



FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES
DE INTERVINIENTES EN TOXICOMANÍAS

INDICADORES DE CALIDAD EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS



Con el apoyo de la Comisión Europea



FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE INTERVINIENTES EN TOXICOMANÍAS

INDICADORES DE CALIDAD EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS



Responsable:

Jesus Martin

Redactor

Césareo Fernandez Gomez



Con el apoyo de la Comisión Europea



FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE INTERVINIENTES EN TOXICOMANÍAS

Publicado por:

ERIT

Responsable :

Jesus MARTIN

Redactor:

Césareo Fernandez Gomez

Con el apoyo de:

Comision Europea DGV

Coordinacion Editorial:

Domingos DURAN

Maquetacion

Jorge BARATA

Photo

JB

Impresion:

Abrangráfica, Lda. - Portugal

Numero de ejemplares

500

ISBN: 972-8697-03-1

Depósito Legal n.º 167068 / 01

Ni la Comisión Europea ni ninguna persona en su representación serán consideradas responsables del uso que pueda hacerse de la información incluida en este documento.



ÍNDICE

I.	PRESENTACION GENERAL	7
II.	PRESENTACION DEL ESTUDIO	9
III.	MIEMBROS DEL GRUPO DE EXPERTOS EUROPEOS	11
IV.	ANTECEDENTES	13
V.	OBJETIVOS	17
VI.	PROCEDIMIENTO: ACTIVIDADES Y MÉTODO	19
VII.	RESULTADOS	
a.	<i>FORMACIÓN DE UN GRUPO DE EXPERTOS</i>	47
b.	<i>ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS EUROPEOS SOBRE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN PROGRAMAS DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA</i>	48
c.	<i>PROPUESTA DE UN CONJUNTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA, ELABORACIÓN DE UN LISTADO O CUESTIONARIO DE INDICADORES DE CALIDAD EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA</i>	49
d.	<i>DIFUSIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA. ELABORACIÓN DE UNA DECLARACIÓN COMÚN. ACEPTACIÓN Y FIRMA</i>	52
e.	<i>ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EUROPEAS A LOS INDICADORES DE CALIDAD</i>	53



FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE INTERVINIENTES EN TOXICOMANÍAS

f.	<i>VALIDACIÓN EN EUROPA DEL CUESTIONARIO SOBRE INDICADORES DE CALIDAD</i>	53
g.	<i>PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE CRITERIOS E INDICADORES DE CALIDAD</i>	56
h.	<i>ELABORACIÓN DE UN MODELO PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL EN DROGODEPENDENCIAS EN EUROPA</i>	57
i.	<i>PREPARACIÓN PARA LA APLICACIÓN EXPERIMENTAL DE PROGRAMAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL</i>	58
j.	<i>INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS CLIENTES DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO COMO INICIO DE PROGRAMAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL</i>	60
K.	<i>OTRAS ACTIVIDADES</i>	61
VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		65
CUESTIONARIO SOBRE INDICADORES DE CALIDAD EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA		75
DECLARACIÓN SOBRE INDICADORES DE CALIDAD EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA		127



I. PRESENTACIÓN GENERAL

Desde su fundación en 1992, y a través de los estatutos que la rigen, la Federación ERIT, tiene como espíritu, el promover el intercambio de conocimientos y el incremento de las competencias técnicas de los profesionales europeos que trabajan en el campo de las toxicomanías. Reagrupando a 15 Asociaciones nacionales de 9 países europeos, ERIT es un verdadero foro de debate y de intercambio de experiencias entre los diferentes “actores” que combaten la toxicomanía, destinados a profundizar el estudio y el conocimiento de este fenómeno.

La acción de ERIT en este campo es bastante compleja. En efecto, la Federación persigue sus objetivos estatutarios de diferentes formas, desde la Conferencias Europeas, (Lieja en 1.992, París en 1.996, Bolonia en 1.998, Oporto en 2.000 y probablemente Berlín en 2.002) promueven un foro de debates entre millares de profesionales y de agentes sociales implicados en la lucha contra la toxicomanía y los grupos de trabajo de ERIT. Estos Grupos, dirigidos por los miembros del Consejo de Administración de ERIT, tienen por objetivo, estudiar los temas esenciales y actuales del fenómeno de la droga en Europa. Están compuestos por expertos nacionales (pueden provenir o no de las Asociaciones miembros de ERIT) y fomentan el intercambio de información y análisis de las diferentes realidades nacionales como medio para evaluar los aspectos comunes de este fenómeno, y eventualmente, definir respuestas comunes.

Los años de experiencia, la adquisición de información y de resultados significativos de estos Grupos de Trabajo han decidido al Consejo de Administración de ERIT a promover la publicación de estos informes, con el fin de divulgar la naturaleza del trabajo realizado y las líneas directrices que han sido posibles definir hasta la actualidad. Además de las conclusiones relativas a la toxicomanía y a los fenómenos que le son asociados, las conclusiones y las recomendaciones, figuran en estas publicaciones reflejando el



estado actual de la realidad, la evolución y la expresión del fenómeno de la droga en Europa, así que ha sido realizadas y son realizadas sobre el plano de las respuestas comunes a poner en cuestión.



II. PRESENTACION DEL ESTUDIO

ERIT ha formado, con la ayuda de la Comisión Europea, un grupo de trabajo formado por expertos Europeos en Indicadores y normas de Calidad en comunidad Terapéutica para drogodependientes y expertos en programas no residenciales de tratamiento. Durante el periodo 1997-2000 el grupo de trabajo ha analizado la documentación existente en el ámbito nacional, Europeo e internacional sobre normativas, sistemas de acreditación y homologación, y sistemas de control y aseguramiento de la calidad. El grupo ha identificado un conjunto de 120 Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica y los ha incluido en un Cuestionario ampliamente aceptado y validado en más de 100 programas de tratamiento residencial procedentes de 10 países Europeos. Esta experiencia ha servido para formar un compromiso y un consenso con los principios de la Calidad Total en programas residenciales, plasmado en forma de una Declaración Común sobre los Indicadores de Calidad.

El Modelo Europeo para la Calidad Total, los Indicadores de Calidad validados en Europa, los procedimientos para la Mejora Continuada de la Calidad y el compromiso de los profesionales Europeos colaboradores con los trabajos del grupo ERIT proporcionan una plataforma consistente para el desarrollo de políticas de Calidad asistencial en estos programas con la participación directa de los profesionales. Los miembros del grupo de trabajo han iniciado la obtención experimental de indicadores directos de satisfacción de clientes y la identificación de oportunidades de mejora prioritarias para sus programas. Actualmente, las dos secciones que trabajaban desde ERIT sobre calidad en programas de tratamiento residenciales y no residenciales han decidido continuar su actividad con unos objetivos y



método de trabajo conjunto. De esta forma, el grupo de trabajo contará con la participación de un número aproximado de 15 expertos en el tratamiento de las drogodependencias procedentes de 11 países europeos: Portugal, España, Francia, Italia, Bélgica, Holanda, Inglaterra, Escocia, Alemania, Austria y Suiza. Para el siguiente periodo, el grupo de trabajo sobre Gestión de la Calidad Total se ha marcado los siguientes objetivos:

1. Iniciar la aplicación e implementación de programas basados en el Modelo EFQM para la Gestión de la Calidad Total y los desarrollos alcanzados por el grupo europeo de expertos de ERIT.
2. Elaboración de un informe sobre las dificultades prácticas halladas en el desarrollo y aplicación de programas de Gestión de la Calidad Total.
3. Aportar recomendaciones y sugerencias para el desarrollo de políticas para la calidad y buenas prácticas en los programas de tratamiento.



III. MIEMBROS DEL GRUPO DE EXPERTOS EUROPEOS

Jesús Martín Pozas; **Coordinador**, (Fundación Girasol; I.C.T., España);

Juan Llorente (CTME Foronda; I.C.T., España);

Paolo Stocco (Villa Renata, Italia); Claudio Bignami (La Rupe, Italia); Giuseppe Iraci (Comunità Incontro; Italia);

Horst Broemer (Drogenhilfe Tannenhof – Berlín, Alemania);

Rodrigo Coutinho y Jorge Barata (Ares do Pinhal, Portugal); Domingos Durán (Reencontro, Portugal);

Claude Macquet (Les Hautes Fagnes, Bélgica);

Pascale Croisnier (Sato Picardie, Francia);

Claire Roelli, (COSTE, Suiza);

Marcel van Gisbergen (Gelders Centrum Voor Verslavingszorg; Holanda);

Richard Craven, (SCODA, Reino Unido);

Cesáreo Fernández, **Asesor Técnico**, (I.C.T., España).



FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE INTERVINIENTES EN TOXICOMANÍAS



IV. ANTECEDENTES

El concepto de calidad en un programa de rehabilitación en drogodependencias es difícil de definir teórica y operativamente, como consecuencia de múltiples factores. Por ejemplo, la falta de un cuerpo de conocimiento sólidamente establecido acerca de la etiología y mantenimiento de los trastornos adictivos favorece la existencia de una gran variedad en los acercamientos teóricos al tema y la falta de bases empíricas firmes para definir lo que debería ser un tratamiento “estándar y adecuado”. Además, el concepto de calidad surgido de la producción artesanal e industrial se complica en su aplicación a los servicios, donde “el producto” consiste principalmente en la interacción entre individuos, no resulta inmediatamente “tangible” y no puede ser totalmente planificado con antelación y medido con posterioridad.

La calidad en los servicios asistenciales podría definirse en un sentido amplio como “el conjunto de características del servicio que le confieren aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente, entendido éste también en un sentido amplio”. Estas características agrupan componentes de calidad científico-técnica, eficacia, eficiencia, adecuación y satisfacción del consumidor (usuarios atendidos, familiares, instituciones y comunidad global) y del profesional. Los aspectos tradicionalmente más relacionados con la calidad en los servicios de asistencia sanitaria, incluyendo el campo de las drogodependencias, implican la especificación de normas básicas que las agencias de tratamiento deben cumplir en su respuesta a las necesidades de los clientes. Los manuales de normas de calidad básicas especifican criterios para varios aspectos en estos servicios asistenciales: organi-



zación, gestión y financiación del programa; entorno físico; gestión de registros individuales; evaluación de pacientes; proceso de tratamiento; derechos del paciente; formación, gestión y desarrollo del personal; evaluación del programa; etc. Aunque estos aspectos de la calidad pueden no ser suficientes para un tratamiento ideal o incluso adecuado de las necesidades del paciente, son un precursor de dicho tratamiento adecuado. Más aún, resulta extremadamente difícil proporcionar un tratamiento adecuado en una institución que no tiene líneas de actuación orientadas hacia los aspectos estructurales y generales mencionados.

La Federación Europea de Asociaciones de Intervinientes en las Toxicomanías (ERIT) tiene entre sus objetivos generales la mejora de la asistencia a toxicómanos. Más específicamente, ERIT tiene como objetivo favorecer el desarrollo de investigaciones y estudios comunes entre los Intervinientes Europeos en programas asistenciales y favorecer la participación de estos profesionales en una política europea en materia de drogas. Uno de los temas objeto de creciente debate entre las asociaciones de profesionales miembros de ERIT son los parámetros que han de ser referencia y guía para la mejora de la calidad en los programas de prevención y asistencia en drogodependencias. Como ejemplo, la calidad en las intervenciones fue el tema genérico de la 3ª Conferencia de ERIT, celebrada en Bolonia (Italia) en diciembre de 1.997. Algunas instituciones asociadas en ERIT han desarrollado recientemente sistemas y normativas para la garantía de la calidad (por ejemplo, Neviv - Holanda, SCODA - Reino Unido, FDR en Alemania, etc.), o bien están implicadas en estas tareas actualmente. Otras, como la Asociación de Intervinientes en Comunidad Terapéutica (ICT, España), surgieron con el fin de definir y desarrollar un modelo basado en criterios de profesionalidad y calidad, dentro de una



asistencia dirigida hacia las necesidades del paciente drogodependiente en rehabilitación. Este fin es común a otros profesionales de comunidad terapéutica en Italia, Alemania, Portugal, Francia, Bélgica, Suiza, etc. Recientemente, se han desarrollado en Europa iniciativas para poner en común los criterios que definen el modelo de comunidad terapéutica profesional. Cabe reseñar el Seminario Internacional T3E - Ares do Pinhal "Comunidades Terapéuticas: ¿Qué evolución?", celebrado en MAÇÃO (Portugal) en 1.995. En aquél foro se reunieron 35 expertos en C.T. procedentes de Portugal, España, Italia, Francia, Bélgica e Inglaterra, con el objetivo de sentar algunas bases para un consenso Europeo sobre el modelo de C.T. profesional.

Sin embargo, no se conocen normativas Europeas sobre calidad en programas de tratamiento, elaboradas mediante la discusión, intercambio, consenso y colaboración de Intervinientes procedentes de diferentes países de la Unión Europea. Este déficit es también patente en el campo de las comunidades terapéuticas para toxicómanos. En este contexto, con el soporte de la Unión Europea (a través de la DGV), ERIT elaboró en el año 1.996 un proyecto para formar un grupo de expertos Europeos en el estudio y desarrollo de la calidad en comunidad terapéutica, a iniciativa de la representación de la Asociación de Intervinientes en Comunidad Terapéutica (I.C.T. - España).



FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE INTERVINIENTES EN TOXICOMANÍAS



V. OBJETIVOS

El objetivo general marcado para este grupo de expertos es participar activamente en el estudio, desarrollo y aplicación experimental de una normativa sobre la calidad de los programas de comunidad terapéutica en Europa.

Los objetivos específicos marcados inicialmente y durante los años siguientes para el grupo de trabajo son los siguientes:

1. Recogida y análisis de los estudios y normativas Europeas y Nacionales sobre los indicadores de calidad en programas de comunidad terapéutica.
2. Propuesta de un conjunto de indicadores de calidad en comunidad terapéutica, mediante la elaboración de un listado que especifique los indicadores esenciales de calidad en las comunidades terapéuticas.
3. Difusión de los indicadores de calidad en CC.TT. Europeas, mediante la elaboración y difusión de una declaración común sobre los indicadores de calidad en comunidad terapéutica.
4. Estudio de la adecuación de las comunidades terapéuticas europeas a los criterios de calidad.
5. Validar en Europa el Cuestionario sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica, sometiéndolo a la valoración de un número amplio de comunidades terapéuticas europeas.
6. Elaborar un procedimiento para la aplicación del Cuestionario sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica.



7. Presentación de un Modelo para la Calidad con utilidad para el estudio, formación y mejora en el ámbito de la calidad asistencial en comunidades terapéuticas y otros programas asistenciales en las drogodependencias.
8. Preparación para la aplicación experimental de programas para la gestión de la calidad total: Elaboración de un manual con unas directrices básicas para la mejora continuada de la calidad en programas asistenciales y desarrollo de planes piloto (experimentales) para la mejora de la calidad.
9. Incluir la perspectiva de los residentes y usuarios de los programas asistenciales como inicio de programas de gestión de la calidad.
10. Difusión de los resultados alcanzados hasta la fecha: Publicación a través de la estructura de ERIT, difusión en los países representados en el grupo y otros.



VI. PROCEDIMIENTO: ACTIVIDADES Y MÉTODO

El procedimiento de trabajo utilizado para alcanzar los objetivos señalados se caracterizó por:

A) Una división de tareas y actividades:

Los miembros del grupo buscaron y recogieron información diversa en sus respectivos países sobre los parámetros e indicadores de calidad en comunidad terapéutica, realizaron contactos con otros expertos Europeos y Americanos, organizaron reuniones de trabajo en sus países de origen, analizaron la información recogida por el grupo, seleccionaron y valoraron las diferentes opciones para el cumplimiento de los objetivos según su juicio de expertos, participaron directamente en la toma de decisiones sobre los objetivos del grupo y difundieron los resultados alcanzados a nivel Nacional y Europeo.

La coordinación del grupo (organización de las reuniones, comunicación con el Consejo de Administración de ERIT, coordinación de los miembros del grupo, etc.) fue desempeñada por Jesús Martín. Las tareas técnicas (recogida, análisis, elaboración y distribución de documentación e informes) fueron desempeñadas por Cesáreo Fernández (asesor técnico).

Reuniones de trabajo:

Estas reuniones fueron utilizadas para el análisis y discusión de la información obtenida y de los resultados del grupo, así como para la toma de decisiones acerca de los objetivos a



alcanzar y de las actividades a desarrollar.

Actividad continuada:

Los periodos comprendidos entre las reuniones de trabajo fueron dedicados a las tareas técnicas y actividades del grupo orientadas a alcanzar los objetivos señalados. Para ello se desarrolló una comunicación permanente, mediante el correo ordinario, la vía telefónica, fax y correo electrónico entre los miembros del grupo, el coordinador y el secretario técnico. A continuación se describe el método de trabajo aplicado y las actividades desarrolladas en las sesiones de trabajo y en los periodos intermedios:

I. Primera Reunión: Sevilla, 6 y 7 de Diciembre de 1996.

1. Presentación de los participantes y miembros del grupo, explicación del proyecto de trabajo: objetivos para el año 1997 (objetivos nº 1-4), asuntos organizativos y calendario.
2. Planificación de las actividades para la consecución de dichos objetivos.
3. Inicio de las tareas de análisis de la documentación existente sobre calidad en comunidad terapéutica.

II. Intermedio primero: Diciembre de 1996 - Marzo de 1997.

Los miembros del grupo aportaron documentación sobre la reglamentación legal que regula en sus respectivos países la



existencia y funcionamiento de las comunidades terapéuticas. Adicionalmente, algunos miembros del grupo aportaron otro tipo de publicaciones realizadas a título individual, por colectivos de profesionales de sus respectivos países o de otra procedencia.

III. Segunda reunión: Venecia, 21-22 de Febrero de 1997.

En esta reunión analizamos y discutimos la información aportada por los diferentes miembros del grupo. Esta documentación incluyó: A) normativa legal reguladora de la autorización y funcionamiento de comunidades terapéuticas en los diferentes países Europeos representados; B) metodología descriptiva de comunidades terapéuticas e indicadores de calidad aplicados actualmente a este tipo de programas.

Posteriormente, el grupo planificó el procedimiento para seleccionar y procesar la información contenida en la documentación recogida:

- (1) Elaboración de un documento - base, conteniendo los ítems hallados en la citada documentación que puedan ser considerados como indicadores de calidad en un programa de tratamiento. Este documento estará estructurado en áreas, agrupando ítems o indicadores de calidad relacionados.
- (2) Diseño de un sistema de valoración, con el fin de que cada miembro del grupo pueda calificar separadamente éstos ítems posibles indicadores de calidad, en función de



su validez y relevancia para un programa de comunidad terapéutica.

- (3) Cada experto valorará cada ítem siguiendo el procedimiento diseñado, y el asesor técnico elaborará un informe relativo a las respuestas proporcionadas por cada experto a los ítems del documento - base.

IV. Intermedio segundo: Febrero - Abril de 1997.

El asesor técnico seleccionó los potenciales indicadores de calidad en comunidad terapéutica, a partir de los documentos presentados y discutidos en Venecia y de otros documentos recogidos en el ámbito internacional sobre el tema. Como resultado de este trabajo elaboró un documento incluyendo unos 400 indicadores de calidad en C.T. Estos indicadores fueron agrupados en diferentes áreas del funcionamiento de un programa de C.T.

Una vez elaborado el documento - base, se diseñó un procedimiento para recoger la valoración de todos los miembros del grupo de expertos acerca de las áreas de calidad y sus indicadores respectivos. Este procedimiento incluyó un formato de respuesta (con preguntas abiertas y cerradas) y un método para el procesamiento posterior de las respuestas.

A) El formato de respuesta incluyó respuestas abiertas y respuestas cerradas para la valoración de los ítems del documento - base. Las preguntas abiertas consistían en pedir a los miembros del grupo de trabajo: a) Un comentario acerca de la redacción de las diferentes áreas e indicadores



de calidad incluidos en cada una de éstas. b) Su opinión acerca de si resultaba necesario o conveniente añadir algún indicador más en cada una de las áreas.

Las preguntas cerradas estaban dirigidas a obtener una valoración individual de cada uno de los indicadores de calidad. Estas preguntas solicitaban a los miembros del grupo de trabajo que asignara una puntuación a cada uno de los ítems del documento - base, en dos escalas diferentes:

La escala denominada VALOR del ítem utilizaba un formato de respuesta tipo Likert, con 5 puntos. El rango de valores oscilaba desde un valor extremadamente bajo (1 = el ítem no está relacionado en absoluto con el concepto de calidad en una comunidad terapéutica), hasta un valor extremadamente alto (5 = el ítem es un indicador muy adecuado del concepto de calidad para una comunidad terapéutica).

La escala denominada INDICACIÓN del ítem especifica en qué medida éste constituye un ítem exigible en cuanto a su cumplimiento en una C.T. Se utilizó una escala con tres puntos de respuesta: E = El ítem es Esencial, y ha de cumplirse en la C.T. en el 100% de los casos y en el 100% de las veces; A = El ítem es Aplicable o recomendable, de forma que la norma o criterio debería ser aplicada en la C.T. cada vez que sea posible, de acuerdo a los recursos disponibles. Finalmente, N = El ítem No es Aplicable a una comunidad terapéutica.

Una vez cumplimentado el cuestionario inicial, las respuestas al cuestionario fueron almacenadas en una hoja de cálculo diseñada a tal efecto. Finalmente, se calcularon los valores medios obtenidos por cada ítem en las dos escalas de valoración utilizadas. Los resultados de este cálculo y las respuestas a las preguntas abiertas fueron incluidos en un informe, con el fin de ser estudiado y discutido en la siguiente



reunión.

V. Tercera reunión: Lisboa, 3-5 de Abril de 1997.

La sesión de trabajo se orientó al logro de los objetivos referidos a:

- (1) Discusión del contenido y forma del documento-base, así como de las respuestas proporcionadas por los miembros del grupo que ya habían cumplimentado dicho documento - base.
- (2) Diseño de un procedimiento para la selección de los ítems del documento - base que formarán el Listado o Cuestionario de Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica.

El procedimiento diseñado para la elaboración del cuestionario definitivo sobre indicadores de calidad consistió en:

- (3) Seleccionar los indicadores de calidad que obtengan un valor medio igual o superior a 4 (redondeado) en la escala de VALOR entre los miembros del grupo y
- (4) Seleccionar los indicadores de calidad que obtengan un valor igual o superior a 1 (“Aplicable”) en la escala de INDICACIÓN.

Por tanto, tan solo serán incluidos en el Cuestionario de Indicadores de Calidad aquellos ítems que sean considerados por el grupo de expertos como Indicadores notablemente válidos de calidad en una comunidad terapéutica y que, al mismo tiempo, sean indicadores como mínimo Aplicables o



Esenciales para una comunidad terapéutica.

El grupo acordó el plan de trabajo hasta la siguiente reunión. Las tareas planificadas para el siguiente periodo entre reuniones fueron:

- a) Recoger las valoraciones de otros expertos del grupo acerca de los Indicadores de Calidad;
- b) Seleccionar los indicadores de calidad que formarán el Inventario o Cuestionario sobre Indicadores de Calidad en comunidad terapéutica según el procedimiento mencionado anteriormente;
- c) Revisión del Cuestionario por los miembros del grupo y
- d) Traducción del mismo a diferentes lenguas (Inglés, Francés, Alemán, Italiano y Portugués) a través de una agencia profesional.

VI. Intermedio tercero: Abril - Junio de 1997.

La tarea fundamental a realizar en el intervalo hasta la reunión siguiente consistió en la elaboración de un Cuestionario de Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica aceptados por el grupo; así como en su traducción a los idiomas de los países representados en el grupo. Como resultado, de los 400 ítems del documento - base fueron seleccionados 120 indicadores de calidad, agrupados en 12 áreas de contenido equivalente a las 12 áreas pre-existentes.



Una vez elaborada la segunda versión del cuestionario, los miembros del grupo hicieron una segunda revisión. El cuestionario elaborado alcanzó un elevado grado de aceptación en los miembros del grupo. Se recibieron algunas propuestas de modificación o eliminación de ítems particulares. Una vez terminada esta fase, el cuestionario resultante fue traducido por especialistas profesionales a las siguientes lenguas: Inglés, Francés, Alemán, Portugués e Italiano.

VII. Cuarta reunión: Berlín, 13-14 de Junio de 1997.

La sesión de trabajo estuvo orientada a los siguientes objetivos:

- (1) Revisión del cuestionario traducido a las diferentes lenguas. Discutimos nuevamente el contenido de algunos ítems específicos del Cuestionario sobre los Indicadores de Calidad y realizamos modificaciones concretas en algunos de ellos con el fin de adaptarlos a la situación de algunos países. Posteriormente revisamos parcialmente las diferentes versiones traducidas del cuestionario, con el fin de adoptar criterios para lograr un contenido homogéneo en las diferentes versiones. Acordamos que, durante el periodo hasta la siguiente reunión, cada miembro del grupo realizaría una revisión detallada de la traducción del cuestionario a su propio idioma, corrigiendo las expresiones difícilmente comprensibles, aunque sin alterar el sentido del ítem o indicador de calidad.



- (2) Establecer un procedimiento para la divulgación del cuestionario sobre los indicadores de calidad en diferentes comunidades terapéuticas Europeas. Decidimos administrar el cuestionario sobre indicadores de calidad en tres comunidades terapéuticas de cada país representado en el grupo. El formato de administración a utilizar será análogo al empleado en el grupo de trabajo, es decir, aplicando dos escalas de valoración en cada indicador de calidad. En esta ocasión, el cuestionario será rellenado por un miembro del la C.T. diferente del que participa en el grupo de trabajo, con el fin de validar inicialmente los indicadores seleccionados por el grupo.
- (3) Establecer un procedimiento para elaborar la declaración común del grupo de trabajo. En cuanto a la elaboración de la declaración común, decidimos posponerla para la fase final del trabajo del grupo. Una vez elaborado el cuestionario sobre indicadores de calidad en comunidad terapéutica, asumimos que la declaración del grupo alcanzaría un mayor valor si integraba la opinión de otros profesionales de comunidad terapéutica, además de los presentes en el grupo de trabajo. La carta o declaración común será una síntesis de la información obtenida mediante el cuestionario, en su aplicación a diversas comunidades terapéuticas profesionales Europeas.
- (4) Exposición y aprobación de una propuesta a la CE para continuar la actividad del grupo de trabajo. Se presentó y aprobó la presenta-



ción de una nueva propuesta a la CE, para completar la actividad del grupo de trabajo sobre calidad en comunidad terapéutica dentro de ERIT. Los objetivos de la nueva propuesta serán: a) la validación de Cuestionario sobre Indicadores de Calidad en una muestra amplia y representativa de comunidades terapéuticas Europeas (objetivo nº 5); b) elaboración de un procedimiento objetivo para la investigación y evaluación de la calidad en comunidad terapéutica (objetivo nº 6).

VIII. Intermedio cuarto: Junio - Octubre de 1997.

Durante este periodo se realizaron las siguientes tareas:

- (1) Paolo Stocco revisó la traducción del Cuestionario al Italiano, adaptando algunas expresiones para un mejor entendimiento en los profesionales de comunidad terapéutica para drogodependientes en Italia. Horst Brömer hizo lo mismo con el Cuestionario en Alemán y Alain Morel revisó el Cuestionario y otros documentos elaborados por el grupo en Francés. El asesor técnico elaboró un manual para el Cuestionario sobre Indicadores de Calidad, incluyendo origen, naturaleza e instrucciones para su uso. Asimismo, adaptó un formato común para la aplicación del cuestionario en los diferentes países.
- (2) Este Cuestionario fue completado en tres CC.TT. de cada país. Las respuestas de estos



programas al Cuestionario, junto con las del grupo de expertos sirvieron de base para elaborar un borrador de Declaración Común. Esta Declaración contiene una afirmación de consenso, basada en los indicadores de calidad que alcanzan una puntuación alta en los cuestionarios completados. El criterio utilizado para incluir un ítem en la Declaración fue el siguiente: fueron seleccionados los ítems que alcanzan una puntuación media superior a 4 en la escala de “Valor” y una puntuación media superior a 1 en la escala de “Indicación”.

IX. Quinta reunión: Palma de Mallorca, 10-11 de Octubre de 1997.

Los puntos a considerar en esta reunión son los siguientes:

- (1) Revisión del borrador de la declaración común. El grupo de trabajo aceptó el borrador de la declaración presentado, incluyendo las siguientes observaciones: La declaración incluirá explícitamente el nexo entre el trabajo del grupo de calidad y los puntos fundamentales de la declaración de objetivos de ERIT. Asimismo, incluirá una delimitación de su campo de aplicación referida a las comunidades terapéuticas profesionales Europeas, definidas de un modo general.
- (2) Procedimiento a seguir para la firma de la declaración común. Acordamos que, una vez



realizadas las modificaciones, la declaración común será traducida a las lenguas de los participantes en el grupo y al Inglés y sería distribuida entre las CC.TT. colaboradoras que respondieron al cuestionario para su firma.

- (3) Posteriormente, el grupo de trabajo decidió acerca de la organización del Seminario sobre calidad en comunidad terapéutica que tendrá lugar en la Conferencia de Bolonia, diseñando criterios para seleccionar los contenidos a tratar en dicho Seminario, así como los participantes.
- (4) Finalmente, los miembros del grupo manifestaron su decisión de continuar trabajando en esta área de investigación y desarrollo de la calidad en comunidad terapéutica, a la espera de la resolución de la propuesta presentada a la Unión Europea.

IX. Sexta reunión: Bolonia, 6 y 7 de Febrero de 1998.

La reunión se celebró en Bolonia (Italia) durante los días 6 y 7 de febrero, coincidiendo con la celebración de la 3ª Conferencia Europea de ERIT. En esa reunión los miembros del grupo recibieron información sobre los objetivos del grupo convenidos con la Comisión europea, y se diseñaron los procedimientos para alcanzarlos.

- (1) Procedimiento para validez en Europa el Cuestionario sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica. El objetivo era administrar el Cuestionario en comunidades te-

rapéuticas y otros programas residenciales para drogodependientes con el fin de conocer el grado de aceptación que alcanzan los 120 Indicadores y Criterios de Calidad en estos programas. De esta forma, el grupo culminaría la elaboración de un conjunto de Indicadores y Criterios de Calidad que, representando a un conjunto amplio de profesionales Europeos en Comunidad Terapéutica, tenga en cuenta las características específicas de los diferentes países europeos y los diferentes tipos de comunidades terapéuticas para drogodependientes existentes en Europa.

- (2) Procedimiento para la aplicación del Cuestionario sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica. El objetivo es diseñar un procedimiento para medir y evaluar el cumplimiento de los indicadores y criterios de calidad hallados como prioritarios a través del estudio de validación. Este procedimiento debería incluir la información a obtener, relativa al cumplimiento de cada uno de los ítems, y el método a utilizar para la obtención de dicha información: entrevista o cuestionario, documentación, observación directa, etc. El procedimiento habría de ser útil para la autoevaluación de los propios programas, su monitorización temporal, comparación con otros programas de referencia y su uso potencial por otros evaluadores externos.
- (3) Elaboración de un Modelo para la Calidad. El objetivo es diseñar un modelo para el estudio y desarrollo de la calidad en comunidades te-



rapéuticas y otros programas de asistencia y tratamiento para drogodependientes. Dicho modelo debería integrar los criterios considerados por los profesionales de las comunidades terapéuticas, teniendo en cuenta las características específicas de diferentes programas y países europeos. Pretendemos que el Modelo para la Calidad propuesto sirva para que las comunidades terapéuticas europeas y otros programas de asistencia y tratamiento a drogodependientes en Europa lo utilicen como una referencia para auto – evaluar elementos de la calidad en sus programas; desarrollar actividades de formación orientadas a la mejora de la calidad; y diseñar y aplicar acciones para poner en marcha programas de Gestión de la Calidad y Mejora Continuada de la Calidad en sus programas.

- (4) Además, la mayoría de los miembros del grupo expusieron ponencias y comunicaciones en la 3ª Conferencia de ERIT, explicando sus trabajos sobre calidad en Comunidad Terapéutica realizados en sus países de origen. Estas aportaciones de los miembros del grupo de trabajo están recogidas en el Libro de Actas de la 3ª Conferencia de ERIT.

X. Intermedio sexto: Febrero - Noviembre de 1998.

Los miembros del grupo de trabajo distribuyeron el Cuestionario en comunidades terapéuticas de sus respectivos países. Posteriormente, otros responsables de instituciones miembros de ERIT (SCODA – Reino Unido; Scottish Drugs Forum – Escocia; Neviv – Holanda; FDR - Alemania)



distribuyeron también el cuestionario en programas de sus países. Los programas participantes no fueron seleccionados aleatoriamente entre los existentes en cada país. En lugar de esto, los miembros del grupo y los colaboradores distribuyeron el cuestionario en los programas de comunidad terapéutica a los que tienen acceso en sus respectivos países.

Las tareas solicitadas a los programas participantes en el estudio fueron las siguientes:

1. Cumplimentar el Cuestionario. Esto implica valorar cada uno de los 120 Indicadores y Criterios de calidad utilizando dos escalas de valoración, indicando el grado en que cada ítem debe ser aplicado en un programa y evaluando el grado en que cada uno de los 120 ítems es un indicador válido de calidad en cada una de las 12 áreas del cuestionario.
2. Enviar, junto con el Cuestionario cumplimentado, un anexo incluyendo cualquier otro indicador o criterio de calidad que fuera importante para el programa y que no estuviera incluido en el cuestionario. Con ello se pretende valorar si el cuestionario resulta suficientemente comprensivo del concepto de Calidad existente entre los profesionales o, si por el contrario, no considera aspectos que son importantes según el criterio de estos profesionales.

XI. Séptima reunión: Sevilla, 6 y 7 de Noviembre de 1998.

La segunda reunión de trabajo del año 1998 se celebró en Sevilla durante los días 6 y 7 de noviembre. En dicha reunión



presentamos a los nuevos miembros del grupo, e informamos sobre el estado de las tareas para alcanzar los objetivos que se detallan a continuación. Finalmente, los miembros del grupo fueron informados de otras actividades desarrolladas y de la previsión para el año 1999.

- (1) Procedimiento para validad en Europa el Cuestionario sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica. Hemos recibido una buena parte de los cuestionarios cumplimentados en diferentes países. Decidimos el tipo de análisis a realizar sobre los datos recogidos y la estructura del informe que se ha de elaborar sobre el estudio Europeo para la Validación del cuestionario sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica.
- (2) Procedimiento para la aplicación del Cuestionario sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica. El procedimiento diseñado para medir el cumplimiento de los indicadores y criterios de calidad incluidos en el Cuestionario abarca algunos ejemplos de actividades que un programa puede desarrollar para alcanzar el cumplimiento de un determinado criterio o indicador de calidad, una serie de evidencias del cumplimiento de uno o varios de los ítems, y un procedimiento con que esta evidencia del cumplimiento puede ser constatada directa o indirectamente: observación directa, autoinforme o entrevista y / o mediante documentos que acrediten el cumplimiento. Asimismo, incluye una escala de puntuación tipo Likert, utilizable para puntuar



el nivel de cumplimiento de cada ítem.

- (3) **Elaboración de un Modelo para la Calidad.** El Modelo para la Calidad que proponemos se basa en dos referencias fundamentales, consistentes en dos trabajos actuales desarrollados con el apoyo de la Comisión Europea:
 1. Los indicadores y criterios de calidad identificados por el grupo de expertos de ERIT, incluidos en el Cuestionario sobre Indicadores de Calidad y valorados positivamente por un número amplio de profesionales europeos de programas de tratamiento residenciales para drogodependientes.
 2. Los últimos modelos desarrollados en Europa para la Gestión de la Calidad, representados por otros trabajos realizados recientemente con el apoyo de la Comisión Europea para el desarrollo organizacional.

Finalmente, el grupo discutió y decidió una nueva propuesta de trabajo para el siguiente ejercicio. Los objetivos de esta propuesta son desarrollar actividades de información y formación sobre calidad asistencial en Europa. Asimismo, el grupo propone desarrollar programas experimentales para diseñar y aplicar programas piloto para la Gestión de la Calidad y Mejora Continuada de la Calidad asistencial en Europa, tomando como marco los trabajos desarrollados por el grupo durante los años anteriores. De este modo, el grupo tiene el objetivo de consolidar sus actividades fomentando la aplicación práctica en Europa de políticas para la calidad asistencial en drogodependencias que surjan del consenso



entre los profesionales y tengan en cuenta las diferencias y matices específicos de los diferentes programas y países europeos.

XII. Intermedio séptimo: Noviembre de 1998 - Febrero del 2000.

Los miembros del grupo completaron en sus respectivos países las tareas diseñadas para la validación europea del cuestionario, coordinados por Jesús Martín con el apoyo del asesor técnico. Las actividades para completar el logro de los objetivos marcados para el año 1998 fueron completadas por el asesor técnico en comunicación con el coordinador del grupo y sus miembros.

XIII. Octava reunión: Oporto, 2 de Febrero de 2000.

Las actividades desarrolladas durante la reunión fueron las siguientes:

1. Explicación de la situación a cargo del coordinador del grupo. Los cambios ocurridos en el seno de la CE durante el año 1999 han ocasionado cambios en la negociación y firma de los contratos con ERIT y otras redes europeas. Estos retrasos han ocasionado un cese temporal en la actividad del grupo durante el año pasado. Adicionalmente, hay cambios respecto al plan propuesto que afectan de modo importante a los objetivos señalados para el año 1999 y a los recursos disponibles. El tiempo para la realización de las actividades se ha desplazado y acortado, de modo que se prevé que el límite para el contrato recientemente firmado será el día 30 de Junio.

Adicionalmente, los recursos disponibles se han reducido sensiblemente, especialmente en lo relativo a los recursos técnicos.

2. Explicación de los resultados y conclusiones del grupo en 1.998. Los resultados alcanzados durante 1998 no han sido comentados hasta hoy, ya que no ha habido ninguna reunión posterior. Como tampoco ha habido recursos para ello, los documentos e informes elaborados no se han distribuido ni traducido, tan solo están en la web de ERIT estos documentos en su versión española. Durante la reunión, el secretario técnico presentó los resultados alcanzados durante el ejercicio anterior, relativos a la ampliación del grupo, la validación en Europa del Cuestionario, el procedimiento para la aplicación del Cuestionario y el Modelo para la Gestión de la Calidad en Comunidades Terapéuticas y otros programas asistenciales en las drogodependencias.
3. Explicación de los objetivos iniciales del grupo y adaptación del mismo a la situación actual. Se explicaron y discutieron los objetivos iniciales, valorando diferentes posibilidades y estableciendo objetivos específicos adaptados a la disponibilidad de tiempo y recursos:
 - a. Aplicación de un programa para la Gestión de la Calidad Total. Acordamos realizar actividades orientadas a la formación en Gestión de la Calidad Total. Estas actividades consistirán en la elaboración de un Manual con unas directrices básicas para la Mejora Continuada de la Calidad en programas asistenciales, como un instrumento para la formación de los miembros del grupo y



otros profesionales del sector. La realización de un Seminario posterior queda pendiente de la disponibilidad de recursos y de la realización de las actividades que se señalan en el punto siguiente. Este Seminario tendría como objetivo explicar y divulgar en Europa las actividades realizadas hasta ahora en el grupo, incluyendo los Programas Experimentales para la mejora de la Calidad.

- b. Actividades para el desarrollo de la calidad en las Comunidades Terapéuticas seleccionadas. Dada la disponibilidad limitada de tiempo y recursos, acordamos iniciar el diseño de Programas Experimentales para la mejora de la Calidad. El procedimiento acordado para diseñar estos programas experimentales de mejora es el siguiente:
 - i. Participarán todos aquellos programas representados en el grupo que lo deseen.
 - ii. Cada programa seleccionará un objetivo de mejora, y se lo comunicará al asesor técnico.
 - iii. El asesor técnico y el programa de modo interactivo iniciarán la elaboración de un Plan de mejora.
- c. Estudio de los criterios de calidad según los clientes: Hemos valorado la posibilidad de estudiar las perspectivas de diferentes clientes:
 - a) Residentes y usuarios de los programas asistenciales, b) Otros programas e Instituciones y c) Agentes Sociales y de la Comunidad. Dados los recursos disponibles, incluiremos solamente



la perspectiva de los usuarios de los programas asistenciales que participen en la planificación de actividades de mejora. Para ello, iniciaremos la evaluación de un Indicador Directo de satisfacción de clientes de los programas de tratamiento. El instrumento a utilizar para ello será un cuestionario breve traducido, adaptado y validado en otro grupo de trabajo de ERIT.

4. Durante el presente año, un último objetivo será la difusión de los resultados alcanzados hasta la fecha. Las actividades a realizar para ello son:
 - a. Publicación a través de la estructura de ERIT. El secretario técnico elaborará informes sobre los resultados alcanzados. Estos informes serán traducidos y publicados a través de la página web de ERIT y las diferentes revistas europeas que colaboran con la federación.
 - b. Publicación en otros países: Los miembros del grupo de trabajo gestionarán la publicación de los trabajos del grupo en sus respectivos países.

XIV. Intermedio octavo: Febrero - Junio del 2000.

Los miembros del grupo realizaron las siguientes actividades orientadas a los objetivos:

1. Identificaron objetivos prioritarios de mejora, para el diseño y planificación de la Mejora Continuada en sus programas. Posteriormente establecieron



comunicación con el secretario técnico para iniciar el diseño de los planes experimentales para la mejora Continuada de la Calidad en sus programas. Dada la disponibilidad de tiempo y recursos, el diseño y aplicación de los planes experimentales para la Mejora Continuada se emplaza para una posible fase posterior del grupo de trabajo.

2. Administraron en sus programas asistenciales el Cuestionario para evaluar el grado de Satisfacción Global de sus Clientes, como paso inicial para la Mejora de la Calidad en sus programas.

El secretario técnico completó un breve Manual con unas directrices básicas para la Mejora Continuada de la Calidad. Adicionalmente, elaboró el Informe Final del grupo de trabajo para su publicación. Finalmente, inició la recogida, procesamiento y análisis de los Cuestionarios de Satisfacción de Clientes y la elaboración del informe sobre los resultados de este estudio.

XV. Novena reunión: Montecatini Terme (Italia), 17 de Junio de 2000.

Esta reunión es la primera ocasión en la que algunos asistentes participan de las actividades del grupo de trabajo. El primer punto de la reunión sirvió para hacer una breve presentación e introducción de los asistentes a la reunión. Además de estos nuevos asistentes, otros expertos que habían participado en los grupos de ERIT sobre calidad asistencial siguen siendo miembros del grupo de trabajo, a pesar de que no han podido asistir a la reunión, por motivos de agenda o por dificultades de



última hora.

FUSIÓN DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DE ERIT SOBRE CALIDAD EN LOS TRATAMIENTOS.

Durante el pasado ejercicio realizaron actividades dos grupos de trabajo en ERIT sobre calidad asistencial. Uno de ellos estaba formado por expertos en programas residenciales, siendo más antiguo (formado en 1996-97), y un grupo formado por expertos en programas no residenciales (formado en 1998). Los objetivos generales de estas dos secciones del grupo sobre calidad eran los siguientes:

Durante la última Conferencia de ERIT celebrada en Oporto y con anterioridad se había considerado la posibilidad de continuar la actividad de ambas secciones sobre calidad asistencial de modo coordinado, dentro de un mismo grupo, con objetivos y métodos comunes de trabajo. Durante la reunión, los asistentes valoraron positivamente la opción de continuar trabajando conjuntamente dentro de un solo grupo orientado hacia la gestión de la calidad en los tratamientos para los problemas relacionados con las drogodependencias. Los motivos considerados fueron los siguientes:

1. Los objetivos de ambos grupos siguen un mismo desarrollo y resultan ser convergentes en el desarrollo de programas de gestión y mejora de la calidad en los programas de tratamiento.
2. El tratamiento es un proceso continuado. Los servicios de tratamiento residencial y no residencial forman parte de un continuum en unos servicios asistenciales cuyos objetivos deben ser estar orientados a satisfacer las necesidades de los clientes.

De este modo, las dos secciones de ERIT que han venido



trabajando sobre calidad asistencial continuarán juntas en un único proyecto orientado hacia la Gestión de la Calidad Total en los programas de tratamiento. El procedimiento de trabajo para este grupo sería el siguiente:

1. Integración de los miembros de las dos secciones pre-existentes en el seno de ERIT que deseen seguir participando en estas actividades. De esta forma, el grupo de trabajo contará con la participación de expertos en el tratamiento de las drogodependencias procedentes de 11 países europeos: Portugal, España, Francia, Italia, Bélgica, Holanda, Inglaterra, Escocia, Alemania, Austria y Suiza. En total, el grupo de trabajo podría contar con la participación de 15 expertos. Al día de hoy, casi la totalidad de los expertos que formaban ambas secciones del grupo ERIT sobre calidad han confirmado su interés por continuar su participación en el proyecto.
2. Un procedimiento de trabajo que incluye: reuniones de trabajo, posibles actos divulgativos (seminarios) y actividad continuada entre dichas reuniones de trabajo. La continuidad de las actividades y la coordinación de estas actividades durante el periodo del contrato son necesarias para el avance en el logro de los objetivos y la utilidad de las actividades del grupo para sus miembros.

SITUACIÓN ACTUAL.

A consecuencia de la reestructuración de procedimientos de trabajo en la Comisión Europea, los proyectos iniciales en el grupo de trabajo de ERIT sobre calidad en los tratamientos para el periodo 1999-2000 han sido modificados sustancialmente en cuanto a objetivos, recursos y calendario. A continuación se resumen los objetivos y situación actual de las actividades y



resultados del grupo de trabajo:

Andy Rome resumió los objetivos, actividades y resultados del grupo de expertos sobre tratamientos no residenciales. La sección sobre tratamientos no residenciales realizó dos reuniones de trabajo durante el contrato del año 1998 con la CE.

1. En una primera reunión el grupo especificó los conceptos -clave que constituirían el objetivo del trabajo del grupo: criterios de calidad, estándares de calidad y modalidades de tratamiento que constituirían el objeto de estudio. Las modalidades de tratamiento seleccionadas para su posterior estudio y desarrollo de criterios y normas de calidad fueron la desintoxicación, el mantenimiento con metadona y el tratamiento y consejo psicológico.
2. En el periodo hasta la siguiente reunión y durante una segunda reunión el grupo puso en común diversos criterios y normas de calidad hallados en diferentes países y discutió la aplicabilidad de estos criterios de calidad para los diferentes tratamientos. Como continuación a este trabajo, Andy Rome aportó un documento que recoge una serie de criterios de calidad estructurados en determinadas áreas. Este documento de trabajo no ha podido ser validado entre profesionales europeos representantes de un número extenso de programas.

A continuación se resumen las actividades y resultados orientados a alcanzar los objetivos trazados en la reunión de Oporto (Febrero del 2000).

1. Inicio de programas de formación y mejora en el ámbito de la Gestión de la Calidad Total:

- a. Con el fin de contribuir a la formación del grupo de expertos, se ha elaborado un manual reducido para la mejora continuada de la calidad en programas de tratamiento. La adaptación del Modelo EFQM para la Gestión de la Calidad Total y su ampliación con los criterios de calidad validados en Europa y este documento constituirán un instrumento más para la formación en calidad asistencial en Europa, y como marco para las futuras actividades del grupo de trabajo.
- b. Como inicio para la puesta en marcha de programas de mejora continuada de la calidad, algunos miembros del grupo de trabajo han iniciado actividades en sus programas de referencia para la identificación de oportunidades de mejora prioritarias. Estas oportunidades de mejora constituirán un objetivo para la puesta en marcha de futuros programas para la mejora continuada de la calidad. Algunas de las oportunidades de mejora seleccionadas para estos futuros programas de mejora son las siguientes:
 - i. Mejora estructural de procesos: A) reestructuración de los procesos del tratamiento en una comunidad terapéutica profesional (J.M. Llorente, CTME de Foronda; España); B) Gestión de los resultados económicos del programa y planificación económica (Jesús Martín, Fundación Girasol, España); C) Gestión de la participación de los clientes en la planificación de servicios (Pascale Croisnier, Sato Picardie, Francia).*
 - ii. Mejora de problemas de calidad: A) Reducción del «Drop Out» localizado en un periodo temporal específico (Paolo Stocco, Vila Renata, Italia); B) mejora*

de la accesibilidad a los servicios en la fase de admisión al programa (Giuseppe Iraci; Comunita Incontro, Italia).

2. Inclusión de la perspectiva de los usuarios en la Gestión de la Calidad de los programas de tratamiento. Con el fin de iniciar la medida y evaluación de un indicador directo de satisfacción de los clientes de los tratamientos, se han realizado las siguientes actividades:
 - a. Traducción del Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ) al Portugués, Francés y Alemán. La versión Francesa ha sido revisada y adaptada por Patrice Poueyto.
 - b. Administración del TPQ en programas residenciales y no residenciales de Portugal, España, Francia, Italia, Suiza y Alemania. Estamos completando la recogida de información en estos países. En otros países (Austria, Reino Unido) estas tareas no han podido ser realizadas debido al escaso tiempo disponible debido a la reciente incorporación del representante (en Austria) o por causa de otros proyectos similares ya desarrollados en estos países respectivamente (en el Reino Unido).
 - c. Los datos recogidos están siendo almacenados y procesados. Los resultados serán difundidos en un informe específico.
3. Publicación y difusión de las actividades y resultados alcanzados. Se prevé la difusión a dos niveles: en el ámbito europeo y a escala nacional, regional y local.
 - a. El presente informe resume las actividades, objetivos y resultados del grupo de expertos en calidad en

comunidades terapéuticas desde su formación hasta hoy. Los objetivos más importantes del grupo han dado lugar a documentos específicos que están incluidos como anexos a este informe, al cual se añadirá otro anexo relativo al estudio sobre la satisfacción de los usuarios de los tratamientos. Estos documentos están siendo traducidos al Inglés y Francés y estarán disponibles próximamente en la web de ERIT.

- b. Adicionalmente, los miembros del grupo podrán difundir los resultados del grupo (total o parcialmente), u otros informes relativos a estos en sus ámbitos locales, regionales o nacionales. Para ello se realizará un trabajo coordinado entre los miembros del grupo, el coordinador y el asesor técnico.

PREVISIÓN PARA EL SIGUIENTE PERIODO.

ERIT y la CE han aprobado de modo preliminar la continuación de las actividades del grupo sobre calidad en los tratamientos. Los objetivos generales para el siguiente periodo serían los siguientes:

1. Iniciar la aplicación e implementación de programas basados en el Modelo EFQM para la Gestión de la Calidad Total y los desarrollos alcanzados por el grupo europeo de expertos de ERIT.
2. Elaboración de un informe sobre las dificultades prácticas halladas en el desarrollo y aplicación de programas de Gestión de la Calidad Total.
3. Recomendaciones y sugerencias para el desarrollo de políticas para la calidad y buenas prácticas en los programas de tratamiento.

El grupo de trabajo, a propuesta del asesor técnico, aprobó la



planificación y desarrollo inicial de las siguientes actividades para el próximo año, con el fin de alcanzar los objetivos señalados:

1. Planificación e inicio de la gestión por procesos en programas de tratamiento: gestión de los procesos según el Ciclo PDCA para la mejora permanente. Estructuración de procesos. Definición de indicadores como inicio de un sistema de Benchmarking europeo de servicios de tratamiento en drogodependencias.
2. Planificación e inicio de la auto-evaluación de programas de tratamiento según el Modelo EFQM.
3. Inicio de un procedimiento para la Planificación Estratégica en los programas de tratamiento.
4. Elaboración de un informe con recomendaciones para el desarrollo de políticas de calidad y buenas prácticas en el tratamiento de las drogodependencias para su difusión en los ámbitos local, regional, nacional y europeo.

El grupo aceptó el compromiso de ERIT para colaborar activamente con la Federación Europea de Comunidades Terapéuticas (Euro-TC), facilitando al máximo la participación de los miembros de esta Federación en las actividades del grupo. Finalmente, señalamos los días 21-22 de Octubre del año 2000 como fechas para la próxima reunión del grupo de trabajo. Esta reunión tendrá lugar en Sevilla (España), donde coincidiremos con los miembros de Euro-TC.



FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE INTERVINIENTES EN TOXICOMANÍAS



VII. RESULTADOS

En este apartado se resumen los resultados alcanzados por el grupo de trabajo desde su origen en cada uno de los objetivos señalados anteriormente. Algunos de los objetivos del grupo han dado lugar a la elaboración de documentos específicos, los cuales están incluidos por separado como anexos específicos a este informe.

FORMACIÓN DE UN GRUPO DE EXPERTOS.

ERIT ha formado un grupo Europeo de expertos en Calidad en Comunidad Terapéutica, contribuyendo a la especialización de sus miembros en la investigación y desarrollo de la calidad. La disponibilidad de medios en el grupo ha limitado la participación continuada en el grupo de trabajo a las personas indicadas en la página nº 2 de este informe, aunque otros expertos Europeos han participado en reuniones del grupo de trabajo o han colaborado en los objetivos del grupo. Sin embargo, existe la posibilidad de una participación creciente de nuevos expertos y países. Adicionalmente, durante el último año el grupo de trabajo se ha abierto a la participación de los miembros del grupo de trabajo de ERIT sobre Calidad en programas de tratamiento no residenciales. Consecuentemente, existe la posibilidad de continuar la actividad dentro de un grupo de trabajo de ERIT sobre Gestión de la Calidad Total aplicada a los programas de tratamiento, con una participación de expertos en programas residenciales y no residenciales de la mayoría de los países representados en ERIT. En la actualidad están participando en las reuniones del grupo de trabajo y colaborando con sus objetivos expertos en Calidad en programas residenciales y no residenciales procedentes de 10 países Europeos: Reino Unido, Holanda, Bélgica, Austria, Alemania, Suiza, Italia, Francia, España y Portugal.



Se ha alcanzado la participación continuada y estable de los miembros del grupo en las reuniones de trabajo y en las actividades desarrolladas durante los periodos entre estas reuniones. Asimismo, se mantiene el compromiso del grupo para continuar desarrollando actividades de investigación y desarrollo de la calidad en comunidad terapéutica, dentro del entorno de la Unión Europea. Finalmente, se ha establecido una colaboración y comunicación con otros expertos e instituciones Europeas e internacionales, favoreciendo una posible colaboración en el futuro.

ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS EUROPEOS SOBRE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN PROGRAMAS DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

El grupo de trabajo ha realizado un primer análisis de publicaciones halladas en Europa sobre la calidad de los tratamientos en las toxicomanías en general y en comunidad terapéutica en particular. Los miembros del grupo de trabajo han aportado documentación sobre la legislación vigente en sus respectivos países, relativa a la calidad en los tratamientos de la toxicomanía y sobre las comunidades terapéuticas. De esta forma, se ha obtenido y analizado documentación procedente de Italia, Portugal, Noruega, Alemania, Holanda, Suiza, Reino Unido y España. También han sido estudiados otros documentos elaborados por instituciones, asociaciones y expertos Europeas e internacionales, relativos al mismo tema.

La documentación encontrada indica un desarrollo desigual de estas normativas en Europa, y la falta de una normativa de calidad en C.T. basada en el consenso entre los profesionales Europeos en estos programas. No obstante, los documentos hallados contienen algunas referencias comunes a



determinados criterios de calidad y han sido analizados y utilizados como base para la consecución del siguiente objetivo. Estos puntos comunes han guiado el trabajo del grupo hacia el establecimiento de un consenso sobre los indicadores básicos de calidad en una comunidad terapéutica.

Posteriormente y hasta el día de hoy, el grupo de trabajo ha seguido reuniendo y estudiando nuevos documentos elaborados en Europa y América sobre Indicadores y normas de Calidad en programas asistenciales y en Drogodependencias. De este modo, el grupo de trabajo se mantiene informado de los avances realizados en el ámbito Europeo e internacional en materia de normativas para la calidad asistencial en el tratamiento por abuso y dependencia de drogas.

PROPUESTA DE UN CONJUNTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA. ELABORACIÓN DE UN LISTADO O CUESTIONARIO DE INDICADORES DE CALIDAD EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

El grupo de trabajo ha seleccionado un conjunto de 120 Indicadores de Calidad, agrupados en 12 áreas del funcionamiento de programas de tratamiento en toxicomanías. Estos 120 indicadores de calidad están agrupados en 12 áreas, con el siguiente número de indicadores y contenido:

ASPECTOS FORMALES (3 ítems). Los indicadores incluidos se refieren a el cumplimiento de los requisitos exigidos por las Administraciones para el funcionamiento, la acreditación / homologación de calidad por la Administración u otros colectivos y la importancia del programa dentro de la oferta asistencial.



ACTIVIDAD ECONÓMICA Y CUESTIONES FINANCIERAS (6 ítems). Especifica algunos indicadores de calidad, referidos a la existencia de un sistema de contabilidad y control financiero, viabilidad económica del proyecto, adecuación al marco legal en fiscalización, etc.

RELACIÓN CON LA COMUNIDAD Y CON OTROS SERVICIOS (7 ítems). Especifica criterios de calidad consistentes en la existencia de un programa específico orientado hacia la coordinación con otros servicios asistenciales y colectivos profesionales, la organización y participación en actividades de formación orientadas hacia profesionales y educación comunitaria. Asimismo se valora la existencia de un programa orientado hacia la proyección exterior del programa.

MEDIOS FÍSICOS, ENTORNO, CONTROL SANITARIO (14 ítems). Incluye indicadores que se refieren al espacio, instalaciones y materiales utilizados por el programa, clima social, medidas para el control sanitario etc..

EQUIPO TÉCNICO: COMPOSICIÓN, FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN (10 ítems). Se refiere a la existencia de un equipo técnico profesional y multidisciplinar, y a sus características de estructura, formación de base y continuada, coordinación y supervisión.

TRATAMIENTO: GENERALIDADES, ACTIVIDADES Y PROGRAMAS EDUCATIVOS (16 ítems). Los indicadores incluidos se refieren a la existencia de una descripción documentada y precisa del programa terapéutico y educativo. Se valora la existencia de un programa transparente desde el punto de vista teórico e ideológico, bien conocido y divulgado, adaptado e individualizado, continuado, integrado y revisado periódicamente con el paciente, orientado específicamente a la inserción o reinserción social del mismo. Se valora también la existencia de criterios específicos



para la aplicación de técnicas, objetivos que puedan ser medidos y evaluados.

PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN (9 ítems). Se refiere a la existencia de un procedimiento de admisión estructurado y detallado, con criterios claros de indicación para el tratamiento en la C.T., autonomía del programa respecto a las admisiones, evaluación a realizar con el paciente, información solicitada y almacenada en cada solicitud de ingreso, etc.

FINALIZACIÓN, DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO (7 ítems). Se valora la existencia de criterios definidos para la finalización del programa, la planificación de la salida, existencia de un programa de seguimiento acordado con el paciente, familiares y otros recursos, etc.

REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES (R.I.) (7 ítems). Incluye indicadores referidos a la existencia de un expediente o registro de cada solicitante y paciente, información que incluye, calidad, uso y utilidad de la información registrada para el programa, actualización y conservación de los expedientes o registros.

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE PACIENTES (12 ítems). Se refiere a la existencia de un procedimiento formalizado para el diagnóstico y evaluación de los pacientes en diferentes áreas - problema, en la admisión, durante el tratamiento y a la finalización del programa. Se valora la calidad de los protocolos de evaluación, y su utilidad para la planificación y evaluación del tratamiento.

DERECHOS DEL PACIENTE (8 ítems). Detalla los criterios que una C.T. ha de cumplir, orientados a garantizar la protección de los derechos humanos, legales y estatutarios del paciente.



GARANTÍA DE CALIDAD (20 ítems). Éste área de indicadores se refiere a la existencia de un programa sistemático para la garantía de la calidad en el programa. Incluye diversos apartados: a) el área de investigación y evaluación del programa; b) evaluación del personal: derechos clínicos y desarrollo profesional; c) revisiones en la utilización de los servicios y recursos; d) revisiones de casos individuales y auditoria de la atención al paciente.

El Cuestionario de Indicadores de Calidad está incluido íntegramente en el anexo I a este informe.

DIFUSIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA. ELABORACIÓN DE UNA DECLARACIÓN COMÚN. ACEPTACIÓN Y FIRMA.

El anexo nº II muestra el formato y contenido de la Declaración Común sobre Indicadores y Normas de Calidad en Comunidad Terapéutica. Tal declaración es en sí misma una afirmación acerca del concepto de Calidad dentro del modelo de C.T. profesional. Sin embargo, su objetivo último es contribuir a la formación de una base (consensual) para la investigación y desarrollo del modelo de C.T. profesional desde una perspectiva de Calidad Total. Finalmente, se asume explícitamente que el sentido de la declaración es una afirmación global relativa a la globalidad de los elementos que la forman, más bien que una aceptación específica de cada uno de estos.

La Declaración Común ha sido firmada inicialmente por 16 CC.TT. Europeas. Posteriormente, la Declaración fue aceptada por los 106 programas de Comunidad Terapéutica participantes en el estudio para la validación del Cuestionario. Por tanto, puede considerarse que esta Declaración Común sobre Calidad en Comunidad Terapéutica ha sido acep-



tada por más de 120 programas Europeos de Comunidad Terapéutica.

ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EUROPEAS A LOS INDICADORES DE CALIDAD.

El grupo de trabajo ha considerado que la valoración de la calidad en comunidades terapéuticas requiere de un desarrollo difícilmente alcanzable en la presente fase del grupo. Antes de proceder a evaluar la adecuación de las CC.TT. a los criterios de calidad resulta imprescindible elaborar un modelo de base para tal evaluación y un procedimiento sistemático, objetivo, fiable y válido que permita medir de un modo estándar el cumplimiento de los indicadores y criterios de calidad en las diferentes CC.TT. Europeas.

Más adelante se exponen un procedimiento para la aplicación del Cuestionario sobre Indicadores de Calidad y un Modelo para la Calidad. Ambos suponen un avance necesario para el estudio de la adecuación de las Comunidades Terapéuticas Europeas a los Indicadores de Calidad. El Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad y los Indicadores de Calidad identificados por el grupo de trabajo pueden proporcionar un modelo y un procedimiento para evaluar la medida en que las Comunidades Terapéuticas y otros programas de asistencia y tratamiento en drogodependencias cumplen determinados Indicadores y criterios de calidad.

VALIDACIÓN EN EUROPA DEL CUESTIONARIO SOBRE INDICADORES DE CALIDAD.

El Cuestionario sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica fue distribuido en los siguientes 10 países



Europeos: España, Portugal, Italia, Alemania, Francia, Bélgica, Holanda, Reino Unido, Austria y Suiza. La participación alcanzada en estos países es diversa, en algunos la representatividad de los programas participantes es baja, mientras que en más de la mitad de éstos los datos obtenidos pueden considerarse como una aproximación de los profesionales de comunidades terapéuticas y programas residenciales. En total, 106 programas residenciales para el tratamiento de las drogodependencias participaron en el estudio de validación del Cuestionario.

Los objetivos, procedimientos y resultados del estudio para la validación europea del Cuestionario están expuestos detalladamente en otro anexo específico. Se presentan los resultados promedio obtenidos en cada país y en Europa por los 120 indicadores y criterios de calidad, incluidos en el cuestionario, las 12 áreas de éste y el conjunto de 120 ítems, tanto en la escala de aplicabilidad como en la escala de validez. También se presentan los ítems que en cada país presentan una valoración relativamente mayor o menor que en el global europeo.

Globalmente los programas europeos participantes consideran que los indicadores y criterios de calidad incluidos en el cuestionario deberían ser aplicados siempre en una comunidad terapéutica, y que aportan una medida consistente de calidad. La mayoría de las áreas (8 de 12) alcanzan una puntuación promedio en Europa indicando que sus contenidos globales deberían ser aplicados siempre en los programas. Las cinco áreas restantes deben ser aplicables en la medida que los recursos del programa lo permitan, según el criterio de los profesionales europeos considerados globalmente. Todas las áreas alcanzan una puntuación promedio indicando que su contenido considerado como indi-



cador notablemente válido de calidad.

De los 106 programas participantes en el estudio, solamente uno incluyó unos pocos comentarios consistentes en subrayar la importancia de algunos aspectos relacionados con el diagnóstico que ya están incluidos, más que sugerir nuevos indicadores y criterios de calidad. Por tanto, puede considerarse que estos programas consideran que el cuestionario cubre suficientemente bien los criterios e indicadores de calidad que ellos consideran a tener en cuenta.

Los resultados hallados en los diferentes países demuestran que, en general, la aceptación de los indicadores de calidad incluidos en el Cuestionario es buena. Los resultados también revelan que cada uno de los países europeos participantes en el estudio tiende a valorar de modo particular algunos aspectos específicos del concepto de calidad incluidos en el Cuestionario. Estos matices diferenciales deben ser tenidos en cuenta a la hora de planificar procedimientos para la medida y desarrollo de la calidad en programas procedentes de países diferentes, tal como propugna ERIT.

Finalmente, como se ha señalado anteriormente, la variabilidad de los resultados obtenidos, tanto entre los diferentes países como en cada país sugiere que, probablemente, la alta aceptación del conjunto de los ítems y las áreas del cuestionario representa a un amplio número de programas europeos. Consecuentemente, el Cuestionario sobre Indicadores y Criterios de Calidad puede ser utilizado como referencia para comprender el significado que el concepto de calidad tiene para un amplio número de profesionales europeos en el tratamiento de las drogodependencias.

Estos resultados proporcionan un apoyo firme a la validez del Cuestionario sobre Indicadores y Criterios de Calidad, en su



aplicación a programas europeos. Por tanto, dicho Cuestionario puede ser utilizado como base y referencia para crear un modelo para el estudio y desarrollo de la calidad en comunidades terapéuticas europeas, que sea también aplicable total o parcialmente a un amplio rango de programas de asistencia y tratamiento a drogodependientes en Europa.

PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE CRITERIOS E INDICADORES DE CALIDAD.

Los resultados del estudio Europeo para la validación del Cuestionario muestran que la aceptación global de la mayoría de los ítems del cuestionario es elevada. Por tanto, el procedimiento diseñado para la medida del cumplimiento de los criterios e indicadores de calidad incluye información y métodos de obtención correspondientes a los 120 ítems incluidos en el cuestionario, del modo que se explica a continuación.

El procedimiento propuesto para medir el grado de cumplimiento de los criterios e Indicadores de Calidad está incluidos en Cuestionario que puede observarse en el anexo correspondiente. Este método de medida no especifica requerimiento alguno acerca de los niveles de cumplimiento de los indicadores y criterios de calidad. En lugar de eso, sugiere un modo de acercamiento para la medida y obtención de datos sobre el cumplimiento de los ítems incluidos en el Cuestionario o Listado sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica.

El procedimiento diseñado para medir el cumplimiento de los indicadores y criterios de calidad incluidos en el Cuestionario abarca:



- a) Algunos ejemplos de actividades que una comunidad terapéutica u otro programa puede desarrollar para el cumplimiento de un determinado criterio o indicador de calidad.
- b) Una serie de evidencias del cumplimiento de uno o varios de los ítems, junto con el procedimiento con que esta evidencia del cumplimiento puede ser constatada directa o indirectamente: mediante observación directa, mediante autoinforme o entrevista (a personal del programa o a sus usuarios) y/o mediante documentos que acrediten el cumplimiento de algún aspecto relacionado con ítems específicos del cuestionario.
- c) Una escala de puntuación, utilizable para puntuar el nivel de cumplimiento de cada ítem alcanzado por una comunidad terapéutica o programa determinado.

ELABORACIÓN DE UN MODELO PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL EN DROGODEPENDENCIAS EN EUROPA.

El grupo ERIT sobre Calidad en Comunidad Terapéutica expone un Modelo para el estudio y mejora de la Calidad en programas de asistencia y tratamiento en drogodependencias. Las referencias del modelo son dos trabajos desarrollados recientemente con el apoyo de la Comisión Europea: a) El Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad Total desarrollado por la European Foundation for Quality Management (EFQM) y adoptado por la European Foundation for Quality (EOQ), y b) los trabajos realizados durante los años 1997 y 1998 por el mencionado grupo de ERIT. El resultado es un modelo que se basa en las mejores prácticas de desarrollo organizacional aplicadas en Europa y



que integra los criterios de calidad aceptados por un amplio número de profesionales y programas europeos de la asistencia a drogodependientes. Se propone el Modelo como una referencia para el estudio, formación y desarrollo de la calidad. Aunque el Modelo incluye principalmente criterios seleccionados por profesionales de programas residenciales (comunidades terapéuticas profesionales) puede ser útil para diferentes tipos de programas asistenciales en drogodependencias.

Ni el modelo en si ni ninguno de sus criterios o elementos es prescriptivo. Asimismo, tampoco es excluyente de otras iniciativas que puedan adoptarse para el estudio y mejora de la calidad en los programas (residenciales o no) para la asistencia y tratamiento de drogodependientes. En la fase actual incluye criterios de calidad identificados por el grupo ERIT y aceptados por un elevado número de programas y profesionales europeos, no es un modelo cerrado sino en permanente actualización en sus diferentes criterios, y solo pretende ser una referencia más que sirva al objetivo de difundir una cultura de la calidad en estos programas de intervención. En un anexo específico se describe en detalle la composición del Modelo para la Calidad propuesto.

PREPARACIÓN PARA LA APLICACIÓN EXPERIMENTAL DE PROGRAMAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL.

El objetivo consiste en preparar a los miembros del grupo para la aplicación de estrategias de Gestión de la Calidad Total en sus programas de tratamiento. Para alcanzar el objetivo



se han realizado los siguientes pasos:

1. Elaboración de un documento interno para la formación en estrategias de mejora Continuada de la Calidad, incluido en un anexo específico a este informe. El contenido de este pequeño Manual para la Mejora Continuada de la Calidad incluye una definición de las características generales de la Mejora Continuada, un resumen de las características de la Mejora Estructural de Procesos y un esquema de un procedimiento para la Mejora Continuada de los Problemas de Calidad. Junto con el Modelo para la Gestión de la Calidad Total creado por la EFQM y ampliado con los Indicadores de Calidad validados en Europa, las estrategias para la mejora Continuada de la Calidad proporcionan una base teórica y operativa para el diseño y desarrollo de estrategias para la Gestión de la Calidad. El grupo de trabajo está en disposición de poner en práctica estos desarrollos teóricos y metodológicos en programas de tratamiento en las drogodependencias.
2. Adicionalmente, los miembros del grupo de trabajo han realizado un primer paso en la puesta en marcha de proyectos para la mejora continuada de la calidad, identificando objetivos de mejora prioritarios para sus programas. En algunos casos los miembros del grupo han optado por objetivos consistentes en la Mejora Estructural de Procesos y en otros casos han optado por la puesta en práctica de estrategias para la Solución de Problemas de Calidad identificados en sus programas y considerados como prioritarios. Estas oportunidades de mejora constituirán un objetivo para la puesta en marcha de futuros



programas para la mejora continuada de la calidad. Algunas de las oportunidades de mejora seleccionadas para estos futuros programas de mejora son las siguientes:

- i. Mejora estructural de procesos:** A) reestructuración de los procesos del tratamiento en una comunidad terapéutica profesional (J.M. Llorente, CTME de Foronda; España); B) Gestión de los resultados económicos del programa y planificación económica (Jesús Martín, Fundación Girasol, España); C) Gestión de la participación de los clientes en la planificación de servicios (Pascale Croisnier, Sato Picardie, Francia).
- ii. Mejora de problemas de calidad:** A) Reducción del «Drop Out» localizado en un periodo temporal específico (Paolo Stocco, Vila Renata, Italia); B) mejora de la accesibilidad a los servicios en la fase de admisión al programa (Giuseppe Iraci; Comunita Incontro, Italia).

INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS CLIENTES DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO COMO INICIO DE PROGRAMAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL.

La Gestión de la Calidad Total en los programas psicosociales en general y en los programas de tratamiento



se basa en la orientación al Cliente de todos los productos y servicios de dicho programa. La obtención de datos relativos a la Satisfacción del Cliente de los programas de tratamiento en drogodependencias constituye de este modo una necesidad básica de tales programas orientados hacia una Gestión de la Calidad Total. El feedback de los Clientes sobre su satisfacción general constituye un Indicador Directo de su nivel de satisfacción con los servicios de tratamiento, por lo que la monitorización rutinaria de la satisfacción de nuestros clientes debería ser un proceso habitual en los programas de tratamiento orientados hacia la Calidad Total.

Los programas representados en el grupo de trabajo han decidido implantar experimentalmente durante el año 2000 una metodología para la medir la satisfacción global de sus clientes, dentro del contexto de actuación del grupo ERIT sobre Calidad en Comunidad Terapéutica. Con el fin de iniciar la medida y evaluación de un indicador directo de satisfacción de los clientes de los tratamientos, se han realizado las siguientes actividades:

1. Traducción del Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ) al Portugués, Francés y Alemán.
2. Administración del TPQ en programas residenciales y no residenciales de Portugal, España, Francia, Italia, Suiza y Alemania. Estamos finalizando la recogida de información.
3. Los datos recogidos están siendo almacenados y procesados. Los resultados serán difundidos en un informe específico.



OTRAS ACTIVIDADES

Durante el periodo de actividad del grupo de trabajo (1996-2000), el grupo de trabajo ha difundido información sobre sus objetivos, actividades y resultados a escala europea, nacional e internacional.

Durante la Tercera conferencia de ERIT, el grupo desarrolló un seminario sobre calidad asistencial con dos días de duración. En este seminario, los miembros del grupo, el coordinador y el asesor técnico explicaron los objetivos, tareas y resultados del grupo de trabajo y la situación de la calidad asistencial y los criterios de calidad considerados como referentes en las comunidades terapéuticas de sus respectivos países. Finalmente, los resultados del grupo han sido publicados de modo resumido en España y otros países europeos, a través de las publicaciones periódicas de ERIT (newsletter) y en revistas especializadas nacionales. Del mismo modo, durante la Cuarta Conferencia de ERIT celebrada en Oporto el grupo también organizó otro Seminario sobre programas residenciales de tratamiento y los miembros del grupo realizaron exposiciones sobre sus actividades en el ámbito de la Calidad en sus programas de tratamiento.

Como ejemplo de actividades en el ámbito nacional, Giuseppe Iraci y la Comunità Incontro (con la participación de Paolo Stocco) organizaron en Pistoia (Italia) durante el año 1999 una reunión para dar a conocer y discutir el trabajo realizado por el grupo durante el último año, en la que se ha alcanzado un buen grado de asistencia y participación. Con diferentes grados de difusión, los resultados alcanzados por el grupo durante este periodo han sido divulgados y discutidos en diferentes países europeos, contribuyendo a la divulgación de una cultura



sobre calidad asistencial en drogodependencias, sirviendo de estímulo a iniciativas en este campo. Como resultado de la participación en las actividades del grupo y de la difusión de sus resultados, los diferentes documentos elaborados están siendo una referencia importante para los profesionales Europeos interesados en el estudio y desarrollo e la calidad en programas asistenciales y de tratamiento en las drogodependencias.

Los resultados alcanzados por el grupo también han sido difundidos a nivel internacional en países del continente Americano (USA y países de América del Sur). En general, los resultados del grupo son valorados positivamente en este ámbito, siendo considerados como referencia y como desarrollos estimulantes y prometedores para el estudio y desarrollo de la calidad asistencial en drogodependencias.



FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE INTERVINIENTES EN TOXICOMANÍAS



VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El grupo de expertos de ERIT sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica ha alcanzado satisfactoriamente sus objetivos, según están especificados en su contrato con la comisión Europea para el periodo 1997-2000.

El grupo contó desde su origen con participación de expertos procedentes de España, Francia, Portugal, Italia, Bélgica y Alemania. Posteriormente el grupo ha incorporado miembros procedentes de otros países no representados en el grupo hasta el presente año: Holanda, Inglaterra, Escocia, Austria y Suiza. Actualmente el grupo cuenta con la participación de expertos en programas residenciales y no residenciales de tratamiento en las drogodependencias procedentes de los once países europeos mencionados.

El grupo ha celebrado reuniones de trabajo y ha mantenido una actividad continuada durante este periodo. Como resultado de esta actividad ha alcanzado el logro de sus objetivos fundacionales y de nuevos objetivos marcados durante los años siguientes:

1. El grupo ha venido recogiendo y analizando documentos existentes y normativas en vigor en Europa y en los ámbitos nacional e internacional sobre calidad asistencial en drogodependencias. Estos documentos incluyen normas para el funcionamiento de estos programas, sistemas de acreditación y homologación, sistemas para el aseguramiento de la calidad, modelos para la Gestión de la Calidad, aportaciones halladas en publicaciones y congresos, etc. Esta documentación



ha servido de base para la formación del grupo de trabajo en materia de Calidad asistencial en drogodependencias.

2. El grupo de trabajo ha identificado un conjunto de Indicadores de Calidad en la documentación señalada anteriormente, y ha seleccionado un conjunto de 120 Indicadores clave de Calidad aplicables en programas de Comunidad Terapéutica y también a otros programas de tratamiento, y los ha incluido en un Cuestionario de Indicadores de Calidad.

3. El Cuestionario sobre Indicadores y Criterios de Calidad ha sido sometido a la valoración de 106 programas europeos para proceder a su validación. Han participado en el estudio un total de 106 programas procedentes de 10 países europeos: Portugal, España, Francia, Italia, Bélgica, Holanda, Alemania, Austria, el Reino Unido y Suiza. El conjunto de 120 ítems es considerado globalmente por estos programas como un indicador notablemente válido de calidad que debería ser aplicado en los programas. La mayoría de las 12 áreas del Cuestionario y de los 120 ítems son considerados en Europa como aspectos de la calidad que deben ser cumplidos y el resto son considerados aspectos de la calidad a los que los programas deben aspirar, siendo en todos los casos indicadores válidos de calidad. Los resultados apoyan firmemente la validez del Cuestionario y el trabajo desarrollado por el grupo de ERIT sobre calidad en comunidad terapéutica, y su utilidad como base y referencia para un modelo orientado al estudio y desarrollo de la

calidad en programas europeos de atención y tratamiento en drogodependencias.

4. Los resultados obtenidos en la Validación del Cuestionario avalan también la validez Europea de la Declaración Común sobre Indicadores de Calidad en comunidad Terapéutica, consistente en un consenso y un compromiso con los Principios de la Gestión de la Calidad Total adoptado por más de 120 programas procedentes de 10 países Europeos.
5. Una vez que el Cuestionario ha sido validado en Europa, se ha diseñado un procedimiento que facilita la aplicación del Cuestionario como un procedimiento para el estudio y medida de la calidad asistencial. Hemos propuesto un procedimiento para identificar evidencias del cumplimiento de esos 120 indicadores de calidad, un sistema de medición del nivel de cumplimiento de esos indicadores de calidad y algunos ejemplos de actividades que una comunidad terapéutica u otro programa de tratamiento para drogodependientes puede desarrollar para avanzar en el cumplimiento de tales indicadores de calidad. Consideramos que el trabajo realizado puede ser útil para: a) Auto-evaluación sistemática y monitorización de indicadores y criterios de calidad; b) Como elemento de comparación entre diferentes programas que compartan la aceptación de los indicadores de calidad; y c) Como instrumento de referencia para la evaluación externa de la calidad.
6. El grupo propone un Modelo para el estudio y mejora



de la Calidad en programas de asistencia y tratamiento en drogodependencias. Las referencias del modelo son dos trabajos desarrollados recientemente con el apoyo de la Comisión Europea: a) El Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad Total desarrollado por la European Foundation for Quality Management (EFQM) y adoptado por la European Foundation for Quality (EOQ), y b) los trabajos realizados durante los años 1997 y 1998 por el mencionado grupo de ERIT. El resultado es un modelo que se basa en las mejores prácticas de desarrollo organizacional aplicadas en Europa y que integra los criterios de calidad aceptados por un amplio número de profesionales y programas europeos de la asistencia a drogodependientes. Se propone el Modelo como una referencia para el estudio, evaluación, formación y desarrollo de la calidad. Aunque el Modelo incluye principalmente criterios seleccionados por profesionales de programas residenciales (comunidades terapéuticas profesionales) puede ser útil para diferentes tipos de programas asistenciales en drogodependencias.

7. El grupo ha iniciado la puesta en marcha de programas experimentales para la Gestión de la Calidad y mejora Continuada de la Calidad. Se ha elaborado un documento sobre procedimientos de mejora de la calidad y los miembros del grupo han iniciado la identificación de objetivos de mejora prioritarios en sus programas de tratamiento.
8. Como inicio de la implementación de programas para la Gestión de la Calidad Total, los miembros del



grupo han iniciado actividades de evaluación de la satisfacción global de los clientes de sus programas de tratamiento. Esta actividad representa un compromiso de estos programas con un modo de gestionar los servicios de tratamiento caracterizada por su orientación hacia las necesidades y expectativas de los usuarios, el personal de los programas y la comunidad global.

9. Actualmente, el grupo tiene el proyecto de iniciar la implementación práctica de programas orientados hacia la Gestión de la Calidad Total en los servicios de tratamiento, con el fin de promover estas estrategias y la implantación de políticas para la calidad en los tratamientos de las drogodependencias en Europa.

Durante el periodo 1997-2000, el grupo ha difundido en Europa y en el ámbito internacional sus objetivos, actividades y resultados. Estas actividades de información y difusión han incluido seminarios y reuniones en el ámbito nacional y europeo, publicaciones en revistas especializadas, boletines de ERIT, ponencias y comunicaciones, contribuyendo a crear una cultura de la calidad asistencial en drogodependencias

Finalmente, la experiencia, actividades y resultados del grupo ERIT sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica y en programas no residenciales de tratamiento permite avanzar algunas sugerencias y recomendaciones para el desarrollo y mejora de la calidad en los programas de tratamientos de las drogodependencias en Europa:



1. La Federación ERIT está capacitada para articular la participación de los profesionales Europeos en una política Europea orientada a optimizar la Calidad Total en los programas de tratamiento de las drogodependencias, coordinando los esfuerzos de una considerable cantidad de programas Europeos de tratamiento a este fin.
2. Las políticas Europeas en el ámbito de la lucha de los problemas relacionados con las drogas han de integrar la perspectiva de los profesionales en los programas de asistencia y tratamiento, y favorecer la formación de grupos de trabajo orientados a la mejora permanente de la Calidad en los servicios prestados.
3. Aunque no existe una implantación sustancial en Europa de sistemas de Gestión de la Calidad en los programas de tratamiento en drogodependencias, un número significativo de profesionales europeos comparten un consenso basado en los principios de la Calidad Total y la Mejora Continuada de la Calidad, así como un compromiso con la actuación basado en estos principios. Asimismo, existe un grupo numeroso de programas Europeos de tratamiento en drogodependencias bien motivado para la implantación de programas para la Calidad Total y la Mejora Continuada de la Calidad. La experiencia del grupo ERIT proporcionaría un buen marco para implantar en Europa el desarrollo de proyectos experimentales orientados hacia la Calidad Total y la Mejora Continuada de la Calidad.



4. El Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad Total, integrando los Indicadores de Calidad validados en Europa por el grupo ERIT, puede ser implantado progresivamente en programas Europeos de tratamiento en las drogodependencias, como vehículo para alcanzar la excelencia en la gestión de estos programas.



FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE INTERVINIENTES EN TOXICOMANÍAS



CUESTIONARIO SOBRE INDICADORES DE CALIDAD EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA:

Un procedimiento para su aplicación.

Grupo Europeo sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica: Jesús Martín Pozas; **Coordinador**, (Fundación Girasol; I.C.T., España); Juan Llorente (CTME Foronda; I.C.T., España); Paolo Stocco (Villa Renata, Italia); Claudio Bignami (La Rupe, Italia); Giuseppe Iraci (Comunità Incontro; Italia); Horst Broemer (Drogenhilfe Tannenhof – Berlín, Alemania); Rodrigo Coutinho (Ares do Pinhal, Portugal); Domingos Durán (Reencontro, Portugal); Claude Macquet (Les Hautes Fagnes, Bélgica); Pascale Croisnier (Sato Picardie, Francia); Claire Roelli, (COSTE, Suiza); Marcel van Gisbergen (Gelders Centrum Voor Verslavingszorg; Holanda); Richard Craven, (SCODA, Reino Unido); Cesáreo Fernández, **Asesor Técnico**, (I.C.T., España).

MÉTODO

El procedimiento diseñado para medir el cumplimiento de los indicadores y criterios de calidad incluidos en el Cuestionario abarca:

- a) Algunos ejemplos de actividades que una comunidad terapéutica u otro programa puede desarrollar para el cumplimiento de un determinado criterio o indicador de calidad.
- b) Una serie de evidencias del cumplimiento de uno o varios de los ítems, junto con el procedimiento con que esta evidencia del cumplimiento puede ser constatada directa o indirectamente: mediante observación directa, mediante autoinforme o entrevista (a personal

del programa o a sus usuarios) y/o mediante documentos que acrediten el cumplimiento de algún aspecto relacionado con ítems específicos del cuestionario.

- c) Una escala de puntuación, utilizable para puntuar el nivel de cumplimiento de cada ítem alcanzado por una comunidad terapéutica o programa determinado.

La escala de puntuación utilizada es de tipo Likert, con cinco puntos. En la mayoría de los ítems, la escala utilizada es:

1= ítem cumplido;

2= ítem cumplido con algunas excepciones;

3= el ítem no se cumple de manera consistente;

4= el ítem se cumple raramente; y

5= el ítem no se cumple.

A estos 5 puntos se añade el valor NA (no aplicable), en caso de que la comunidad terapéutica no pueda cumplir ese ítem por imposibilidad debida a la naturaleza del programa u otras circunstancias de contexto.

En algunos casos se puntúa sobre una escala de dos puntos, indicando únicamente si el ítem se cumple (= 1) ó no se cumple (= 5), o el ítem no es aplicable (NA).

Las evidencias señaladas y los ejemplos de actividades relacionadas con el cumplimiento de indicadores de calidad no pretenden en modo alguno ser exhaustivos. En lugar de eso, las evidencias del cumplimiento de indicadores de calidad pretenden servir como orientación acerca de cómo se podría medir el nivel de desarrollo de la política de calidad de un programa en un aspecto determinado, admitiendo que el cumplimiento de un determinado indicador podría medirse de múltiples formas diferentes. Del mismo modo, los ejemplos de actividades para el desarrollo de la calidad solamente pretenden ilustrar algunos modos de desarrollar aspectos concretos de la calidad incluidos en el Cuestionario, admitiendo la existencia de muy diferentes actividades que pueden



ser desarrolladas por diferentes programas para alcanzar el cumplimiento de un determinado indicador de calidad. Finalmente, señalamos que los ejemplos de actividades no son requerimientos, sino algunos ejemplos que pueden ayudar a clarificar el significado de los ítems incluidos en un área determinada.

El apartado que sigue contiene los 120 ítems del Cuestionario, agrupados en las 12 áreas, y el sistema de puntuación seleccionado para cada ítem. Asimismo, se muestran ejemplos de actividades que una C.T. puede desarrollar en algunas áreas del cuestionario, para alcanzar sus metas específicas de calidad en dichas áreas. Finalmente, cada una de las 12 áreas del Cuestionario incluyen los tipos de evidencia que un evaluador interno o externo puede buscar para realizar su valoración y puntuación del cumplimiento de los indicadores de calidad.

En este apartado se muestra la composición de las 12 áreas del Cuestionario o Listado sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica. En cada una de ellas se incluye una breve descripción de su composición y objetivo general y se muestran algunos ejemplos de actividades relacionadas con alguno de los ítems incluidos en dicho área, con el objetivo de facilitar la comprensión de su significado. Posteriormente se sugieren evidencias que pueden demostrar el cumplimiento de los indicadores de calidad del área correspondiente, un posible método de recogida de datos acerca del cumplimiento (entrevista, documentación u observación directa) y una escala para valorar el nivel de cumplimiento de cada uno de los ítems de dicha área.

ÁREA 1: ASPECTOS FORMALES.

Referida al cumplimiento de las normativas sobre el funcionamiento de estos programas y a la importancia de la C.T. como recurso asistencial.

EJEMPLOS.

El programa se implica en el cumplimiento actualizado de los criterios y normas de calidad especificados por instituciones



públicas, y busca la homologación y acreditación de acuerdo a criterios exigentes de calidad.

La C.T. se esfuerza en ser una referencia dentro de los recursos comunitarios para la respuesta a las drogodependencias.

EVIDENCIA.

- Entrevistas con los responsables del programa, acerca de la situación formal de la C.T. dentro de la comunidad.
- Entrevista con los responsables del programa, en busca de evidencia sobre su conocimiento y cumplimiento de los requerimientos legales para mantener vigente la autorización, homologación y acreditación.
- Documentos acreditativos de la autorización.
- Documentos acreditativos de la homologación o acreditación.
- Documentos acreditativos de participación en los planes locales, regionales o nacionales en materia de drogodependencias.

PUNTUACIÓN

ÍTEM	ESCALA	
1. La C.T. está autorizada por la Administración para su funcionamiento.	1	5
2. La C.T. está homologada (o acreditada por la Administración).	1 NA ¹	5
3. La C.T. ocupa un lugar significativo en la planificación local, regional o nacional en materia de drogodependencias.	1	5

¹ Ítem no aplicable, en caso de no existir mecanismos de homologación o acreditación a cargo de la Administración.



ÁREA 2: MEDIOS FÍSICOS, ENTORNO, CONTROL SANITARIO.

Se refiere a los recursos y medios físicos de la C.T., el entorno del tratamiento, el clima social y el control sanitario en el programa. La gestión adecuada de los recursos físicos y del entorno y el clima social del tratamiento es un factor clave para suministrar unos servicios de calidad y para alcanzar buenos resultados en el tratamiento. La meta general de este área es suministrar y gestionar un medio físico y social adecuado para los usuarios y personal del programa, que permita suministrar unos servicios accesibles y eficientes en un entorno seguro.

EJEMPLOS

El programa revisa y mantiene en buen estado las instalaciones, sistemas de seguridad, etc., y realiza revisiones para lograr y mantener buenos estándares de higiene, incluyendo la prevención y el control de posibles infecciones.

Una C.T. planifica sistemáticamente el aprovechamiento de espacios físicos en función de las actividades necesarias para el logro de sus metas. Diseña y aplica un procedimiento para la revisión periódicamente el estado del equipamiento y mobiliario, adecuándolo a las necesidades de los usuarios.

Tras una evaluación clínica, se modifica una de las habituaciones para adaptarla a un paciente que manifiesta alteraciones del sueño, permitiendo su observación y monitorización.

Una C.T. verifica periódicamente que los pacientes atendidos y el personal del equipo está protegido frente a cualquier amenaza física o verbal y a cualquier tipo de explotación o daño.

Una C.T. evalúa periódicamente el clima social en el programa, referente a la cualidad de las relaciones interpersonales, claridad, organización, orden y control del entorno e impacto sobre el crecimiento personal de los usuarios y el equipo.

EVIDENCIA

- Entrevistas con miembros del equipo o responsables de la C.T., acerca del cumplimiento de todos los ítems.



- Entrevistas con pacientes atendidos y sus familias, referidas al cumplimiento de los ítems nº 2 a 11.
- Documentación sobre revisiones institucionales acerca del cumplimiento de los ítems relativos a los recursos físicos nº 1, 2, 3, etc.
- Observación directa, relativa al cumplimiento de los ítems nº 2 a 6.
- Documentos sobre políticas y procedimientos de la C.T. para asegurar el cumplimiento de todos los ítems, especialmente los nº 2, 7 a 11.

PUNTUACIÓN

ÍTEM	ESCALA
1. El espacio, equipamiento e instalaciones utilizadas por el programa (tanto dentro como fuera de la C.T.) cumplen las normativas locales, regionales y nacionales en materia de urbanización, seguridad y condiciones higiénico-sanitarias.	1 2 3 4 5
2. Las instalaciones, estructura y equipamiento de la C.T. y utilizadas externamente suministran un espacio adecuado y suficiente para alcanzar las metas del programa,	1 2 3 4 5
2.1. Están lo suficientemente diversificadas para permitir el desarrollo continuo y sin interferencias de las actividades del programa.	1 2 3 4 5
3. La C.T. dispone de los siguientes recursos, todos ellos conocidos en su localización, uso y contenido:	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
3.1 servicios higiénicos suficientes, con la separación necesaria para la intimidad;	1 2 3 4 5
3.2 teléfono para conversaciones privadas;	1 5 NA ¹
3.3 número adecuado de unidades para el suministro de agua potable, alimentos y bebidas en condiciones de seguridad e higiene;	1 2 3 4 5
3.4 servicio de lavandería;	1 2 3 4 5
3.5 unidades de ventilación e iluminación adecuadas y suficientes; y	1 2 3 4 5
3.6 unidades de primeros auxilios.	1 2 3 4 5
4. El equipamiento y mobiliario están:	
4.1 limpios y mantenidos en buen estado de funcionamiento;	1 2 3 4 5
4.2 adecuados para la edad y estado físico de los residentes.	1 2 3 4 5
5. Las áreas dormitorio se adecuan (en su dimensión y separación) a las necesidades individuales de apoyo grupal, intimidad, independencia y necesidades especiales de sueño o derivadas de la edad, alteraciones emocionales o dificultades para el ajuste.	1 2 3 4 5 NA ²

¹ No aplicable si las normas del programa así lo especifican.

² No aplicable a programas no residenciales.



ÍTEM	ESCALA
6. La C.T. dispone de libros, revistas, material de arte y artesanía, etc., y suministra material e instalaciones para actividades recreativas, deporte, hobbies y juegos de interior consistentes con las necesidades del paciente en materia recreacional, cultural y educacional y con las metas del programa.	1 2 3 4 5
7. La C.T. establece un ambiente que aumenta la autoimagen positiva del paciente.	1 2 3 4 5
7.1. El Reglamento Interno y el Contrato Terapéutico garantizan la protección del paciente frente a toda amenaza física, psicológica o sexual.	1 2 3 4 5
8. La C.T. garantiza un clima institucional adecuado entre los pacientes y en la relación paciente - equipo, a través de un reglamento preciso, documentado y revisado, que permita:	1 2 3 4 5
8.1. desarrollar un clima de relaciones (confianza, implicación y apoyo mutuo), y	1 2 3 4 5
8.2. favorecer el crecimiento del paciente (adquisición y práctica de nuevas habilidades) en una estructura clara y controlada por el equipo.	1 2 3 4 5
9. El reglamento de la C.T. regula claramente las relaciones sexuales entre pacientes y personal, garantizando su cumplimiento y especificando las consecuencias de una transgresión.	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
11. La C.T. anima en los pacientes la toma de responsabilidades en el mantenimiento diario de las instalaciones, suministrando equipamiento y asistencia.	1 2 3 4 5
11.1. Estas responsabilidades se adecuan al estado clínico del paciente y forman parte de su programa de tratamiento.	1 2 3 4 5
12. Los servicios de urgencia son fácilmente accesibles desde la C.T., en caso de que peligre la salud o la vida del paciente.	1 2 3 4 5
13. Existe un programa para la prevención, identificación y control de las infecciones potencialmente adquiridas en el programa y/o introducidas desde el exterior,	1 2 3 4 5
13.1. que incluye la recogida y revisión de información y	1 2 3 4 5
13.2 las acciones de seguimiento requeridas y aplicadas.	1 2 3 4 5
13.3. Incluye la orientación (verificada y documentada) a todo el personal acerca de las responsabilidades en la prevención y control de las infecciones y sobre la importancia de este programa.	1 2 3 4 5
14. Existe un procedimiento para el manejo, uso y mantenimiento del material y suministros esterilizados, cuando son utilizados por el programa.	1 2 3 4 5 NA ¹

¹ No aplicable si el programa no dispone ni utiliza este tipo de equipamiento.



ÁREA 3: ACTIVIDAD ECONÓMICA Y CUESTIONES FINANCIERAS.

Se refiere a los recursos y medios económicos de la C.T. y al control financiero.

La gestión de los recursos económicos del programa, la planificación económica y la gestión de los resultados económicos son aspectos básicos para la prestación de servicios con un nivel adecuado de calidad. La meta de esta área es favorecer una planificación y gestión adecuada de los recursos y resultados económicos del programa.

EVIDENCIA

- Entrevista con los responsables del programa, relativa al cumplimiento de todos los ítems.
- Documentos acreditativos de la existencia de un sistema de contabilidad acreditado.
- Documentos acreditativos de una planificación estratégica de la actividad económica y cuestiones financieras.
- Documentos acreditativos de convenios económicos con instituciones.
- Registros individuales de pacientes y entrevistas con pacientes atendidos y sus familiares, con evidencia de devolución de ingresos percibidos por adelantado.

PUNTUACIÓN

ÍTEM	ESCALA		
1. La C.T. cumple las obligaciones legales en materia fiscal, económica (I.V.A., impuesto de sociedades, etc.) y laboral (S.S., I.R.P.F., etc.).	1	3	5
2. Existe un sistema de contabilidad estándar acreditado, incluyendo un informe sobre ingresos, gastos y balance económico del ejercicio.	1		5



ÍTEM	ESCALA
3. Existe un plan económico referido a la viabilidad de la C.T., con perspectivas económicas favorables para la continuidad y para el logro de objetivos de calidad, en función de estrategias y proyectos de futuro.	1 3 5
4. La C.T. mantiene convenios económicos de calidad (en su cuantía, coste atribuido a la plaza, etc.) que no gravan la autonomía del programa.	1 3 5
5. Si la C.T. percibe por adelantado ingresos económicos por tratamiento, reintegrará éstos en caso de finalización prematura del tratamiento, salvo una cantidad predefinida en concepto de "reserva de plaza".	1 2 3 4 5 NA ¹
6. Los ingresos económicos de la C.T. son suficientes para mantener las necesidades mínimas de personal y gastos diversos (alimentación, mantenimiento, etc.).	1 3 5

¹ No aplicable en programas con normas explícitas al respecto.

ÁREA 4: EQUIPO TÉCNICO, COMPOSICIÓN, FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN.

Recursos humanos de la C.T., en cuanto a su estructura, formación y gestión. Abarca los recursos humanos internos y externos al programa, que participan directamente en los servicios suministrados por éste.

La meta de los ítems de este área es favorecer el desarrollo profesional del equipo, a través de un aprendizaje continuado y una planificación de la utilización de los recursos humanos en el programa. La valoración de los conocimientos, competencia, capacidades y cualificación se realiza de modo continuado y en referencia a las tareas especificadas y las características de la población atendida.



EJEMPLOS

A la hora de analizar sus necesidades en materia de recursos humanos, el programa se asegura de que el número y la formación de los componentes del equipo son los necesarios para suministrar los servicios de modo accesible, efectivo y eficiente a la población atendida.

El análisis de las necesidades en personal incluye las necesidades de personal cualificado (dentro y fuera del programa) en las áreas médica y psiquiátrica, psicología clínica, pedagogía, trabajo social, enfermería, monitores especializados en drogodependencias y otras disciplinas relacionadas con el tratamiento y rehabilitación en drogodependencias, así como en tareas de administración y gestión.

Entre otros procedimientos, una C.T. planifica y aplica procedimientos para evaluar la competencia del personal, sistemas de supervisión y planes de desarrollo profesional.

EVIDENCIA

- Entrevistas con los responsables de la C.T., acerca del cumplimiento de todos los ítems.
- Entrevistas con los miembros del equipo, acerca del cumplimiento de todos los ítems.
- Documentos acreditativos del cumplimiento del ítem nº 1: contratos y reglamentaciones legales referidas al personal.
- Documentos sobre la composición, formación y características del equipo técnico, incluyendo un organigrama de funciones y competencias de cada miembro del equipo.
- Políticas y procedimientos escritos para la selección de personal, especificando características y requerimientos para las diferentes tareas.
- Políticas y procedimientos escritos para la formación continuada del personal, según las diferentes tareas, en relación con las necesidades de los pacientes atendidos.
- Políticas y procedimientos escritos para la comunicación y coordinación del equipo.
- Criterios escritos para la actualización de la composición del equipo, según las necesidades de la población atendida.



- Políticas y procedimientos escritos para el plan de desarrollo profesional y promoción de los miembros del equipo.

PUNTUACIÓN

ÍTEM	ESCALA
1. La C.T. cumple los requisitos mínimos fijados por la normativa local, regional y nacional en cuanto a:	
1.1. suficiencia del personal en número y formación;	1 2 3 4 5
1.2. vinculación jurídica ajustada a la legalidad vigente.	1 2 3 4 5
2. Existe una descripción del equipo técnico, incluyendo profesionales externos, voluntarios, exadictos y colaboradores que incluye:	1 2 3 4 5
2.1. datos personales;	1 2 3 4 5
2.2. tareas y funciones desarrolladas;	1 2 3 4 5
2.3. derechos y obligaciones;	1 2 3 4 5
2.4. cualificación (básica, especialización y experiencia).	1 2 3 4 5
3. La C.T. garantiza la profesionalidad de su equipo técnico, acreditando:	1 2 3 4 5
3.1. su naturaleza multidisciplinar (con titulados en ciencias médicas y sociales);	1 2 3 4 5
3.2. formación (de base, especialización, competencia y experiencia);	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
3.3 suficiencia (con relación al número de internos, en cada sector profesional).	1 2 3 4 5
4. Existe un organigrama del equipo, conocido y aceptado por todos los miembros, que especifica:	1 2 3 4 5
4.1. una diferenciación clara de las tareas de dirección del equipo, terapeutas, educadores - monitores y otras figuras (médico, trabajador social);	1 2 3 4 5
4.2. la coherencia entre la función o tarea desempeñada y la cualificación;	1 2 3 4 5
4.3. diferenciación entre las tareas y responsabilidades del equipo técnico y los colaboradores.	1 2 3 4 5
5. Existe un procedimiento para la selección de personal, explicando los requisitos necesarios para entrar a formar parte del equipo que se basa en:	1 2 3 4 5
5.1. las tareas a desarrollar, según los objetivos del programa;	1 2 3 4 5
5.2 las características actuales de la población tratada.	1 2 3 4 5
6. Las exigencias en cualificación profesional para exadictos son las mismas que para el resto del equipo (la experiencia de la ex-toxicomanía y rehabilitación posterior en el programa u otro similar no constituyen en sí mismas una cualificación).	1 2 3 4 5 NA ¹

¹ Salvo que la normativa del programa especifique lo contrario



ÍTEM	ESCALA
7.1. extraído de un análisis de tareas, adecuado a la tarea a realizar dentro de los objetivos del programa y	1 2 3 4 5
7.2. adaptado a las características de la población atendida.	1 2 3 4 5
7.3. Incluye formación previa al ingreso y tras la inclusión en el equipo.	1 2 3 4 5
8. Existe un plan documentado y aplicado para la formación continuada y actualización del equipo,	1 2 3 4 5
8.1. que incluye actividades de formación planificadas y programadas previamente y mantenidas con continuidad,	1 2 3 4 5
8.2. que se desarrollan dentro y fuera de la C.T. (talleres, institutos, seminarios, conferencias, comités, cursos de formación continuada, etc.).	1 2 3 4 5
9. Se aplican normas documentadas (especificando periodicidad y sectores de actividad) para la comunicación, coordinación y cohesión interna (teórica y aplicada) del equipo, incluyendo:	1 2 3 4 5
9.1. reuniones de la dirección con el equipo y con los coordinadores de sector;	1 2 3 4 5
9.2. reuniones por especialidades.	1 2 3 4 5
10. Se aplica un programa para estimular el	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
10.1. incluyendo una valoración de cada miembro del equipo relativa a motivación, implicación, valoración de la ejecución, relación con otros miembros del equipo y desarrollo profesional.	1 2 3 4 5
11. El personal del equipo tiene una supervisión externa regular para mantener la calidad de la atención.	1 2 3 4 5
11.1. Se especifica la cualificación de la supervisión, frecuencia, duración y objetivos.	1 2 3 4 5

ÁREA 5: PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN.

Procedimiento que la C.T. aplica durante el procedimiento de admisión de pacientes.

El objetivo de esta área es facilitar que la C.T. suministre sus servicios a una población que los necesite, y viceversa, que la C.T. esté en disponibilidad de suministrar los servicios que estos pacientes admitidos necesitan. Los procedimientos de admisión de pacientes en una comunidad terapéutica deben estar integrados dentro de un plan de tratamiento continuado y planificado en función de las necesidades de estos pacientes y de los recursos de los programas.

EJEMPLOS

Durante el procedimiento de admisión, la C.T. recoge información de diferentes fuentes y recursos asistenciales y comunitarios, y esta recogida de información está orientada a conocer del modo más eficiente y efectivo las necesidades de los sujetos, en relación con los recursos y servicios del programa.

Durante el proceso de admisión, la C.T. suministra información al



paciente y otros significativos, que favorezca su asimilación e integración en el programa y le sitúa en una posición óptima para beneficiarse de los servicios suministrados.

EVIDENCIA

- Entrevistas con los directivos y responsables, acerca de los procedimientos de admisión (y referencia en su caso).
- Plan escrito de la C.T., para la provisión de servicios y programas.
- Acuerdos escritos de transferencia y referencia (derivación de pacientes).
- Procedimientos escritos para la entrada, evaluación, admisión o derivación de pacientes.
- Política y procedimientos que especifican los requerimientos en evaluación de aspirantes y pacientes.
- Criterios documentados para la admisión y exclusión de pacientes.
- Registro acumulativo de aspirantes evaluados, admitidos y derivados.
- Registros individuales de pacientes, especificando el procedimiento de referencia, evaluación, derivación o admisión.
- Entrevistas con los pacientes atendidos y familiares u otros significativos (referentes a la información recibida durante el proceso de entrada).
- Procedimientos para la información sobre el programa a aspirantes, pacientes, familiares y otros significativos.
- Procedimientos escritos para la negación de asistencia o rechazo de referencias o derivaciones de otros servicios o instituciones, basados en criterios éticos, profesionales, necesidades del paciente y recursos de la C.T..



PUNTUACIÓN

ÍTEM	ESCALA
1. Existe una descripción de las condiciones y procedimientos de admisión en la C.T., incluyendo:	1 2 3 4 5
1.1. información a obtener de todo solicitante, previa a la admisión;	1 2 3 4 5
1.2. procedimientos a seguir para la aceptación de referencias de otros servicios y solicitudes de ingreso;	1 2 3 4 5
1.3. registros a mantener de todo solicitante;	1 2 3 4 5
1.4. estadísticos sobre solicitudes y admisiones; y	1 2 3 4 5
1.5. procedimientos a seguir en caso de no admisión.	1 2 3 4 5
2. Existe una definición clara de los criterios de indicación en la C.T.; especificando las características de los sujetos para los cuales la C.T. está más indicada.	1 2 3 4 5
2.1. Estas condiciones son conocidas y compartidas por las redes asistenciales y servicios que derivan pacientes a la C.T.	1 2 3 4 5
3. La aceptación de un paciente está basada en el procedimiento de admisión y en la evaluación del aspirante.	1 2 3 4 5
3.1. El procedimiento está determinado por	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
3.2. el paciente requiere un tratamiento apropiado a la intensidad y restricciones de la C.T.;	1 2 3 4 5
3.3. la C.T. puede suministrar el tratamiento requerido por el paciente.	1 2 3 4 5
4. La C.T. tiene capacidad para aceptar o rechazar casos remitidos por otros recursos, de acuerdo a las condiciones de admisión documentadas.	1 2 3 4 5
5. La evaluación para la admisión es realizada por el personal clínico de la C.T..	1 2 3 4 5
5.1. Los miembros del personal clínico que van a ser responsables del tratamiento del paciente son informados en detalle de los resultados de la evaluación antes de reunirse con el/ella.	1 2 3 4 5
6. Durante el procedimiento de admisión se asegura que el paciente comprende claramente:	1 2 3 4 5
6.1. la naturaleza y metas del tratamiento en la C.T.;	1 2 3 4 5
6.2. las reglas que se aplican a la conducta, el tipo de infracciones consideradas y las sanciones aplicables;	1 2 3 4 5
6.3. el coste del tratamiento;	1 2 3 4 5
6.4. los derechos y obligaciones del paciente.	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
7.1. la responsabilidad de la asistencia médica (incluyendo el consentimiento del paciente);	1 2 3 4 5
7.2. la responsabilidad del pago del tratamiento;	1 2 3 4 5 NA ¹
7.3. preparación de la familia del paciente para la participación en el tratamiento individualizado;	1 2 3 4 5
7.4. régimen de comunicaciones y visitas;	1 2 3 4 5
7.5. preparación para la salida del programa, con y sin el consentimiento del equipo.	1 2 3 4 5
8. La admisión en la C.T. es posible sin obligatoriedad del test VIH+, y sin discriminación por motivo de orientación sexual, antecedentes o características culturales, étnicas, políticas, ideológicas o religiosas, tipo de droga o vía de administración.	1 2 3 4 5 NA ²
9. La C.T. se compromete a cooperar con equipos médicos y psicológicos que han tratado al paciente previamente al ingreso en la C.T., documentando las interrupciones o cambios aplicados a dichos tratamientos previos.	1 2 3 4 5

¹ No aplicable en caso de tratamiento gratuito.

² Salvo indicación específica, siguiendo las normas del programa.

Información que se registra sobre cada paciente admitido en la C.T.

El tratamiento en comunidad terapéutica es multidimensional y complejo. La coordinación e integración del programa de tratamiento depende en una medida importante de la información disponible acerca de los servicios suministrados, sus resultados,



las necesidades del paciente y el nivel de calidad alcanzado durante la implementación de las estrategias de tratamiento.

La meta del sistema de registros individuales, como base de información es recoger, gestionar y utilizar información completa y fiable para monitorizar y mejorar el funcionamiento de los procesos y actividades y servicios implementados por la comunidad terapéutica.

EJEMPLOS

Una C.T. integra en su plan estratégico la necesidad y viabilidad de desarrollar un sistema de información computerizado para la creación y manejo de los registros individualizados.

La C.T. diseña el formato de los registros individuales para que estén permanentemente disponibles para el personal clínico datos sobre las necesidades del paciente, diagnósticos, intervenciones aplicadas y resultados obtenidos.

Cuando la C.T. identifica determinados contenidos muy significativos y confidenciales, almacena estas secciones separadamente, restringiendo el acceso a ellas mediante códigos de seguridad.

EVIDENCIA

- Registros individuales, demostrando el cumplimiento de todos los ítems 1-6.
- Políticas y procedimientos escritos, para la gestión, almacenamiento y mantenimiento de la información contenida en los R.Is (ítem nº 7).
- Entrevistas con miembros del equipo, verificando que la información contenida en los registros se utiliza según se especifica en el ítem nº 3.

PUNTUACIÓN

ÍTEM	ESCALA
1. Existe un registro escrito de cada paciente, cumpliendo las regulaciones locales, regionales y nacionales en la materia, que se mantiene indefinidamente y que incluye al menos anotaciones firmadas y fechadas sobre:	1 2 3 4 5
1.1. información relevante para la identificación y localización del paciente;	1 2 3 4 5
1.2. datos sobre la admisión del paciente (incluyendo su estatus);	1 2 3 4 5
1.3. atención y servicios suministrados;	1 2 3 4 5
1.4. progreso del paciente durante el tratamiento	1 2 3 4 5
1.5. estado del paciente a la finalización.	1 2 3 4 5
2. El R.I. incluye también:	
2.1. protocolos remitidos por otras instituciones colaboradoras con la C.T.;	1 2 3 4 5
2.2. historia psicosocial y familiar;	1 2 3 4 5
2.3. historia de consumo y	1 2 3 4 5
2.4. expediente clínico del paciente (diagnóstico, evaluación, tratamiento y respuestas al mismo).	1 2 3 4 5
3. El R.I. sirve para la desarrollar y registrar la	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
3.1. Contiene el plan de tratamiento individualizado, sus revisiones y modificaciones, suministrando información para:	1 2 3 4 5
3.1.1. la revisión, estudio y evaluación del tratamiento suministrado al paciente;	1 2 3 4 5
3.1.2. programas de formación, investigación y garantía de calidad en los servicios.	1 2 3 4 5
4. El R.I. suministra información sobre la protección de los derechos del paciente y de su familia; así como del equipo técnico.	1 2 3 4 5
4.1. Incluye documentación del consentimiento del paciente y familiares acerca de la admisión, evaluación, tratamiento, investigación y seguimiento.	1 2 3 4 5
5. El R.I. incluye asimismo información sobre eventos inusuales como:	1 2 3 4 5
5.1. Complicaciones en el tratamiento;	1 2 3 4 5
5.2. accidentes o daños sufridos;	1 2 3 4 5
5.3. procedimientos que sitúan al paciente en situación de riesgo o estimulación dolorosa y	1 2 3 4 5
5.4. morbilidad y fallecimiento (incluyendo	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
6. El R.I. incluye un resumen referido a la finalización del tratamiento y al plan de seguimiento que contiene:	1 2 3 4 5
6.1. resultados significativos del tratamiento;	1 2 3 4 5
6.2. curso y progreso del paciente respecto a sus problemas fundamentales;	1 2 3 4 5
6.3. curso del tratamiento individualizado;	1 2 3 4 5
6.4. formulación final con consideraciones generales y un diagnóstico final primario y secundario;	1 2 3 4 5
6.5. recomendaciones para el tratamiento y seguimiento futuros.	1 2 3 4 5
7. Existe un procedimiento especificado para la preparación, almacenamiento y uso de los R.Is., bajo la responsabilidad de un miembro competente del equipo, incluyendo:	1 2 3 4 5
7.1. supervisión de la calidad y veracidad de las anotaciones en los R.Is.;	1 2 3 4 5
7.2. disponibilidad para el personal clínico encargado del paciente;	1 2 3 4 5
7.3. seguridad en el uso de los registros y protección frente a la pérdida, alteración o uso no autorizado, garantizando el derecho a la confidencialidad.	1 2 3 4 5

ÁREA 7: DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE PACIENTES.

Procedimientos utilizados para valorar las necesidades de los pacientes antes, durante y al final del tratamiento.

La meta del diagnóstico y evaluación de pacientes es disponer de



un conocimiento comprensivo y actualizado de las necesidades del paciente, que pueda servir como base para el diseño y aplicación de un plan de tratamiento individualizado y orientado a satisfacer sus necesidades.

EJEMPLOS

En una C.T., la evaluación inicial del paciente aporta documentación demostrando que las necesidades del paciente en las áreas física, psicológica, abuso de drogas y adaptación social se adaptan a la capacidad de dicho programa en la prestación de servicios.

La C.T. utiliza un procedimiento de evaluación que determina el riesgo individual de padecer trastornos psicológicos y psiquiátricos que puedan suponer una amenaza para su propia vida o para los resultados del tratamiento en la C.T.

La C.T. aplica un procedimiento para la re-evaluación periódica de los pacientes en las áreas médica, psicológica, educacional y comportamental, etc., y esa información sirve para actualizar los registros individuales.

EVIDENCIA

- Entrevistas a los responsables de la C.T. y personal, acerca del cumplimiento de todos los ítems.
- Entrevistas a pacientes atendidos y familiares, acerca de la aplicación de procedimientos de evaluación y diagnóstico.
- Entrevistas a pacientes y familiares, evidenciando el uso de los datos e información obtenidos mediante la evaluación, para la planificación y prestación de servicios.
- Políticas y procedimientos escritos, donde la C.T. se compromete y responsabiliza de realizar una evaluación completa del paciente en las áreas señaladas.
- Políticas y procedimientos escritos, definiendo qué datos se obtienen, cómo y por quién, los ámbitos y alcance de evaluación, cómo estos datos son analizados e interpretados para la evaluación, valoración y diagnóstico de los pacientes y para la planificación del tratamiento.



- Registros individuales, conteniendo evidencia de aplicación de evaluación y diagnóstico en los ámbitos señalados.
- Registros individuales, evidenciando que los datos e información obtenida mediante la evaluación del paciente es utilizada para la planificación del tratamiento y sus revisiones, finalización y seguimiento, así como para la evaluación del tratamiento.
- Documentos que acreditan el intercambio de información clínica con otros recursos responsables de la prestación de servicios al paciente (por referencia o derivación).

PUNTUACIÓN

ÍTEM	ESCALA
1. Existe un procedimiento estándar que explica las pruebas, instrumentos y protocolos utilizados para la evaluación del caso, momentos de aplicación, sujetos a quienes se aplica, personal encargado y periodicidad.	1 2 3 4 5
1.1. Este procedimiento está basado en una consideración clínica de las necesidades del paciente en cada área.	1 2 3 4 5
2. La C.T. se hace responsable de realizar una evaluación completa de las necesidades del paciente en las siguientes áreas:	1 2 3 4 5
2.1. física;	1 2 3 4 5
2.2. consumo de sustancias;	1 2 3 4 5
2.3. psicológica y psiquiátrica;	1 2 3 4 5
2.4. familiar, social,	1 2 3 4 5
2.5. legal,	1 2 3 4 5
2.6. ocupacional – vocacional, y cultural – recreacional.	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
3. Se realizan evaluaciones del paciente por personal médico cualificado (en la C.T. o por derivación), incluyendo una evaluación médica completa con examen físico y evaluación neurológica.	1 2 3 4 5
3.1. La necesidad de estos exámenes físicos se realiza en consulta con un médico, antes de diseñar el plan de tratamiento.	1 2 3 4 5
4. Se dispone de evaluación psicológica y psiquiátrica, para la detección de complicaciones que puedan manifestarse durante la estancia y amenazar la salud del paciente, o	1 2 3 4 5
4.1. Alteraciones severas de personalidad que puedan influir en el manejo del paciente y en el resultado del tratamiento.	1 2 3 4 5
5. La evaluación psicológica incluye:	
5.1. una historia de problemas psicológicos en diversas áreas;	1 2 3 4 5
5.2. historia familiar;	1 2 3 4 5
5.3. valoración comportamental mediante observación directa;	1 2 3 4 5
5.4. personalidad; valoración del desarrollo cognitivo, afectivo y capacidades para el autocuidado;	1 2 3 4 5
5.5. otras características psicológicas consideradas como relevantes para el	1 2 3 4 5

ÍTEM	ESCALA
6. Se realiza una valoración social del paciente que incluye:	1 2 3 4 5
6.1. Entorno social y familiar, implicación familiar en el tratamiento y expectativas de la familia sobre el mismo;	1 2 3 4 5
6.2. infancia y adolescencia;	1 2 3 4 5
6.3. situación socioeconómica;	1 2 3 4 5
6.4. uso de drogas en el contexto familiar;	1 2 3 4 5
6.5. composición de la red social.	1 2 3 4 5
7. Los resultados de los exámenes clínicos y evaluaciones realizadas al ingreso y durante el tratamiento, así como otras pruebas (analíticas para detectar consumo de sustancias, etc.) son almacenadas en el expediente clínico, dentro del R.I.	1 2 3 4 5
8. La C.T. utiliza instrumentos estandarizados para la evaluación del paciente, utiliza sistemas establecidos de clasificación diagnóstica (DSM-IV, CIE-10, etc.) y	1 2 3 4 5
8.1. Experimenta para el desarrollo de nuevos instrumentos de medida, coherentes con el programa y con utilidad inmediata para el mismo (en planificación y evaluación).	1 2 3 4 5
9. La C.T. utiliza un modelo estándar para el informe de la evolución del paciente durante el tratamiento.	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
10.1. establecer una prioridad en las intervenciones previstas en el plan individual de tratamiento y en sus actualizaciones y revisiones;	1 2 3 4 5
10.2. en el seguimiento durante el tratamiento y a largo plazo, tras la finalización.	1 2 3 4 5
11. La documentación sobre la evaluación del paciente está disponible para el equipo y otros servicios comunitarios que intervienen en el seguimiento, con el consentimiento del paciente y garantizando la confidencialidad.	1 2 3 4 5
12. Se verifica documentalmente que, antes de la finalización del tratamiento, se ha realizado una evaluación de las necesidades fundamentales del paciente, que sirve de base para el seguimiento a largo plazo.	1 2 3 4 5

ÁREA 8: TRATAMIENTO: GENERALIDADES, ACTIVIDADES Y PROGRAMAS EDUCATIVOS.

Características generales del programa terapéutico y actividades. El objetivo de esta área es que la C.T. suministre o facilite el acceso a servicios individualizados, planificados y adecuados a las necesidades del paciente.

EJEMPLOS

Durante la planificación individualizada del tratamiento, una C.T. realiza una descripción por escrito del plan de tratamiento, identificando de un modo comprensivo las necesidades del paciente que han sido puestas de manifiesto durante la evaluación y respondiendo comprensivamente a las mismas mediante una serie de servicios continuados y monitorizados.



El plan de tratamiento diseñado por una C.T. contiene metas cuantificables y específicas a alcanzar en las áreas física, psicológica, emocional, comportamental, familiar y social, describiendo los niveles que son considerados como deseables en dichas áreas.

EVIDENCIA

- Entrevistas con el personal y responsables del programa, verificando el cumplimiento de todos los ítems.
- Entrevistas con los pacientes tratados, familiares y otros significativos, relativas al cumplimiento de los ítems 3, 4, 5, 7 y siguientes.
- Documentos escritos explicando naturaleza y contenido del Reglamento Interno y el Contrato Terapéutico.
- Políticas de actuación y procedimientos escritos relativos a la naturaleza del programa de tratamiento, incluyendo los puntos mencionados en el ítem nº 1.
- Descripción escrita de la filosofía y orientación ideológica del programa, según se indica en el ítem nº 2.
- Documentos que demuestran que la naturaleza del programa de tratamiento es bien conocida por pacientes, familiares e instituciones que apoyan al programa.
- Acuerdos y contratos de transferencia y derivación de pacientes, demostrando continuidad, coordinación e integración en la prestación de servicios.
- Registros individuales demostrando continuidad, coordinación e integración en los servicios.
- Registros individuales evidenciando que se intercambia información clínica útil para la prestación de servicios a través de diferentes programas dentro y fuera de la C.T.
- Registros individuales, con evidencia de actividades de monitorización y evaluación continuada de los servicios, en relación al plan de tratamiento y necesidades del paciente.
- Políticas y procedimientos escritos, definiendo los requerimientos para la evaluación de pacientes y planificación individualizada del tratamiento, según ítems 7 y 8.
- Protocolos, líneas de actuación en la práctica clínica, y otros instrumentos de planificación del tratamiento, orientados a

cumplir los requerimientos de los ítems 7 y 8..

- Registros individuales, con evidencia de planificación individualizada del tratamiento, incluyendo los puntos especificados en los ítems 7 y 8.
- Documentos sobre políticas de actuación y procedimientos orientados al cumplimiento de los ítems 9, 10, 12, 13, 15 y 16.
- Registros individuales, con evidencia del cumplimiento de los ítems 9, 10, 12, 13, 15 y 16.
- Documentos sobre la estructuración del horario de la C.T.
- Documentación que demuestre que los posibles ingresos derivados de las actividades ocupacionales de los pacientes revierten en beneficio de éstos.

PUNTUACIÓN

ÍTEM	ESCALA
1. Existe una descripción del programa terapéutico, incluyendo:	1 5
1.1. objetivos planificados, revisados y actualizados anualmente;	1 2 3 4 5
1.2. metodología (técnicas aplicadas, sustrato teórico, procedimientos y criterios de aplicación);	1 2 3 4 5
1.3. terapia y actividades (educativas y formativas, físicas, ocupacionales, culturales, sociales y recreativas);	1 2 3 4 5
1.4. calendario previsto (fases y duración).	1 2 3 4 5
2. La descripción del programa explica de manera transparente su orientación ideológica, incluyendo declaración expresa de que:	1 5
2.1. no pretende garantizar la solución absoluta de la drogodependencia del paciente;	1 5

ÍTEM	ESCALA
2.2. está centrado en las necesidades del paciente y orientado a su reinserción social;	1 5
2.3. no impone ningún tipo de principio ideológico ni religioso.	1 5
3. La descripción del programa terapéutico incluye un Reglamento Interno y un Contrato Terapéutico que explican los derechos y obligaciones de los pacientes y del equipo.	1 5
3.1. Tal reglamentación es congruente con los objetivos del programa, y	1 2 3 4 5
3.2. las reglas se adaptan a las necesidades y estado clínico del paciente, siendo utilizadas como instrumento para su crecimiento.	1 2 3 4 5
4. El programa terapéutico, en sus diferentes apartados, está bien definido, enunciado y divulgado a los pacientes, equipo e instituciones responsables del programa o que lo apoyan.	1 2 3 4 5
5. El programa terapéutico es continuado e integrado en sus diferentes fases y módulos operativos (terapia, actividades ocupacionales y educativas, etc.) y	1 2 3 4 5
5.1. se sitúa dentro de un proceso terapéutico que se inicia antes del ingreso y va más allá de la C.T.	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
6.1. los objetivos del programa terapéutico son evaluables objetivamente y	1 2 3 4 5
6.2. el plan de tratamiento individualizado incluye un método para medir el progreso y los resultados de las intervenciones.	1 2 3 4 5
7. Existe un plan de tratamiento individualizado, registrado por escrito en el R.I., que:	1 2 3 4 5
7.1. está basado en las necesidades fundamentales del paciente;	1 2 3 4 5
7.2. especifica los servicios requeridos por el paciente (dentro y fuera de la C.T.);	1 2 3 4 5
7.3. especifica y cuantifica las metas a alcanzar a corto y largo plazo y criterios de finalización del tratamiento;	1 2 3 4 5
7.4. programa la aplicación personalizada de las técnicas del programa terapéutico y	1 2 3 4 5
7.5. está bajo la responsabilidad directa de un miembro del equipo.	1 2 3 4 5
8. El plan de tratamiento individualizado es diseñado con la participación directa del paciente y revisado regularmente con éste, como estudio multidisciplinar y evaluación del tratamiento, siendo modificado cuando es necesario.	1 2 3 4 5
8.1. Las revisiones y cambios se registran en	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
9. La C.T. dispone de un programa referido al tratamiento de la problemática familiar del paciente, incluyendo criterios de inclusión, intervenciones y actividades desarrolladas.	1 2 3 4 5
9.1. Cuando la C.T. no aplica intervenciones a la problemática familiar, se realiza un enlace con otras instituciones para su tratamiento.	1 2 3 4 5 NA ¹
10. La C.T. aplica procedimientos especiales para el tratamiento de pacientes VIH+ o SIDA, desarrollados por personal especializado y con criterios claros sobre derivación, mediante:	1 2 3 4 5
10.1. una evaluación ad-hoc relativa a la problemática psicopatológica y neurológica;	1 2 3 4 5
10.2. medidas especiales de prevención y control sanitario.	1 2 3 4 5
11. Existe un horario planificado y revisado conjuntamente con los pacientes, como marco a la vez estructurado y flexible para la vida diaria, con espacios y tiempos comunes para la terapia, actividades, tiempo libre y relación interpersonal.	1 2 3 4 5

¹ No aplicable en programas que prestan directamente servicios a las familias de los pacientes.



ÍTEM	ESCALA
12. Existe un plan individualizado de actividades, basado en las necesidades, intereses, experiencia vital, capacidades y limitaciones del paciente, con un ritmo de participación adaptado al proceso terapéutico de éste y con una limitación racional de actividades ocupacionales y educativas obligatorias, en un marco de responsabilidades claras y no discriminatorias.	1 2 3 4 5
13. Las actividades dentro y fuera de la C.T. son supervisadas por un miembro formado y cualificado del equipo, que colabora con el personal clínico y proporciona información sobre la participación del paciente en las actividades,	1 2 3 4 5
13.1. esta información es registrada en el R.I. y tenida en cuenta en el diseño, planificación y adaptación del plan de tratamiento individualizado.	1 2 3 4 5
14. En ningún caso las actividades del paciente son utilizadas para extraer beneficios económicos para la C.T.	1 5
14.1. Si existen beneficios procedentes de la actividad ocupacional de los pacientes, estos se revierten en material o actividades en beneficio de los internos.	1 5
15. La C.T. suministra o facilita el acceso a programas educativos (dentro y/o fuera de	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
15.1. Se evalúa el progreso del paciente en éste área, la información es revisada por el equipo clínico, utilizada para la planificación del tratamiento y almacenada en el R.I.	1 2 3 4 5
16. El paciente recibe consejo vocacional (dentro o fuera de la C.T.),	1 2 3 4 5
16.1. evaluando sus necesidades en materia vocacional y de reinserción laboral, incluyendo los criterios de una preparación suficiente para el acceso al empleo.	1 2 3 4 5

ÁREA 9: FINALIZACIÓN, DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Procedimiento seguido para la terminación del tratamiento y seguimiento posterior de pacientes.

EJEMPLOS

Según intervalos previamente determinados, una C.T. re-evalúa a sus pacientes teniendo en cuenta la condición de éstos en comparación con los criterios para la finalización del tratamiento, sus respuestas al tratamiento, sus necesidades y la disponibilidad de un tratamiento más adecuado a estas necesidades en otros recursos.

La C.T. planifica la finalización del tratamiento tan pronto como es posible, incluyendo los plazos esperados para alcanzar las metas del paciente.

EVIDENCIA

- Entrevistas con responsables del programa y equipo técnico de la C.T., en busca de evidencia del cumplimiento de todos los ítems.



- Entrevistas con los pacientes y familiares, en busca de evidencia de su grado de información, participación e implicación en la planificación de la salida y el plan de seguimiento.
- Políticas y procedimientos escritos, definiendo los criterios para la finalización de responsabilidades en la atención a los pacientes y la transferencia de éstos a otros servicios.
- Políticas o procedimientos descritos, definiendo el alcance de la información suministrada y requerida a otros servicios durante la referencia y derivación.
- Registro acumulativo de referencias o derivaciones a otros servicios, incluyendo el procedimiento seguido para ello, basado en la evaluación de las necesidades del paciente.
- Políticas y procedimientos escritos para la planificación de la salida, explicando cómo las necesidades del paciente serán atendidas en el siguiente nivel de atención.
- Registros individuales, demostrando que los problemas y necesidades del paciente son tenidos en cuenta a la hora de planificar la finalización, derivación o referencia.
- Registros individuales, demostrando que los pacientes son informados y se implican en el procedimiento de salida y planificación de servicios adecuados a sus necesidades.
- Contratos con otros recursos, suministradores de servicios al paciente tras la derivación o finalización.

PUNTUACIÓN

ÍTEM	ESCALA
1. La C.T. tiene un plan documentado con criterios definidos para la duración de la estancia en C.T.: finalización del tratamiento, derivación y expulsión.	1 5
2. Los criterios y normas sobre la duración de la estancia y finalización son específicos al diagnóstico, problemática del paciente, metas individualizadas del tratamiento y procedimiento a aplicar en el caso individual.	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
1. En caso de fracaso total o parcial del tratamiento, expulsión, abandono o no aceptación de las normas o metas del programa de tratamiento por el paciente, la C.T. toma medidas para la reducción del daño de una exposición continuada a las sustancias (p. ej. mediante derivación) o le ofrece al paciente un plan alternativo en la C.T. o posibilita una readmisión.	1 2 3 4 5
2. La C.T. se preocupa de evitar la dependencia del paciente hacia el programa, programando todo su plan de tratamiento individualizado hacia la finalización del mismo y la reinserción social del paciente.	1 2 3 4 5
3. Existe un procedimiento para la planificación de la salida de la C.T. en cada caso, para la identificación de pacientes cuyo diagnóstico, problemática o circunstancias psicosociales requieran la provisión de servicios para mantener o mejorar su estado sanitario o psicosocial.	1 2 3 4 5
3.1. Incluye un régimen de salidas suficiente, ordenado y progresivo.	1 2 3 4 5
4. La C.T. desarrolla un programa específico de reinserción, o bien tiene convenios con otros recursos sociales con el fin de ayudar a la reinserción del paciente.	1 2 3 4 5
5. Existe un plan de seguimiento, formulado antes de la finalización conjuntamente con el paciente, familiares u otros significativos y personal de seguimiento, y revisado	1 2 3 4 5



ÁREA 10: DERECHOS DEL PACIENTE.

Métodos seguidos por la C.T. en defensa de los derechos de los pacientes.

La meta de esta área es el reconocimiento, respeto y defensa de los derechos de cada uno de los pacientes, como un elemento más del tratamiento orientado hacia la dignidad, autonomía, autoestima, autocuidado e implicación de los pacientes en un entorno comunitario.

EJEMPLOS.

Una C.T. entrega una declaración de derechos a cada uno de los pacientes; estos firman dicha declaración y la mantienen. Los derechos de los pacientes de esta C.T. están visibles en lugares importantes del programa.

Una C.T. mantiene un procedimiento para recibir y responder a las quejas y reclamaciones de sus pacientes y sus familias, referidas a la calidad de los servicios recibidos. Estos procedimientos son explicados claramente a los pacientes y sus familiares desde el ingreso en el programa. Estas quejas y reclamaciones se resuelven en la C.T. con relativa prontitud.

EVIDENCIA

- Entrevistas con los responsables de la C.T., el personal y equipo clínico, acerca del cumplimiento de todos los ítems de esta área.
- Entrevistas con los clientes o pacientes, y/o con sus familiares, acerca del cumplimiento de todos los ítems de esta área.
- Documentos sobre la filosofía y misión de la C.T., y su referencia al ítem nº 1.
- Documentos acerca de la planificación de la gestión de los derechos de los pacientes (políticas, procedimientos y planes escritos), referidos a todos los ítems.
- Documento – declaración de los derechos y responsabilidades del paciente, según se menciona en los ítems nº 2 y 3.
- Documentación sobre la prestación de servicios asistenciales, donde se hace referencia a los derechos recogidos en el ítem



- 2.1).
- Documentos sobre los procedimientos de admisión de pacientes, en referencia al ítem 2.1).
 - Registros individuales, en su documentación de los derechos del paciente especificados en los ítems nº 1; 2.3); 3.1); 5; 6 y 8.
 - Observación directa, para verificar el cumplimiento del ítem 3.2).

PUNTUACIÓN

ÍTEM	ESCALA				
1. La C.T. apoya y protege los derechos fundamentales de los pacientes en materia de derechos humanos, civiles, constitucionales y estatutarios.	1				5
2. Existe en la C.T. una declaración o procedimiento escrito que describe los derechos del paciente y los medios por los cuales esos derechos son protegidos y aplicados. Tales derechos incluyen al menos:	1				5
2.1. Acceso a la C.T. sin discriminación por sexo, raza, edad o religión;	1				5
2.2. reconocimiento y respeto a la dignidad personal del paciente y a sus derechos fundamentales;	1				5
2.3. participación activa en un plan de tratamiento individualizado y desarrollado por un equipo cualificado;	1	2	3	4	5
2.4. protección a la intimidad personal del paciente.	1	2	3	4	5
3. El paciente de la C.T. es informado de sus derechos en un lenguaje fácilmente comprensible;	1	2	3	4	5



ÍTEM	ESCALA
3.1. desarrollando conjuntamente programas de intercambio, coordinación y colaboración orientados al logro de objetivos comunes.	1 2 3 4 5 NA ¹
4. La C.T. mantiene un servicio de educación orientado a la comunidad (especificando metas, medios y servicios) con el fin de dar a conocer a la comunidad:	1 2 3 4 5
4.1. la naturaleza, recursos y servicios de la C.T.;	1 2 3 4 5
4.2. las necesidades en materia de prevención y tratamiento existentes en la población general;	1 2 3 4 5
4.3. derechos humanos y legales de la población afectada.	1 2 3 4 5
4.4. La finalidad del servicio es también obtener apoyo público y privado para el desarrollo de recursos adicionales, de modo integrado y coordinado con los desarrollados por otros recursos fuera de la C.T.	1 2 3 4 5
5. La C.T. desarrolla actividades (y colabora con otras externas a la C.T.) para estimular la acción social que incluyen:	1 2 3 4 5
5.1. formación y estímulo al voluntariado;	1 2 3 4 5
5.2. demanda de la legislación necesaria para la población afectada.	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
5.3. eventos especiales que atraigan el interés de la comunidad, el reconocimiento y apoyo ciudadano hacia las necesidades del programa;	1 2 3 4 5
5.4. dar reconocimiento a las personas e instituciones que apoyan al programa; y	1 2 3 4 5
5.5. identificación de audiencias especiales (instituciones) y conducir sesiones informativas espaciales.	1 2 3 4 5
6. La C.T. promueve la búsqueda voluntaria de tratamiento para problemas relacionados con el abuso de drogas:	1 2 3 4 5
6.1. en personas recluidas en centros de detención y custodia (y en prisiones);	1 2 3 4 5
6.2. promoviendo la detección e intervención temprana;	1 2 3 4 5
6.3. orientando sobre procedimientos de evaluación y motivación hacia el tratamiento en personas con problemas de abuso de drogas.	1 2 3 4 5
7. La C.T. está reconocida como centro de enseñanza (dentro de la propia C.T.) y	1 2 3 4 5
7.1. los miembros del equipo proporcionan formación en programas externos, ambos orientados a:	1 2 3 4 5
7.1.1. grupos de autoayuda y	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
7.1.2. instituciones penitenciarias, centros de trabajo y estudio, etc.;	1 2 3 4 5
7.1.3. colegios profesionales y	1 2 3 4 5
7.1.4. escuelas o universidades que imparten formación en su campo específico.	1 2 3 4 5

ÁREA 12: INVESTIGACIÓN, EVALUACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD.

Actividades de investigación, evaluación y medidas que la C.T. aplica para garantizar la calidad en su asistencia a los pacientes. La meta de esta área es crear un marco para el estudio y mejora continuada de la calidad en los servicios suministrados a los clientes, pacientes y familiares.

EJEMPLOS

El responsable de una C.T. decide incorporar un sistema para planificar estrategias de mejora continuada dentro de la planificación anual, para ello implica a todo el personal en la identificación de posibilidades de mejora y en el diseño del futuro plan de calidad de la C.T.

Basándose en una encuesta de satisfacción de usuarios, que revela que estos están moderadamente satisfechos con los procedimientos de evaluación psicológica, la C.T. diseña un nuevo proceso para evaluar con mayor prontitud y detalle las necesidades de los pacientes en este área.

La C.T. ha puesto en funcionamiento hace seis meses un nuevo programa para la atención a las familias de los usuarios. En este punto, la C.T. planifica los recursos para una evaluación sistemática de la satisfacción de los atendidos en este nuevo servicio.

Una C.T. ha formado un comité de calidad, que se encarga de



estudiar los procesos actualmente desarrollados durante el tratamiento en la C.T., y organiza un seminario para exponer estos al personal del programa y sugerir posibilidades de mejora.

EVIDENCIA

- Entrevistas con los responsables del programa y equipo técnico, acerca del cumplimiento de todos los ítems.
- Documentos e informes con evidencias relacionadas al desarrollo de actividades mencionadas en los ítems nº 1, 2, 3, 3.1, 6, 9, 13, 14 y 19.
- Políticas y procedimientos escritos para desarrollar una política orientada a la calidad en la prestación de servicios, según se menciona en los ítems nº 4, 5, 7, 8, 10-12, 15-18 y 20.
- Documentación de los datos obtenidos relativos a la satisfacción , expectativas y necesidades de clientes, sus familiares y del equipo.
- Informes sobre la valoración de los datos sobre el funcionamiento y resultados de los programas y actividades, basados en la comparación con lo especificado en el plan de tratamiento, otros periodos temporales, otras instituciones u otra información actualizada.
- Informes sobre las estrategias utilizadas y conclusiones de la evaluación de los resultados de los servicios y programas aplicados.
- Documentos sobre el diseño de mejoras en actividades y programas, basadas en la identificación de áreas de mejora tras la evaluación.
- Materiales utilizados para la formación del personal, basados en la valoración de los datos obtenidos acerca el desempeño.

PUNTUACIÓN

ÍTEM	ESCALA		
1. La C.T. desarrolla investigaciones internas orientadas a:	1	3	5

ÍTEM	ESCALA				
1.1. valorar y contrastar las hipótesis sobre las que se basa su modelo teórico y de intervención clínica;	1	3	5		
1.2. identificar características del programa y de los pacientes que están relacionadas con los resultados del tratamiento (p. ej. , con el abandono prematuro, las recaídas, etc.).	1	3	5		
2. La C.T. colabora con instituciones que desarrollan actividad científica e investigadora en diversas áreas:	1	3	5		
2.1. investigaciones externas y multicéntricas de evaluación de tratamientos;	1	3	5		
2.2. en otros campos del abuso de drogas: epidemiológico, clínico y prevención.	1	3	5		
3. Los resultados de los proyectos de investigación son mantenidos en el programa a disposición del equipo y utilizados en la planificación de mejoras.	1	2	3	4	5
3.1. En el ámbito externo, el personal de la C.T. publica trabajos de investigación relativos a su campo específico y participa en reuniones científicas regionales, nacionales, e internacionales.	1	3	5		
4. La C.T. desarrolla actividades para la garantía de calidad, con el fin de identificar y corregir problemas en la prestación de servicios:	1	2	3	4	5



ÍTEM	ESCALA
4.2. integrando a todos los miembros del equipo y disciplinas profesionales con mecanismos de control externos e independientes de la C.T.	1 2 3 4 5
4.3. valorando la coherencia entre la naturaleza teórica del programa y su aplicación práctica;	1 2 3 4 5
5. Las actividades para la garantía de calidad incluyen:	
5.1. investigación y evaluación del programa;	1 2 3 4 5
5.2. adecuación y desarrollo profesional del equipo técnico;	1 2 3 4 5
5.3. revisión de la utilización de los recursos del programa y	1 2 3 4 5
5.4. estudios de casos y auditoría de atención al paciente.	1 2 3 4 5
6. Se elabora una memoria anual incluyendo:	1 2 3 4 5
6.1. descripción de programas y actividades desarrollados;	1 2 3 4 5
6.2. composición del equipo y formación adquirida y proporcionada por el mismo;	1 2 3 4 5
6.3. estadísticos sobre movimiento de pacientes (ingresos y finalizaciones desglosadas);	1 2 3 4 5
6.4. investigaciones realizadas;	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
6.6. balance económico;	1 2 3 4 5
6.7. índices de efectividad, eficacia y eficiencia de la C.T.;	1 2 3 4 5
7. La C.T. realiza periódicamente una evaluación de su eficacia, eficiencia y efectividad que incluye la opinión y satisfacción del paciente.	1 2 3 4 5
7.1. La información resultante se integra en una lógica de progreso y mejora del programa y se documenta su utilización en la planificación posterior.	1 2 3 4 5
8. El plan de evaluación específica:	
8.1. la información a obtener sobre el nivel de obtención de metas y objetivos específicos y método para su recogida y análisis;	1 2 3 4 5
8.2. métodos para valorar la utilización de los recursos materiales y humanos;	1 2 3 4 5
8.3. criterios a utilizar para la valoración de los puntos anteriores;	1 2 3 4 5
8.4. método utilizado para explicar e integrar los fallos identificados en la planificación posterior;	1 2 3 4 5
8.5. programación: calendario y medios para implementar el plan.	1 2 3 4 5
9. La C.T. documenta:	
9.1. el desarrollo del plan de evaluación;	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
9.3. que los resultados de la evaluación se suministran al equipo técnico, dirección del programa e instituciones que lo apoyan.	1 2 3 4 5
10. La C.T. revisa las cualificaciones requeridas para suministrar servicios clínicos, de acuerdo a los resultados del programa de garantía de calidad; estas cualificaciones son:	1 2 3 4 5
10.1. ajustadas a las regulaciones vigentes;	1 2 3 4 5
10.2. actualizadas mediante formación continuada, habiendo demostrado los miembros del equipo competencia y experiencia.	1 2 3 4 5
10.3. En caso contrario el personal es supervisado por miembros del equipo cualificados por experiencia y conocimientos.	1 2 3 4 5
11. La C.T. aplica programas de educación y desarrollo profesional, con la participación de todo el equipo, con el fin de:	1 2 3 4 5
11.1. mantener a este informado de los nuevos desarrollos en conocimientos clínicos y	1 2 3 4 5
11.2. para responder a las necesidades identificadas en el programa de garantía de calidad de los servicios.	1 2 3 4 5
12. El contenido de los programas de educación y desarrollo profesional procede de:	
12.1. las auditorías de casos individuales;	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
12.3. programas de formación continuada planificados y desarrollados por organizaciones y profesionales externos (con y sin la participación de la C.T.).	1 2 3 4 5
13. La C.T. demuestra una localización adecuada de sus recursos materiales y humanos, mediante la aplicación de un programa de revisión del uso de los mismos, con el fin de suministrar la mayor calidad posible en el servicio del paciente con los menores costes, identificando la infrautilización y sobreutilización; así como la programación inadecuada.	1 2 3 4 5
14. La C.T. asegura y documenta que la atención clínica planificada y suministrada a los pacientes es evaluada y adaptada a las necesidades de estos:	1 2 3 4 5
14.1. mediante reuniones para el estudio de casos en todos los departamentos y servicios de la C.T., y	1 2 3 4 5
14.2. mediante auditorías de la atención al paciente.	1 2 3 4 5
14.3. Este proceso es continuado o periódico (según la gravedad del problema y lo crítico del tema de la evaluación), comprensivo respecto a las condiciones y problemas tratados y de los procedimientos aplicados.	1 2 3 4 5
15. El Registro Individual del paciente es la	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
15.1. Se recupera información de un número representativo de los R.Is. mediante un procedimiento eficiente y diseñado para asegurar la fiabilidad de los datos.	1 2 3 4 5
16. Se realiza la valoración de los servicios suministrados con relación a criterios específicos y cuantificables.	1 2 3 4 5
16.1. Estos criterios reflejan el nivel óptimo alcanzable en los servicios y están referidos a las metas específicas descritas en el plan individual de tratamiento.	1 2 3 4 5
16.2. Tales criterios se revisan y adaptan a los resultados de estudios previos y a la mejora en las técnicas y avances científicos.	1 2 3 4 5
17. Las variaciones respecto a los criterios establecidos son identificadas y justificadas sobre la base de la información almacenada en el R.I.	1 2 3 4 5
17.1. Si estas no se justifican debidamente son analizadas por el personal evaluador de la calidad del servicio y si se detectan patrones inadecuados en la atención se toman medidas correctoras.	1 2 3 4 5
18. Las acciones correctoras incluyen la formación, aumento o re-localización del personal, nuevo equipamiento, ajustes en responsabilidades clínicas o mayor supervisión.	1 2 3 4 5
18.1. Tales acciones son validadas mediante estudios de seguimiento (aplicados con una	1 2 3 4 5



ÍTEM	ESCALA
19. La C.T. documenta el proceso completo de evaluación de la calidad en la atención al paciente.	1 2 3 4 5
19.1. Los resultados y recomendaciones extraídas del proceso son informados al personal responsable del programa de tratamiento y a la dirección de la C.T.	1 2 3 4 5
20. Los resultados de estas evaluaciones sobre estudios de casos y auditorías de atención al paciente son integrados en otras funciones de garantía de calidad: reasignación de tareas, control y organización de recursos, monitorización, desarrollo y formación continuada del personal y planificación de estrategias de tratamiento y actividades.	1 2 3 4 5



FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE INTERVINIENTES EN TOXICOMANÍAS



Declaración sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica.

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

La declaración sobre indicadores y normas de calidad en comunidad terapéutica pretende ser una afirmación común acerca de los elementos básicos del proceso de funcionamiento en una comunidad terapéutica profesional Europea. Su fundamento, marco de aplicación y objetivos son los siguientes:

1. FUNDAMENTOS: Se encuentran en los puntos esenciales de la declaración de principios y objetivos de ERIT:

- Defender una ética de servicio a las personas que tienen problemas con las drogas.
- Favorecer el intercambio, cooperación y debate entre los profesionales Europeos de los servicios a personas con problemas relacionados con las drogas.
- Reconocer a las instituciones y profesionales de la asistencia como colaboradores en la elaboración y aplicación de una política Europea para los problemas asociados con las drogas.
- Expandir los estudios e investigaciones Europeos sobre la ayuda y asistencia a toxicómanos.

2. MARCO DE APLICACIÓN: los expertos Europeos que forman el grupo de trabajo representan comunidades terapéuticas profesionales Europeas que:

- Están gestionadas por un equipo profesional, que desarrolla un programa de actividades terapéuticas y educativas explícitos con el objetivo servir de ayuda al cliente en su inserción social como individuo de pleno derecho.
- Afirman la utilidad de la comunidad terapéutica profesional como un recurso más para conseguir el objetivo anterior, junto a



otras modalidades de tratamiento (tratamiento farmacológico, terapia individual, etc.) en régimen de internamiento o ambulatorio.

3. OBJETIVOS: De acuerdo a estos fundamentos, la declaración está orientada hacia las siguientes metas:

- Aportar elementos para el intercambio y consenso relativo a la calidad en la asistencia a toxicómanos en régimen de comunidad terapéutica.
- Establecer unos puntos comunes como base para la investigación y desarrollo ulterior de la calidad en este tipo de programas de tratamiento.
- Aportar elementos útiles para la planificación de una política Europea sobre la calidad en programas de tratamiento para toxicómanos: comunidades terapéuticas y otras modalidades.

2. DECLARACIÓN.

Como se ha mencionado anteriormente, la presente declaración pretende incluir algunos puntos esenciales referidos a la calidad del tratamiento en el abuso de drogas. Los elementos incluidos representan el modo de funcionamiento que profesionales de comunidades terapéuticas profesionales Europeas consideran esencial o deseable (en la medida de lo posible) para estos centros.

La firma de esta declaración pretende establecer un consenso que favorezca el posterior desarrollo y mejora de la calidad en estos programas mediante la investigación y desarrollo continuado.

Los puntos incluidos en esta declaración están agrupados en las áreas que agrupan los indicadores y normas de calidad en comunidad terapéutica, tal como han sido seleccionados por el grupo de expertos durante el presente año.

ASPECTOS FORMALES

1. La comunidad terapéutica ha de estar autorizada por la



Administración para su funcionamiento. Esto supone conocer y cumplir todos los requerimientos especificados por la legislación local, regional y nacional vigente, relativos a todos los elementos del programa que son considerados a continuación.

2. La C.T. ha de cumplir, en la medida de lo posible, los criterios de calidad especificados por la Administración en procedimientos de homologación o acreditación de la calidad.

3. La C.T. ha de ocupar, también en la medida de sus posibilidades, un papel significativo en la planificación local, regional o nacional en materia de drogodependencias.

MEDIOS FÍSICOS, ENTORNO, CONTROL SANITARIO.

1. Los medios físicos de la C.T. y los utilizados externamente serán adecuados a las metas del programa, permitiendo su desarrollo continuo y sin interferencias, y adecuados al estado físico y emocional de los residentes.

2. La C.T. ha de disponer de equipamiento adecuado y suficiente en materia de higiene, habitabilidad y seguridad.

3. La C.T. ha de mantener el equipamiento y estructuras en buen estado de funcionamiento.

4. La C.T. mantendrá un ambiente favorable para la autoimagen del paciente, protegiéndole de toda agresión, amenaza o explotación física, psicológica o sexual.

5. La C.T. garantizará un clima institucional adecuado entre los pacientes y en la relación paciente - equipo, que favorezca las relaciones y el crecimiento del paciente en una estructura clara y controlada.

6. La C.T. enseñará y promoverá buenos estándares de higiene y cuidado personal en los pacientes, así como la toma de responsabilidades en el funcionamiento y mantenimiento del programa adaptadas al estado del paciente y a su plan de tratamiento.

7. La C.T. será de fácil acceso a los servicios de urgencia, en caso de peligro para la salud o la vida del paciente.

8. La C.T. se esforzará por disponer en la medida de sus



posibilidades de material e instalaciones para actividades físicas, educativas y recreativas adaptados a las necesidades del paciente y las metas del programa.

9. La C.T. mantendrá en funcionamiento un programa para la prevención, identificación y control de infecciones.

ACTIVIDAD ECONÓMICA Y CUESTIONES FINANCIERAS.

1. La C.T. mantendrá un sistema de contabilidad estándar acreditado.

2. La C.T. desarrollará estudios y planes de viabilidad económica, favorables para el logro de objetivos de calidad y manteniendo las necesidades mínimas de personal y gastos diversos.

3. Si la C.T. percibe por adelantado ingresos económicos por tratamiento, reintegrará estos en caso de finalización prematura del tratamiento, salvo una cantidad predefinida en concepto de reserva de plaza.

EQUIPO TÉCNICO: COMPOSICIÓN, FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN.

1. La C.T. dispondrá de un organigrama del equipo técnico, diferenciando las funciones de dirección, terapia, actividades educativas. La información de cada miembro del equipo incluirá datos personales, cualificación, función desarrollada y derechos y obligaciones.

2. La C.T. garantizará la profesionalidad del equipo técnico, y su naturaleza multidisciplinar, formación (de base, especialización y experiencia), coherencia entre formación y función y suficiencia en relación al número de internos. Las exigencias para ex-adictos en cuanto a formación no difieren del resto del equipo.

3. La C.T. se esforzará por estandarizar un procedimiento para la selección del personal basado en el análisis de tareas y las características de la población tratada.



4. Los nuevos miembros serán formados de acuerdo a un procedimiento basado en la tarea a realizar y adaptado a la población atendida. Incluye formación previa y posterior a la inclusión en el equipo.
5. La C.T. mantendrá un programa de formación continuada y actualización del equipo técnico.
6. La C.T. aplicará un programa estandarizado para la comunicación, coordinación y cohesión interna entre los miembros del equipo.
7. La C.T. aplicará un programa para estimular el desarrollo profesional de los miembros del equipo, salvaguardar la estabilidad emocional del equipo y prevenir el síndrome del “burn out”.
8. La C.T. aplicará, en la medida de sus posibilidades, un procedimiento prefijado de supervisión externa para mantener la calidad en la atención al interno.

PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN

1. La C.T. mantendrá una descripción de las condiciones y procedimientos de admisión, incluyendo: a) información que se obtiene de cada solicitante; b) procedimiento a seguir ante solicitudes de ingreso; c) información mantenida referente a toda solicitud; d) estadísticos sobre solicitudes y admisiones y e) procedimiento en caso de no admisión.
2. La C.T. mantendrá una definición clara de los criterios de indicación para la admisión en la C.T., siendo estos criterios conocidos y compartidos con las redes asistenciales y servicios que derivan pacientes a la C.T.
3. La aceptación de un paciente estará basada en la adecuación entre la naturaleza del programa y las necesidades del aspirante (evaluadas por personal clínico de la C.T.), determinando que el paciente requiere el tratamiento ofertado y que la C.T. puede suministrar la asistencia necesaria.
4. Durante el procedimiento de admisión, la C.T. garantizará que el solicitante comprende claramente y acepta: a) la naturaleza y metas del programa; b) las reglas de la C.T.; c) el coste del



tratamiento y d) los derechos y obligaciones del paciente.

5. Durante la admisión, la C.T. garantizará la cooperación con equipos médicos y psicológicos que trataban al paciente previamente al ingreso en la C.T., documentando las interrupciones y modificaciones aplicadas a tratamientos previos.

6. Durante la admisión, la C.T. documentará: a) el consentimiento del paciente; b) la responsabilidad de la asistencia médica; c) participación familiar en el tratamiento; d) régimen de comunicaciones y visitas y e) preparación para la salida de la C.T., con o sin el consentimiento del equipo.

REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES (R.I.).

1. La C.T. mantendrá un registro escrito de cada paciente, que incluirá anotaciones firmadas y fechadas acerca de: a) información para la identificación del paciente; b) datos sobre la admisión del paciente, incluyendo su estatus; c) servicios y asistencia suministrada al paciente; d) progreso del paciente durante el tratamiento y e) estatus del paciente a la finalización.

2. El R.I. del paciente incluirá el plan de tratamiento individualizado, aplicación, revisiones y modificaciones.

3. El R.I. incluirá documentación sobre la protección de los derechos del paciente, incluyendo el consentimiento acerca de los procedimientos de admisión, evaluación, tratamiento, investigación y seguimiento.

4. La C.T. se esforzará para incluir en el R.I. información sobre eventos inusuales, accidentes o daños, complicaciones y dificultades habidas en el tratamiento.

5. La C.T. aplicará un plan para la preparación, almacenamiento, uso, seguridad y confidencialidad de los R.Is..

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE PACIENTES.

1. La C.T. se esforzará por aplicar, en la medida de sus posibilidades, un método estándar para evaluar y diagnosticar a



los pacientes, especificando instrumentos utilizados, personal encargado y periodicidad, en función de las necesidades del paciente.

2. La C.T. se responsabilizará de realizar una evaluación de las necesidades del paciente en las siguientes áreas: a) física - médica; b) problemática de uso y abuso de sustancias; c) psicológica y psiquiátrica; d) familiar y social; e) legal y f) ocupacional - vocacional.

3. La evaluación médica completa será realizada por personal médico cualificado, antes de diseñar el tratamiento individualizado.

4. La C.T. dispondrá, según sus posibilidades, de evaluación psicológica y psiquiátrica para la detección de complicaciones que pudieran amenazar la salud o bienestar del paciente o influir en el resultado del tratamiento.

5. Todos los resultados de las evaluaciones, pruebas analíticas y exámenes clínicos realizados al ingreso y durante el tratamiento serán almacenados en el expediente clínico, dentro del R.I.

6. La C.T. se esforzará en utilizar instrumentos estandarizados para la evaluación del paciente y sistemas establecidos de clasificación diagnóstica (DSM, CIE, etc.) y en desarrollar instrumentos de medida adaptados al programa.

7. La C.T. utilizará un modelo estándar para el informe de la evolución del paciente durante el tratamiento.

8. La C.T. utilizará la información sobre la evaluación del paciente para diseñar, revisar y actualizar el plan individualizado de tratamiento y el seguimiento del paciente.

TRATAMIENTO: GENERALIDADES, ACTIVIDADES Y PROGRAMAS ADUCATIVOS.

1. La C.T. mantendrá una descripción estándar del programa terapéutico, bien definida y divulgada a los pacientes, equipo e instituciones, que incluye: a) objetivos planificados y revisados; b) metodología aplicada (técnicas, fundamento teórico, procedimientos y criterios de aplicación); c) actividades desarrolladas y d) calendario previsto.



2. La descripción del programa expresa claramente su orientación ideológica e incluye declaración expresa de que: a) no garantiza la solución absoluta de la drogodependencia del paciente; b) está centrado en las necesidades del paciente de cara a su reinserción; c) no impone ningún principio religioso o ideológico.
3. La descripción del programa incluirá un Reglamento Interno y un Contrato Terapéutico, explicando los derechos y deberes de los pacientes y el equipo.
4. La C.T. aplicará un plan de tratamiento individualizado, registrado por escrito en el R.I., que: a) estará basado en las necesidades del paciente; b) especificará los servicios requeridos por éste; c) señalará las metas a corto y largo plazo y criterios de finalización del tratamiento; d) programará la aplicación individualizada de las técnicas de intervención y e) estará bajo la responsabilidad directa de un miembro del equipo.
5. El plan de tratamiento individualizado será diseñado con la participación directa del paciente y revisado regularmente con éste, siendo modificado cuando sea necesario.
6. La C.T. aplicará en la medida de sus posibles un programa orientado a la problemática familiar del paciente, o realizará un enlace con otros servicios para su tratamiento.
7. La metodología del programa terapéutico estará basada en la investigación científica, los objetivos serán evaluables objetivamente y el plan de tratamiento individualizado incluirá un método para medir el progreso y resultados de las intervenciones.
8. El tratamiento en la C.T. incluirá un horario planificado y revisado conjuntamente con los pacientes, como marco estructurado y flexible para la vida diaria, con espacios y tiempos comunes para la terapia, actividades, tiempo libre y relaciones interpersonales.
9. Las actividades de los pacientes nunca serán utilizadas para extraer beneficios económicos para el programa. Si existen beneficios derivados de tales actividades, estos serán invertidos en material o actividades en beneficio de los pacientes.
10. La C.T. suministrará o facilitará el acceso a: a) programas educativos; b) consejo vocacional; c) actividades recreativas. Estas



actividades, así como la terapia ocupacional, serán adaptadas al paciente y supervisadas por el equipo. La información obtenida acerca de estas actividades será almacenada y utilizada para la planificación individualizada del tratamiento.

11. La C.T. aplicará procedimientos especiales para el tratamiento de pacientes con VIH+ o SIDA, desarrollados por personal especializado y con criterios claros sobre derivación, incluyendo evaluación psicopatológica y neurológica y medidas especiales de prevención y control sanitario.

FINALIZACIÓN, DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO.

1. La C.T. mantendrá criterios bien definidos acerca de la duración de la estancia, especificando las condiciones para una finalización del tratamiento, derivación a otros servicios y expulsión.

2. Estos criterios acerca de la duración de la estancia serán específicas al diagnóstico, problemática del paciente, metas individualizadas del tratamiento y procedimientos a aplicar.

3. En caso de fracaso total o parcial del tratamiento, expulsión, abandono o no aceptación del programa por el paciente, la C.T. tomará medidas para la reducción del daño por exposición continuada a las sustancias, ofrecerá al paciente un plan alternativo en la C.T. o posibilitará una readmisión.

4. La C.T. se preocupará de evitar la dependencia del paciente del centro, programando toda su intervención hacia la reinserción del paciente. Planificará la salida en cada caso particular mediante un régimen de salidas suficiente, ordenado, progresivo y adaptado a diagnóstico y circunstancias del paciente.

5. La C.T. desarrollará un plan específico de reinserción, o bien colaborará con otros servicios sociales con el fin de ayudar a la reinserción del paciente.

6. La C.T. aplicará, según sus posibilidades, un plan de seguimiento, formulado antes de la finalización conjuntamente con el paciente, familiares u otros significativos y revisado posteriormente. Ayudará a establecer contacto, apoyo y atención



continuada, especificando criterios para un reingreso y finalización del seguimiento.

DERECHOS DEL PACIENTE

1. La C.T. apoyará, protegerá y garantizará los derechos fundamentales del paciente en materia de derechos humanos, civiles, constitucionales y estatuarios.
2. Existirá en la C.T. una declaración escrita que describe los derechos de los pacientes y los medios por los cuales esos derechos son protegidos y aplicados. Además de los derechos señalados anteriormente, se garantizará la participación activa en un plan de tratamiento individualizado y la protección a la intimidad personal del paciente y confidencialidad de toda la información referida a éste.
3. Todo paciente será informado de sus derechos en un lenguaje fácilmente comprensible y recibirá una descripción por escrito de sus derechos. Estos se hallarán expuestos en lugares visibles de la C.T.
4. La C.T. permitirá al paciente mantener comunicaciones y recibir visitas de familiares y otros significativos. En caso de restricciones por motivos clínicos, se registrará esta salvedad en el R.I. y se evaluará regularmente la efectividad terapéutica de tal restricción.
5. Todo paciente recibirá y firmará una declaración, certificando: a) la voluntariedad del ingreso; continuación, traslado, interrupción, finalización del tratamiento y seguimiento; b) autorización para el uso de instrumentos de registro, participación en proyectos de investigación y utilización de técnicas no usuales de evaluación y tratamiento.
6. Todo paciente de la C.T. tendrá derecho a formular quejas y reclamaciones acerca del tratamiento recibido, además de revisiones internas del plan de tratamiento.



RELACIÓN CON LA COMUNIDAD Y CON OTROS SERVICIOS.

1. La C.T. no será un fin en sí misma, sino que estará integrada en una red asistencial, manteniendo una coordinación con redes y servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción.
2. La C.T. mantendrá, según sus posibilidades, un servicio de educación orientado a la comunidad, con el fin de dar a conocer a ésta: a) su naturaleza, recursos y servicios; b) las necesidades en materia de prevención y tratamiento existentes en la población. La finalidad será obtener apoyo público y privado para el desarrollo y mejora de los recursos.
3. La C.T. desarrollará y colaborará con actividades para estimular la acción social en respuesta a los problemas de las drogodependencias.
4. La C.T. se esforzará por ser reconocida como centro de enseñanza, y los miembros del equipo en proporcionar formación en programas externos referidos a los problemas asociados a las drogodependencias.

GARANTÍA Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

1. La C.T. desarrollará sistemáticamente actividades para la garantía de la calidad: a) valorando la coherencia entre la teoría del programa y su aplicación; b) mediante un programa documentado en mecanismos y actividades; c) que integra a todos los miembros del equipo y disciplinas profesionales con mecanismos de control externos e independientes de la C.T.
2. Las actividades para la garantía de la calidad incluirán: a) la investigación y evaluación del programa; b) adecuación y desarrollo profesional del equipo técnico; c) revisión de la utilización de los recursos del programa y d) estudios de casos y auditoría de atención al paciente.
3. La C.T. elaborará una memoria anual, incluyendo: a) estadísticos sobre movimientos de pacientes; b) descripción de programas y actividades desarrollados; c) composición del equipo, formación recibida y proporcionada por el mismo; d) índices de eficacia, eficiencia y efectividad de la C.T.; e) balance económico;

f) investigaciones realizadas y g) actualizaciones y cambios en la naturaleza, recursos y actividades.

4. La C.T. desarrollará estudios internos para valorar su modelo de intervención e identificar factores asociados a los resultados del tratamiento y colaborará en lo posible con instituciones que desarrollan actividad científica e investigadora.

5. La C.T. realizará periódicamente una evaluación de su eficacia, eficiencia y efectividad que incluye la opinión y satisfacción de pacientes y otros usuarios. La información resultante serán suministrados al equipo, dirección e instituciones que apoyan a la C.T. y se integrarán en una lógica de progreso y mejora del programa.

6. La C.T. se esforzará en demostrar una localización adecuada de sus recursos materiales y humanos, mediante la aplicación de un programa que revisa la utilización de los mismos y corrige la utilización excesiva o insuficiente, así como la programación inadecuada.

7. La C.T. documentará que la atención clínica planificada y suministrada a los pacientes es evaluada y adaptada a las necesidades de estos, mediante reuniones para el estudio de casos y auditorías de atención al paciente. Para estos procesos se utilizará la información almacenada en el R.I. del paciente.

8. La C.T. se esforzará en detectar posibles variaciones en los servicios suministrados al paciente en relación a los criterios óptimos alcanzables. Estas variaciones serán analizadas por el personal evaluador de la calidad del servicio y se tomarán medidas correctoras validadas mediante estudios de seguimiento.

9. Los resultados de los estudios de casos y auditorías de atención al paciente son integrados en otras funciones de garantía de calidad: reasignación de tareas, control y organización de recursos, monitorización, desarrollo y formación continuada del personal y planificación de estrategias de tratamiento y actividades.

10. La C.T. documentará el proceso completo de evaluación de la calidad en la atención al paciente. Los resultados y recomendaciones elaboradas serán informadas al personal responsable del programa.



FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE INTERVINIENTES EN TOXICOMANÍAS

