

# 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



# INDICE

---

I. Contenidos y Estructura del Manual:	2
1. Consideraciones generales	2
2. Sobre el Informe de Autoevaluación	2
3. Concepto de ámbito, componentes, características y verificadores	2
II. Instrucciones y Criterios para las Entidades Acreditadoras	4
III. Reglas de Decisión	6
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.	9
1. ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL USUARIO (DU)	10
2. ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)	12
3. ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA (GCL)	13
4. ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)	15
5. ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)	16
6. ÁMBITO REGISTROS (REG)	18
7. ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)	19
8. ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP)	20
V. Glosario de Términos y Abreviaturas	21

# I. Contenidos y Estructura del Manual

---

## 1. Consideraciones generales:

El Estándar General para los Prestadores Institucionales de Salud que otorgan 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 retrospectiva<sup>1</sup>. 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.

---

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

## 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.

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/o rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia alcohol y/o droga 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 dicha 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 (EA)
	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 qué porcentaje del total antes señalado éstas representan;
3. La Entidad Acreditadora otorgará o denegará la acreditación, o la concederá con observaciones, siempre que 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 total de las características obligatorias que le hayan sido aplicables y, al menos, el 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
    - ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento de, al menos, el 50% de las características que le fueron aplicables, permitiendo un incumplimiento máximo de 2 características obligatorias aplicadas en este proceso de acreditación.
  - b. Si el prestador hubiere sido previamente acreditado por el cumplimiento de lo señalado en la letra a.i. y aspirare a una segunda acreditación, se le exigirá:
    - i. Para acreditar: el cumplimiento del total de las características obligatorias que le hayan sido aplicables y, al menos, el 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
    - ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento de, al menos, el 70% de las características que le fueron aplicables, permitiendo un incumplimiento máximo de 2 características obligatorias aplicadas en este proceso de acreditación.
  - c. Si el prestador hubiere sido precedentemente acreditado por el cumplimiento de lo señalado en la letra b.i. precedente y aspirare a una tercera acreditación, se le exigirá:
    - i. Para acreditar: el cumplimiento del total de las características obligatorias que le hayan sido aplicables y, al menos, el 95% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
    - ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento de, al menos, el 85% de las características que le fueron aplicables, permitiendo un incumplimiento máximo de 2 características obligatorias aplicadas en este proceso de acreditación.



4. 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.
  
5. 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.

---

**1<sup>er</sup> AMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL USUARIO (DU)**

**2<sup>o</sup> AMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)**

**3<sup>er</sup> AMBITO: GESTIÓN CLINICA (GCL)**

**4<sup>o</sup> AMBITO: ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)**

**5<sup>o</sup> AMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)**

**6<sup>o</sup> AMBITO: REGISTROS (REG)**

**7<sup>o</sup> AMBITO: SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)**

**8<sup>o</sup> AMBITO: 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 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.
- 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.**

**Características:**

DP-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.

### 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.

#### 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 a 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 enfatizan 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 capacitación en materias relevantes para la seguridad del usuario, destinada al personal.
  
- RH 3.2 El prestador institucional incluye en su programa la capacitación, en materias relevantes para el proceso de atención, destinada al equipo terapéutico.

### **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 de alcohol y/o drogas”, “Decreto 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. Por 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 (diagnóstico, tratamiento, pronóstico, posibles complicaciones y riesgos) por parte del profesional tratante a la persona usuaria para que ésta pueda tomar una decisión responsable respecto a ingresar o no a tratamiento.

**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 y las acciones requeridas para su mitigación.

**Evento adverso grave:** corresponde a un evento centinela, 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 requerir 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 evaluar otras dimensiones que tienen relevancia clínica inicial (salud física y mental, ambiente de recuperación<sup>2</sup>, 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 podrá ofrecer, en el caso que lo requiera, ingresar a tratamiento o bien ser derivado asistidamente.

**Evaluación integral:** se refiere al proceso coordinado y comprensivo 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).

---

<sup>2</sup> 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.



**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 acerca de la persona en tratamiento y su familia, del nivel de 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. 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 inicial 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 resultados.

**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.

