) de carácter institucional las medidas de prevención de al menos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intento de suicidio 2. Agresión a sí mismo o a terceros. 3. Error de medicación. <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>3</p>
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento, relacionados con el cumplimiento de las medidas de prevención.		
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.		

Umbral de cumplimiento
Cumple: $\geq 66\%$

Obligatoria

4. ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus usuarios, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo⁴.

Componentes:

AOC-1 La atención se realiza según criterios de acceso y oportunidad relacionados con la gravedad y el nivel de riesgo de los usuarios

Característica

AOC-1.1 Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a las personas en situaciones de emergencia médica dentro de la institución.

Verificador: Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia médica.

Elementos medibles AOC-1.1	Dirección o gerencia del prestador	General
Está descrito un sistema institucional de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia médica.		
Se constata: conocimiento del procedimiento en personal entrevistado.		

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%





AOC-1.2 Se aplican procedimientos para asegurar la oportunidad de la atención: **Priorización para el Ingreso.**

Verificador: Priorización para el Ingreso

Elementos medibles AOC-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Sala de Equipos y/o Consultas
Se describe en un documento de carácter institucional un sistema de aplicación de los criterios para la priorización del ingreso basados en los hallazgos de la evaluación inicial.		
Se han definido los responsables de su aplicación.		
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.		
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.		

Umbral de cumplimiento
Cumple: $\geq 75\%$

AOC-1.3 Se aplican procedimientos para asegurar el Acceso de la atención: **Atenciones disponibles.**

Verificador: Atenciones disponibles

Elementos medibles AOC-1.3	Dirección o gerencia del prestador
<p>Se describe en un documento de carácter institucional el listado de atenciones a las cuales pueden acceder los usuarios *, que al menos considere las siguientes prestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Consulta profesional médico.- Consulta psicólogo (a).- Consulta de salud mental (otros profesionales).- Intervención psicosocial de grupo.- Intervención familiar.- Intervención en terreno.- Psicoterapia individual- Psicoterapia grupal.- Tratamiento farmacológico- Exámenes de laboratorio	

*Estas pueden ser ofrecidas dentro y/o fuera del Centro.

Umbral de cumplimiento Cumple: 100%





Componente

AOC-2 El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los usuarios.

Característica

AOC-2.1 El prestador institucional dispone de un sistema de derivación asistida ajustándose a las necesidades de los usuarios, considerando todo el proceso terapéutico.

Verificador: Sistema de derivación asistida

Elementos medibles AOC-2.1	Sala de Equipos y/o Consultas
Se describe en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la derivación asistida de usuarios: <ul style="list-style-type: none">- Responsable que indica la derivación- Red de derivación y su procedimiento- Definición de la información que debe acompañar al usuarios	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

AOC-2.2 El prestador institucional coordina con otras redes de servicios socio sanitarias, atenciones que se ajusten las necesidades de los usuarios:
Procedimiento de coordinación con la red

Verificador: Procedimiento de coordinación
con la red

Elementos medibles AOC-2.2	Sala de Equipos y/o Consultas
Se describe en documento de carácter institucional los objetivos y los procedimientos de coordinación con las distintas instancias con las que el prestador institucional se relacione (servicios sanitarios, sociales, judiciales, educacionales, entre otros). Y se definen los responsables de su aplicación.	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%





MMA

AOC-2.3 Existen sistemas de entrega de turnos en el Centro Residencial, que enfatiza aspectos directamente relacionados con la seguridad de la atención.

Verificador: Entrega de turno*

Elementos medibles AOC-2.3	Sala de Equipo
Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de entrega de turnos, que contempla al menos: .- Datos mínimos a registrar: <ul style="list-style-type: none">• Fecha y hora de entrega de turno• Descripción de acontecimientos relevantes• Medidas adoptadas• Responsable de recepción y entrega del turno .- Responsables de su aplicación.	
Se constatan registros de entrega de turno	

*Aplica exclusivamente en aquellos Prestadores Institucionales Residenciales.

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

5. ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

La atención de salud de los usuarios es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.

Componente RH-1 Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.

Característica

RH-1.1 Los profesionales médicos que se desempeñan en la institución están debidamente habilitados.

Verificador: Habilitación legal del título de médicos.

Elementos medibles RH 1.1	Dirección o gerencia del prestador
Los médicos que cumplen funciones en el Prestador Institucional se encuentran habilitados legalmente	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

Obligatoria



Característica

RH-1.2 Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en la institución están debidamente habilitados.



Verificador: Habilitación legal del título de técnicos y profesionales del prestador

Elementos medibles RH 1.2	Dirección o gerencia del prestador
Los psicólogos que cumplen funciones en el Prestador Institucional se encuentran habilitados legalmente.	
Los terapeutas ocupacionales que cumplen funciones en el Prestador Institucional se encuentran habilitados legalmente	
Las enfermeras que cumplen funciones en el Prestador Institucional se encuentran habilitados legalmente.	
Las matronas que cumplen funciones en el Prestador Institucional se encuentran habilitados legalmente.	
Los técnico paramédico/auxiliar de enfermería que cumplen funciones en el Prestador Institucional se encuentran habilitados legalmente	
Los asistentes sociales y trabajadores sociales que cumplen funciones en el Prestador Institucional se encuentran habilitados legalmente	
Los técnico en psico-educación, técnico en rehabilitación, en prevención y tratamiento que cumplen funciones en el Prestador Institucional se encuentran habilitados legalmente	

Umbral de cumplimiento
Cumple: $\geq 80\%$

Obligatoria

Característica

RH-1.3 Los médicos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente.

Verificador: Certificados de especialidad de médicos

Elementos medibles RH 1.3	Dirección o gerencia del prestador
Certificados de especialidad médica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente.	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%





Componente RH-2 El prestador institucional realiza actividades para asegurar que el personal que ingresa adquiera conocimientos acerca del funcionamiento y normas locales.

Característica

RH-2.1 El prestador cuenta con un programa de inducción que enfatiza aspectos organizacionales y técnicos, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la institución

Verificador: Programas de inducción.

Elementos medibles RH 2.1	Dirección o Gerencia del Prestador
Se describe en un documento de carácter institucional el programa de inducción, que incluye aspectos organizacionales y técnicos.	
Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de inducción en al menos el 85% de los funcionarios que ingresan a la institución.	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

Característica

RH-2.2 El prestador cuenta con programas de orientación al Equipo Terapéutico específicas de sus funciones y responsabilidades.

Verificador: Programas de orientación.

Elementos medibles RH 2.2	Dirección o Gerencia del Prestador
Se describe en un documento el programa de orientación al equipo terapéutico específico para sus funciones y responsabilidades, que incluye a: Médicos Psicólogos Terapeutas Ocupacionales o Psicopedagogo Asistentes Sociales Técnicos	
Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación en al menos al 85% del Equipo Terapéutico.	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%





Componente RH-3 El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal.

Característica

RH-3.1 El prestador institucional incluye en su programa la capacitación, destinada al personal en materias relevantes para la seguridad del usuario.

Verificador: Programa de capacitación destinada al personal en materias relevantes para la seguridad del usuario

Elementos medibles RH 3.1	Dirección o Gerencia del Prestador
Se describe en un documento de carácter institucional el programa de capacitación anual, en el que se incluyen, los siguientes temas relacionado con la seguridad del usuario: - Reanimación cardiopulmonar básica - Medidas de prevención y manejo de agresión e intento de suicidio	
Se constata que al menos el 50% del personal que participa en la atención directa de usuarios ha sido capacitado en los temas señalados durante los últimos 3 años.	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

Característica

RH-3.2 El prestador institucional incluye en su programa la capacitación, destinada al Equipo terapéutico en materias relevantes para el proceso de atención.

Verificador: Programa de capacitación al Equipo terapéutico en materias relevantes para el proceso de atención

Elementos medibles RH 3.2	Dirección o Gerencia del Prestador
Se describe en un documento de carácter institucional el programa de capacitación anual, en el que se incluyen, al menos las materias relevantes para el proceso de atención: - Aplicación de estrategias motivacionales. - Estrategias de intervención familiar - Detección y manejo del Síndrome de Abstinencia	
Se constata que al menos el 50% del personal que participa en atención directa de usuarios ha sido capacitado en los temas señalados durante los últimos 3 años.	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%



Componente RH-4 El prestador institucional desarrolla acciones programadas de cuidado del equipo.



Característica

RH- 4.1 El prestador ejecuta un programa de Cuidado de Equipo.

Verificador: Programa de Cuidado de Equipo

Elementos medibles RH 4.1	Dirección Gerencia Prestador o del
<p>Se describe en un documento de carácter institucional el Programa Anual de Cuidado de Equipo que considere acciones a nivel individual, grupal y organizacional, y que contenga al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos: Que aborden aspectos referidas a la comunicación efectiva, manejo del estrés, protección ante situaciones que pongan en riesgo la integridad física y mental del personal. - Actividades - Plazos <p>Y se definen los responsables de su aplicación.</p>	
<p>Existe constancia de que se ha ejecutado el Programa Anual de acuerdo a lo establecido.</p>	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

6. ÁMBITO REGISTROS (REG)

El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los usuarios

Componente REG-1 El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

Característica

REG-1.1 El prestador institucional cuenta con ficha clínica única.

Verificador: Ficha clínica única

Elementos medibles REG 1.1	Dirección o gerencia del prestador	General
Se describe en un documento de carácter institucional la existencia de ficha clínica única y su manejo, según normativa vigente.		
Se constata la existencia de ficha clínica única.		

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%





Característica

REG-1.2: El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos.

Verificador: Registros clínicos

Elementos medibles REG 1.2	Sala de Equipos y/o Consultas
Se describe en documento de carácter institucional las características de los registros clínicos que contempla legibilidad , responsables del llenado y contenidos mínimos a registrar de al menos: <ul style="list-style-type: none">○ Evaluación inicial○ Evaluación integral○ Plan de tratamiento individualizado○ Consulta técnico profesionales○ Informe de egreso o epicrisis○ Talleres y/o actividades grupales	
Se constata legibilidad y contenidos mínimos de: Evaluación Integral e Informe de Egreso o Epicrisis	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

Característica

REG-1.3 El prestador entrega al usuario por escrito información relevante sobre el Centro y su proceso terapéutico.

Verificador: Información entregada al Usuario

Elementos medibles REG 1.3	Sala de Equipos y/o Consultas
Se describe en un documento de carácter institucional los informes que deben ser entregados al usuario, que incluyen al menos: <ul style="list-style-type: none">- Reglamento interno*- Plan de tratamiento individualizado- Informe de egreso o epicrisis Y se han designado responsables de su aplicación.	
Se ha definido indicador relacionado con la entrega de informes a los usuarios y umbral de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	

*De acuerdo a regulación vigente.

Umbral de cumplimiento

Cumple: $\geq 66\%$





Característica

REG-1.4 Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente.

Verificador: Sistema de registro de entrega y recepción de fichas

Elementos medibles REG 1.4	Archivo*
Se describe en documento el procedimiento de acceso y conservación de fichas clínicas y se ha designado los responsables de su aplicación, según normativa vigente**	
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	

* U otra Unidad donde se realizan los procedimientos de acceso y conservación.

**Reglamento de Fichas Clínicas DS N° 41/MINSAL 2012

Umbral de cumplimiento
Cumple: $\geq 66\%$

7. ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

Componente INS-1

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

Característica

INS-1.1 El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.

Verificador: Plan de prevención de incendios

Elementos medibles INS- 1.1	Dirección o gerencia del prestador	General
Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios.		
Se documenta un plan institucional de prevención de incendios, que incluye el mantenimiento preventivo de red seca, húmeda (en caso de disponer de estos) y de los sistemas de mitigación de incendios.		
Existe un informe de evaluación del riesgo de incendio realizado por terceros calificados		
Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluación y decisiones adoptadas al respecto.		
Se constata: <ul style="list-style-type: none"> - Recarga vigente de extintores - Red seca y húmeda accesible. - Cumplimiento de mantenimiento preventivo de red seca, húmeda y sistemas automatizados de mitigación de incendios (en caso de disponer de estos). 		

Umbral de cumplimiento
Cumple: $\geq 80\%$





Componente INS-2

El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permitan la evacuación oportuna de los usuarios y el personal.

Característica

INS-2.1 Existen planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros.

Verificador: Plan de evacuación

Elementos medibles INS- 2.1	Dirección o gerencia del prestador	General
Se ha designado un responsable Institucional del plan de evacuación.		
Se documenta un plan institucional de evacuación en caso de un evento como incendio, sismo e inundación, que contempla al menos: <ul style="list-style-type: none"> • Las funciones y responsables locales de la aplicación del plan. • Procedimiento de evacuación • Sistemas de comunicación de emergencia 		
Existe constancia de que se han ejecutado anualmente simulacros y/o simulaciones del plan de evacuación.		
Se constata conocimiento del plan de evacuación en el personal.		

Umbral de cumplimiento

Cumple: $\geq 75\%$

Obligatoria

Característica

INS-2.2 El prestador institucional mantiene la funcionalidad de la señalética de vías de evacuación.

Verificador: Señalética de vías de evacuación

Elementos medibles INS- 2.2	Dirección o gerencia del prestador	General
Se ha designado el responsable institucional del mantenimiento y actualización periódica de la señalética de vías de evacuación del establecimiento.		
Se constata el cumplimiento de : - Disponibilidad de señalética de vías de evacuación, considerando la iluminación, posición, tamaño, claridad de lectura o interpretación.		

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%





Componente INS-3 Las instalaciones relevantes para la seguridad de los usuarios se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de plan de contingencia por interrupción de servicios básicos.

Característica

INS-3.1 El prestador ejecuta un programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones relevantes para la seguridad de los usuarios y público.

Verificador: Mantenimiento preventivo de instalaciones

Elementos medibles INS- 3.1	Dirección o gerencia del prestador
Se ha designado un responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones.	
Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos: - Ascensores - Calderas y/o Sistemas de climatización - Techumbre - Calefón	
Se constata ejecución del mantenimiento preventivo según programa	

Umbral de cumplimiento

Cumple: 100%

Característica

INS-3.2 El prestador ejecuta un plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.

Verificador: El prestador institucional ejecuta un plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y/o de agua potable.

Elementos medibles INS- 3.2	Dirección o gerencia del prestador.	General
Se ha designado el responsable Institucional del plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y/o de agua potable.		
Se documenta un plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y/o de agua potable.		
Existen registros que dan cuenta de mantenimiento preventivo y realización de pruebas de los sistemas de iluminación de emergencia.		
Se constata: Operación de los sistemas de iluminación de emergencia.		

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%





9. ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP)

La institución provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los usuarios.

Componente APL-1 Laboratorio clínico

Los exámenes de laboratorio clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los usuarios

Característica

APL-1.1: Los exámenes de laboratorio comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

Verificador: Compra de prestaciones a terceros acreditados.

Elementos medibles APL-1.1	Dirección o gerencia del prestador
Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados	

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

APL-1.2: Las pruebas toxicológicas que son realizadas en el prestador se ejecutan de manera segura

Verificador: Pruebas toxicológicas o tests de drogas.

Elementos medibles APL-1.2	Sala de Equipos y/o Consultas
<p>Se describe en un documento de carácter institucional los procedimientos relacionados con la aplicación de pruebas toxicológicas o tests de drogas, incluyendo al menos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Criterios para la indicación de la(s) prueba(s)b) Instrucciones de preparación para el usuario.b) Procedimiento de toma de muestra para las pruebas realizadas.c) Registros asociados a la toma de muestra y resultados obtenidos.d) Conducta según resultados obtenidos. <p>Y se han definido los responsables de su aplicación.</p>	

*

Umbral de Cumplimiento 100%





mm

Componente APF-1 Farmacia

El prestador institucional asegura que los servicios y los productos entregados por farmacia sean de la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.

Característica

APF-1.1 Existe una estructura organizacional de carácter técnico que gestiona la actualización del arsenal de medicamentos.

Verificador: Procedimiento para la actualización del arsenal de medicamentos

Elementos medibles APF-1.1	Botiquín
Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de la actualización del arsenal de medicamentos, que considera la participación del Equipo Terapéutico*.	
Se constata la actualización anual del arsenal de medicamentos	

*Al menos el profesional médico y el director técnico.

Umbral de cumplimiento
Cumple: 100%

Característica

APF- 1.2 El prestador institucional utiliza procedimientos actualizados de farmacia en su Botiquín, para resguardar la seguridad de los usuarios.

Verificador: Procedimientos de Botiquín

Elementos medibles APF-1.2	Botiquín
Se describe en un documento(s) de carácter institucional los siguientes procedimientos en relación a los medicamentos : <ul style="list-style-type: none">- Dispensación- Devolución- Sistema de eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada.- Almacenamiento y conservación.- Formato de prescripción.- Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente. Y se ha definido los responsables de su aplicación	
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	
Se constata almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local*	

* En el caso de estupefacientes y psicotrópicos remitirse a regulación vigente.

Umbral de cumplimiento
Cumple: $\geq 75\%$

