

PAUTA DE COTEJO

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



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 AOC-1.2

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.		

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(n) 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 constatarse 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.

Característica GCL 1.12

Elementos medibles GCL1.12	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.

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



RESPECTO 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.

DU 1.1

Componente DU-1

La institución cautela que el usuario reciba un trato digno.

Característica

Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas 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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple 100%	Elementos medibles DU 1.1	General*		*o sector público y visible de mayor afluencia de público.
	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. Instrumento de difusión de derechos de los usuarios.			

RESPECTO 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.

DU 1.2

Característica

La institución desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos según normativa vigente*.

Verificador: Sistema de gestión de reclamos.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple ≥80%	Elementos medibles DU 1.2	Dirección o gerencia del prestador	Sectores de espera de público o Recepción	<p>* Decreto N°35 de 2012 (MIN-SAL). 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.</p> <p>** Se verificará presencia de libro de reclamos, buzones u otros sistemas para efectuar la formulación del reclamo en cantidad suficiente para asegurar el acceso.</p>
	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.			

RESPECTO 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.

DU 1.3

Característica

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥66%	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: - 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.			

Obligatoria

RESPECTO 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.

DU 1.4

Característica

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥66%	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.			

RESPECTO 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.

DU 2.1

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

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

Verificador: Consentimiento informado.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
Cumple: ≥66%	Elementos medibles DU-2.1	Dirección o gerencia del prestador	*No se restringirá el acceso a tratamiento en el caso de menores de edad que no cuenten con familiar o adulto responsable.
	Se describe en documento(s) de carácter institucional:		
	<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 a tratamiento de menores de edad que no cuenten con familiar o adulto responsable*. <p>El consentimiento escrito debe establecer que recibió y comprendió la información entregada sobre:</p> <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 otros 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.		

Obligatoria

RESPECTO 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.

DU 3.1

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

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥66%	Elementos medibles DU 3.1	Dirección o gerencia del prestador	General	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.
	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.			

RESPECTO 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.

DU 4.1

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

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
Cumple: ≥66%	<p align="center">Elementos medibles DU-4.1</p>	<p align="center">Dirección o gerencia del prestador</p>	
	<p>Existe convenio docente asistencial que cumple con al menos los siguientes requisitos: - Aprobado por el Representante Legal y/o Director del establecimiento. Define explícitamente que se debe velar por: - Proteger la seguridad de los usuarios - Proteger los derechos de los usuarios - Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente.</p>		
	<p>Se describe en un Programa de supervisión de los alumnos de pre-grado elaborado por el prestador: - 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.</p>		
<p>Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación periódica del Programa de supervisión de los alumnos de pre-grado.</p>			

RESPECTO 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.

DU 5.1

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

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
	Elementos medibles DU 5.1	Dirección o gerencia del prestador	General	
Cumple: ≥66%	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 a Comité de Ética en al menos 90% de los profesionales del equipo terapéutico entrevistado.			

2. ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)



GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

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

CAL-1.1

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

Existe una política explícita de mejora 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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥75%	Elementos medibles CAL-1.1	Dirección o gerencia del prestador		* 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.
	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 específica: a) Funciones b) Horas asignadas			
	Cuenta con un programa de calidad que 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, que incluye un análisis de los resultados obtenidos*.				

Obligatoria

3. ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA (GCL)



GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-1.1

Componente GCL -1

El prestador cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas.

Características

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

Verificador: Programa de tratamiento y rehabilitación.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	<p align="center">Elementos medibles GCL-1.1</p>	<p align="center">Dirección o gerencia del prestador</p>	<p align="center">Sala de Equipos y/o Consultas y/o Recepción</p>	
	<p>Se describe en documento de carácter institucional el/los Programas de Tratamiento y Rehabilitación del Centro que incluye al menos:</p> <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 			
	<p>Se ha definido un indicador relacionado con el cumplimiento de los criterios de ingreso y un indicador relacionado con el cumplimiento de los criterios de egreso y umbrales de cumplimiento.</p>			
<p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica de al menos uno de los indicadores.</p>				

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-1.2

Características

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	Elementos medibles GCL-1.2	Recepción*		*O lugar destinado por el centro para la recepción de los usuarios.
	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.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-1.3

Características

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

Verificador: Procedimientos para la evaluación inicial.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥66%	<p align="center">Elementos medibles GCL-1.3</p>	<p align="center">Sala de Equipos y/o Consultas</p>		* Por ejemplo: CIE o DSM
	<p>Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación Inicial del usuario, que debe incluir 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>			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-1.4

Características

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

Verificador: Procedimientos para la evaluación integral.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥66%	Elementos medibles GCL-1.4	Sala de Equipos y/o Consultas		
	Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación integral del usuario, la cual debe incluir al menos las siguientes áreas evaluadas: <ul style="list-style-type: none">- Uso de sustancias- Salud física y mental- Relaciones familiares- Funcionamiento social- Transgresión a la norma Y se han definido los responsables y los plazos de su aplicación.			
	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.			
	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.			

Obligatoria

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-1.5

Característica

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

Verificador: Proceso de Plan de Tratamiento Individualizado.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥75%	<p align="center">Elementos medibles GCL-1.5</p>	<p align="center">Sala de Equipos y/o Consultas</p>		
	<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>			
	<p>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</p>			
	<p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p>			
	<p>Se constata PTI formulado dentro de los tres meses desde el ingreso del usuario al centro.</p>			

Obligatoria

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-1.6

Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: Prevención de Recaídas.

Verificador: Procedimientos para la prevención de recaídas.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	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: - 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.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-1.7	Característica			
	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.				
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	Elementos medibles GCL-1.7	Sala de Equipos y/o Consultas		
	Se describe en documento de carácter institucional la intervención con familia y/o figuras significativas que incluye: <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 Y se ha definido los responsables de su aplicación.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-1.8

Característica

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥66%	Elementos medibles GCL-1.8	Sala de Equipos y/o Consultas		
	Se describe en documento de carácter institucional los procedimientos para la prevención del abandono del tratamiento, que incluyen al menos: <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. 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.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-1.9

Característica

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	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 incluyen al menos: - 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.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-1.10

Característica

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

Verificador: Procedimientos para el seguimiento post alta terapéutica.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥66%	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 incluyen al menos: - 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.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-1.11

Característica

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	<p align="center">Elementos medibles GCL-1.11</p>	<p align="center">Dirección o gerencia del prestador</p>		
	<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> <ul style="list-style-type: none"> - Retención de los usuarios. - Tipo de egreso. - 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>			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-1.12

Característica

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

Verificador: Procedimientos para la administración de medicamentos.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES	
Cumple: 100%	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.				

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-1.13

Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación Cardiopulmonar.

Verificador: Protocolo de reanimación cardiopulmonar.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	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.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-2.1

Componente GCL -2

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

Característica

Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención.

Verificador: Programa de vigilancia de eventos adversos.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥66%	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: - 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.				

Obligatoria

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL-2.2

Característica

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

Verificador: Medidas de prevención de eventos adversos (EA) asociados a la atención.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES	
Cumple: ≥66%	Elementos medibles GCL-2.2	Sala de Equipos y/o Consultas	Botiquín		
	Se describe en documento(s) de carácter institucional las medidas de prevención de al menos: 1. Suicidio 2. Agresión a sí mismo o a terceros. 3. Error de medicación. Se han definido los responsables de su aplicación.	1 2 3	3		
	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.				

Obligatoria

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



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.

AOC-1.1

Componente 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

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
	Elementos medibles AOC-1.1	Dirección o gerencia del prestador	General	
Cumple: 100%	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.			

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.

AOC-1.2	Característica				
	Se aplican procedimientos para asegurar la oportunidad de la atención: Priorización para el Ingreso.				
Verificador: Priorización para el ingreso.					
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
Cumple: $\geq 75\%$	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.				

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.

AOC-1.3	Característica			
	Se aplican procedimientos para asegurar el acceso a la atención: Atenciones Disponibles.			
	Verificador: Atenciones disponibles.			
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	Elementos medibles AOC-1.3	Dirección o gerencia del prestador		*Estas pueden ser ofrecidas dentro y/o fuera del Centro.
	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: <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 			

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.

AOC-2.1

Componentes AOC-2:

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

Característica

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	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: - Responsable que indica la derivación. - Red de derivación y su procedimiento. - Definición de la información que debe acompañar al usuarios.			

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.

AOC-2.2	Característica			
	El prestador institucional coordina con otras redes de servicios sociosanitarias, atenciones que se ajusten las necesidades de los usuarios: Procedimiento de Coordinación con la Red. Verificador: Procedimiento de coordinación con la red.			
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	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.			

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.

AOC-2.3	<p>Característica Existen sistemas de entrega de turnos en el Centro Residencial, que enfatiza aspectos directamente relacionados con la seguridad de la atención.</p> <p>Verificador: Entrega de turno*.</p>			
	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
Cumple: 100%	<p>Elementos medibles AOC-2.3</p>	Sala de Equipo		*Aplica exclusivamente en aquellos Prestadores Institucionales Residenciales.
	<p>Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de entrega de turnos, que contempla al menos:</p> <p>Los datos mínimos a registrar:</p> <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 <p>Responsables de su aplicación.</p>			
	<p>Se constatan registros de entrega de turno.</p>			

5. ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)



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.

RH-1.1

Componentes RH-1:

Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.

Característica

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

Verificador: Habilitación legal del título de médico.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	Elementos medibles RH 1.1	Dirección o gerencia del prestador		
	Los médicos que cumplen funciones en el Prestador Institucional se encuentran habilitados legalmente.			

Obligatoria

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.

RH-1.2

Característica

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

Verificador Habilitación legal de títulos de técnicos y profesionales del prestador.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥80%	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 técnicos en psico-educación, técnico en rehabilitación, en prevención y tratamiento que cumplen funciones en el Prestador Institucional se encuentran habilitados legalmente.			

Obligatoria

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.

RH-1.3

Característica

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	Elementos medibles RH 1.3	Dirección o gerencia del prestador		
	Certificados de especialidad médica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente.			

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.

RH-2.1

Componente RH-2

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

Característica

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	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.			

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.

RH-2.2

Característica

El prestador cuenta con programas de orientación al equipo terapéutico específicas de sus funciones y responsabilidades.

Verificador: Programas de orientación.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	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 al menos: - 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.			

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.

RH-3.1

Componente RH-3

El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal.

Característica

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	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.			

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.

RH-3.2

Característica

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	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.			

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.

RH-4.1

Componente RH-4

El prestador institucional desarrolla acciones programadas de salud en su personal.

Característica

El prestador ejecuta un Programa de Cuidado de Equipo.

Verificador: Programa de cuidado de equipo.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	Elementos medibles RH 4.1	Dirección o gerencia del prestador		
	Se describe en un documento de carácter institucional el Programa Anual de Cuidado de Equipo que considere ámbitos de acción individual, grupal y organizacional, y que contenga al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos: Que aborden aspectos referidos a la comunicación efectiva, manejo del estrés, protección ante situaciones que pongan en riesgo la integridad física y mental del personal. - Actividades - Plazos Y se definen los responsables de su aplicación.			
	Existe constancia de que se ha ejecutado el Programa Anual de acuerdo a lo establecido.			

6. ÁMBITO REGISTROS (REG)



REGISTROS (REG)

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

REG 1.1

Componente REG-1

El prestador institucional utiliza un sistema formal de Ficha Clínica.

Característica

El prestador institucional cuenta con Ficha Clínica única.

Verificador: Ficha Clínica única.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
		Dirección o gerencia del prestador	General	
Cumple: 100%	Elementos medibles REG 1.1			
	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.			

REGISTROS (REG)

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

REG 1.2

Característica

El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos.

Verificador: Registros clínicos.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	<p align="center">Elementos medibles REG 1.2</p>	<p align="center">Sala de Equipos y/o Consultas</p>		
	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación Inicial - Evaluación Integral - Plan de Tratamiento Individualizado - Consulta técnico profesionales - Informe de egreso o Epicrisis - Talleres o actividades grupales 			
	<p>Se constata legibilidad y contenidos mínimos de: Evaluación Integral e Informe de egreso o Epicrisis.</p>			

REGISTROS (REG)

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

REG 1.3

Característica

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

Verificador: Información entregada al usuario.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥66%	Elementos medibles REG 1.3	Sala de Equipos y/o Consultas		*De acuerdo a regulación vigente.
	Se describe en un documento de carácter institucional los informes que deben ser entregados al usuario, que incluyen al menos: - 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.			

REGISTROS (REG)

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

REG 1.4

Característica

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥66%	Elementos medibles REG 1.4	Archivo**		*Reglamento de Fichas Clínicas DS N° 41/MINSAL 2012. **U otra Unidad donde se realizan los procedimientos de acceso y conservación.
	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.			

7. ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)



SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

INS- 1.1

Componente INS-1

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

Característica

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

Verificador: Plan de prevención de incendios.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥80%	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: - 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).			

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

INS- 2.1

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

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

Verificador: Plan de evacuación.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
	Elementos medibles INS- 2.1	Dirección o gerencia del prestador	General	
Cumple: ≥75%	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: - 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.			

Obligatoria

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

INS- 2.2

Característica

El prestador institucional mantiene la funcionalidad de la señalética de vías de evacuación.

Verificador: Señalética de vías de evacuación.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	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.			

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

INS- 3.1

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

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.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	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.			

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

INS- 3.2

Característica

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

Verificador: Plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
	Elementos medibles INS- 3.2	Dirección o gerencia del prestador	General	
Cumple: 100%	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.			

8. ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP)



LABORATORIO CLÍNICO (APL)



SERVICIOS DE APOYO (AP)

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

APL-1.1

Componente APL-1

Los exámenes de Laboratorio Clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los usuarios.

Característica

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

Verificador: Compra de prestaciones a terceros acreditados.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	Elementos medibles APL-1.1	Dirección o gerencia del prestador		
	Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.			

SERVICIOS DE APOYO (AP)

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

APL-1.2

Característica

Las pruebas toxicológicas que son realizadas en el prestador se ejecutan de manera segura.

Verificador: Pruebas toxicológicas o tests de drogas.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	Elementos medibles APL-1.2	Sala de Equipos y/o Consultas		
	Se describe en un documento de carácter institucional los procedimientos relacionados con la aplicación de pruebas toxicológicas o tests de drogas, incluyendo al menos: <ul style="list-style-type: none">- Criterios para la indicación de la(s) pruebas.- Instrucciones de preparación para el usuario.- Procedimiento de toma de muestra para las pruebas realizadas.- Registros asociados a la toma de muestra y resultados obtenidos.- Conducta según resultados obtenidos. Y se han definido los responsables de su aplicación.			

FARMACIA (APF)



SERVICIOS DE APOYO (AP)

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

APF-1.1

Componente APF-1

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

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

Verificador: Procedimiento para la actualización del arsenal de medicamentos.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	Elementos medibles APF-1.1	Botiquín		*Al menos el profesional médico y el Director Técnico.
	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.			

SERVICIOS DE APOYO (AP)

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

APF-1.2

Característica

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

Verificador: Procedimientos de Botiquín.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥75%	Elementos medibles APF-1.2	Botiquín		*En el caso de estupefacientes y psicotrópicos remitirse a regulación vigente.
	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*.				